



Abstract-Band

STI-Kongress 2016

mit Leopoldina-Symposium

06. Juli 2016 & 07.-09. Juli 2016
Rotes Rathaus, Berlin



Inhaltsverzeichnis

STI-Kongress 2016

Abstracts zu den Vorträgen.....S. 3
(V 1 - AV 87)

Abstracts zur Posterausstellung.....S. 75
(P 1 - P 21)

Leopoldina-Symposium

Abstracts zu den Vorträgen.....S. 93
(LV 1 - LV 8)

Impressum.....S. 100

Abstracts zum STI-Kongress 2016 der DSTIG

Kooperationspartner: ADI-TD

07.-09. Juli 2016, Rotes Rathaus, Berlin

Sexuelle Lebenswelten – Wege der Prävention

Kongresspräsidenten:

Dr. Heiko Jessen, Berlin

Dr. Petra Spornraft-Ragaller, Dresden



Übersicht der Vorträge

Eröffnungsvorträge

- V 1 Hatt H: Immer der Nase nach: Wie Düfte unser Leben bestimmen
- V 2 Thaiss H: Liebesleben: die neue Kampagne der BZgA zur Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen
- V 3 Várkonyi V: STI-Surveillance in den letzten 5 Jahren in Ungarn
- V 4 Brockmeyer NH: Aktuelle Herausforderungen annehmen, um Zukunft zu gestalten

SESSION 1

- V 5 Hamouda O: Epidemiologisch relevante Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland
- V 6 Nießen J: Erfahrungen aus dem Syphilisscreening bei Flüchtlingen in Hamburg
- V 7 Ourghi AH: Sex ist überall. Vor allem nach dem Tod. Der Islam und sexuelle Diskriminierung
- AV 8 Djedje S: Behaviour and Approach to African Migrants and Africans Immigrants with STIs
- AV 9 Koschollek C, Thorlie A: MiSSA – Studie zu sexueller Gesundheit mit Migrant/innen aus Subsahara-Afrika. Differierende HIV-, Hepatitis- und STI-Präventionsbedarfe in den Studienstädten München und Köln
- AV 10 Fries J: Interkulturelle Gesundheitsförderung – Ärztliche Prävention in der Frauengesundheit

SESSION 2

- V 11 Jessen H: Vergessene STI – Mykoplasmen u. LGV
- V 12 Esser S: HIV-Therapie – Wann und wie beginnen? (Vorstellung Leitlinien/ Ergebnisse der START-Studie)
- V 13 Buder S: Stehen wir vor dem Superbug Neisseria gonorrhoeae? Aktuelle Resistenzsituation in Deutschland
- AV 14 Loenenbach A: Seroprävalenzen von 19 Humanen Papillomviren (HPV)-Typen repräsentativ für die deutsche Bevölkerung vor Einführung der HPV-Impfung
- AV 15 Braun SA: Erfolgreiche Therapie von Condylomata acuminata mit Ingenolmebutat
- AV 16 Köhler E: Die Beratungsstandards der DSTIG

SESSION 3

- V 17 Meyer T: STI-Leitlinien
- V 18 Wersig M: Schutz durch Kontrolle: Was ändert sich durch das Prostituiertenschutzgesetz?
- V 19 Spornraft-Ragaller P: HIV-PrEP
- AV 20 Marcus U: Increase of syphilis notification in men-having-sex-with-men from Germany is associated with decline in condom use and increase of HIV status-knowledge based risk management
- AV 21 Köster C: Projekt zur Erprobung und Implementierung einer freiwilligen HPV-Schulimpfung in Deutschland
- AV 22 Stiehler M: Sexarbeit/ neues Prostitutionsschutzgesetz und deren Auswirkungen auf die Gesundheitsämter

SESSION 4

- V 23 Altmeyer P: Hepatitis C und Dermatosen
- V 24 Ingiliz P: Akute und chronische Hepatitis C – Neue Therapien
- AV 26 Kleefeld F: Untersuchung des Einflusses einer interferonfreien HCV-Eradikation auf neurokognitive Funktionen bei HCV-/HIV-koinfizierten und HCV-monoinfizierten Patienten
- AV 27 Coenenberg J: STI und Kommunikation über Sexualität in der ärztlichen Praxis – Fortbildungs-Curriculum startet Herbst 2016!

SESSION 5

- V 28 Nagel S: Lust dominiert Überleben - aber wie?
- AV 29 Werner RN: Inzidenzraten sexuell übertragbarer Erkrankungen in Studien zu HIV Präexpositionssphrohylaxe bei Männern die Sex mit Männern haben – ein systematischer Review
- AV 30 Damm O: Kosteneffektivität der PrEP zur HIV-Prävention bei MSM
- AV 31 Winkelmann C: Sexuelle Gesundheit für Migrantinnen und Migranten – das Webportal "Zanzu"

SESSION 6

- V 32 Bühmann W: Jungs, traut euch – wir sind für euch da: die Jungensprechstunde
- V 33 Korda JB: Hormontherapie beim alternden Mann
- V 34 Pilatz A: Sexuell übertragbare Urogenitalinfektionen und Infertilität

- V 35 Adli M: „Sexsucht“ – gibt es das?
- AV 36 Hofmann A: Kürzlich erworbene HIV-Infektionen bei MSM in Deutschland (2011-2015): Was wissen wir?
- AV 37 Skaletz-Rorowski A: Prevalence of HPV-Related Lesions in an Urban Cohort of HIV-Positive men in Germany

SESSION 7

- V 38 Kehl S: Infektionen in der Schwangerschaft – kleine und größere Probleme
- V 39 Oppelt P: STI in der Kinder- und Jugendgynäkologie? Basiswissen zur zielgerichteten Diagnose
- V 40 Cremer Y: Vaginales Yoga – Einfache Übungen für eine lebendige und gesunde Vagina
- AV 41 Jansen K: Hohe Prävalenz genitaler Infektionen mit Chlamydien, Gonorrhö, Mycoplasmen und Trichomonaden bei am Arbeitsplatz erreichten Sexarbeiterinnen in Deutschland: die STI-Outreach-Studie
- AV 42 Weggratz S: Sexarbeit: Gesundheit, soziales Wohlbefinden und gesellschaftliche Stigmatisierung von Sexarbeiter*innen vor dem Hintergrund der aktuellen Gesetzesdebatte zum ProstituiertenSchutzGesetz (ProstSchG)
- AV 43 Michalik C: The ATASAFE cohort: Discontinuation and outcome of 4 years Atazanavir/r-based ART

SESSION 8

- V 44 Ghoreschi K: Zusammenfassung Leopoldina-Symposium
- V 45 Meyer T: Schnelltests aus dem Internet
- V 46 Scheiblaue H: Zulassung und Konformitätsbewertung von HIV-, HBV-, HCV-Tests
- V 47 Hagedorn H-J: Aktuelle Vorgehensweise in der STI-Labordiagnostik
- AV 48 Dudareva-Vizule S: Gonokokken-Resistenz Netzwerk (GORENET): Grundlage für Überwachung der Neisseria gonorrhoeae Antibiotikaresistenzen in Deutschland

LUNCH-SYMPOSIUM

- LS 1 Meyer M: Stellenwert von NAATs und Schnelltests in der STI Diagnostik
- LS 2 Schuhmacher M: Aspekte in der Versorgung von STI-Patienten

SESSION 9

- V 49 Hartmann M: STI an der Mundschleimhaut
- V 50 Mendling W: Bakterielle Vaginose – nach 60 Jahren immer noch ein Mysterium

- V 51 Bader A: Einfluss von Dermatosen auf das Sexualverhalten
- AV 52 Schellberg S: Sexuell übertragbar aber nicht infektiös: Rezidivierende hämorrhagische Prostatitis bei einem jungen MSM
- AV 53 Potthoff A: 2 Fälle – Interdisziplinäre Herausforderungen
- AV 54 Baumhauer K: Neglected disease Zervixkarzinom? – Ergebnisse aus dem Dysplasie-Screening für Sexarbeiterinnen

SESSION 10

- V 55 Brunner F: Diskriminierung von Lesben, Schwulen und Bisexuellen im Gesundheitswesen
- V 56 Klein V: Aktuelle Perspektiven auf weibliche Sexualität
- V 57 Briken P: Neuerungen in der Diagnostik sexueller Störungen: die geplante ICD-11
- V 58 Weners K, Winterholler M: Sexuelle Gewalt gegen Frauen – Betroffene versorgen und begleiten
- AV 59 Dichtl A: Drogenkonsum und Gesundheitsverhalten von Männern die Sex mit Männern haben in Deutschland. Ergebnisse einer qualitativen multizentrischen Untersuchung

SESSION 11

- V 60 Sielert U: Kindheit und Sexualität - empirische Befunde und pädagogische Konsequenzen
- V 61 Henningsen A: Mit Jugendlichen über Sexualität reden
- V 62 Oppelt P: Jugendsexualität und mit Jugendlichen über Sexualität reden. Ärztliche Praxis
- AV 63 Hessling A: BZgA-Studie Jugendsexualität
- AV 64 Wilke T: Sexuelle Sozialisation bei Jugendlichen aus der Straßenkultur
- AV 65 Döring N: Sexuelle Mädchengesundheit im Internet

SESSION 12

- V 66 Kaufmann A: Impfungen gegen STI – wo stehen wir?
- V 67 Däumer M: Next-generation sequencing in der klinischen Virologie
- V68 Heuer D: Identifikation neuer Chlamydien-Wirts Interaktionen mit Hilfe der Proteomik
- AV 69 Zimmermann R: Sexuell übertragbare Infektionen und sexuelle Risiken bei injizierenden Drogen Gebrauchenden in Deutschland. Ergebnisse der DRUCK-Studie
- AV 70 Skaletz-Rorowski A: Walk In Ruhr (WIR): Modellprojekt in Bochum bietet neues Versorgungskonzept zur Sexuellen Gesundheit und Medizin

AV 71 Sarma N: Inanspruchnahme von HIV/STI Testangeboten durch Migrant_innen in Deutschland – Praxiserfahrungen und Handlungsbedarfe (MiTest-Studie)

SESSION 13

V 72 Fabri M: Dermatosen durch unsachgemäße Tätowierung

V 73 Sunderkötter C: Vernünftiger Umgang mit Antibiotika

V 74 Esser S: Dermatosen im Genitalbereich, nicht nur STI

V 75 Kreuter A: Dermatosen im Analbereich, nicht nur STI

AV 76 Volc S: The various dermatological presentation of HIV positive patients in a tertiary center

AV 77 Brinkhaus R: Untersuchung der Umsetzung und Ergebnisse des in den neuen AWMF-Leitlinien empfohlenen Analkarzinom-Screenings bei HIV-Infizierten Patienten

SESSION 14

V78 Perea I: Präsentation der Strategie der Bundesregierung zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C sowie weiterer sexuell übertragbarer Infektionen

V 79 Timmermanns S: Bedingungen für eine gelingende Prävention im Kontext sexueller und geschlechtlicher Vielfalt

V 80 Schuhmann M: Konsum legaler und illegaler Substanzen bei Sex

AV 81 Klapp C: Sexuelle und reproduktive Gesundheit "lernen" – Setting Schule

AV 82 Gabb A: Neue Medien in der Beratungsarbeit zur gesundheitlichen Aufklärung und Prävention von Migrantinnen in der Sexarbeit – Die Lola-App

AV 83 Offergeld R: Syphilis bei Blutspendern – Anstieg der Infektionszahlen in einer Population mit geringem Infektionsrisiko

SESSION 15

V 84 Schöfer H, Rasokat H: Diagnostik mit Bildern

AV 85 Elsner E: Genitale Manifestation bei Lepra – eine wichtige Differentialdiagnose zu STI in den Tropen und in der Migrantenmedizin

AV 86 Potthoff A: Zungenkarzinome bei HIV – eine Fallserie

AV 87 Boashie U: Acrodermatitis chronica atrophicans-artige Hautveränderungen bei latenter Syphilis mit Neurosyphilis

Abstracts

Vorträge zum STI-Kongress 2016 der DSTIG

V1

Immer der Nase nach: Wie Düfte unser Leben bestimmen

Hatt H

Lehrstuhl für Zellphysiologie, Ruhr-Universität Bochum

„Ich kann Dich nicht riechen“, ein seit langem bekannter Ausspruch, für den die Wissenschaft in den letzten Jahren die zugrundeliegenden molekularen und zellulären Prozesse erarbeitet hat. Durch den enormen Fortschritt in bio- und gentechnologischen Methoden gelang der entscheidende Durchbruch in unserem Verständnis, wie es möglich ist, tausende verschiedener Gerüche wahrzunehmen und zu unterscheiden, selbst in geringsten Konzentrationen. Es wurden spezifische Erkennungs- und Verstärkungsproteine entdeckt, die die Natur entwickelte, um die enorme Leistungsfähigkeit des Geruchssinns zu ermöglichen. Das menschliche Genomprojekt lieferte dann die entscheidenden Informationen, um die spezifischen molekularen Komponenten der Geruchswahrnehmung, die Riechrezeptoreiweiße, in der menschlichen Nase vollständig (insgesamt ca. 350 verschiedene) zu identifizieren. Mit Hilfe von molekularbiologischen Techniken, kombiniert mit modernen bildgebenden und elektrophysiologischen Verfahren, konnten wir inzwischen etwa 10 Prozent menschliche Rezeptoren hinsichtlich ihrer Spezifität und Sensitivität charakterisieren. Die Analyse des rezeptiven Feldes dieser Rezeptoren zeigte eine bemerkenswerte Fähigkeit der Rezeptorproteine, selbst strukturell sehr nah verwandte Duftmoleküle zu unterscheiden. Außerdem gelang es erstmals, diese Rezeptoren auch außerhalb der Nase in vielen unterschiedlichen menschlichen Geweben, z.B. auf Spermien, Haut-, und Prostatakrebszellen nachzuweisen und kompetitive Antagonisten zu finden. Die Aufklärung der Funktion dieser ektopisch exprimierten Rezeptoren kann neue Einblicke in physiologisch und pathophysiologisch relevante Prozesse im Bereich der Fertilität, Tumorentstehung oder Zellreaktivität geben und große Bedeutung für Diagnose und Therapie im klinischen Bereich erlangen. Diese technologischen Fortschritte werden aber auch dazu beitragen, besser die zellulären und kognitiven Prozesse zu verstehen, die dazu führen, dass Düfte unsere Befindlichkeit und Stimmung verändern, das Kaufverhalten beeinflussen oder den Heilungsprozess bei Krankheiten beschleunigen können. Deshalb beschäftigen sich zunehmend auch die Medizin, Psychologie, bis hin zum Marketing mit der Wirkung von Düften. Sie genau zu verstehen, ist gerade in der heutigen Zeit, in der wir wieder zunehmend den hohen Stellenwert von Düften für unser Leben erkennen, besonders wichtig.

V2

LIEBESLEBEN: die neue Kampagne der BZgA zur Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen

Thaiss H

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Seit 1987 setzt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eine nationale Informations- und Aufklärungskampagne zur AIDS-Prävention um. Unter dem Dach von „GIB AIDS KEINE CHANCE“ wurden seitdem in einer Mehr-Ebenen-Kampagne reichweitenstarke Maßnahmen zur Ansprache der Gesamtbevölkerung mit zielgruppenspezifischen und individuellen Informations- und Beratungsangeboten kombiniert. In 2010

wurde der inhaltliche Auftrag durch die Zweckbestimmung „Aufklärungsmaßnahmen auf dem Gebiet von sexuell übertragbaren Krankheiten“ erweitert und die mono-thematische Ausrichtung der HIV/AIDS-Prävention zu einer multi-thematischen HIV/STI-Kampagne ausgebaut. Um sich dieser neuen Herausforderung zu stellen, hat die BZgA im Mai 2016 die neue Marke LIEBESLEBEN eingeführt. In der HIV-Prävention wurde seit Anfang der 80er Jahre in Deutschland viel erreicht. Die HIV-Neuinfektionszahlen sind im europäischen Vergleich auf einem niedrigen Niveau. Die Bevölkerung ist gut über Risiken, Nichtrisiken und Schutzmöglichkeiten informiert und Menschen mit HIV haben dank wirksamer Medikamente heute eine fast normale Lebenserwartung. Die Ausgangssituation für die Prävention von anderen sexuell übertragbaren Infektionen ist schwieriger. Das Wissen der Bevölkerung über STI ist gering. Gleichzeitig steigen die Neuinfektionen von STI weltweit und auch in Deutschland. Mit LIEBESLEBEN schafft die BZgA eine zeitgemäße kommunikative Klammer, die nicht nur die Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen, sondern auch weitere Themen der sexuellen Gesundheit umfasst. LIEBESLEBEN will aufklären, aktivieren und den offenen Umgang mit sexueller Vielfalt und sexueller Gesundheit fördern. Die gemeinsame Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen nutzt Synergien – denn diese Infektionen ähneln sich hinsichtlich ihrer Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten. In der Ansprache der Gesamtbevölkerung wird die bereits etablierte Kondombotschaft durch eine Handlungsempfehlung erweitert, welche sowohl die Eigenverantwortung fördert als auch die Bedeutung der ärztlichen Diagnostik betont. Zielgruppenspezifische Angebote ergänzen und vertiefen die Präventionsstrategie - so zum Beispiel mit Blick auf das Chlamydien-Screening oder die HPV-Impfung: Derzeit wissen nur 31 Prozent der Frauen zwischen 16 und 20 Jahren von der kostenlosen Möglichkeit, sich auf Chlamydien testen zu lassen. Eine Anzeigenkampagne der BZgA setzt hier an und hat zum Ziel, das Chlamydien-Screening in der Zielgruppe junger Frauen bekannter zu machen und bei Ärztinnen und Ärzten dafür zu werben, das Chlamydien-Screening offensiv anzubieten. Ein ähnliches Informationsangebot soll die HPV-Impfung bekannter machen. Denn derzeit sind die Durchimpfungsraten zu HPV noch eher gering: bei 17jährigen Frauen deutlich unter 50 Prozent, bei 15jährigen Mädchen sogar bei unter 30 Prozent. Auch weitere Themen werden durch LIEBESLEBEN zielgruppenspezifisch aufgegriffen.

V 3

STI-Surveillance in den letzten 5 Jahren in Ungarn

Várkonyi V

Budapest

Einleitung: In den letzten zwei Jahren sind wesentliche Veränderungen bei der Meldepflicht der sexuell übertragbaren Infektionen eingetreten. Früher waren die Dermatovenerologen dafür zuständig, heute stehen alle Ärzte unter Meldepflicht. Es ist egal, ob man in einem Laboratorium oder in einer Praxis als Arzt arbeitet. Die Frage ist, ob die Inzidenz der gemeldeten STDs richtig auswertbar ist oder nicht? Die sogenannten Fürsorgestellen blieben unverändert aber die Effektivität dieser ist fraglich.

Syphilis und Gonorrhö [1]. Die Morbidität stieg sprunghaft in den letzten 5 Jahren an.

Jahre	Syphilis Rate / 100 000	Gonorrhö Rate /100 000
2010	5,0	11,7
2014	6,3	16,4

Gemeldete Fälle pro 100.000 Einwohner nach Geschlecht (1):

Jahre	Männer		Frauen	
	Syphilis	Gonorrhö	Syphilis	Gonorrhö
2010	7,8	18,9	2,6	5,2
2014	9,3	26,6	3,6	7,1

Die Morbidität der HIV-1 Infektion: zwischen 1985-2015 gab es insgesamt 3116 HIV-1 positive Fälle (kumulative Angaben). **In den letzten 6 Jahren wurden 43,2% (n=1345) der gesamten HIV infizierten Fälle entdeckt.** Zwischen 1985-2009 gab es insgesamt 1771 Fälle (56,8%) [2].

Lymphogranuloma venereum [3-4]. Der erste Fall wurde in Ost-Ungarn im Jahre 2012 entdeckt. Insgesamt kennen wir bis heute in Ungarn 20 identifizierte LGV Fälle. Koinfektionen betragen die folgenden: HIV: 79%, Syphilis: 57,9%, Gonorrhö: 21% der Patienten.

Schlussfolgerungen: Die Zahl der Syphilis, Gonorrhö und HIV-Infektionen steigen von Jahr zu Jahr. Schon seit drei Jahren wurden auch LGV Fälle in Ungarn diagnostiziert. Die statistischen Angaben dieser STDs sind mit großer Wahrscheinlichkeit gar nicht valid. Diese Zeigen uns nur die Spitze des Eisberges. Nicht nur die Venerologen sondern auch alle praktizierenden Ärzte müssen mit den Problemen der Syphilis, Gonorrhö, LGV und HIV Infektionen rechnen. Jeder Patient der STD-Kliniken sollte über die möglichen Übertragungswege der Syphilis, Gonorrhö, LGV, HIV-Infektion informiert werden. Außerdem sollten die Ärzte, die sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten täglich beschäftigen den Patienten allgemeine Beratungen geben. Es wäre sehr wichtig, gute Fachärzte auszubilden.

Literatur:

- [1] Persönliche Mitteilungen von Maria Dudas (National Zentrum der Epidemiologie)
- [2] EPINFO 2016;23(17): 197-201
- [3] Balla E, Petrovay F, Mag T et al: Confirmed cases of lymphogranuloma venereum in Hungary 2012-2014: supportive diagnostic tool of immunoblotting. Sex Transm Infect 2015;91:200 doi:10.1136/sextrans-2014-051673
- [3] Persönliche Mitteilungen von Eszter Balla (National Zentrum der Epidemiologie)

V 4

Aktuelle Herausforderungen annehmen, um Zukunft zu gestalten

Brockmeyer, N.H.

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, WIR - Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Ruhr-Universität Bochum

Die Zahl an Sexuell Übertragbaren Infektionen (STI) steigt seit einigen Jahren jährlich um bis zu 20%. Weltweit geht die Weltgesundheitsorganisation WHO jährlich von 357 Mio. STI-Neuinfektionen aus. Eine besondere Herausforderung sind die unterschiedlichen Zielpersonen – von jungen bis zu alten Menschen, also altersangepasst Menschen in verschiedenen Lebenssituationen und Lebenswelten. All diese Menschen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie bezüglich Sexualität und STI eigene Vorstellungen, individuelle Probleme und Epidemiologien mitbringen. Um diese Herausforderungen anzugehen, müssen individuell zugeschnittene Aufklärungs- und Präventionskonzepte entwickelt und umgesetzt werden, die auf Persönlichkeitsstärkung durch Wissen und Information und in der Folge zu eigenverantwortlichem Handeln führen.

Folgende Ziele sind in naher Zukunft umzusetzen:

- Reden über Sexualität und STI als Normalität muss in der Schule anfangen. Die klare Botschaft muss sein, dass Sexuelle Gesundheit immer mit der Akzeptanz unterschiedlicher Lebensvorstellungen einhergeht und die Vorstellungen von Sexualität vielfältig sein können. Auf diesem Grundverständnis aufbauend können Jugendliche sich ohne Angst oder Scheu an Eltern, Lehrer_innen, Ärzten_innen wenden. Letztere werden entsprechend den Mut haben, auch auf die Jugendlichen zuzugehen. Dieses Grundverständnis lässt sich auf alle Altersgruppen und Lebenssituationen übertragen.
- Eltern aus unterschiedlichen religiösen und kulturellen Zusammenhängen müssen erreicht und neben ihren Kindern in die Aufklärungsmaßnahmen einbezogen werden.
- Ärzte_innen sowie alle im medizinischen Bereich Arbeitenden und Patientenvertreter_innen müssen auf ein akzeptierendes Verhalten bei allen Formen und Fragen zur sexuellen Gesundheit

hinarbeiten. Voraussetzung ist das Finden einer Sprache, die verständlich und authentisch ist – Sprachlosigkeit muss überwunden werden.

- Einzelstrategien sind nicht ausreichend, nur durch vernetzte (sektorenübergreifende) Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen, Disziplinen und medizinischen Fachrichtungen wird es gelingen, Ansprache und Handlung für alle umfassend und begleitend zu gewähren.
- Jedem Menschen muss eine Symptom- und Risiko- adaptierte Diagnostik ermöglicht werden mit direktem Therapiezugang für sich und seine/n Partner_in (Therapie ist auch Prävention).

Eckpunkte für die konkrete Zukunftsgestaltung:

- Schaffung von Angeboten in der Fort- und Weiterbildung – Curriculum zu STI, das sich nicht nur an Ärzte_innen, sondern allgemein im medizinischen Bereich Arbeitende wendet.
- Etablierung von neuen Strukturen, in denen sektorenübergreifend zusammengearbeitet wird, z.B. in Zentren für Sexuelle Gesundheit und Medizin.
- Einbindung von "Mittler_innen", die die Brücke zwischen Ratsuchenden, NGOs, Pflegepersonal und Ärzten_innen herstellen. Sogenannte Health-Adviser, die im angloamerikanischen Gesundheitssystem mit unterschiedlicher Gewichtung gerade im Bereich Sexuelle Gesundheit eingesetzt werden, können Ratsuchende in ihrem Umfeld erste Informationen geben und den Weg zur individuellen Beratung, Untersuchung und ärztlichen Behandlung ebnen. Ziel ist also, die Menschen „abzuholen“ statt „abzuwarten“ – das ist besonders im Kontext einer konstant hohen Zahl an Spätdiagnosen die Strategie für die Präventions- und Aufklärungsarbeit.
- Anwenden der neuesten Diagnostikempfehlungen, die nicht nur genitale, sondern insbesondere auch anale und pharyngiale Lokalisationen einschließen, Resistenztestungen mit einbezieht und nach aktuellen Leitlinien therapiert.

Fazit: Aufklärungsmaßnahmen und deren öffentliche Kommunikation müssen weiter verfeinert werden, um die Zielpersonen besser zu erreichen und ihre Gesundheitsverantwortung für sich selbst und den/die Partner_in zu stärken. Zusammen mit einer gesundheitlichen Versorgung, die den Dreiklang „physisches, soziales und mentales Wohlbefinden“ ermöglicht, werden wir die Zukunft nicht nur gestalten, sondern auch positiv lenken können.

V 5

Epidemiologisch relevante Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland

Hamouda O

Robert Koch-Institut, Berlin

Die hohe Anzahl Asylsuchender in Deutschland stellt das hiesige Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen. Die Prävention und Kontrolle von Infektionskrankheiten ist dabei nur ein Aspekt von vielen, der besonders Gesundheitsämter und Betreiber von Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende beschäftigt.

Vor oder unmittelbar nach Aufnahme in Gemeinschaftsunterkünfte erhalten Asylsuchende eine Erstaufnahmeuntersuchung gemäß § 62 Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) und § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG). Diese Untersuchung dient dem Erkennen akuter Infektionen wie z.B. der ansteckungsfähigen Lungentuberkulose. Allerdings kann diese Screening-Untersuchung nur eine Momentaufnahme sein. Deshalb ist ein niedrighschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende notwendig, um Infektionen früh zu erkennen, zu behandeln und die mögliche weitere Übertragung zu verhindern. Im Folgenden soll auf eine Auswahl von Infektionskrankheiten, die aufgrund ihrer Prävalenz in den Herkunftsländern, ihres Übertragungsweges, ihres gehäuften Vorkommens in Gemeinschaftsunterkünften oder ihres Ausbruchspotenzials als relevant erscheinen hingewiesen werden.

Die Frage nach der Häufigkeit von Infektionskrankheiten unter Asylsuchenden in Deutschland, kann aktuell nur eingeschränkt beantwortet werden, da belastbaren Daten oftmals fehlen. Das Asylbewerberleistungsgesetz umfasst nur die medizinische Versorgung akuter und/oder schmerzhafter Leiden, weswegen die Routinedaten des Gesundheitswesens bezogen auf diese Fragestellung nicht

gut auswertbar sind. Die konsequente Meldung von Verdacht, Erkrankung und Tod bzw. Erregernachweisen meldepflichtiger Erreger bzw. Erkrankungen ist Voraussetzung für die Erhebung von belastbaren Zahlen, aber vor allem auch für die Einleitung direkter Infektionsschutzmaßnahmen durch die Gesundheitsämter. Die bisherigen Meldedaten bestätigen das Bild, dass Asylsuchende durch impfpräventable Krankheiten und Magen-Darm-Infektionen gefährdet sind, gegen die Impfungen und Basishygienemaßnahmen schützen. Außerdem werden durch Screening-Untersuchungen erwartungsgemäß mehr Fälle mit TB, Hepatitis B und C gefunden. Es wurden nur vereinzelte Fälle von schwerwiegenden importierten Krankheiten, wie Typhus und Läuserückfallfieber, übermittelt. Auch Daten aus diversen Notunterkünften und Aufnahmelagern, die bisher publiziert worden sind, bestätigen diese Aussagen. Das RKI betreibt weitere Forschungsaktivitäten, um u.a. die Datenlage zu der gesundheitlichen Erstversorgung sowie zu Prävalenzen und Inzidenzen von verschiedenen Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland zu verbessern.

Fazit: Asylsuchende selber sind grundsätzlich durch die gleichen Infektionskrankheiten gefährdet, wie die ansässige Bevölkerung. Das RKI sieht derzeit weiterhin keine erhöhte Infektionsgefährdung der Allgemeinbevölkerung durch Asylsuchende. Bei Asylsuchenden können die schwierigen Umstände während der Flucht, ein eingeschränkter oder fehlender Impfschutz sowie die engen räumlichen Bedingungen in den Aufnahmeeinrichtungen, zu einer höheren Anfälligkeit gegenüber bestimmten Infektionskrankheiten führen. Damit sind Asylsuchende eher eine gefährdete Gruppe als eine, von der eine Gefahr für andere ausgeht. Jedoch sind insbesondere Magen-Darm Infektionen sowie TB, parasitäre Hauterkrankungen und impfpräventable Erkrankungen aufgrund ihres Übertragungsweges, ihres Vorkommens in den Herkunftsländern, ihres gehäuftten Auftretens in Gemeinschaftsunterkünften oder ihres Ausbruchspotenzials in diesem Zusammenhang relevant. Die meisten dieser Erkrankungen setzen für die Übertragung einen engen Kontakt voraus. Gefährdet sind in der Regel Familienmitglieder oder andere Asylsuchende. Bei helfenden Personen und der Allgemeinbevölkerung besteht daher nur eine geringe Infektionsgefährdung und diese Personen können sich zusätzlich durch Standard-Vorkehrungen wie Impfungen und einfache Hygiene-Maßnahmen wirksam schützen. Die Gesundheit der Asylsuchenden hinsichtlich übertragbarer und nicht-übertragbarer Erkrankungen hängt wesentlich davon ab, dass ihnen ein niedrighschwelliger, barrierefreier Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, einschließlich Präventions-, Diagnostik- und Therapieangeboten gewährt wird.

Weitere Informationen, Literatur und Empfehlungen zum Thema Asylsuchende und Gesundheit finden Sie unter www.rki.de/asylsuchende.

V 6

Erfahrungen aus dem Syphilisscreening bei Flüchtlingen in Hamburg

Junk L¹, Nießen J¹, Pruskil S¹, Tadzic R²

¹Bezirksamt Hamburg Altona, Fachamt Gesundheit, Hamburg

²Gesundheitszentrum Dr. Dr. Tadzic und Kollegen, Hamburg

Im vergangenen Jahr verzeichnete Deutschland deutlich gestiegene Flüchtlingszahlen, die sich auch in Hamburg widerspiegeln. Die größten Herausforderungen für die lokalen Behörden sind die zeitnahe Registrierung, die adäquate Unterbringung sowie die gesundheitliche und soziale Versorgung. Gemäß §62 des Asylgesetzes (AsylG) sind „Ausländer, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen haben, [...] verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden“.

Zuständig für die Erstuntersuchung ist in Hamburg die Behörde für Inneres und Sport (BIS). Sie wird in standardisierter Form bei der Erstaufnahme durchgeführt und beinhaltet neben den in Deutschland empfohlenen Schutzimpfungen ein radiologisches und serologisches Screening auf Infektionskrankheiten. Hierzu gehörten bislang routinemäßig Tuberkulose, Hepatitis B und Syphilis, bei entsprechender Risikoanamnese wird außerdem ein HCV- bzw. HIV-Test durchgeführt.

In Hamburg wurden knapp 27.000 Flüchtlinge auf Lues gescreent. Bei 121 untersuchten Proben war der Suchtest positiv, dies entspricht einem Anteil von 0,4%. Die Informationen, ob und mit welchem

Ergebnis weitere Labordiagnostik (Bestätigungsdiagnostik) erfolgte, sind nicht zentral erfasst, die Nachverfolgung ist zeitaufwendig und kompliziert. Diese Informationen jedoch, in wie vielen Fällen denn tatsächlich eine aktive und behandlungsbedürftige Syphilis im Gegensatz zu einer Seronarbe vorliegt, sind jedoch von großer Bedeutung für den einzelnen Patienten aber auch aus populationsmedizinischer Sicht. Einmal mehr zeigt sich hier die Notwendigkeit einer optimalen Vernetzung der zuständigen Stellen, eines gemeinsamen Datenaustauschs und einer lückenlosen Dokumentation erhobener Befunde.

Die oben beschriebene Problematik bezüglich der mehrstufigen Diagnostik mit schwieriger Nachverfolgung der erhobenen Befunde, führt möglicherweise dazu, dass aus dem Screening-Ergebnis keine Konsequenzen folgen können. In Relation zu Kosten und personellem sowie zeitlichem Aufwand, sollte die Indikation für die Durchführung eines flächendeckenden Screenings auf Syphilis kritisch hinterfragt werden.

V7

Sex ist überall. Vor allem nach dem Tod. Der Islam und sexuelle Diskriminierung

Ourghi, A.-H.

Pädagogische Hochschule Freiburg

Seit der Entstehung des Islams im siebten Jahrhundert feiern Muslime die koranische Offenbarung als Befreiung der Frauen vom Joch der Sklaverei der vorislamischen Zeit. Dies ist jedoch ein ahistorisches Denkmodell, das mit der Verachtung von Frauen auf Basis der kanonischen Quellen des Islams (Koran und die Tradition des Propheten) und seiner historischen Rezeption nichts zu tun hat.

Heute ist mehr denn je Sexualität in den muslimischen Gemeinden, - sowohl im Westen als auch in den muslimischen Ländern -, ein komplexes Tabuthema. Diese Tabuisierung ergibt sich aus der konservativen und patriarchalen Erziehung. Neben Dingen und Tieren werden Frauen als komplementärer sexueller Genuss behandelt, denn als Werkzeuge erfüllen sie die Funktion, das männliche Gemüt zu befriedigen. Der illegitime Geschlechtsverkehr wird als Unzucht angesehen. Und Unzucht ist eine abscheuliche und eine üble Handlung (Koran 17:32), die zu ahnden zu ist. Homosexualität wird als „geschlechtliche Perversion“ betrachtet. Homosexuelle werden in den Gemeinden der Muslime als physisch Kranke eingestuft und von Menschen ausgegrenzt. Ihr Muslimsein wird ihnen ausgesprochen. Der Islam hat eine sexuelle Revolution bitter nötig.

AV8

Behaviour and Approach to African Migrants and Africans Immigrants with STIs

Djedje B

Göttingen

I am currently writing my master thesis on the relationships between African homosexuals living in Germany and African church leaders based in Germany. During my research, I have discovered that most of the African homosexuals based in Germany are still not opened about their sexual orientation within their community here in Germany. These men (sadly I have interviewed only men) are comfortable with their sexual orientation. They talk about it with friends from different ethnic backgrounds. So what is the problem when it comes to their own community?

1. Homosexuality is still taboo among Africans
2. Admitting publicly and openly one homosexuality is to bring shame not only the person doing the action but on his/ her entire family.
3. Fear of being rejected by the family

I know I have not done any research yet when it comes to the best way doctors in Germany could approach their African patient who have STDs. I can allow myself to say that the African community here in Germany will have the same attitude towards Africans who have HIV, Aids or Tuberculosis as they have towards African homosexuals. It means they will reject them; Judge them and shame them.

Please let me clear, you will still find in the African community some people who will act differently but most for most of them STDIs are taboos. So how could doctors deal with their African patients when HIV, AIDS and Tuberculosis are involved?

1. Understand that this is a real challenge for the person as they will want it to be kept secret from anyone who is somehow part of their community.
2. If you have to refer them to another colleague please make sure they have no African background.
3. Always reassure them that they are in a safe place and their medical record will not be reached by anyone else unless they authorised it.

One main question stays unanswered: where these people get their emotional support?

We all know that love and strengthening allow people who are ill to heal quickly or cope better with their situation. How African immigrants and migrants with STIs living in Germany can find love from their community is the main challenge for the medical body of Germany?

My answer to this question is **to educate African religious leaders based in Germany**. Once the religious leaders are educated, they will be able to influence the community and its attitude.

AV 9

MISSA – Studie zu sexueller Gesundheit mit Migrant/innen aus Subsahara-Afrika. Differierende HIV-, Hepatitis- und STI-Präventionsbedarfe in den Studienstädten München und Köln.

Koschollek C¹, Mputu Tshibadi C², Batemona H³, Sanogo A², Thorlie A¹, Santos-Hövenner C¹, Bremer V¹

¹ Robert Koch-Institut, Berlin. Abteilung für Infektionsepidemiologie

² Münchner Aids-Hilfe e.V.

³ Diakonisches Werk des Evangelischen Kirchenverbandes Köln und Region

Hintergrund: Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MISSA) stellen für die HIV-Epidemiologie in Deutschland eine relevante Gruppe dar. Daher hat das RKI einen partizipativen Forschungsprozess initiiert, in welchem von 2015 bis 2016 in fünf Städten und Regionen Deutschlands Daten zu Wissen, Verhalten und Einstellungen (KABP) in Bezug auf HIV, Hepatitiden (HEP) und andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) unter MISSA erhoben werden. Ziel dieses Beitrages ist der Vergleich des Wissens hinsichtlich genannter Infektionserkrankungen der Studienpopulationen in den Studienstädten München und Köln.

Methoden: Mittels eines standardisierten Fragebogens wurden Anfang 2015 in München und im Herbst desselben Jahres in Köln KABP-Daten durch geschulte Peer Researcher, also Mitglieder der lokalen MISSA-Communities, im Rahmen eines Convenience-Sampling erhoben. Fragebögen auf Deutsch, Englisch und Französisch wurden von Teilnehmer/innen selbst oder im Rahmen eines Interviews ausgefüllt. Wissen wurde in Form 21 wahrer Aussagen erfasst, wobei Befragungsteilnehmer/innen berichten sollten, ob ihnen diese Informationen bereits bekannt waren oder nicht. Um Unterschiede im Wissensstand in Subgruppen identifizieren zu können, wurden unadjustierte Odds Ratios berechnet und die Stichproben beider Städte einzeln als auch gemeinsam betrachtet.

Ergebnisse: In München konnten 491 Fragebögen in die Auswertung eingeschlossen werden, in Köln 414. Von insgesamt 905 Teilnehmer/innen waren 53% männlich. Allgemeines Wissen zu HIV, z.B. zu Übertragungswegen war unter Befragten beider Städte gut bekannt, wobei es je nach Stadt differierende Unterschiede zum Wissensstand in verschiedenen Subgruppen gab (z.B. Geschlecht, Alter, Bildung oder Religion). Unter in Köln Befragten waren insgesamt 5/8 Aussagen häufiger bekannt als unter Münchner Teilnehmer/innen. Wissen zu HEP war in beiden Städten geringer. Kölner Teilnehmer/innen waren 2/9 Aussagen häufiger bekannt; dass es gegen Hepatitis C keine Impfung gibt (24% vs. 16%; OR=1,7; 95%-KI: 1,2-2,4) und dass Hepatitis B/C durch Blut und wiederverbenutzte Spritzen übertragen werden können (51% vs. 45%; OR=1,3; 95%-KI: 1,01-1,7). In Subgruppen gab es in der Münchner Stichprobe mehr Unterschiede; Befragten über 30 Jahren waren beispielsweise alle präsentierten Informationen zu HEP häufiger bekannt, in Köln hingegen gab es keine altersbedingten Unterschiede im Wissensstand. Kölner Befragungsteilnehmer/innen waren 4/5 STIs häufiger bekannt,

z.B. Gonorrhoe (74% vs. 62%; OR=1,7; 95%-KI: 1,3-2,3) oder Chlamydien (33% vs. 18%; OR=2,3; 95%-KI: 1,7-3,1), die in München Befragten gaben häufiger an, keine der präsentierten STIs zu kennen (24% vs. 8%; OR=3,4; 95%-KI: 2,2-5,1).

Schlussfolgerungen: Das multizentrische Vorgehen erlaubt es, städtespezifische Präventionsbedarfe zu erfassen. In Köln sollten wegen weniger Unterschieden in Subgruppen Informationen zu Infektionserkrankungen breiter gestreut werden. In München zeigen sich insgesamt größere Wissenslücken und es bedarf zielgerichteter Präventionsarbeit, z.B. für jüngere MiSSA.

AV 10

Interkulturelle Gesundheitsförderung - Ärztliche Prävention in der Frauengesundheit

Fries J¹, Layer C¹, Kramer H¹, Mais A, Klapp C^{1,2}

¹Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung (ÄGGF) e.V.

²Klinik für Geburtsmedizin Charité Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund: Menschen aus bildungsfernen und sozial schwachen Milieus haben in Deutschland eine geringere Lebenserwartung und ein größeres Risiko, krank zu werden. Dies betrifft häufig auch Familien mit Migrationshintergrund. Die Lebenssituation, Sprachprobleme, Ängste, Scham und Vorurteile erschweren Migrantinnen in Deutschland häufig den Zugang zu Information und Hilfen. Dies betrifft insbesondere die sexuelle Gesundheit im Kontext mit Fruchtbarkeit, Familienplanung, Mutterschaftsvorsorge und Geburtsvorbereitung sowie sexuell übertragbaren Infektionen und führt dazu, dass in diesen Gruppen deutlich seltener die Angebote der Regelversorgung des Gesundheitssystems in Anspruch genommen werden. Kulturell bedingte Einstellungen zum Körper, zu Krankheiten und zur Sexualität erschweren die Kommunikation im Arzt-Patientinnen-Setting und die medizinische Versorgung. Insbesondere Sexuell übertragbare Infektionen und daraus möglicherweise entstehende Krankheitslast sind ein scham- und tabubesetztes Thema. Hier können Ärztinnen in Frauengesundheitsveranstaltungen Impulse setzen und diese an die besonderen Lebenslagen und Bedarfe von Frauen mit Migrationshintergrund adressieren.

Ziele: Im Sinne von *Empowerment* soll von der Ärztin zu den Frauen und Müttern – und damit in die Familien hinein - eine Basis für eine gesundheitsfördernde Kommunikation gelegt werden. Frauengesundheitsthemen werden durch präventivmedizinische Informationen ergänzt und in ein ganzheitliches Gesundheitsförderungskonzept eingebettet.

Zugang zu kultursensibel vermittelter Information und daraus neugewonnener Motivation steigert Kompetenzen und damit über die Orientierungshilfe im deutschen Gesundheitssystem hinaus die Integrations- und Partizipationsmöglichkeiten in unserer Gesellschaft.

Projektbeschreibung: Das präventive Konzept basiert auf Gesundheitsförderung mittels aufsuchender Beratung durch Ärztinnen der ÄGGF e.V., ist ein niederschwelliges Angebot und wird kultursensibel, enttabuisierend und kommunikationsfördernd umgesetzt. Körperwissen und Informationen zu Gesundheitsangeboten und -leistungen des Gesundheitssystems erhöhen Handlungskompetenz im Umgang mit Gesundheitsfragen in der Familie und Partizipation an Vorsorgemaßnahmen und Präventionsprogrammen. Dabei erhalten die Frauen Anregungen, wie sie in der Familie und in ihrem sozialen Umfeld über Körperfragen, Sexualität und Partnerschaft sprechen können und wo sie weiterführende medizinische Hilfe und Beratungsangebote finden.

Erfahrungen:

Von Januar 2014 bis März 2016 wurden (Schwerpunkt: Raum Frankfurt und Berlin) in Kooperation mit zahlreichen Partnern insgesamt 250 Veranstaltungen mit knapp 3000 Teilnehmerinnen durchgeführt. Die Mehrzahl der Veranstaltungen fand in Deutsch- und Integrationskursen, Kinder- und Familienzentren, Mütter- und Elterncafés, KITAs, Grundschulen und Moscheegemeinden statt. Die positiven Rückmeldungen zeigen, dass fokussierte ärztliche Gesundheitsförderung zum Thema sexuelle Gesundheit bei Frauen mit Migrationshintergrund hochgradig akzeptiert ist. Begleitende Fortbildungen für Lehrer/innen und MultiplikatorInnen (Kommunale GesundheitslotsInnen, Stadtteilmütter, Familienhilfen) ergänzen Angebot und Nachhaltigkeit. Die hohe Nachfrage und die

bundesweite Übertragung der Projektidee auf weitere Aufgabenfelder (Elternprojekt, FASD-Primärpräventionsprojekt, betriebliche Gesundheitsförderung, Angebote für Flüchtlinge mit Dolmetscherdienst) werden in Zukunft mehr finanziellen und organisatorischen Aufwand erfordern.

V 11

Vergessene STI – Mykoplasmen und LGV

Jessen H

Praxis Jessen²+Kollegen, Berlin

Erreger sexuell-übertragbarer Infektionen (STIs) sind häufig Verursacher versteckter Epidemien. *Mycobacterium genitalium* (Mg) ist eine wenig bekannte STI, die in der letzten Zeit für mehr Aufmerksamkeit sorgt. Aktuelle Daten aus USA und Großbritannien zeigen eine Prävalenzrate von mehr als 1%, womit sie stärker verbreitet ist als Gonorrhö. Neue Daten bestätigen *Mycoplasma genitalium* als eine STI, was bislang von Einigen bezweifelt wurde. Personen, die ungeschützten Geschlechtsverkehr sowie Personen mit mindestens vier Sexpartnern haben, erkranken häufiger an Mg-Infektionen als Personen mit nur einem oder keinem Sexpartnern.

Das Bakterium verursacht Urethritis bei Männern. Die Implikationen einer Infektion bei Frauen sind nicht eindeutig. Allerdings wird das Risiko einer Zervizitis, Eileiterentzündung und asymptomatischer Proktitis durch eine Infektion mit *Mycobacterium genitalium* verdoppelt. Die Infektion verläuft bei >90% der Männer und >50% der Frauen asymptomatisch.

Neue Studien zeigen fast übereinstimmend eine suboptimale Eradikationsrate mit dem aktuellen Behandlungsregime, das auf der *First Line*-Behandlungsoption mit Azithromycin über eine Woche beruht. Gleichzeitig beobachtet man die Entwicklung einer massiven Antibiotikaresistenz, wobei die Resistenz gegenüber Makroliden in bestimmten Zentren fast endemisch erscheint. Die Resistenz gegenüber Chinolonen beginnt sich ebenfalls zu entwickeln.

Das Screening ist in Deutschland anders als in bestimmten anderen Ländern (Skandinavien) nicht existent und erscheint angesichts hoher Prävalenzraten als dringend nötig.

Infektionen mit *Chlamydia trachomatis* sind die häufigsten bakteriell-bedingten STIs. Ihre Serotypen L1, L2 und L3 verursachen *Lymphogranuloma venerum* (LGV), eine in der westlichen Welt zunehmend häufig auftretende, in den Tropen sogar endemisch vorkommende STI. Die Übertragung durch vaginalen, analen oder oralen Geschlechtsverkehr führt vor allem zu Infektionen des lymphatischen Systems.

Obwohl sie bei Männern wegen einer Symptomatik häufiger diagnostiziert wird, scheint LGV bei beiden Geschlechtern gleich verbreitet. Männer präsentieren sich oft mit frühen Manifestationen, Frauen meist mit Komplikationen. Die höchste Inzidenz liegt bei der sexuell aktiven Population im Alter 15-40 Jahren. Die meisten Fälle in westlichen Ländern werden unter weißen, oft HIV-positiven MSM identifiziert, die sich wegen einer Proktitis oder einer Proktokolitis vorstellen. Im letzten Jahrzehnt gab es mehrere LGV-Ausbrüche in Europa.

Die Symptome ähneln oft denen von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Neuere molekularbiologische Tests sind sensitiv und spezifisch. Bei den Patienten mit einer rektalen Chlamydien-Infektion sollte routinemäßig eine Genotypisierung der Serotypen erfolgen. Ohne solche Möglichkeit sollte die Therapiedauer mit Doxycyclin verdoppelt werden. Die regionäre Lymphadenitis, die sich nach 2 Wochen bilden kann, wird von den unerfahrenen Ärzten oft missinterpretiert und inadäquat chirurgisch behandelt.

V 12

„HIV-Therapie – Wann und wie beginnen? (Vorstellung Leitlinien/ Ergebnisse der START-Studie)“

Dr. med. Stefan Esser

Universitätsklinikum Essen

HPSTD-Ambulanz, Klinik für Dermatologie und Venerologie, Universitätsklinikum Essen, Deutschland

Die Diskussion über den optimalen Start der antiretroviralen Therapie (ART) bei HIV-positiven Menschen kehrt zur Empfehlung „Hit hard and Early“ zurück. Grundlage für die in aktuellen internationalen und nationalen Leitlinien empfohlene sofortige ART-Einleitung direkt bei HIV-Diagnosestellung sind neben Kohortendaten und der HPTN052 Studie die Ergebnisse der prospektiven, 1:1 randomisierten START-Studie (START Study Group 2015 NEJM), bei der asymptomatische HIV-positive Erwachsene (n=4685) mit gutem Immunstatus (CD4-Zellen >500 Zellen/ μ l) entweder sofort eine ART erhielten oder erst nach einem CD4-Zellabfall auf $\leq$ 350 Zellen/ μ l, beim Auftreten von AIDS oder anderen Gründen, die eine zwingende Indikation zum ART-Start darstellten. Primäre klinische Endpunkte der Start-Studie waren das Auftreten schwerwiegender AIDS-definierender und nicht AIDS-assoziiierter Ereignisse sowie Todesfälle. Die mediane HIViruslast bei Studieneinschluss lag bei 12759 Kopien/ml (3019-43391), die mediane CD4-Zellzahl bei 651 Zellen/ μ l (584-765) und das mediane Alter bei 36 Jahren (29-44). Die START-Studie wurde nach einer mittleren Beobachtungszeit von 3 Jahren vom Daten- und Sicherheits-Monitoring Board vorzeitig abgebrochen, da bei den sofort ART-Behandelten signifikant weniger Personen klinische Endpunkte (n=42; 1,8%; 0,6 Ereignisse pro 100 Personenjahre) entwickelten als bei den verzögert ART-Behandelten (n=96; 4,1%; 1,38 Ereignisse pro 100 Personenjahre), was einer Hazard ratio von 0,43 entsprach (95% CI: 0,30-0,62; $p < 0,001$). Hazard Ratios für AIDS-definierende Erkrankungen waren 0,28 (95% CI: 0,15-0,50; $p < 0,001$) und für schwerwiegende nicht AIDS-definierende Erkrankungen 0,43 (95% CI: 0,38-0,97; $p < 0,04$) entsprach, wobei mehr als zwei Drittel der primären Endpunkte bereits bei CD4-Zellzahlen von über 500 Zellen/ μ l auftraten. Nicht AIDS-definierende Infektions-assoziierte Malignome entwickelten sich bei den verzögert ART-Behandelten signifikant häufiger (HR sofort/verzögert ART 0,26; 95% CI: 0,11-0,64; $p < 0,003$). Zusätzlich zeigte die prospektive, 1:1 randomisierte HPTN 052-Studie (MS Cohen 2011 NEJM), dass bei 1763 serodiskordanten Paaren die frühe ART Einleitung beim HIV-positiven Partner gegenüber einer verzögerten ART die Rate der HIV-Transmissionen auf den HIV-negativen Partner bei einer beobachteten paarbezogenen Inzidenz von 0,9 Neuinfektionen pro 100 Personenjahre (95% CI: 0,6-1,3) signifikant reduzierte (HR 0,04; 95% CI: 0,01-0,27; $p < 0,001$). Die bessere Verträglichkeit und die einfachere Einnahme moderner ART-Regime erleichtert die frühe ART-Einleitung. Die sofortige, konsequente Einnahme einer effektiven ART bei HIV-Diagnosestellung hat bei einer dauerhaften Absenkung der HIViruslast unter die Nachweisgrenze sowohl für die Gesundheit HIV-positiver Menschen als auch für die Vermeidung von HIV-Neuinfektionen erhebliche Vorteile. Um diese ART-Ziele zu erreichen ist eine gute Compliance gegenüber der ART unabdingbar. Deshalb gilt trotz der klaren Empfehlung zur sofortigen ART-Einleitung weiterhin, dass eine ART nur dann zuverlässig eingenommen wird, wenn auch der HIV-positive Patient von den Vorteilen der ART überzeugt ist.

V 13

Stehen wir vor dem Superbug *Neisseria gonorrhoeae*? Aktuelle Resistenzsituation in Deutschland

Buder S¹, Guhl E¹, Dudareva-Vizule S², Jansen K², Bremer V², Kohl P.K.¹

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

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

Hintergrund: Die dramatische Resistenzentwicklung bei *Neisseria gonorrhoeae* ist ein globales Problem bei der Behandlung und Kontrolle der Gonorrhoe. Derzeit zeigt sich weltweit eine besorgniserregende Resistenzentwicklung, so dass man der Gefahr eines potentiell kaum

therapierbaren, hochresistenten Erregers gegenüber steht (multidrug-resistent *Neisseria gonorrhoeae*, MDR-NG). Das Gonokokken-Resistenznetzwerk (GORENET) ermöglicht seit 2014 für Deutschland eine kontinuierliche Darstellung und Überwachung der aktuellen Resistenzsituation.

Methoden: Nichtselektive Sammlung von *Neisseria gonorrhoeae* Isolaten aus allen Teilen Deutschlands. Aus 23 Kooperationslaboren wurden im Beobachtungszeitraum 2014/15 insgesamt 702 vitale Isolate eingesandt, mittels Etest auf ihre Empfindlichkeit überprüft und nach EUCAST 4.0 bewertet. Ziel der Surveillance ist die Beurteilung der Resistenzlage bezüglich aller therapeutisch relevanten Antibiotika, wie Cefixim, Ceftriaxon, Azithromycin, Ciprofloxacin und Penicillin.

Ergebnisse: Wir berichten über die aktuellen Ergebnisse der Resistenzsurveillance in Deutschland aus den Jahren 2014/2015 und setzten diese zu deutschen EURO-GASP Daten aus den Vorjahren ins Verhältnis. Während die Resistenzsituation für Ceftriaxon in Deutschland auf sehr niedrigem Niveau (0,5%) stabil blieb, konnte für Cefixim ein deutlicher Rückgang der Resistenzrate auf 1,5% nachgewiesen werden. Dagegen wurde ein Anstieg der Resistenzrate gegenüber Azithromycin auf ca.12 % und zusätzlich eine hohe Rate an intermediär empfindlichen Isolaten (30%) in beiden Jahren beobachtet. 2015 wurde erstmals in Deutschland ein high-level Azithromycin resistentes Isolat im Rahmen der Surveillance nachgewiesen. Die Rate der Penicillin (>25%) und Ciprofloxacin (60%) Resistenz ist in Deutschland sehr hoch. Multiresistenz ist selten, trat aber im Beobachtungszeitraum ebenfalls auf.

Zusammenfassung: Derzeit ist Ceftriaxon das letzte verbliebene, effektive Therapeutikum bei der Behandlung der Gonorrhoe. Um therapeutische Synergieeffekte zu nutzen und um Ceftriaxon als Therapeutikum zu erhalten, sollte leitliniengerecht eine Kombinationstherapie mit Azithromycin erfolgen. Momentan zeichnet sich für Azithromycin eine beunruhigende Resistenzentwicklung ab, die weiter beobachtet werden muss. Eine erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber der lokalen und globalen Resistenzsituation bei Gonokokken und eine kontinuierliche Überwachung sind dringend erforderlich, da die therapeutischen Optionen dramatisch begrenzt sind.

V 14

Seroprävalenzen von 19 humanen Papillomviren (HPV)-Typen repräsentativ für die deutsche Bevölkerung vor Einführung der HPV-Impfung

Loenenbach A¹, Poethko-Müller C², Remschmidt C¹, Thamm M², Harder T¹, Pawlita M³, Waterboer T³, Schröter J³, Deleré Y¹, Wichmann O¹, Wiese-Posselt M¹

¹Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

²Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, RKI, Berlin

³Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), Abteilung Molekulare Diagnostik onkogener Infektionen, Heidelberg

Hintergrund/ Ziele: Repräsentative Daten zur Seroprävalenz von Humanen Papillomviren (HPV) in Deutschland sind eine entscheidende Voraussetzung zur Beurteilung der Auswirkung der HPV-Impfung. Im Rahmen des 1997-1999 vom Robert Koch-Institut durchgeführten Surveys zur Gesundheit von Erwachsenen wurden neben der Durchführung von Interviews auch Serumproben gewonnen und tiefgefroren zurückgestellt. Diese Rückstellproben wurden im Rahmen der Studie genutzt, um Antikörper (AK) gegen HPV zu analysieren. Ziel des Projekts war die Bestimmung der allgemeinen und Typ-spezifischen HPV-Seroprävalenzen in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland (17-79 Jahre) vor Einführung der HPV-Impfung.

Methoden: Die serologischen Testungen der Rückstellproben von BGS-98 wurden am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) mittels einer GST-L1 Multiplex Serologie durchgeführt. GST-L1 Multiplex Serologie gilt als valides Verfahren zur Bestimmung von Antikörpern (AK) gegen HPV und als Marker für kumulative HPV-Infektionen. Es wurden AK gegen folgende HPV-Typen untersucht: mukosal High-Risk (HR): 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 58, 59; mukosal Low Risk (LR): 6, 11, kutan: 1, 4, 8, 10, 38, 41, 49). Die serologischen Ergebnisse wurden mit den demographischen Daten des Surveys verknüpft und zunächst deskriptiv analysiert. Für die Berechnung der repräsentativen HPV-

Seroprävalenzen wurde ein Gewichtungsfaktor verwendet, der die Stichprobe an die Bevölkerungsstruktur von 1997 hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bundesland und Gemeindegrößenklasse anpasst.

Ergebnisse: Im Rahmen der Studie konnten bisher Daten von insgesamt 6.038 Teilnehmern erhoben werden (51% Frauen und 49% Männer). Bei 73% (95%-Konfidenzintervall (KI) 71-75%) der Frauen und 74% (95%-KI 72-76%) der Männer konnten AK von mindestens einem der oben genannten HPV-Typen nachgewiesen werden. Bei mindestens einem der mukosalen Typen waren 35% (95%-KI 33-37%) der Frauen und 32% (95%-KI 30-34%) der Männer seropositiv. Bei den kutanen Typen lagen die positiven Seroprävalenzen mit mindestens einem HPV-Typen bei 63% (95%-KI 61-65%) bei Frauen und 65% (95%-KI 62-67%) bei Männern. Neun Prozent (95%-KI 8-10%) der Frauen und 5% (95%-KI 4-6%) der Männer wurden positiv auf den HR-Typ 16 getestet. Die Seroprävalenzen für mindestens einen der im nonavalenten Impfstoff enthaltenen HPV-Typen (HPV-Typen 6, 11, 16, 18, 31, 33, 52, 58, 45) lag bei 27% (95%-KI 24-28%) bei Frauen und 23% (95%-KI 21-24%) bei Männern.

Schlussfolgerungen: Die Daten geben einen repräsentativen Überblick über die Typ-spezifischen Seroprävalenzen bei Erwachsenen (17-79) in Deutschland in der Vorimpfära. Diese Ergebnisse stellen eine notwendige Grundlage dar, die bestehende HPV-Impfempfehlung zu evaluieren und ggf. den Bedarf für Modifikationen der HPV-Impfempfehlung aufzuzeigen.

AV 15

Erfolgreiche Therapie von Condylomata acuminata mit Ingenolmebutat

Braun SA, Gerber PA

Klinik für Dermatologie, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

Hintergrund: Ingenolmebutat (IM) ist ein monozyklischer Diterpenester, der aus der Pflanze *Euphorbia peplus* extrahiert wird und seit November 2012 in Deutschland zur Lokaltherapie von aktinischen Keratosen (AK) in einer Gelformulierung zugelassen wurde. Aktuell wird ein dualer Wirkmechanismus von IM propagiert: i) in höheren Konzentrationen, welche bei der lokalen Applikation nur in der Epidermis erreicht werden, führt IM zur sofortigen Nekrose und Apoptose von Tumorzellen und ii) in niedrigeren Konzentrationen induziert es eine immunologische Antwort, die zur Rekrutierung eines Neutrophilen-reichen Entzündungszellinfiltrates führt. Dieser Wirkmechanismus lässt darauf schließen, dass IM neben AK auch wirksam bei anderen oberflächlichen Hauterkrankungen eingesetzt werden kann.

Fragestellung: Evaluierung der Wirksamkeit von IM bei der Behandlung von Condylomata acuminata (CA).

Methoden: Wir behandelten Patienten mit CA mit IM-Gel in unterschiedlichen Konzentrationen (0,015% und 0,5%) in verschiedenen anatomischen Regionen (Penis, peri- und intranal, Mons pubis, Scrotum). Der klinische Verlauf wurde fotodokumentiert.

Ergebnisse: Die Patienten entwickelten eine ausgeprägte, teils blasenbildende, teils erosive und schmerzhafte Entzündungsreaktion, die zur kompletten Regredienz der behandelten CA innerhalb 48 Stunden führte. Im Verlauf kam es zu einer raschen Abheilung der Reaktion mit einem guten kosmetischen Ergebnis.

Schlussfolgerung: Unsere Fälle zeigen, dass die IM-Therapie nicht nur auf die Behandlung von AK limitiert ist, sondern auch effektiv zur Behandlung von anderen epidermalen Dermatosen wie CA angewendet werden kann. Im Vergleich zu langwierigen Therapieregimen mit Imiquimod und Sinecatechin, führte die Behandlung mit IM zu einer sehr schnellen Abheilung der behandelten Warzen innerhalb weniger Tage. Ob es sich bei der von uns beobachteten Lokalreaktion um rein toxische Effekte handelt, oder ob diese durch spezifische immunologische Reaktionen hervorgerufen wird, bleibt aktuell noch unbeantwortet. Letzteres könnte zu einer geringeren Rezidivrate etwa im Vergleich zur chirurgischen Abtragung beitragen. Unsere Beobachtungen lassen vermuten, dass sich IM als neue, schnell wirksame Therapieoption zur flächigen Behandlung von CA etablieren könnte.

AV 16

Die Beratungsstandards der DSTIG

Köhler E

Oberursel

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

Methode: Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe „STI/STD: Beratung, Diagnostik und Therapie“ in der Sektion Sexuelle Gesundheit der DSTIG, entwickelt seit 2007 Empfehlungen, die stetig verbessert und an den aktuellen Stand angepasst werden. Die Empfehlungen geben den Beratenden der unterschiedlichsten Settings praktische Hinweise und Tools an die Hand geben.

Ergebnisse: Grundvoraussetzungen für die Empfehlungen sind einerseits Freiwilligkeit, Selbstverantwortlichkeit des Ratsuchenden, andererseits fachliche Kompetenz, Authentizität, Akzeptanz und Empathie des Beratenden in einem vertraulichen, diskreten Beratungssetting, was zeit- und ortsmäßig gut erreichbar sein sollte. Beratung in besonderen Situationen fordert entsprechendes Handling. So ist z. B. der Anlass einer Beratung zu differenzieren: die Abklärung von Symptomen erfordert u.U. ein anderes Vorgehen als die Diagnostik eines möglichen Risikos oder Risiken unter epidemiologischem Aspekt. Die individuellen Bedürfnisse der Ratsuchenden stehen im Vordergrund, auch ihre Entscheidung, keine Angaben während der Beratung zu äußern. Die epidemiologischen Aspekte und Public Health Interessen können dem gegenüber zunächst konträr gesehen werden. Der Beratung zur möglichen Impfprophylaxe impfpräventabler STI (Hepatitis A, B und HPV) sollte ein fester Bestandteil einer STI-Beratung sein, ebenso die u.U. notwendige Partnertherapie.

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

V 17

STI-Leitlinien

Meyer T

Ambulanzzentrum des UKE GmbH, Hamburg

Ein Schwerpunkt der Aktivitäten der DSTIG ist die Erarbeitung von Leitlinien zur Diagnostik, Therapie und Prävention sexuell übertragbarer Infektionen. Die DSTIG ist an der Erstellung von 12 Leitlinien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) beteiligt. Drei davon sind noch in der Entwicklung. Ihre Fertigstellung ist Ende 2016 bzw. Anfang 2017 geplant. Aktuelle Leitlinien betreffen Infektionen bzw. Erkrankungen mit HIV, HPV, Treponema pallidum, Neisseria gonorrhoeae und Chlamydia trachomatis. Darüber hinaus wurde in diesem Jahr eine Leitlinie publiziert, die sich mit der Beratung zu STI/STD im Hinblick auf präventive, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten und Maßnahmen befasst. Ende 2016 wird die Veröffentlichung der Chlamydia trachomatis Leitlinie erwartet, die über mehrere Jahre in Kooperation mit 15 verschiedenen Fachgesellschaften angefertigt wurde. C. trachomatis Infektionen finden bereits in mehreren AWMF-Leitlinien Erwähnung, die sich aber jeweils nur bestimmten Teilaspekten der Infektion widmen. Es besteht daher ein Bedarf an einer gemeinsamen Leitlinie der verschiedenen Fachrichtungen, die vor

allem diagnostische und therapeutische Fragestellungen berücksichtigt. Zentrale Themenbereiche der neuen Chlamydien Leitlinie betreffen dementsprechend den Nachweis und die Behandlung der Infektion bei verschiedenen Krankheitsbildern und Patientengruppen. Als Verfahren, die für den direkten Erregernachweis am besten geeignet sind, werden die Nukleinsäure Amplifikationstests (NATs) herausgestellt. Darüber hinaus wird den Fragen nachgegangen, ob alle NATs gleichwertig sind, welche Untersuchungsmaterialien verwendet werden können, welche Bedeutung Varianten und Rekombinationen für die molekulare Diagnostik haben, wann eine Typisierung erforderlich ist, ob positive Ergebnisse bestätigt werden müssen und ob der Therapieverlauf kontrolliert werden sollte. Des Weiteren wird der diagnostische Stellenwert von Schnelltests und von serologischen Verfahren beschrieben. Für die Therapie der unkomplizierten *C. trachomatis* Infektion kommen prinzipiell Doxycyclin oder Azithromycin in Betracht. Neuere Studien zeigen eine leichte Überlegenheit für Doxycyclin, insbesondere bei extragenitalen Infektionen. Azithromycin ist aufgrund der nur einmaligen Gabe bei unsicherer Compliance vorteilhaft. Beta-Laktam Antibiotika werden allgemein nicht empfohlen, müssen aber bei Ko-Infektionen mit Gonokokken und/oder Treponemen in das therapeutische Vorgehen einbezogen werden. Bei Ko-Infektionen mit genitalen Mycoplasmen ist die mögliche Entwicklung von Makrolidresistenzen bei Mycoplasmen durch die Einmaldosis Azithromycin zu berücksichtigen. Ein wichtiger Faktor der Prävention ist das Screening auf *C. trachomatis* Infektionen. Die Chlamydien Untersuchung ist in der Schwangerschaft und vor einem Schwangerschaftsabbruch vorgesehen und soll darüber hinaus bei allen sexuell aktiven Frauen bis zum Alter von 25 Jahren einmal jährlich durchgeführt werden. Damit die Inzidenz der Infektion spürbar reduziert wird, ist eine höhere Teilnahmequote der nicht-schwangeren Frauen erforderlich. Männer sollten ebenfalls in das Screening einbezogen werden. Insbesondere bei MSM sind regelmäßige Screening-Untersuchungen sinnvoll, die auch andere STI Erreger beinhalten sollten.

V 18

Schutz durch Kontrolle: Was ändert sich durch das Prostituiertenschutzgesetz?

Wersig M

Fachhochschule Dortmund

Der Entwurf eines Gesetzes zur Regulierung des Prostitutionsgewerbes sowie zum Schutz der in der Prostitution tätigen Personen (Gesetzentwurf der Bundesregierung: BR-Drs. 156/16) befindet sich im Jahr 2016 nach über zwei Jahren politischer Kontroversen im parlamentarischen Verfahren und wird voraussichtlich am 1. Juli 2017 in Kraft treten. Der Vortrag stellt die neuen Anforderungen an Menschen dar, die durch dieses Gesetz als Prostituierte definiert werden (Prostituierte sind demnach Personen, die sexuelle Dienstleistungen anbieten). Durch die neu geregelte Anmeldepflicht bei einer Behörde und die Pflicht zur regelmäßigen Inanspruchnahme einer Gesundheitsberatung, sowie die Notwendigkeit, Nachweise über die ordnungsgemäße Anmeldung und Gesundheitsberatung bei der Prostitutionsausübung mitzuführen, müssen in der Prostitution tätige Menschen spätestens ab dem 31.12.2017 (letzter Stichtag der neuen Anmeldepflicht für bereits in der Prostitution tätige Personen) neuen gesetzlichen Anforderungen gerecht werden. Auch für die Beschäftigten im öffentlichen Gesundheitsdienst bedeutet die gesetzliche Neuregelung eine Veränderung ihrer Arbeit, wenn sie zu Akteuren einer nicht mehr anonymen regelmäßigen Pflichtberatung und Zertifizierung dieser Pflichtberatung werden. Seit dem Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes war eine gesundheitliche Beratung als anonyme Leistung möglich, darüber hinaus bestand für Prostituierte keine Pflicht, Beratung in Anspruch zu nehmen. Ein Schwerpunkt des Vortrages wird auf der Ausgestaltung der Gesundheitsberatung und den Datenschutzregeln liegen, die Gesundheitsämter diesbezüglich einhalten sollten. Inwieweit durch die zu erwartende Kontrolldichte der Schutz der in der Prostitution tätigen Menschen tatsächlich erhöht werden kann, wird einer kritischen Betrachtung unterzogen.

V 19

HIV-PrEP

Spornraft-Ragaller P

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

Die HIV-Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) mit Tenofovir/Emtricitabin wurde in den USA bereits im Jahr 2012 zugelassen und spielt hier neben der frühen Therapie bereits Infizierter eine wesentliche Rolle in der HIV-Prävention im Aktionsplan gegen HIV und AIDS. Grundlage hierfür waren 2 Placebo-kontrollierte Studien, die multinationale „Pre-Exposure Prophylaxis Initiative (iPrEX)“, bei Transgender-Frauen und Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), sowie die „Partners PrEP“-Studie bei afrikanischen heterosexuellen HIV-diskordanten Paaren. Die Ergebnisse beider Studien ergaben eine signifikante Abnahme von HIV-Neu-Infektionen. Auch 2 europäische Studien aus England und Frankreich konnten bei MSM mit hohem HIV-Infektionsrisiko eine Reduktion neuer HIV-Infektionen um jeweils 86 % nachweisen.

Zielgruppen für die PrEP sind Personen, die ein erhöhtes Risiko für eine HIV-Infektion aufweisen, das sich durch andere Präventionsmaßnahmen bisher nicht reduzieren ließ. Was erhöhtes Risiko bedeutet, wurde z.B. in den PrEP-Leitlinien der Centers of Disease Control (CDC) näher definiert und umfasst u.a. Episoden von ungeschütztem Analverkehr, sexuelle Beziehung zu HIV-positivem Partner, aber auch kürzliches Auftreten anderer sexuell übertragbarer Infektionen (STI). Es wird in allen hierzu vorliegenden Leitlinien und Empfehlungen betont, dass die Verordnung nur unter engmaschiger Kontrolle, regelmäßigen HIV-Tests und STI-Screening erfolgen soll.

Inzwischen wurde die PrEP auch in Europa bei der EMA beantragt; eine Zulassung wird in Deutschland möglicherweise noch für 2016 erwartet. Dann könnte das Medikament auch hierzulande noch nicht mit HIV Infizierten rechtssicher verordnet werden.

Allerdings kann eine präventive Wirkung in den in Studien erreichten Größenordnungen nur dann erwartet werden, wenn das Medikament für die in Frage kommenden Personen in erforderlichem Umfang auch tatsächlich zur Verfügung steht und die Anwendung entsprechend kontrolliert wird. Dies dürfte jedoch ohne Kostenerstattung durch die Krankenkassen kaum möglich sein.

AV 20

Increase of syphilis notifications in men-having-sex-with-men from Germany is associated with decline in condom use and increase of HIV status-knowledge-based risk management

Marcus U, Jansen K

Robert Koch-Institut, Berlin

Background: After a period of stable levels of yearly syphilis notifications in Germany from 2004 to 2010, the number of yearly notifications has more than doubled from 2009 to 2015. In 2015, 6.834 cases (8.5 per 100,000 population) were reported, the highest number since introduction of this surveillance in 2001. The increase is driven predominantly by an increasing incidence among men having sex with men (MSM): in 2015, 85% of cases with transmission-risk information were diagnosed in MSM. Data on sexual risk behaviours of MSM has been collected in four national behavioural surveillance studies between 2003 and 2013.

Methods: We analysed trends in consistent condom use (proportion reporting any unprotected anal intercourse (UAI) with non-steady partners in the previous 12 months) and HIV status-knowledge-based risk management (proportion reporting UAI with a partner of unknown HIV serostatus) from studies conducted in 2003, 2007, 2010 and 2013 to find potential explanations for accelerating syphilis transmission among MSM. To avoid confounding by changing sample composition we restricted the analysis to MSM aged 30-44 years living in cities > 500,000 inhabitants and self-defining as gay.

Results: The number of MSM surveyed varied considerably between 1,039 (2003) and 8,242 (2010). Any UAI with non-steady partners or with partners of unknown HIV status was reported by 28-29% in

2003 and 2007 without relevant differences between the two variables. Between 2007 and 2013 the proportion reporting any UAI with non-steady partners increased from 29 to 52% of the respondents, while the proportion reporting UAI with a partner of unknown HIV status slightly declined from 28% to 25%. The proportion tested for HIV in the previous 12 months increased from 30% in 2003 to 48 % in 2013.

Conclusions: A concurrence between increased recent HIV testing, HIV status-knowledge-based risk management (selective condom use, HIV serosorting) and increasing syphilis notifications could be observed. Differences in recruitment methods, sample sizes and sample composition of the MSM surveillance studies over time as well as slightly different questions asked are limitations for interpreting coinciding trends. Consistent condom use independent of HIV disclosure should be promoted. Combined - and more frequent - HIV and syphilis screening should be offered for HIV-uninfected MSM; for men diagnosed with HIV, syphilis screening should be included in HIV follow-up monitoring. The public health benefit of innovative approaches to scale-up more frequent HIV/syphilis screening and early treatment such as home sampling, home testing and broadening venue-based (rapid) testing should be evaluated.

AV 21

Projekt zur Erprobung und Implementierung einer freiwilligen HPV-Schulimpfung in Deutschland

Köster C¹, Maulbecker-Armstrong C², Naperkowski I³

¹Präsident und Projektleiter des Gesundheitsnetz Rhein-Neckar e.V.

²Referatsleitung Prävention und Gesundheitsberichterstattung des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration

³Projektkoordinatorin des Gesundheitsnetz Rhein-Neckar e.V.

Hintergrund/Ziele: Gebärmutterhalskrebs ist in Deutschland bei Frauen von 15-44 Jahren die dritthäufigste Krebserkrankung. Jährlich erhalten fast 5.000 Frauen diese Diagnose, rund 1.600 sterben daran. Mehr als 90.000 Frauen müssen operiert werden, um Gebärmutterhalskrebsvorstufen zu entfernen. Dabei könnten diese Zahlen erheblich niedriger sein, da sich das Erkrankungsrisiko durch eine HPV-Impfung erheblich reduziert. Leider ist die HPV-Impfung in Deutschland im Vergleich zu anderen Standardimpfungen wenig verbreitet: Nur vier von zehn Mädchen verfügen über diesen Impfschutz. In Hessen nehmen bisher nur etwa 22% der Frauen die Chance einer vollständigen Impfung wahr, obwohl die gesetzlichen Krankenkassen seit 2007 die Kosten übernehmen. Das Bundesmodellprojekt befindet sich derzeit in der Pilotphase, welche dazu dient, zunächst an Grundschulen im südhessischen Teil der Metropolregion Rhein-Neckar aufzuklären, die Impfquoten zu steigern und projektbezogene Prozessabläufe zu optimieren. Daraufhin soll das Projekt in ganz Hessen und der gesamten Metropolregion Rhein-Neckar umgesetzt werden, sodass die vorherrschende Impfquote langfristig verdoppelt werden kann. Hierdurch können alleine in dieser Region rund 200 Leben gerettet, 600 Krebsneuerkrankungen verhindert und 10.000 Operationen vermieden werden. Langfristig verfolgt das Projektteam das Ziel einer bundesweiten Implementierung der freiwilligen HPV-Schulimpfung für Mädchen und Jungen.

Projektbeschreibung: Zu Beginn des Schuljahrs 2015/2016 startete das Modellprojekt, welches an sechs Grundschulen im Kreis Bergstraße durchgeführt wird. Insbesondere bei Grundschülerinnen der 4. Klassen setzt das Projekt an, da das Immunsystem in jungen Jahren besonders gut auf die HPV-Antikörper anspricht. Bei Elternabenden informieren projektbeteiligte niedergelassene Kinder-, Jugend-, Haus- oder Frauenärzte ausführlich über die Impfung und beantworten alle Fragen zur Wirksamkeit und möglichen Nebenwirkungen. Zudem wurde eine Auskunftsstelle im Gesundheitsamt vor Ort eingerichtet, an die sich interessierte Eltern wenden können. Nach der Aufklärungsarbeit können die Eltern ihre Töchter im Rahmen eines Schulimpftags von den projektbeteiligten Ärzten impfen lassen.

Erfahrungen: Die Erfahrungen im Rahmen der ersten Impftage sind durchweg positiv, wie Ärzte, Eltern und Schulleitungen zurückmelden. Eine Befragung der Teilnehmer am Modellprojekt zeigt, dass sich 94% der Eltern im Anschluss an die Elternabende ausreichend informiert fühlen, um eine Entscheidung

bezüglich der HPV-Impfung zu treffen. 65% möchten ihre Töchter demnach gegen HPV impfen lassen, wobei 27% beabsichtigen, das niederschwellige Angebot eines Impftages an der Schule zu nutzen.

Wissenschaftlicher Partner des Modellprojekts ist das Deutsche Krebsforschungs-zentrum in Heidelberg. Gemeinsam wird das Modellprojekt mithilfe von Befragungen der Eltern, des Schulpersonals und der beteiligten Ärzte ausgewertet. Die Erkenntnisse fließen schließlich in Handlungsleitfäden und Informationsmaterialien ein, welche u.a. mit Unterstützung der BZgA erarbeitet und zukünftig bundesweit Städten und Regionen zur Verfügung gestellt werden sollen.

AV 22

Auswirkungen der neuen Prostitutionsgesetzgebung auf die Arbeit der Gesundheitsämter

Stiehler M

Gesundheitsamt, Beratungsstelle für AIDS und sexuell übertragbare Infektionen, Dresden

Das von der Bundesregierung geplante Prostitutionsschutzgesetz wird so, wie es sich nach dem politischen Willen der Initiatoren gestaltet, erhebliche Auswirkungen auf die Arbeit der Gesundheitsämter haben. Behörden werden mit Kontrollaufgaben belegt, die STI-Beratungsstellen, die für die Arbeit mit Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern verantwortlich sind, müssen Zwangsberatungen durchführen und die in §19 IfSG festgelegte Anonymität des Untersuchungsangebots lässt sich in der Praxis nicht mehr aufrecht erhalten. Damit werden die gewachsenen Hilfestrukturen für die Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter erheblich gestört und die bestehenden Vertrauensverhältnisse, die für Beratungen im Bereich der Prostitution unerlässlich sind, beeinträchtigt. Zudem werden zentrale Prinzipien von Prävention, wie sie auch in den Präventionsstandards der DSTIG benannt sind, insbesondere die von Selbstbestimmtheit und Freiwilligkeit, unterlaufen. Wenn das Gesetz in der vorliegenden Fassung verabschiedet wird, wird sich der Charakter der Arbeit der STI-Beratungsstellen der Gesundheitsämter deutlich verändern. Er entfernt sich von einem Dienstleistungsangebot hin zur Ordnungspolitik. Damit fallen wir in Zeiten zurück, in denen eine „Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes“ der Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter durch ein Höchstmaß an Kontrolle erreicht werden soll. Ob damit den Frauen und Männern, die in der Sexarbeit tätig sind, wirklich geholfen wird und ob sie so vor gewalttätigen Übergriffen geschützt werden können, ist zu bezweifeln.

V 23

Hautveränderungen bei akuten und chronischen Lebererkrankungen

Altmeyer P

ehem. Leiter der Dermatologischen Klinik, ärztlicher Geschäftsführer des St. Josef-Hospitals, RUB, Bochum

Akute und chronische Erkrankungen der Leber beeinflussen in vielfältiger Weise das Integument. Einerseits verursachen die gestörten oder veränderten Stoffwechselfunktionen, aber auch immunologische Reaktionen bei Lebererkrankungen, Hauterscheinungen. Andererseits verursachen insbesondere die chronischen Lebererkrankungen Hautveränderungen, z.B. im Rahmen der portalen Hypertension.

Einteilung von Hauterkrankungen, die durch Lebererkrankungen hervorgerufen oder mitausgelöst werden können:

Akute oder chronische Hepatitis C/B:

Vaskulitis, Hepatitis C-assoziierte Urtikaria

Ikterische Phase: Hautveränderungen: Ikterus, Naevus araneus, Erythema palmare et plantare symptomaticum. Kryoglobulinämie, Erythema elevatum diutinum, Systemischer Lupus erythematoses, Lichen planus, Pyoderma gangraenosum, Urtikariavaskulitis, Präikterisches Hepatitis-Prodromalstadium Selten Hautveränderungen wie urtikarielle oder makulopapulöse Exantheme.

Chronische Folgen eines zirrhotischen Leberumbaus mit portaler Hypertension:

Leberzirrhose und deren monitorische Zeichen am Integument (s.u. dem jeweiligen Krankheitsbild): Gynäkomastie, Caput medusae, Abdominalglatze, Chvostek-Zeichen, Kryoglobulinämie, Weißnägel, Erythema palmare et plantare symptomaticum, Erythema diffusum hepaticum, Ekchymosen, Purpura, unterschiedliche Formen von Teleangiektasien (häufig auch Naevi aranei)

Hauterkrankungen in Assoziation mit verschiedenen chronischen Leberaffektionen: Dupuytren'sche Kontraktur, Kryoglobulinämie, Lipomatose, benigne symmetrische (unregelmäßige Assoziation mit chronischen Leberschäden).

V 24

Akute und chronische Hepatitis C – Neue Therapien

Ingiliz P

Praxis Driesener, Berlin

Die chronische Hepatitis C Virus (HCV)-Infektion ist eine Erkrankung von weltweiter Bedeutung. In Deutschland sind vermutlich zwischen 200 und 300.000 Menschen chronisch infiziert. Die Hauptübertragungswege sind Blutprodukte und medizinische Interventionen, intravenöser Drogengebrauch und, in bestimmten Risikogruppen, sexuelle Übertragungswege. Neue Infektionen werden bei uns quasi nur noch in den letzteren beiden Gruppen beobachtet. Dennoch meldet das Robert-Koch-Institut kontinuierlich um die 5000 neu gemeldete Infektionen pro Jahr.

Die Therapie der HCV-Infektion ist in den letzten 5 Jahren einem dramatischen Wandel unterlegen. War die interferonhaltige Therapie noch nebenwirkungsreich und mäßig wirksam, stehen heute mehrerer Substanzkombinationen direkt-wirksamer antiviraler Substanzen zur Verfügung, mit denen Heilungsraten um 90% erzielt werden können.

Insbesondere mit den Kombinationspräparaten Sofosbuvir/Ledipasvir und Paritaprevir/Ritonavir/Ombitasvir/Dasabuvir sind die meisten Genotyp-1-Infektionen zu heilen. Probleme entstehen allenfalls bei Patienten mit Leberzirrhose und einer Genotyp-3-Infektion. Der Vortrag wird die aktuellen Behandlungsmöglichkeiten beleuchten und die bestehenden Therapieleitlinien darstellen, sowie einen Ausblick geben auf zukünftige Therapieoptionen.

V 25

Epidemiologie von Hepatitis B und C

Zimmermann R

Robert-Koch-Institut, Berlin

AV 26

Untersuchung des Einflusses einer interferonfreien HCV-Eradikation auf neurokognitive Funktionen bei HCV-/HIV-koinfizierten und HCV-monoinfizierten Patienten

Kleefeld F¹, Heller S, Ingiliz P, Jessen H, Kraft A, Hahn K

¹Klinik für Neurologie mit Experimenteller Neurologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz

Hintergrund/Fragestellung: Trotz aller Fortschritte in der Therapie leiden viele HIV-Patienten unter HI-Virus-verursachten Beschwerden. Besondere Bedeutung haben dabei kognitive Beeinträchtigungen, die unter dem Sammelbegriff HAND (HIV-assoziierte neurokognitive Defizite) zusammengefasst werden und bis zu 50% der Patienten betreffen.

Eine besondere Risikopopulation unter den therapierten HIV-Infizierten stellen die mit dem Hepatitis C-Virus (HCV) koinfizierten Patienten dar. Zur Bedeutung der HCV-Koinfektion für Häufigkeit und Schweregrad von HAND bestehen in der aktuellen Literatur jedoch inkonsistente Ergebnisse.

Verschiedene Studien in den letzten Jahren ergaben Hinweise, dass auch die HCV-Monoinfektion kognitive Defizite verursachen könnte - unabhängig von einer fortgeschrittenen Lebererkrankung oder einer hepatischen Enzephalopathie. Durch die Zulassung mehrerer Substanzen im Jahr 2014/15 haben

sich die Therapieoptionen bei der HCV-Infektion dramatisch verbessert. Der Einfluss einer Viruseradikation durch interferonfreie Therapie auf neurokognitive Funktionen ist bislang jedoch nicht untersucht worden.

Nach erfolgreicher HCV-Eradikation sollten die möglicherweise vorhandenen kognitiven Defizite regredient sein bzw. sich kein Unterschied zur HCV/HIV-negativen Kontrollgruppe mehr zeigen. Dies sollte in der Gruppe der HCV-Monoinfizierten und auch in der Gruppe der Koinfizierten nachweisbar sein. Aufgrund der möglicherweise schwereren Defizite bei Koinfizierten und der Persistenz der HIV-Infektion könnte die Effektgröße in diesen Patienten jedoch geringer ausfallen.

Das Ziel dieser Untersuchung war mögliche neurokognitive Defizite bei HCV-monoinfizierten bzw. HCV-/HIV-koinfizierten Patienten nachzuweisen. Zusätzlich sollte festgestellt werden, ob diese Defizite nach erfolgreicher, Interferon-freier Therapie der HCV-Infektion mit gezielt wirkenden antiviralen Medikamenten (sog. direct acting antivirals, DAA) reversibel sind.

Methoden: Die Patienten werden vor und 12 Wochen nach einer interferonfreien HCV-Therapie mit einer standardisierten neuropsychologischen Untersuchung unterzogen. Für die Auswahl der Testverfahren maßgeblich war die Abbildung der neurokognitiven Domänen, die gemäß den Frascati-Kriterien bei HIV-Patienten untersucht werden müssen, um die Diagnose HAND stellen zu können ((visuelles) Gedächtnis/Lernen, Aufmerksamkeit, Sprache, Informationsverarbeitung, Feinmotorik, Exekutivfunktionen). Depressivität wird als konfundierender Faktor kontrolliert. Lebensqualität und Fatigue werden als sekundäre Endpunkte erfasst. Ausschlusskriterien waren u.a. Leberfibrose/-zirrhose, Substanzabhängigkeit und cerebrale Vorerkrankungen.

Ergebnisse: 24 Patienten wurden bislang in die Studie eingeschlossen. Bei 10 Patienten bestand eine HCV-Monoinfektion, bei 14 Patienten eine HIV-/HCV-Koinfektion. In die Kontrollgruppe wurden 30 HIV-/HCV-negative Probanden eingeschlossen. Vor Therapiebeginn wiesen die infizierten Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant schlechtere Leistungen in den Domänen visuelles Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Arbeitsgedächtnis und Exekutivfunktionen auf. Nach der Therapie kam es bei den bisher untersuchten Patienten zu signifikanten Verbesserungen in diesen kognitiven Funktionen. Die Patienten zeigten außerdem signifikante Verbesserungen bei der Ausprägung der Fatigue-Symptomatik. Die interferonfreie Therapie wurde insgesamt gut vertragen, schwerwiegende Nebenwirkungen wurden nicht berichtet.

Schlussfolgerung:

Die HCV-Eradikation führt sowohl bei HCV-monoinfizierten als auch bei HIV-/HCV-koinfizierten Patienten zu einer signifikanten Verbesserung der kognitiven Leistung. Das Vorhandensein von neurokognitiven Defiziten könnte somit auch bei ansonsten asymptomatischen Patienten eine Therapieindikation darstellen.

AV 27

STI und Kommunikation über Sexualität in der ärztlichen Praxis – Fortbildungs-Curriculum startet Herbst 2016!

Brockmeyer NH¹, Coenenberg J¹, Gerlich MG.², Winkelmann C²

¹Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum, Walk In Ruhr, Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum

²Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Referat Prävention von HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI)

Hintergrund: Im Jahr 2011 entstand die Idee, ein Curriculum zur Fortbildung im Themenbereich Sexuelle Gesundheit zu entwickeln. Dieses Angebot soll eine Ergänzung bisheriger Angebote darstellen. Die Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertreter_innen verschiedener Fachgesellschaften und weiterer Institutionen traf sich seither achtmal, um Inhalte, Methoden, Zielgruppe und Struktur des Curriculums festzulegen. In 2016 startet nun in Bochum die Pilotphase des Curriculums für Ärztinnen und Ärzte in Kooperation mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe unter Federführung durch die Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG) sowie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Projektbeschreibung: Wenn es um sexuell übertragbare Infektionen (STI) und ihre Prävention geht, benötigen Betroffene nicht nur medizinische Versorgung, sondern ganzheitliche Beratung zur Sexuellen Gesundheit. Für Ärztinnen und Ärzte ist dies häufig eine Herausforderung, da nicht nur ein umfangreiches Wissen über STI einschließlich der STI-Diagnostik- und Therapie gefragt sind, sondern auch Erfahrung und Sensibilität in der Kommunikation über STI und sexuelle Gesundheit.

Ziel der Curricularen Fortbildung ist es daher, in besonderem Maße das Wissen über HIV und andere STI (u.a. Epidemiologie, Ansteckungswege, Prävention, Therapie, Diagnostik) sowie über sexuelle Gesundheit (u.a. was beinhaltet Sexuelle Gesundheit, Begriffsdefinition Sexualität, Sexuelle Rechte, Sexuelles Verhalten) und Kommunikation über Sexualität (u.a. Arzt-Patientengespräch, Kommunikation mit Jugendlichen, Sprechen über Sexualität) zu stärken und zu vermitteln.

Die Inhalte des Curriculums werden mittels unterschiedlicher Methoden (Präsentationen, Fallbeispiele, Filme, Übungen) vermittelt. Dabei ist ein hoher Anteil von Kommunikation und persönlichem Austausch vorgesehen. Behandelt werden alle Punkte, die im Kontext der medizinischen Beratung und Behandlung zur Sexuellen Gesundheit relevant sind. Die Fortbildung richtet sich sowohl an Allgemeinmediziner, als auch an Fachärztinnen und Fachärzte der Dermatologie, Urologie, Gynäkologie, Inneren Medizin und im öffentlichen Gesundheitsdienst.

In die Entwicklung der Fortbildung wurden von der BZgA und DSTIG die folgenden Fachgesellschaften, Berufsverbände und weitere Institutionen einbezogen: Die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS), die Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (DGSMTW), die Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFG), der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), das Robert Koch-Institut (RKI), die Abteilung Sexualpädagogik der Universität Kiel, die Gesellschaft für Sexualpädagogik (GSP), der pro familia Bundesverband sowie die Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit (GSSG).

Die erfolgreiche Teilnahme wird durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe zertifiziert.

Erfahrung/ Ziele: Die Pilotphase der Fortbildung (Sept. bis Dez. 2016) wird durch eine wissenschaftliche Evaluation begleitet. Zusätzlich gibt es eine standardisierte Evaluierung durch die Fortbildungsakademie der Ärztekammer. Die Ergebnisse beider Evaluierungen werden ausgewertet und analysiert und sollen helfen, die Fortsetzung der curricularen Fortbildung entsprechend zu optimieren. Der zweite Durchlauf ist für 2017 geplant.

V 28

Lust dominiert Überleben – aber wie?

Nagel S

Christiaan-Barnard-Klinik, Dahlen-Schmannewitz

Lebewesen sind durch zwei elementare Merkmale bestimmt, die Fähigkeit, ihren Stoffwechsel für einen unterschiedlich langen Zeitraum aufrecht zu erhalten (Homöostase) und sich vermehren zu können (Replikation). Das lässt Lebewesen im Unterschied zu leblosen Gegenständen schon von außen betrachtet als ‚gerichtet‘, also als intentional erscheinen. Sie verhalten sich, als ob sie Homöostase und Replikation erreichen ‚wollten‘. In welcher Form diese Intentionalität im inneren Erleben von Lebewesen repräsentiert ist, ob sie ihre ‚Absichten‘ also (er-)kennen, ist allerdings kaum festzustellen, da ‚inneres Erleben‘, sofern wir es überhaupt als gegeben annehmen, aufgrund von prinzipiellen wissenschafts- und erkenntnistheoretischen Problemen nicht zugänglich ist.

Gehen wir jedoch vom inneren Erleben von Menschen aus, denen wir Bewusstsein und Selbstbewusstsein und damit eine Fähigkeit zur Wahrnehmung mentaler Prozesse zusprechen – wenn auch nicht in einem wissenschaftlich ‚sauberen‘ Sinne – und die zudem darüber kommunizieren können, so nehmen diese ihre Intentionalität offenbar als drängende innere Bedürfnisse („Triebe“) nach Nahrung und Sexualität wahr. Dabei ist ihr Ziel allerdings keineswegs die Herstellung von Homöostase und Replikation. Vielmehr erleben Menschen die Befriedigung ihrer Bedürfnisse lediglich als befriedigend, das heißt, sie fühlen sich auf unterschiedliche Weise ‚gut‘, wenn diese gestillt werden. Neben etlichen anderen wichtigen Knotenpunkten im Zentralnervensystem ist für diese Reaktion vor

allem der Nucleus accumbens als sogenanntes Belohnungs- oder Lustzentrum das entscheidende organische Korrelat. Allerdings legt die Beobachtung des Verhaltens von Menschen nahe, dass ihre beiden grundlegenden Intentionen nicht gleichrangig das Verhalten bestimmen, sondern die Suche nach erotischer Lust dem Streben nach Aufrechterhaltung ihrer leiblichen und sozialen Struktur (Überleben) zumindest zeitweilig übergeordnet sein kann.

Dabei ist allerdings weder Selbstvernichtung noch Replikation ihre unmittelbare Absicht. Erotische Lust scheint vielmehr eine stärkere Befriedigung zu erzeugen, als es das aus Sättigung resultierende Wohlbefinden vermag. Wenn wir die resultierende risikoreiche Lustsuche beobachten, neigen wir sowohl im alltäglichen wie im wissenschaftlichen Kontext dazu, von unvernünftigem (irrationalen) Verhalten zu sprechen, obwohl es evolutionsbiologisch begründet und in diesem Sinne folglich ‚vernünftig‘ ist.

Dennoch wird schnell nachvollziehbar, dass ein solches Verhalten in vielerlei Hinsicht, besonders aber im STI-Bereich, ein bedeutsames Präventionshindernis darstellt und damit fast allen Konzepten von „Sexueller Gesundheit“ entgegensteht. Man könnte sagen, Gesundheit zum Zweck des Überlebens des Individuums ist nur bedingt ein ‚natürliches‘ Ziel von Lebewesen, schon gar nicht von sexuell gestimmten. Um so mehr stellt sich die Frage, wie im Rahmen medizinischer und psychotherapeutischer Maßnahmen damit umgegangen werden kann oder wie bei aller Nachrangigkeit von Überleben Lust so gestaltet werden kann, dass sie das Überleben möglichst nicht konterkariert. Hierbei ist vor allem auf die Nachteile lustfeindlicher und repressiv-abstinenzorientierter Konzepte gegenüber einem akzeptierenden und selbstbestimmten Vorgehen zu verweisen.

AV 29

Inzidenzraten sexuell übertragbarer Erkrankungen in Studien zur HIV Präexpositionsprophylaxe bei Männern die Sex mit Männern haben – ein systematischer Review

Werner RN¹, Nast A¹

¹ Division of Evidence based Medicine, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund / Fragestellung: Mit Zulassung der systemischen HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) in den USA ist eine neuartige Form der Prävention verfügbar, die für Männer, die Sex mit Männern haben und riskantes Sexualverhalten aufweisen („high-risk MSM“) eine erhebliche Risikoreduktion bezüglich der HIV-Transmission ermöglicht. Zugleich zeigen epidemiologische Daten für diese Population Anstiege der Inzidenz anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen (STI) wie u.a. der Syphilis, Gonorrhoe oder Chlamydieninfektionen. Ziel dieses systematischen Reviews ist die Auswertung der in publizierten PrEP-Studien verfügbaren Daten zur Inzidenz von STI.

Methoden: Unter Berücksichtigung des PRISMA-Statements wurde ein systematischer Review durchgeführt. Am 02.03.2016 wurde in Medline, EMBASE und Cochrane CENTRAL nach prospektiven klinischen Studien zur PrEP bei high-risk MSM gesucht, die Daten zur Inzidenz von STI während des Beobachtungszeitraums berichten.

Zur Beurteilung der Validität der Daten wurden die eingeschlossenen Studien mittels dreier Qualitätskriterien beurteilt: 1.) Anwendung valider diagnostischer Verfahren zur Detektion von STI, 2.) ausreichende Studiengröße [> 500 Personenjahre (PJ)] und 3.) ausreichendes Follow-up [$< 20\%$ Studienabbrecher].

Sofern Inzidenzraten mit 95%-Konfidenzintervall (95%-CI) für die verschiedenen STI nicht berichtet wurden, wurden diese aus den verfügbaren Daten berechnet. Beobachtete Personenjahre wurden aus der Anzahl der Probanden pro Studienvisite ermittelt. Inzidenzraten wurden als Ereignisse/100PJ angegeben. Die Berechnung der 95%-CI erfolgte unter Verwendung des ‚Mid-P exact test‘.

Ergebnisse: In der systematischen Recherche wurden 1294 Publikationen identifiziert, von denen 135 im Titel/Abstract-Screening eingeschlossen wurden. 9 Publikationen zu 7 Studien (3 doppel-verblindete RCTs, 1 open-label RCT und 3 Kohortenstudien) enthielten den Einschlusskriterien entsprechende Daten.

Für die Syphilis-Inzidenz wurden Daten aus 7 Studien extrahiert, mit einem Range der Inzidenzraten von 6,78 (95%-CI: 5,75-7,92) bis 15,69 (95%-CI: 4,98-37,84)/100PJ.

Analog ergaben sich für die Gonorrhoe (alle Lokalisationen) aus 5 Studien Inzidenzraten von 3,92 (95%-CI: 0,20-19,34) bis 47,41 (95%-CI: 41,06-54,24)/100PJ. Für die Chlamydieninfektion (alle Lokalisationen), ebenfalls mit Daten aus 5 Studien, zeigte sich ein Range der Inzidenzraten von 18,78 (95%-CI: 15,01-23,22) bis 55,88 (95%-CI: 48,98-63,34)/100PJ.

Für die rektale Gonorrhoe/Chlamydieninfektion zeigten sich in 2 Studien Inzidenzraten von 36,56 (95%-CI: 31,36-42,37) und 55,88 (95%-CI: 48,98-63,34)/100PJ.

Die Hepatitis C-Inzidenz wurde in 3 Studien berichtet, mit einem Range von 0,7 (95%-CI: 0,08-2,4) bis 1,29 (95%-CI: 0,52-2,68)/100PJ.

Schlussfolgerungen: Die erhobenen Daten verdeutlichen die hohe Inzidenz verschiedener STI bei high-risk MSM. Von besonderer Bedeutung ist, dass sich die höchsten Inzidenzraten in einer Kohortenstudie von PrEP-Nutzern unter Alltagsbedingungen zeigten. Das Angebot einer HIV-PrEP sollte in ein Konzept primär- und sekundärpräventiver Maßnahmen eingebettet sein.

AV 30

Kosteneffektivität der PrEP zur HIV-Prävention bei MSM: Eine systematische Übersichtsarbeit

Damm O, Scholz S, Greiner W

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld

Hintergrund: Entscheidungs- und Kostenträger im Gesundheitswesen sind neben der Wirksamkeit und Sicherheit medizinischer und anderer gesundheitsbezogener Interventionen auch zunehmend an Informationen zur Kosteneffektivität interessiert. Modellbasierte gesundheitsökonomische Evaluationen können die Kosten und die gesundheitlichen Effekte verschiedener Handlungsalternativen vergleichend bewerten und damit einen wichtigen Beitrag zur effizienten Ausgestaltung von Präventionsstrategien leisten. Ziel der vorliegenden Studie ist es, eine systematische Übersicht über bisherige gesundheitsökonomische Evaluationsstudien zum Einsatz der Präexpositionsprophylaxe (PrEP) zur HIV-Prävention bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), zu geben und auf dieser Basis PrEP-Strategien für unterschiedliche MSM-Risikogruppen hinsichtlich ihrer Kosteneffektivität zu bewerten.

Methoden: Zur Identifikation von deutsch- und englischsprachigen Publikationen, die sich mit der (modellbasierten) gesundheitsökonomischen Evaluation der PrEP bei MSM befassen, wurde eine Literaturrecherche in der Datenbank PubMed durchgeführt. Die Recherche umfasste den Zeitraum von Januar des Jahres 2000 bis einschließlich Februar des Jahres 2016. Um vor dem Hintergrund der von Land zu Land variierenden epidemiologischen Ausgangslage und unterschiedlichen Zusammensetzung der MSM-Population eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse (auch in Bezug auf den deutschen Versorgungskontext) zu gewährleisten, wurden Studien zur PrEP-Anwendung außerhalb von europäischen Ländern, den USA, Kanada und Australien nicht berücksichtigt.

Ergebnisse: Auf Basis der PubMed-Recherche ließen sich insgesamt acht relevante Studien zur Kosteneffektivität der PrEP bei MSM identifizieren. Sechs Studien berichten Ergebnisse für die USA; jeweils eine Studie liegt für Kanada und Australien vor. Die eingeschlossenen Studien untersuchen die PrEP-Anwendung in der gesamten MSM-Bevölkerung und/oder bei Hochrisiko-MSM. Zwei Studien evaluieren zusätzlich auch die PrEP-Anwendung in monogamen, serodiskordanten Partnerschaften. Sechs Studien basieren auf einem dynamischen Transmissionsmodell und schließen daher auch die Effekte von PrEP auf die sekundäre Übertragung von HIV ein. Die Ergebnisse zur Kosteneffektivität variieren sowohl studienübergreifend als auch studienintern (bei der Evaluation unterschiedlicher Strategien innerhalb einer Studie) sehr stark. Die Ergebnisse zur Kosteneffektivität der PrEP-Anwendung in serodiskordanten Partnerschaften sind besonders inkonsistent. Strategien, bei der die Anwendung der PrEP auf Hochrisiko-MSM beschränkt wird, gehen im Vergleich zur Anwendung in der gesamten MSM-Bevölkerung in den Studien, die beide Optionen evaluieren, mit deutlich geringeren (d.h. besseren) Kosteneffektivitätsverhältnissen einher. Drei Studien berichten sogar von Szenarien, in denen die Anwendung der PrEP zu Kosteneinsparungen führen kann.

Schlussfolgerungen: Aufgrund der Variationsbreite der Ergebnisse kann aus gesundheitsökonomischer Perspektive derzeit keine abschließende Beurteilung der PrEP bei MSM erfolgen. Die Anwendung bei Hochrisiko-MSM ist jedoch kosteneffektiver als die Anwendung in der gesamten MSM-Bevölkerung. Da keine der eingeschlossenen Studien Ergebnisse für Deutschland oder ein anderes europäisches Land liefert, besteht diesbezüglich dringender Forschungsbedarf.

AV 31

Sexuelle Gesundheit für Migrantinnen und Migranten – das Webportal ‚Zanzu‘

Winkelmann C

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Hintergrund/Ziele: Das Webportal *Zanzu* entwickelte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit der belgischen Nichtregierungsorganisation Sensoa zu verschiedenen Aspekten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Der Internetauftritt richtet sich sowohl an erwachsene Menschen mit Migrationshintergrund, als auch an Ärztinnen / Ärzte sowie Beraterinnen / Berater, die im Bereich der sexuellen Gesundheit tätig sind.

Projektbeschreibung: Die Website besteht aus einem allgemeinen sowie einem landesspezifischem Teil und steht derzeit in 13 Sprachen zur Verfügung. Sie bedient sich einer sehr einfachen Sprache und unterstützt das Verständnis durch ein vielfältiges Angebot an Bild- und Textmaterial. Bilder und Zeichnungen erklären komplexe Sachverhalte – angefangen von der Benutzung eines Femidoms bis hin zum Kaiserschnitt. Alle Texte können durch ein besonderes Programm (Readspeaker) vorgelesen werden, so dass auch Menschen ohne bzw. mit geringer Lesekompetenz Gebrauch von der Website machen können.

Folgende Themen werden von der Seite abgedeckt: Körperwissen, Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft, Beziehungen und Emotionen, HIV/STI, sexuelle Gewalt sowie Rechte (des Einzelnen) und (nationale) Gesetze.

Die Website möchte Unterstützung bieten bei der Beratung besonders vulnerabler Migrationsgruppen - insbesondere der ersten Generation. Sie verfügen häufig noch nicht über die notwendigen Sprach- und Landeskenntnisse. Zudem ist in vielen Herkunftsländern der Zugang zum Wissen über die verschiedenen Aspekte der sexuellen Gesundheit eingeschränkt und nicht immer Gegenstand der Schulbildung – ein idealer Nährboden für Ängste, Unsicherheiten und Mythen.

Der Bedarf an einer derartigen Website wurde durch Interviews mit Expertinnen und Experten in Deutschland und Belgien ermittelt. Das Projekt wurde begleitet durch ein internationales Beratungsgremium, in dem u. a. die Weltgesundheitsorganisation (Regionalbüro für Europa) vertreten ist. Ein nationales Beratungsgremium flankierte die Arbeit ebenfalls.

Erfahrungen: Die Website www.zanzu.de wurde im Februar 2016 lanciert. Ihr Einsatz wird in verschiedenen Settings pilotiert und durch eine Evaluation begleitet.

V 32

Jungs, traut Euch – wir sind für euch da: die Jungensprechstunde!

Bühmann W

Facharzt für Urologie, Andrologie, Med.Tumorthherapie, Qualitätsmanagement, Sylt, Pressesprecher des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V., Düsseldorf

Mädchen empfangen durch naturgegebene Bindung an ihre Mutter und frühen Kontakt zum Gynäkologen hinsichtlich der Beratung zur Kontrazeption mehr Ansprache für ihre Probleme in der Übergangszeit vom Mädchen zur Frau. Männlichen Jugendlichen fehlt dagegen oft ein akzeptierter Partner für ihre psychischen wie somatischen Konflikte, da auch für sie aus verschiedenen Gründen eher die Mütter als die Väter zur Verfügung stehen – das sollte ein Anlass sein, ihnen analog den Gynäkologen den Urologen als Ansprechpartner anzubieten.

Die seelische wie körperliche Umstellung während der Pubertät, insbesondere in der Phase, wenn die Entwicklung der geistigen Vernunft damit nicht Schritt hält, führt zu zahlreichen Fragen und Konflikten bei männlichen Jugendlichen, die sie aus Schamgefühl oder wegen beginnender Lösung von den Eltern gerade zu Hause nicht besprechen möchten.

Leider bieten die aktuellen Medien im Print-, TV- oder Internet-Bereich keine geeigneten Alternativen, da sie keinerlei Qualitätskontrollen unterliegen und sogar eher kontraproduktiv Informationen vermitteln, die die Unsicherheit eher verstärken als zu reduzieren.

Die abstrusen oder absurden Darstellungen monströser männlicher Geschlechtsorgane und sexueller Kontakte führen häufig zu erheblichen Minderwertigkeitsgefühlen bis zu Angststörungen oder somatoformen Dysfunktionen, ohne dass diese in direktem Dialog korrigiert bzw. erklärt werden können. Im somatischen Bereich sind hier die Entwicklung der Vorhaut, der Penisgröße und der Hoden sowie die später optional folgenden Symptome wie Frenulumrinne, Juckreiz/Brennen beim Wasserlassen, Blut im Sperma zu nennen. Im psychischen Bereich geht es um das Aussehen der Genitalien, Entwicklung der Erektion und sexuellen Erlebens, die Phasen der Homosexualität bzw. der Entwicklung der sexuellen Orientierung, Partnerkonflikte bei Begehren gleichaltriger Mädchen.

Lücke im Männerleben

Zur angemessenen Beratung kann hier der Urologe beitragen, indem er sich als qualifizierter, „geborener“ ärztlicher Begleiter für das ganze Männerleben beispielsweise mit den Diagnosen Leistenhoden, Phimose, Enuresis, Hodentorsion, Hodentumor, Sexualstörungen in jedem Alter, urologische Infektionen, Erkrankungen beim Älterwerden wie ED, Androgendefizit, BPS und urologischen Tumorerkrankungen zukünftig auch für eine Jungen-Sprechstunde engagiert, um damit diese Lücke im Männerleben zu schließen.

Zur erfolgreichen Etablierung sind einige Voraussetzungen notwendig: Zunächst sind ein inhaltlich standardisiertes Portfolio und ein Marketingkonzept zu entwickeln, wie den Jungen als Zielgruppe dieses Angebot zu vermitteln ist, um die Schwelle so niedrig wie möglich zu halten, sich einem Urologen anzuvertrauen statt in eine belastende Scheinwelt zu flüchten. Information der Jugendlichen, ihrer Eltern und der kinderärztlichen Kollegen stellen obligate Bedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung dieses ambitionierten Projektes dar. Dazu sind insbesondere auch die rechtlichen Rahmenrichtlinien definitiv zu klären, unter denen Jungen der diskrete Besuch beim Urologen ermöglicht werden kann. Auch die Anreize für den Urologen in den Bereichen Praxismarketing und Vergütung im GKV- und PKV- Bereich sind angemessen zu berücksichtigen.

V 33

Hormontherapie beim alternden Mann

Korda JB

Urologische Gemeinschaftspraxis Brühl, Brühl

Testosteron ist ein essentielles Hormon. In der Pubertät führt Testosteron zur Virilisierung der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale. Z.B. Wachstum von Hoden, Penis, Prostata, Bart, anabole Effekte auf Muskulatur etc. In dieser Phase macht Testosteron den Jungen zum Mann.

Beim Erwachsenen ist Testosteron zur Aufrechterhaltung von Libido & Potenz, der anabolen Effekte (Muskulatur, Knochen) und von Stoffwechseleffekten wichtig. 95% des Testosterons werden in den Hoden und 5% in den Nebennieren gebildet. 0.5-3% liegen als freies, biologisch wirksames Testosteron vor. Testosteron wirkt nicht allein, sondern gemeinsam mit seinen natürlichen Metaboliten 5 α -Dihydrotestosteron und Estradiol.

Ein Androgenmangel nimmt mit zunehmendem Alter zu. Das freie Testosteron nimmt um ca. 10-30% pro Lebensjahrzehnt ab.

Die Inzidenz eines Hypogonadismus wird mit 2.1-12.8% angegeben. Hypogonadismus findet sich häufiger bei älteren Männern, Männern mit Adipositas und Co-Morbiditäten.

Ein Hypogonadismus entsteht durch eine testikuläre Insuffizienz (primärer Hypogonadismus), durch eine Insuffizienz von Hypothalamus und/oder Hypophyse (sek. H.), durch beides (late onset

hypogonadism) oder durch eine Androgenresistenz. Bei der gemischten primären und sekundären testikulären Insuffizienz spricht man von einem late onset hypogonadism (LOH). Es findet sich neben dem erniedrigten Testosteronwert auch ggf. erniedrigte LH und FSH Spiegel sowie eine Beeinträchtigung der Spermatogenese. Die häufigsten Symptome eines LOH sind Libidoreduktion, erektile Dysfunktion und Hitzewallungen. Als untere Normwerte gelten: $<8 \text{ nmol/l}$ (2,3 ng/ml) Gesamttestosteron bzw. $8-11 \text{ nmol/l}$ (2.3 - 3.2 ng/ml) Gesamttestosteron UND $<220 \text{ pmol/l}$ (6.3 ng/dl) freies Testosteron. Die Diagnostik umfasst neben einer ausführlichen Anamnese und körperlichen Untersuchung, in der auch die Hodengröße, Penisstruktur und Prostata evaluiert werden sollte, eine zweimalige Bestätigung des erniedrigten Testosteronspiegels. Testosteron sollte morgens bis 11h im nüchternen Zustand gemessen werden. Eine T-Bestimmung ist bei Krankheiten mit einer hohen Spezifität (Diabetes mellitus Typ 2, Metabolisches Syndrom, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, Terminale Niereninsuffizienz, Hämodialyse, Osteoporose, HIV-bedingter Gewichtsverlust, Infertilität, Kryptorchismus, Hypophysenerkrankung, Pubertas tarda und einer Behandlung mit Opiaten oder Glukokortikoiden) empfohlen werden. Hat sich ein Hypogonadismus bestätigt, so sollte eine Osteoporose ausgeschlossen werden. Kontraindikationen für eine Testosterontherapie sind ein Prostatacarcinom, ein Mammacarcinom, eine Schlafapnoe, ein bestehender Kinderwunsch, Hkt $>54\%$, NYHA IV und signifikante LUTS mit BPE. Testosteron kann i.m. (kurz und langwirksam), transdermal, buccal/sublingual und als subdermales Depot verabreicht werden. Präparaten, die kurz wirksam sind und die zirkadiane Rhythmik berücksichtigen, sollte der Vorzug gegeben werden. Bei Männern mit Kinderwunsch ist eine HCG und HMG Behandlung anstelle von einer Testosteronsubstitution notwendig.

Die neueste Studienlage zeigt keinen Einfluss einer T-Substitution auf die Entstehung eines Prostatacarcinom, Langzeitdaten fehlen jedoch noch. Patienten, die eine T-Substitution erhalten, müssen streng und regelmäßig (3, 6 und 12 Monate) nach Therapiebeginn kontrolliert werden (PSA, Hkt, DRU).

V 34

Sexuell übertragbare Urogenitalinfektionen und Infertilität

Pilatz A

Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie, Justus-Liebig-Universität Gießen, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen

Infektionen der Urogenitalorgane gehören zu den akzeptierten Ursachen männlicher Fertilitätsstörungen. In andrologischen Sprechstunden wird der Anteil von Männern mit infektionsbedingter Sub-/Infertilität mit 6-10% angegeben. Infektionen der Urogenitalorgane können die Spermatogenese direkt schädigen, die Reifung und Funktion der Spermien beeinträchtigen, eine (partielle) Obstruktion der Samenwege hervorrufen, in einer Fehlfunktion akzessorischer Drüsen resultieren und schließlich genetische bzw. epigenetische Veränderungen in den Spermien bewirken. Ebenso vielfältig wie die Schädigungsmechanismen ist das Spektrum der ursächlichen Infektionen. Der Vortrag stellt systematisch die wichtigsten Urogenitalinfektionen (Urethritis, Prostatitis, Epididymo-orchitis, Male Accessory Gland Infection) und deren Auswirkungen auf Ejakulatparameter und Fertilität dar und beschreibt bei Patienten mit Azoospermie umgekehrt die Evidenz hinsichtlich einer infektiösen Genese.

V 35

„Sexsucht“ – gibt es das?

Adli M

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Sexuelle Reize sind heute massenweise verfügbar und scheinen eine eine moderne Sexsucht zu triggern, die nichts mit der medizinhistorischen Nymphomanie zutun hat. Die ubiquitäre Verfügbarkeit

von Sex steigt, nicht zuletzt weil es Internet und Dating Apps gibt. Die Zahl der Menschen, die psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe suchen, weil sie Ihre sexuellen Impulse aus eigener Sicht nur unzureichend regulieren können, nimmt in der Tat zu. Ob die „hypersexuelle Störung“ als Diagnose in die gängigen Klassifikationssysteme aufgenommen werden sollte, bleibt dabei eine Kontroverse. Denn: Quantifizierungen sind hier schwierig – wie oft ein Mann oder eine Frau pro Woche oder pro Tag sexuell aktiv sein darf, ist durch Normwerte kaum auszudrücken. Menschliche Sexualität zeigt eine enorme Bandbreite sowohl in Bezug auf Frequenz als auch der Verschiedenartigkeit ihrer Ausübung. Da es keinerlei Einheitlichkeit über die zugrunde zu legenden Kriterien gibt, gibt es auch kaum gute epidemiologische Zahlen. Es sind überwiegend Schätzungen, die eine Prävalenz von 3 bis 6 % in Deutschland annehmen.

Folgende Verhaltensmerkmale für „hypersexuelles Verhalten“ werden indes diskutiert: ein progredientes gesteigertes sexuelles Verlangen mit sexuellen Phantasien, imperative Onanieimpulse, häufig wechselnde Sexualpartner und exzessiver Pornographiegebrauch. Hinzu kommen: ein subjektives Leidensgefühl sowie Kontrollverlust in Bezug auf Dauer und Beendigung des Verhaltens sowie eine Vernachlässigung anderer Lebensbereiche.

Weitere Merkmale wie exzessiver Zeitbedarf, Einsatz v.a. zur Kompensierung negativer Emotionen oder von innerer Anspannung, Vernachlässigung anderer Lebensbereiche, beeinträchtigte Verhaltenskontrolle und Fortführung trotz negativer Konsequenzen deckt sich dabei mit den anerkannten Verhaltensstörungen. Entzugerscheinungen und Toleranzentwicklung sind jedoch nicht eindeutig nachweisbar.

Ein anderes Störungskonzept geht von einem dysregulierten sexuellen Verhalten statt einer Sucht aus, d.h. einer extremen Ausprägung des Sexualverhaltens mit stark ausgeprägter sexueller Lust entlang einer normalen Häufigkeitsverteilung durch die Bevölkerung. Zu den Entstehungsursachen werden Erfahrungen von Traumatisierung, emotionaler Vernachlässigung oder narzisstische Kränkungen gezählt, die jedoch unspezifisch sind und auch bei anderen psychischen Störungen eine Rolle spielen. Von einigen Experten wird die gelegentlichsinduzierte oder die moderne Sexsucht als ein neuer Subtyp bezeichnet, der geprägt ist durch den früh einsetzenden, chronischen Konsum sexuell expliziter Reize. Hier spielen weder ein Suchtmechanismus, noch eine narzisstische Problematik eine Rolle, sondern eine Dauerreizung durch die massenhaft und niedrigschwellig verfügbare Internetpornografie. Es kommt zu einer massiven sexuellen Sollwertverschiebung nach oben: Erregung kann zunehmend nur noch durch extrem intensive Reize ausgelöst werden.

AV 36

Kürzlich erworbene HIV-Infektionen bei MSM in Deutschland (2011-2015): Was wissen wir?

Hofmann A, Hauser A, Bannert N, Kücherer C, Bartmeyer B, Bremer V

Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Die Bestimmung des Anteils kürzlich erworbener (rezipienter) HIV-Infektionen unter den HIV-Neudiagnosen erlaubt eine Beurteilung des aktuellen Infektionsgeschehens und ermöglicht den Einsatz gezielter Präventionsmaßnahmen. Seit 2008 wird am Robert Koch Institut der Anteil rezipienter HIV-Infektionen (<155 Tage) unter den neu diagnostizierten HIV-Infektionen in Deutschland mittels eines serologischen Inzidenztests ermittelt. Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), stellen nach wie vor die größte Transmissionsgruppe in Deutschland dar. Ziel ist es, die rezipienten HIV-Infektionen bei neudiagnostizierten MSM genauer zu charakterisieren.

Methoden: Auf Filterpapier getrocknete Serumproben (Dried Serum Spots, DSS) von HIV-Neudiagnosen aus überschüssigen Blutproben der Routinediagnostik werden gesammelt und mit Hilfe des BED IgG-capture-ELISA (BED-CEIA) getestet. Soziodemographische und klinische Daten werden über den HIV-Meldebogen erfasst und anonymisiert mit dem Testergebnis des BED-CEIA verknüpft. Der Anteil der rezipienten HIV-Infektionen bei MSM wurde nach Jahr der Diagnose, Alter, und Herkunft unter allen HIV-Neudiagnosen ermittelt. Chi²-Test für bivariate Vergleiche und multivariate logistische

Regression wurden durchgeführt. Um das Alter in den Gruppen zu vergleichen wurde der Mann-Whitney (Wilcoxon) Ranksummentest verwendet.

Ergebnisse: Von Januar 2011 bis Dezember 2015 wurden 16.033 HIV-Neudiagnosen und 9.634 (60,1%) DSS ans RKI übermittelt. Die größte Transmissionsgruppe unter den Neudiagnosen mit DSS waren MSM (55,9%; 5.392/9.634), der Anteil rezenter HIV-Infektionen unter ihnen betrug 38% (n=2.050). MSM mit einer rezenter HIV-Infektion waren im Median 3 Jahre jünger als MSM mit länger bestehender Infektion (33 versus 36 Jahre, Wilcoxon $p<0,001$). Der höchste Anteil rezenter HIV-Infektionen war bei MSM im Alter von 18-25 Jahren (352/729; 48,3%; Chi²-Test $p<0,001$) zu finden. Es konnte kein zeitlicher Trend zwischen 2011 und 2015 festgestellt werden (OR 1,037 95% KI 0,997-1,079). MSM stammten hauptsächlich aus Deutschland (81%; 4.183/5.172); unter ihnen lag der Anteil der rezenter HIV-Infektionen bei 38,9% (1.626/4.183). Bei MSM aus Westeuropa (excl. Deutschland) (39,3%; 92/234; Chi²-Test $p=0,036$) war der Anteil der rezenter HIV-Infektionen am höchsten. MSM, die aus dem Ausland stammten infizierten sich zu 70% in Deutschland (653/930). Bei diesen MSM lag der Anteil der rezenter Infektionen bei 38% (249/653) im Vergleich zu 23% (76/277) bei MSM aus dem Ausland die sich im Ausland infiziert haben (logistische Regression, OR 0,58; 0,44-0,76 für eine rezente Infektion bei nicht- deutschen MSM).

Schlussfolgerung: Die meisten MSM infizierten sich in Deutschland. MSM, aus dem Ausland, die angaben sich im Ausland infiziert zu haben, hatten häufiger eine länger bestehende HIV-Infektion. Dies deutet darauf hin, dass diese Gruppe der MSM in Deutschland weniger häufig auf HIV getestet wird als deutsche MSM.

AV 37

Prevalence of HPV-Related Lesions in an Urban Cohort of HIV-Positive Men in Germany

Potthoff A¹, Wieland U², Skaletz-Rorowski A³, Swoboda J⁴, Kreuter A⁵, Fuchs W¹, Michalik C⁶, Brockmeyer N.H.^{1,3}

¹Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum, Walk In Ruhr, Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum

²Institut für Virologie der Universität zu Köln

³Kompetenznetz HIV/AIDS, Ruhr-Universität Bochum

⁴Zytologisches Institut, Bonn

⁵HELIOS St. Elisabeth Klinik Oberhausen, Universität Witten-Herdecke

⁶Zentrum für klinische Studien, Universität Köln

Background: Human papillomaviruses (HPV) induce condylomata, anogenital cancers and their precursor lesions as anal or penile intraepithelial neoplasia (AIN/PIN). HIV-positive individuals have an increased risk for the development of anogenital HPV-induced lesions. The aim of the male ScreenING-Study was to evaluate the prevalence of genital and anal condylomata, intraepithelial neoplasia, anal and penile cancer, and related HPVtypes in HIV-infected men at the Interdisciplinary Immunological Outpatient Clinic of the Department of Dermatology of the St. Josef Hospital, Ruhr-University Bochum.

Methods: 400 HIV-positive men (98% men who have sex with men (MSM)) were enrolled in this prospective observational study from 2008 to 2011. Participants were seen every 3 to 12 months. All patients received an inspection of the anogenital region, digital rectal examination, high-resolution anoscopy (HRA), anal cytology, anal/penile histology if required, and HPV-typing of anal and penile swabs. The statistical analysis was performed in a descriptive manner; no formal statistical hypotheses were tested. Approximate 95% confidence interval was calculated with an approximate formula [Woodward]. HPV DNA prevalence and HPV16 viral load were described by frequencies, percentages, histograms and boxplots. The prevalence analyses were performed by the statistic software SAS version 9.3 TS1M0.

Results: At baseline only 25% of the 400 HIV-infected men had normal anal results, 75% of the men presented with abnormal cytological and histological results. 8% presented with ASCUS (atypical squamous cells of undetermined significance), 41% with lowgrade (n=164) dysplasia and 24% with

high-grade anal dysplasia (n=95), and two men with invasive anal cancer (0.5%). 2.3% had PIN (n=9) and one patient had penile cancer at baseline. Throughout the study period only 16.8% of the patients always had normal anal results. 75% had anal dysplasia (low-grade n=177, highgrade n=125), 3.3% (n=13) had PIN, and two further patients developed anal cancer. Within the study period 52.8% (n=211) had condylomata. At baseline, 88.5% of anal and 39.3% of penile swabs were HPV-DNA positive, and 77.8% of anal and 26.5% of penile swabs carried high-risk HPV-types. HPV16 was the most frequent HPV-type.

Conclusion: HIV-positive MSM have a high risk for HPV-induced condylomata, (pre)malignant anogenital lesions and anogenital cancers. Screening for HPV-induced dysplasia is crucial to avoid progression to invasive carcinomas. Additionally, HPV-vaccination recommendations should be extended to high-risk populations.

V 38

Infektionen in der Schwangerschaft – kleine und größere Probleme

Kehl S

Universitätsklinikum Erlangen

Infektionen in der Schwangerschaft sind eine besondere Herausforderung. Schwangere sorgen sich selbst bei milden „Erkältungen“: Bei Husten, Schnupfen und Bronchitiden herrscht ein Wunsch nach schneller Verbesserung der Beschwerden bei gleichzeitiger Angst vor Schädigung des Ungeborenen vor. Eine adäquate Therapie setzt hierbei die Kenntnis der veränderten Physiologie in der Schwangerschaft voraus. So ist eine vasomotorische Rhinitis – durch Hyperämie und ödematöse Schwellung der nasalen Mukosa – häufig und benötigt keine Therapie. Eine Differenzierung zwischen einer viralen und bakteriellen Sinusitis ist häufig schwierig.

„Grippeähnliche“ Symptome können auch bei schwerwiegenderen Infektionskrankheiten vorliegen. Häufig und klinisch relevant sind Infektionen mit dem Parvovirus B19, dem Varizella-Zoster-Virus (VZV) und dem Zytomegalie-Virus (CMV).

Das typische Erythema infectiosum (Ringelröteln) einer Parvovirus-B19-Infektion tritt selten auf – auch weitere Symptome fehlen meist. In einem Drittel der Fälle kommt es zu einer transplazentaren Infektion des Feten und hier v. a. zu einer Beeinträchtigung der erythropoetischen Stammzellen mit dem Risiko für eine fetale Anämie und Hydrops fetalis. Das Risiko ist im 2. Trimenon am größten. Ohne therapeutische Intervention ist das Fruchttodrisiko hoch. Mittels Dopplersonographie kann eine fetale Anämie frühzeitig festgestellt und eine intrauterine Transfusionstherapie durchgeführt werden. Fatale Folgen können somit heutzutage oftmals abgewendet werden.

Die Varizellen-Primärinfektion gehört zu den gefürchtetsten Infektionen in der Schwangerschaft, auch wenn sie aufgrund der hohen Durchseuchungsrate selten ist. Das kongenitale VZV-Syndrom tritt vor 24 SSW in circa 2 % der Fälle auf, danach ist es noch seltener. Bei einer Erkrankung der Mutter kurz vor der Geburt besteht die Gefahr von fulminanten neonatalen Varizellen. Die Folgen sind insbesondere für die Schwangere wegen der Varizellenpneumonie und der Meningoenzephalitis lebensgefährlich. Bei fraglichem Kontakt seronegativer Schwangeren wird eine Postexpositionsprophylaxe mit Immunglobulin innerhalb von 48-72 Stunden empfohlen. Ziel ist es, die Schwangere vor möglichen Komplikationen zu schützen.

Das CMV ist die häufigste Ursache für prä- und perinatale Virusinfektionen. Neben einer primären Infektion kann auch eine Reaktivierung des latent vorhandenen CMV zu einer Infektion des Feten führen; eine transplazentare Übertragung ist während der gesamten Schwangerschaft möglich. Die meisten infizierten Neugeborenen sind bei Geburt unauffällig, eine Schwerhörigkeit ist jedoch häufig. Eine primäre CMV-Infektion kann anhand einer Serokonversion und einem folgenden Nachweis aus dem Fruchtwasser diagnostiziert werden. Eine Therapie ist jedoch schwierig, da es kein ausreichend evidenzbasiertes Vorgehen gibt. Die CMV-Vorsorge besteht hauptsächlich in der Erkennung von Schwangeren mit fehlendem Immunschutz. Vermeidung von Kontakt zu Kleinkindern ist

dabei oberste Priorität, was sich im Alltag oft schwierig darstellt: Häufig werden Infektionen von Kleinkindern in der Familie übertragen.

V 39

STI in der Kinder- und Jugendgynäkologie? Basiswissen zur zielgerichteten Diagnose

Oppelt PG

Frauenklinik der Universität Erlangen

Sexuell übertragbare Erkrankungen (STI) im Jugendalter sind sehr häufig. Die Diagnostik und Therapie im Jugendalter entspricht der von erwachsenen Frauen.

Darüber hinaus werden aber nicht selten Mädchen vor Aufnahme der Kohabitarche mit entzündlichen Veränderungen der Vulva und der Vagina mit dem Verdacht auf STI in der kindergynäkologischen Sprechstunde vorgestellt. Gerade im niedergelassenen Bereich sind entzündliche Veränderungen der Vulva und/oder Vagina etwa 50% der Gründe für eine Konsultation. Die Symptome ähneln denen der Symptome von genitalen Infektionen bei erwachsenen Frauen und sind z.B. Rötung mit leichtem bis starkem Juckreiz, Missempfinden, Brennen und Dysurie berichtet. In Ausnahmefällen auch von Blutungen. Ist die vaginale Schleimhaut betroffen, wird meist auch von Ausfluss berichtet. Dieser kann, abhängig von der zugrunde liegender Ursache, gelblich-grünlich, blutig, eitrig, mit und ohne fötiden Geruch imponieren [1,2].

Aber wesentlich seltener als bei Erwachsenen entstehen entzündliche Veränderungen an der Vulva und/oder der Scheide beim Kleinkind und bis zur Pubertät durch Infektionen. Deshalb ist es gerade für die Diagnostik und vor allem der fatalen Fehlinterpretation, sowie Therapie von größter Bedeutung altersspezifische Faktoren zu beachten. Der entwicklungsabhängige Grad der Östrogenisierung ist ein zentraler Bestandteil in der Ätiologie der Entzündungen.

Physiologische hormonelle Besonderheiten von der Geburt bis in die Adoleszenz

Nach der Geburt bis ungefähr zum 2. Lebensjahr ist das äußere Genital östrogenisiert, das Hymen erscheint weich und sukkulent. Beim Neugeborenen lassen sich Infektionen mit spezifischen Erregern finden, wenn es unter der Geburt zu einer vertikalen Übertragung durch die infizierte Mutter auf das Kind kommt. So findet sich z.B. bei der Übertragung von Mykosen (häufigster Erreger *Candida albicans*) eine vorwiegende Lokalisation im Mund und im Genitalbereich (Stomatitis, Munddermatitis)[3].

In der sogenannten hormonellen Ruhephase (2. - 8. Lebensjahr) findet sich ein nicht-östrogenisiertes Genital. Das Hymen ist straff und rigide. In diesem Alter auftretende Vulvovaginitiden sind meist unspezifischer Natur und werden nur sehr selten durch spezifische Keime verursacht. Spezifische pathogene Erreger finden sich bei Begleit-Vulvovaginitis im Rahmen respiratorischer Infekte mit beta-hämolysierenden Streptokokken der Gruppe A, bei Wurmbefall oder bei sexuellem Missbrauch [4].

Auch nicht erkannte bzw. nicht richtig behandelte Dermatosen können fälschlicherweise für eine Infektion der Vulva und Scheide angenommen werden. [1,5].

Ab der Präpubertät treten dann unter dem zunehmenden Hormoneinfluss und Beginn der sexuellen Aktivität die gleichen Infektionen wie bei der erwachsenen Frau auf. Diagnostik und Therapie erfolgen altersadaptiert, gemäß den Standards oder Leitlinien der Erwachsenen-Gynäkologie.

Untersuchungstechnik in der Kinder- und Jugendgynäkologie:

Es empfiehlt sich in der Kinder- und Jugendgynäkologie die Untersuchungen unter zu Hilfenahme eines Kolposkops durchzuführen. Durch Traktion und Separation der Labia majora entfaltet sich im Normalfall das Hymen und der Scheideneingang wird sichtbar. In der hormonellen Ruhephase sollte das Hymen nicht berührt werden, da dies sehr schmerzhaft für die Mädchen sein kann.

Eine Vaginoskopie sollte Ausnahmefällen, wie blutigem Fluor und therapieresistentem Fluor vorbehalten sein.

Therapie: Die Aufklärung über genitale Hygiene (Abwischen von vorne nach hinten, tägliche Reinigung ausschließlich mit klarem Wasser) ist ein wesentlicher Bestandteil für den Erfolg der Therapie und der Rezidivfreiheit. Bei kleinen Mädchen müssen auch die Eltern sorgfältig über Sinn und Unsinn der

genitalen Hygiene aufgeklärt werden, denn nicht nur eine mangelnde, sondern auch eine übertriebene Hygiene kann zu rezidivierenden Vulvovaginitiden führen.

Die Gabe von Antibiotika ist lediglich der Behandlung hämolysierender Streptokokken der Gruppe A vorbehalten. In der Adoleszenz unterscheidet sich die Therapie nicht von der bei erwachsenen Frauen und sollte Leitlinien gerecht durchgeführt werden.

Literatur:

[1] Oppelt PG, Ünlühan N, Beckmann MW. Kinder- und Jugendgynäkologie. Frauenheilkunde up2date. 2007;1(3):269-88.

[2] Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. Archives of disease in childhood. 2003 Apr;88(4):324-6.

[3] Mendling W. Mykosen. In: Oppelt PG, Dörr HG. Kinder- und Jugendgynäkologie. Stuttgart: Thieme; in press

[4] Bumbuliene Z, Vendaviciute K, Ramasauskaite D, Arlauskienė A, Bumbul E, Drasutiene G. Microbiological findings of vulvovaginitis in prepubertal girls. Postgraduate medical journal. 2014 Jan;90(1059):8-12.

[5] Jung H. Endokrinologie der Kindheit, Pubertät und Adoleszenz. In: Leidenberger F, Strowitzki T, Ortman O, editors. Klinische Endokrinologie für Frauenärzte. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 2005. p. 65-78.

V 40

Vaginales Yoga – Einfache Übungen für eine lebendige und gesunde Vagina Einfache und leicht zu erlernende Übungen mit 5000 Jahren Geschichte

Cremer Y

LoveBase, Stockelsdorf

Das unser Beckenboden Training braucht ist schon lange bekannt. Aber Kegelübungen machen den meisten Menschen wenig Spaß und so werden sie schnell wieder vergessen. Vaginales Yoga wählt einen anderen Ansatz. Es geht nicht nur um Stärkung, sondern auch um einen positiven Bezug zur eigenen Vagina. Die Übungen mit dem Stein-Ei sind leicht in den Alltag zu integrieren und bringen Spaß: das Ei wird in der Vagina getragen und stimuliert so bei den alltäglichen Bewegungen die verschiedenen Schichten der Beckenbodenmuskulatur, jedoch auch die Innenwände der Vagina und ihre Akupressurpunkte. Für Fortgeschrittene und Neugierige gibt es viele weitere Übungen, bis hin zum eindrucksvollen Gewichtheben. Doch es geht nicht um das „weiter, stärker, höher“ sondern die Verbindung nach Innen. Denn bekanntlich beginnt Gesundheit bei der Einstellung.

AV 41

Hohe Prävalenz genitaler Infektionen mit Chlamydien, Gonorrhö, Mycoplasmen und Trichomonaden bei am Arbeitsplatz erreichten Sexarbeiterinnen in Deutschland: die STI-Outreach-Studie

Jansen K¹, Bremer V¹, Steffen G¹, Sarma N¹, Nielsen S¹, Münstermann D², Lucht A², Tiemann C²

¹Robert Koch-Institut, Berlin

²Labor Krone, Bad Salzungen

Hintergrund: In Deutschland sind nur wenige Daten zu STI-Prävalenzen von Sexarbeiterinnen (FSW) verfügbar. Es ist unklar, wie viele und welche FSW Zugang zum Gesundheitssystem haben. FSW ohne solchen Zugang könnten ein höheres Risiko für STI aufweisen. Im Rahmen der STI-Outreach-Studie wurden die Prävalenzen von *Chlamydia trachomatis* (CT), *Mycoplasma genitalium* (MG), *Neisseria gonorrhoea* (NG) und *Trichomonas vaginalis* (TV) bei FSW durch Testung direkt an deren Arbeitsplatz erhoben, um Gruppen mit erhöhtem Risiko zu identifizieren und geeignete Public Health-Interventionen zu planen.

Methoden: Geschulte Outreach-Mitarbeiter_innen rekrutierten in Nordrhein-Westfalen, Berlin und Hamburg in Zusammenarbeit mit Kultur- und Sprachmediatoren FSW an Orten der Sexarbeit und sammelten dort von den FSW selbst entnommene Vaginal-Abstriche (Diagnostik mit NAT-basierte Tests: APTIMA® Assays). Weiterhin wurden Daten zu Soziodemographie, sexuellem Verhalten und zur gesundheitlicher Versorgung erhoben.

Soziodemographische Merkmale wurden mittels chi²-test und Mann-Whitney-Test verglichen. Es wurde ein multivariates logistisches Regressionsmodell mit adjustierten Odd's Ratios (aOR) und 95%-Konfidenzintervallen (95KI) für die Diagnose von mindestens einer der getesteten STI berechnet.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 1.445 FSW von 19 Gesundheitsämtern und NGOs an 292 Arbeitsplätzen rekrutiert. FSW arbeiteten in Bordellen (26%), Clubs/Bars (20%), Laufhäusern (18%), Appartements (14%), Saunacups (9%) und auf der Straße (7%).

41% der nicht-deutschen FSW verfügten über keine Deutschkenntnisse. In Deutschland beziehungsweise im Ausland geborene FSW unterschieden sich bezüglich ihres medianen Alters (30 vs. 28 Jahre, $p < 0,01$), der Verfügbarkeit einer in Deutschland gültigen Krankenversicherung (89% vs. 21%, $p < 0,01$), ihrer mittleren Dauer in der Sexarbeit (4 vs. 3 Jahre, $p < 0,01$), sowie darin, jemals ein Gesundheitsamt aufgesucht zu haben (70% vs. 43%, $p < 0,01$).

33% der FSW wurden auf mindestens eine der vier STI positiv getestet, 10% auf CT, 18% auf MG, 4% auf NG und 11% auf TV. Die Diagnose mindestens einer der STI war assoziiert mit einem jüngeren Alter (aOR=0,98; 95KI=0,96-0,99 pro ansteigendem Jahr), Herkunft aus Bulgarien (aOR=4,0; 95KI=2,7-7,4), Rumänien (aOR=3,6; 95KI=1,9-6,8), anderen zentral-europäischen Ländern (aOR=3,0; 95KI=1,4-6,4) und nicht-europäischen Ländern (aOR=2,0; 95KI=1,1-3,6; Referenz Deutschland), und negativ assoziiert mit einer Dauer in der Sexarbeit von 3-5 Jahren (aOR=0,7, 95KI=0,4-0,9, Referenz <1Jahr) sowie mit Arbeitsplatz Appartement (aOR=0,4; 95KI=0,2-0,7, Referenz Straßenstrich).

Schlussfolgerungen: Große Teile der Studienpopulation waren durch fehlende Deutschkenntnisse und fehlende Krankenversicherung charakterisiert. Die Prävalenzen aller STI waren vergleichsweise hoch, insbesondere bei jüngeren, migrierten FSW mit geringerer Erfahrung in der Sexarbeit und mit Arbeitsplatz Straßenstrich. Kostenfreie Test- und Behandlungsangeboten für FSW in Kombination mit Sprach- und Kulturmittlung sollten flächendeckend vorhanden sein, mit besonderem Fokus auf FSW ohne gültige Krankenversicherung und nicht in Deutschland geborene FSW.

AV 42

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

Wegratz S, Macioti P.G.

Bündnis der Fachberatungsstellen für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter e.V. bufas e.V., Berlin

Hintergrund/Ziele: Die Bundesregierung plant zur Zeit eine Gesetzesreform die Prostitution betreffend. Bis Mitte 2016 soll ein neues Sondergesetz (ProstSchG) zur Regulierung des Prostitutionsgewerbes verabschiedet werden. Darin sind für Sexarbeiter*innen eine Anmelde- und gesundheitliche Beratungspflicht, sowie auch weitere Pflichten wie die Kondompflicht vorgesehen. Nichteinhaltungen werden als Ordnungswidrigkeit bewertet und finanziell geahndet. Kunden von sexuellen Dienstleistungen sollen ähnlich dem „Schwedischen Modell“ immer mehr im strafrechtlichen Bereich belangt werden können. Diese repressiven Maßnahmen stellen die Freiwilligkeit und Selbstverantwortlichkeit von Menschen in der Sexarbeit in Frage. Auch wenden sie sich gegen den Erfolg von Präventions- und Beratungsangeboten der Fachberatungsstellen und Gesundheitsämtern. Die rechtliche Situation von Sexarbeiter*innen würde weiter eingeschränkt und die Durchlässigkeit und Inanspruchnahme von sozialen und rechtlichen Strukturen erschwert.

Welche Wege können wir als soziale Akteur*innen gegen die damit einhergehende Zunahme der Stigmatisierung einschlagen? Was können Beratungsstellen dem entgegensetzen? Welche Bündnisse und Kooperationen sind nötig? Welche Möglichkeiten haben Behörden, ihre Kritik anzubringen? So

haben sich z.B. die Amtsleiterinnen und Amtsleiter der großen deutschen Gesundheitsämter als auch der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD) gegen eine Anmelde- und Beratungspflicht ausgesprochen, werden jedoch bei Umsetzung des Gesetzesvorschlages wenig Handlungsspielraum haben.

Der bufas e.V. als bundesweite Bündnis von 20 Fachberatungsstellen für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, sprach sich ebenso gegen die geplante Gesetzesreform aus und möchte aus den langjährigen und umfangreichen Praxiserfahrungen Empfehlungen geben bzw. aktuelle Praxisbefürchtungen darstellen und diskutieren.

Projektbeschreibung: Wir stellen den Teilnehmenden den aktuellen Stand der Diskussionen der Bundesregierung, als auch der Beteiligten dar. Dazu zählen die Stellungnahmen der großen deutschen Gesundheitsämter, des Deutschen Juristinnen Bund, der großen sozialen Verbände, der Fachberatungsstellen anderer Bereiche (Menschenhandel, Frauenverbände, etc.), des BesD (Bundesverband erotische und sexuelle Dienstleistungen), des BSD (Bundesverband sexuelle Dienstleistungen) und des bufas. Auch die Stellungnahmen des Runden Tisch NRW und des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW, die sich im August 2015 gegen den Entwurf ausgesprochen haben, werden zur Diskussion vorgestellt. Unsere Intention ist, den Beteiligten eine Stimme zu geben, zur Diskussion und zum Dialog anzuregen.

Erfahrung: Wir können auf die Erfahrungen von Kongressen der Sexarbeiter*innen und der Fachberatungsstellen zurückgreifen. Nicht zuletzt hat im März 2016 in Hamburg der Sexarbeitskongress stattgefunden. Dort haben Fachleute aus den benannten Bereichen und Politiker*innen unterschiedlicher Parteien diskutiert und sich gegen das geplante Gesetz in der vorliegenden Form vom Februar 2016 ausgesprochen. Aufbauend auf diesen Erfahrungen möchten wir den Anwesenden Raum zur eigenen Meinungsbildung geben.

AV 43

The ATASAFE cohort: Discontinuation and outcome of 4 years Atazanavir/r-based ART

Michalik C^{1,2}, Skaletz-Rorowski A^{1,3}, Potthoff A³, Stephan C⁴, Khaykin P⁴, Jaeger H^{1,5}, Plettenberg A^{1,6}, Esser S^{1,7}, Brockmeyer N.H. ^{1,3}, Haberl A⁴, and the Competence Network for HIV/AIDS

¹Competence Network for HIV/AIDS (KompNet), Ruhr-Universität Bochum, Germany

²Clinical Trial Centre, University Cologne, Cologne

³Clinic for Dermatology, Allergology and Venerology, Ruhr- Universität Bochum. Walk In Ruhr, Center for Sexual Health and Medicine, Bochum

⁴HIVCENTER, Hospital of the JW Goethe University, Frankfurt

⁵IMZ Karlsplatz, HIV Research and Clinical Care Centre, Munich

⁶ifi-Institute, Hamburg

⁷Clinic for Dermatology and Venerology, University Hospital, Essen

Background: HIV-positive women are often underrepresented in clinical trials and cohort-studies, therefore gender-specific treatment-response data is limited. The German ATASAFE-Cohort collects data of HIV-infected women using ritonavir-boosted Atazanavir (ATV/r) to monitor efficacy and treatment-continuation.

Methods: ATASAFE is a multicentre, retro-/prospective, non-interventional cohort-study of the German KompNet HIV/AIDS and HIVCENTER (Frankfurt) with a 4-years follow-up analysis. Inclusion criteria were female, HIV-1 diagnosis, age 3-month ART on ATV/r + NRTI backbone. 145 women were enrolled and monitored for VL (viral load) and CD4 cell-count biannually. A 4-year analysis was conducted after ATV/r initiation for the whole cohort and in a subpopulation of women with paired baseline (initiation of ATV/r) and 4-year values for CD4 and VL. Discontinuations were included and analysed ITT. A paired t-test was performed for the CD4 change baseline vs. 4 years and the McNemar's symmetry test for the VL below detection limit.

Results: Within the ATASAFE-Cohort (N=145) ATV/r was most frequently combined with TDF/FTC as backbone (70.3%), mean age was 39.5 years and 57.6% were Caucasian. Main route of transmission was heterosexual contact (62.5%), secondly intravenous-drug-use (21.5%). At baseline 27% (n=39) of the women were treatment-naïve and 73% (n=106) treatment-experienced. In the entire enrolled cohort (n=145) 29 women discontinued. The reasons for discontinuation were: 4=patients-wish; 3=therapy-simplifications; Adverse events n=16, thereof 6 unspecified and 7 with jaundice; 3=other reasons, 3=missings. Discontinuation probability after 4 years estimated by Kaplan Meier curve was 25% [95% CI 17-32%].

Immunological outcome of the ATASAFE subpopulation (n=73) at baseline and year 4 s. table 1. During the first 4 years 9 women of the subpopulation discontinued ATV/r treatment (mean: 2.7 years, range: 0.6-3.7).

Conclusion: This cohort analysis confirms clinical data showing a good long-term efficacy profile of ATV/r based HAART in a difficult-to-treat population of women, as nearly 30% of the women were infected by intravenous-drug-abuse. The discontinuation rate over 4 years confirms other study Atasafe_DSTIG2016_V00.01_MAR2016 results of ATV/r based regimens. This long-term data in real-life of women with HIV will help to close the gap for gender specific data. This ATASAFE study population is reflective of the actual lives of HIV+ women in Germany.

Table 1: Immunological outcome at baseline and after 4 years of treatment, for Sub-population (n= 73)

	Baseline	Year 4	p †
VL below detection limit n (%)	27 (37.0)	62 (84.9)	< 0.0001
Mean CD4-cell (N=73) count/µl (min-max)	332 (18-1084)	601 (41-1280)	< 0.0001
in pre-treated patients (n=58)	309 (18-1084)	570 (209-1079)	< 0.001
in treatment-naïve patients (n=15)	337 (51-966)	609 (41-1280)	< 0.0001

† Paired t-Test

V 44

Zusammenfassung Leopoldina-Symposium

Ghoreschi K

Universitäts-Hautklinik Tübingen

Das diesjährige Leopoldina-Symposium im Rahmen der DSTIG Tagung 2016 befasst sich wie in den Vorjahren mit spezifischen grundlagenwissenschaftlichen Fragestellungen zu sexuell übertragbaren Infektionen. Thematisch konzentriert sich das Symposium im Jahr 2016 mit der Erreger-Wirt-Kommunikation. Eine Auswahl von jungen ReferentInnen mit exzellenten wissenschaftlichen Leistungen wird aktuelle Konzepte der Erreger-Wirt-Kommunikation unter Berücksichtigung unterschiedlicher Fragestellungen darlegen. Hierbei ist die Zell-Kommunikation des Pathogens mit dem infizierten Organismus von besonderer Bedeutung. Ziel ist es ein besseres Verständnis für die Pathogenese von Infektionskrankheiten zu bekommen, um so neue Therapiestrategien entwickeln zu können. Die ReferentInnen werden mit ihren Vorträgen darstellen wie moderne Techniken für die Analyse von Infektionswegen und der Distribution von Pathogenen *in vivo*, aber auch für die Analyse von Pathogen-Gewebe-Interaktionen *in vitro* genutzt werden können. Diese Erkenntnisse dienen der Beantwortung bisher ungeklärter Fragen. Hochauflösende Visualisierungstechniken verschaffen uns tiefe Einblicke in die molekularen und zellulären Mechanismen, die von Infektionserregern genutzt werden, um in Zellen einzudringen und um sich effektiv in der Zelle und im Organismus zu vermehren. Gleichzeitig können wir aber auch die Dynamik damit verbundener Immunantworten aufdecken. Dieser Beitrag soll den

Teilnehmern einen kurzen und zusammenfassenden Einblick über die aktuellen innovativen Forschungsbereiche zum Thema Erreger-Wirt-Kommunikation liefern.

V 45

Schnelltests aus dem Internet

Meyer T

Ambulanzzentrum des UKE GmbH, Hamburg

Als Schnelltest werden diagnostische Verfahren bezeichnet, die einer einfachen Handhabung unterliegen und die ohne aufwendige Laborausstattung direkt am Patienten (point-of-care) durchgeführt werden können. Da die Ergebnisse innerhalb kurzer Zeit vorliegen, können im Fall eines positiven Befundes unmittelbar therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden. Potentiell können dadurch mehr Patienten einer Therapie zugeführt werden, als durch die Testung in einem zentralen Labor, die aufgrund der verzögerten Befunderstellung in der Regel eine erneute Vorstellung des Patienten erfordert. Schnelltest für den Nachweis von Antikörpern oder Antigenen basieren meistens auf dem Prinzip der Immunchromatographie (lateral flow assay). Eine Vielzahl dieser Tests wird über das Internet als zuverlässige Verfahren mit hoher Sensitivität und Spezifität angeboten. Nur wenige sind aber einer wissenschaftlich fundierten Evaluierung unterzogen worden und weisen dabei zum Teil erhebliche Mängel auf.

Schnelltest für den Nachweis von Chlamydien- oder Gonokokken-Antigenen haben eine im Vergleich zur PCR und Kultur deutlich niedrigere Sensitivität und Spezifität und sind weder für das Screening asymptomatischer Personen noch für die diagnostische Abklärung klinischer Verdachtsfälle geeignet. Auch HBs-Antigen Schnelltests haben eine niedrigere Sensitivität als die konventionellen HBs-Antigentests für stationäre Systeme. Falsch negative Ergebnisse treten aufgrund der geringeren analytischen Sensitivität vor allem bei niedrigen Antigenkonzentration auf.

Aber nicht alle Schnelltests sind „schwarze Schafe“ und für die Diagnostik disqualifiziert. Von weltweit über 50 HIV Schnelltests, die im Internet angeboten werden, besitzen 9 gegenwärtig eine FDA-Zulassung. Diese Tests haben eine in Studien evaluierte hohe diagnostische Genauigkeit und sind den konventionellen 4. Generations Tests nahezu gleichwertig. Eine Ausnahme stellt die Frühphase der Infektion dar, da die meisten HIV Schnelltests nur Antikörper, aber kein Antigen detektieren. Auch Schnelltests für den Nachweis von Antikörpern gegen HCV und Treponemen sind zuletzt deutlich verbessert worden. Im Rahmen der Syphilis Stufendiagnostik können Schnelltests zum Screening eingesetzt werden, wenn sie eine mit der Standard Diagnostik vergleichbare Sensitivität und Spezifität haben. Ein positiver Treponemen Schnelltest erlaubt allerdings keine Differenzierung zwischen aktiver und abgelaufener Infektion. Prinzipiell ist dies durch duale Assays möglich, mit denen neben Treponemen-Antikörpern auch Lipoid-Antikörper detektiert werden. Aufgrund der hohen Rate falsch positiver Lipoid-Antikörperreaktionen sind diese Tests zurzeit aber nicht geeignet, um therapiebedürftige Infektionen zu diagnostizieren.

Die neueste Generation von Schnelltests basiert auf der Amplifikation von Nukleinsäuren. PCR-Schnelltests für Chlamydien und Gonokokken haben eine deutlich bessere diagnostische Genauigkeit als Antigen-basierte Schnelltests und sind den Standardtests der Nukleinsäure Amplifikation nicht unterlegen. Weiterentwicklungen der Amplifikationstechniken wie isothermale Verfahren und die Miniaturisierung durch mikrofluide Systeme werden die molekularen Schnelltests in Zukunft weiter verbessern.

V 46

Zulassung und Konformitätsbewertung von HIV, HBV, HCV Tests

Die europäische IVD-Richtlinie 98/79/EG legt die Anforderungen fest, die der Hersteller für die Marktzulassung von In-Vitro-Diagnostika (IVD) erfüllen muss. Je nach Klassifizierung müssen IVDs dafür unterschiedliche und komplexe Konformitätsbewertungsverfahren durchlaufen. HIV, HBV und HCV Tests bergen das höchste Risiko und sind damit am höchsten klassifiziert im Anhang II Liste A der IVD-Richtlinie. Hier muss eine benannte Stelle in die Bewertung der Tests einbezogen werden und es wurden Gemeinsame Technische Spezifikationen (2009/886/EG [GTS]) definiert, die den Mindestumfang der diagnostischen Erprobung festlegen. Zusätzlich müssen alle CE-markierten Chargen der Liste A Tests einer unabhängigen Überprüfung („Chargenprüfung“) unterzogen werden. Aus diesem Grund, wurde am Paul-Ehrlich-Institut ein Prüflabor eingerichtet, das mit verschiedenen benannten Stellen zusammenarbeitet. Insgesamt wurde so ein relativ hohes Qualitätsniveau für IVDs erreicht. Kritik äußert sich darin, dass die benannten Stellen von den Herstellern frei ausgewählt werden können, dass die IVD-Richtlinie europaweit uneinheitlich ausgelegt wird und dass es keine Laborprüfung vor der CE-Markierung gibt. Die Folge ist, dass das Niveau der Marktzulassung in Europa ungleich ist und auch Tests zugelassen wurden, die den Anforderungen der Richtlinie nicht entsprechen. Unter anderem aus diesen Gründen wurde die Richtlinie einer Revision unterzogen und wird durch eine IVD-Verordnung ersetzt, die Ende 2016 / Anfang 2017 erwartet wird. Das Prüflabor möchte auch unter der IVD-Verordnung eine führende Rolle übernehmen. Schon jetzt wird Stand der Technik für HIV, HCV und HBsAg Tests laufend untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass die meisten Blut-Screening-Tests einen hohen Stand erreicht haben, dass es aber auch Tests gibt, die diesem Stand nicht gerecht werden. Ein weiterer Aspekt sind Schnelltests für Point-of-Care-Test (POCT) Zwecke, die im STI Bereich eine große Rolle spielen. Für POCT gelten prinzipiell dieselben Verfahren der IVD-Richtlinie und in den GTS gelten dieselben Sensitivitätskriterien wie für laborgestützte Tests. Aufgrund der speziellen Probenapplikation, Testtechnologie und der Vielzahl an verschiedenen Produkten ist das Bild bei POCT uneinheitlicher. Das Prüflabor hat auch hier eigene Untersuchungen durchgeführt, um sich ein Bild über den Stand der Technik bilden zu können.

Insgesamt unterstützt das Prüflabor einen hohen Mindeststandard für HIV-, HBV- und HCV-Tests im Rahmen der Zusammenarbeit mit den benannten Stellen und bei den regulatorischen Anforderungen sowohl innerhalb der bestehenden Richtlinie als auch unter der kommenden IVD-Verordnung.

V 47

Aktuelle Vorgehensweise in der STI-Labordiagnostik

Hagedorn H-J, Münstermann D, Tiemann C

Labor Krone, Bad Salzuffen

Die Diagnose und Kontrolle der Ausbreitung sexuell übertragbarer Infektionen (STI) ist eine ständige Herausforderung. Hierbei kommt der Labordiagnostik entscheidende Bedeutung zu. Der Großteil der Infektionen verläuft asymptomatisch. Mehrfachinfektionen mit verschiedenen Erregern sind häufig. Die Erreger finden sich abhängig von den Sexualpraktiken nicht nur im Genitalbereich, sondern auch oder ausschließlich anorektal oder im Pharynx. Bei Männern, insbesondere MSM, ist dies wahrscheinlich häufiger der Fall als bei Frauen. Die Kenntnis der verschiedenen Infekt-Lokalisationen und des jeweiligen Erregerspektrums sind aber in jedem Fall wichtig, da dies therapeutische Konsequenzen haben kann und extragenitale Erregerreservoirs nur so erkannt und als potentielle Übertragungsquellen eliminiert werden können.

In der Labordiagnostik der STI werden zunehmend molekulardiagnostische Verfahren angewendet. Serologische Tests haben nach wie vor einen festen Stellenwert bei der Syphilis- und HIV-Diagnostik sowie der Detektion von Koinfektionen wie Hepatitis B und C. Die Mikroskopie und Kultur zum Nachweis von Bakterien, Viren, Protozoen und Pilzen hingegen verlieren an Bedeutung insbesondere beim Screening asymptomatischer Patienten. Mikroskopische Verfahren sind in ihrer Sensitivität

limitiert und können nicht in allen Materialien angewendet werden. Sie geben orientierende Hinweise am ehesten bei symptomatischen Fällen im Urogenitalbereich. Die Kultur ist wichtig für die Resistenzbestimmung, z. B. bei Gonokokken oder die Suche nach selteneren Erregern. Schnelltests, heute noch meist immunchromatographische Verfahren, sind oftmals nicht ausreichend sensitiv. Für die Routinediagnostik von STI-Erregern am besten geeignet sind die hochsensitiven und spezifischen Nukleinsäure-Amplifikationstests (NAT). Mit dieser Technologie können Erreger auch in geringer Keimzahl in nahezu allen klinischen Materialien innerhalb weniger Stunden nachgewiesen werden. Entscheidender Vorteil ist die Möglichkeit des Einsatzes von Testkombinationen (molekulare Panel-Testung) für die simultane Detektion relevanter Erreger. Eine Differenzierung klinisch relevanter Untergruppen ist möglich, z. B. die Unterscheidung von *Ureaplasma urealyticum* und *U. parvum*, die Abgrenzung der Chl. trachomatis-LGV-Subtypen oder die Charakterisierung potentiell pathogener *Candida*-Arten. Für das Screening asymptomatischer Patienten kann z. B. ein Basis-Testpanel angewendet werden: *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium*, *M. hominis*, *T. vaginalis*, *U. urealyticum*, *U. parvum*. Bei symptomatischen Patienten kann das diagnostische Spektrum variiert oder abhängig von der klinischen Fragestellung erweitert werden. Bei genitalen Ulzera: HSV1/2, CMV, VZV, *C. trachomatis* LGV, *T. pallidum* und *H. ducreyi*. Bei Zervizitis/Urethritis : Basispanel + Ulcus-Panel. Wichtig für eine kompetente STI-Diagnostik ist es nicht nur nach einem „Wunschkeim“ zu suchen sondern immer daran zu denken, dass Infektionen mit mehreren Erregern gleichzeitig möglich sind und nicht nur der Urogenitalbereich betroffen sein muss.

AV 48

Gonokokken-Resistenz Netzwerk (GORENET): Grundlage für Überwachung der *Neisseria gonorrhoeae* Antibiotikaresistenzen in Deutschland

Dudareva-Vizule S¹, Buder S², Jansen K¹, Loenenbach A¹, Sailer A¹, Guhl E², Kohl P², Bremer V¹

¹HIV/ AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

²Konsiliarlabor für Gonokokken, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Weltweit sind zunehmende Antibiotikaresistenzen bei Infektionen mit *Neisseria gonorrhoeae* (NG) zu beobachten, die seit einigen Jahren nun auch die bisher therapeutisch erfolgreich einsetzbaren Cephalosporine der 3. Generation, Cefixim und Ceftriaxon, betreffen.

Aufgrund der fehlenden Meldepflicht von NG-Infektionen sind in Deutschland nur begrenzt Informationen zur Verbreitung von NG und Antibiotikaresistenzen verfügbar.

Um bessere Informationen zu NG-Antibiotikaresistenzen in Deutschland zu gewinnen, sollte deren Überwachung in Deutschland etabliert werden.

Projektbeschreibung: Im Jahr 2013 wurde vom RKI in Zusammenarbeit mit dem Konsiliarlabor für Gonokokken das Gonokokken-Resistenz Netzwerk (GORENET) gegründet. Das Projekt wurde mit dem Ziel durchgeführt, die Datenlage zur Gonokokken-Resistenz in Deutschland zu verbessern, evidenzbasiert bestehende Therapieempfehlungen anpassen zu können sowie Empfehlungen für zielgerichtete Präventionsmaßnahmen im Gesundheitswesen zu entwickeln.

Um das Labornetzwerk aufzubauen, wurde zunächst ein Mapping der deutschen Laborlandschaft durchgeführt. Anhand dessen wurde das weitere Vorgehen festgelegt. Seit Januar 2014 wurden Labore für die Datenübermittlung ans RKI und Einsendung von NG-Isolaten ans Konsiliarlabor rekrutiert. Es wurde angestrebt, private Labore sowie Krankenhauslabore mit Einzugsbereich aus allen Regionen in Deutschland zu rekrutieren. Ein Teil der im Konsiliarlabor auf NG-Antibiotikaresistenz getesteten Isolate wurde weiterhin typisiert. Die Daten wurden systematisch ausgewertet, zusammen mit den teilnehmenden Laboren interpretiert und an die Fachöffentlichkeit kommuniziert.

Erfahrungen: Wir konnten Labore aus ganz Deutschland für die Teilnahme am GORENET gewinnen und so eine Abdeckung erreichen, die Informationen aus allen Bundesländern liefert. 2014 nahmen 16 und 2015 nahmen 23 Labore am Netzwerk teil. Insgesamt konnten durch GORENET im Zeitraum von März 2014 bis Dezember 2015 Informationen über 1.533 auf NG-Antibiotikaresistenz getestete Proben

gesammelt werden. Von diesen Proben wurden 538 im Konsiliarlabor erneut auf NG-Antibiotikaresistenz getestet. Von den nachgetesteten Proben wurden 210 Proben typisiert. Somit konnte die Population, die in Deutschland auf NG-Antibiotikaresistenz getestet wird, sowie die Ergebnisse der Resistenztestung beschrieben werden. Darüber hinaus konnte durch den Vergleich der Ergebnisse aus den Laboren mit der wiederholten Testung im Konsiliarlabor der Bedarf für Qualitätssicherungsmaßnahmen festgestellt werden.

Mit der aktuellen Probenzahl können jedoch nur eingeschränkt Aussagen über Frauen, Gruppen mit besonderem Risiko sowie Versorgungstypen getroffen werden.

Um eine kontinuierliche Überwachung der diagnostischen Situation zu NG in Deutschland zu ermöglichen, soll die durch GORENET geschaffene Grundlage für die Daten- und Isolatsammlung weitergeführt und ausgebaut werden.

LS1

Stellenwert von NAATs und Schnelltests in der STI Diagnostik

Meyer T

Ambulanzzentrum des UKE GmbH, Hamburg

Die Anforderungen an eine moderne Labordiagnostik beinhalten neben einer hohen Testgenauigkeit auch eine schnelle und einfache Durchführung zu akzeptablen Kosten. Nukleinsäure Amplifikationstests (nucleic acid amplification test technology - NAAT) zeichnen sich durch eine sehr hohe Sensitivität und Spezifität aus und sind die bevorzugte Methode für den direkten Nachweis diverser STI Erreger (Chlamydien, Gonokokken, Trichomonaden, Mycoplasmen, HSV, HPV). Darüber hinaus werden quantitative NATs für die Messung der Virusaktivität bei Infektionen mit HIV, HBV und HCV eingesetzt.

Die Durchführung von NAATs ist in der Regel an ein zentrales Labor gebunden und erfordert daher einen Probentransport und die Übermittlung der Ergebnisse. Die damit verbundenen Verzögerungen erfordern eine Wiedervorstellung des Patienten, die dazu führt, dass positiv getestete Patienten verspätet therapiert werden oder u.U. gar keine Therapie erhalten. Mit Schnelltests für STI Erreger, die unabhängig von einem zentralen Labor direkt am Patienten durchgeführt werden können, liegen Ergebnisse innerhalb von 15-30 Minuten vor, so dass im Fall eines positiven Befundes unmittelbar weitere Maßnahmen (Probenentnahme für Bestätigungstests oder therapeutische Maßnahmen) durchgeführt werden können.

Für Chlamydien und Gonokokken existiert eine Vielzahl von Schnelltests, die auf dem Nachweis von Antigenen in immunochromatographischen Tests (Lateral Flow Assay) beruht. Nur wenige dieser Tests sind in klinischen Studien evaluiert worden und erwiesen sich dabei aufgrund mangelnder Sensitivität und Spezifität durchgehend als ungeeignet für den Nachweis von Chlamydien oder Gonokokken bei symptomatischen oder asymptomatischen Patienten.

Im Gegensatz zu den Antigen-basierten immunochromatographischen Schnelltests haben molekulare Schnelltests, die Nukleinsäure Amplifikationstechniken verwenden, eine hohe diagnostische Genauigkeit, die mit den Standard NAATs vergleichbar ist. Das Xpert System der Fa. Cepheid war das erste kommerzielle NAAT-basierte Schnelltest-Verfahren, das die Point-of-Care Testung einzelner Proben auf Chlamydien und Gonokokken in ca. 90 Minuten ermöglichte. Der Test basiert auf einer real-time PCR in einem geschlossenen System. Nach Applikation der Probe in eine Kartusche laufen alle nachfolgenden Schritte (Nukleinsäure Isolierung, Amplifikation und Detektion der PCR Produkte) vollständig automatisiert ab. Damit bei positivem Testergebnis eine hohe Behandlungsrate erreicht wird, müssten Patienten aber bereit sein 90 Minuten zu warten.

NAAT-basierte Schnelltests sind inzwischen auch für andere STI Erreger verfügbar. Qualitative NAAT-Schnelltests für HIV sind in erster Linie zur Diagnose konnataler Infektionen in Afrika entwickelt worden. Darüber hinaus existieren auch quantitative PCR-basierte HIV Schnelltests, die in Vergleichsstudien eine gute Übereinstimmung mit konventionellen HIV NAATs zeigen und die auch für Labore in Deutschland interessant sind, wenn Ergebnisse schnell benötigt werden (z. B. Schwangere vor der Entbindung mit unbekanntem HIV-Status oder Indexpersonen bei Nadelstichverletzung).

LS 2

Aspekte in der Versorgung von STI-Patienten

Schuhmacher M, Laue F

Hintergrund/Fragestellung: Seit dem 20.11.2008 bietet der Checkpoint in Köln ein niedrigschwelliges Beratungs- und Testangebot zu HIV und bis heute zusätzlich zum Nachweis einer ganzen Reihe von STI. Seit der Auflösung des früheren Kooperationspartners ist die Aidshilfe Köln seit dem 01.01.2015 Träger des Checkpoint. Das Angebot befindet sich in zentralen Räumen in Köln (Haltestelle Heumarkt) und wurde am Bedarf orientiert, von einem Abend pro Woche, seit August 2015 auf vier Abende/Woche ausgebaut. Kern des Angebots ist ein Beratungs- und Informationsangebot geschulter Berater/innen, indessen Verlauf, abhängig vom Wunsch des Ratsuchenden und orientiert an tatsächlichen Risiken, die Entscheidung für oder gegen einen oder mehrere der angebotenen Tests fällt. Erste Ergebnisse des Beratungs- und Testangebots für 2015 sollen hier vorgestellt werden.

Seit dem 01.01.2015 steht der Name Checkpoint für ein deutlich erweitertes Angebot der Aidshilfe Köln. Dazu gehören die HIV und STI-Präventionsarbeit Vor-Ort in den Szene-Lokalen und bei Veranstaltungen, die Sexualaufklärung insbesondere für Jungen in schulischen und außerschulischen Kontexten, MedInfo als Broschüre zu medizinischen Fragestellungen in Kooperation mit der Deutschen Aidshilfe und medizinische Vortragsveranstaltungen. Mit der Zusammenführung des Checkpoint Angebots mit den übrigen Angeboten der Aidshilfe, werden sich eine Vielzahl von Präventions-, Beratungs- und Betreuungsangeboten unter einem Dach befinden, ergänzt um ein gastronomisches Angebot für die leichtere Kontaktaufnahme.

Methode: Die Beratungs- und Test-Abende können ohne Voranmeldung von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 17:00-22:00 Uhr aufgesucht werden. 2015 haben 3.509 Ratsuchende das Angebot genutzt. Insgesamt wurden 3.509 HIV-, 714 Syphilis, 241 Chlamydien-/Gonorrhoe- (seit August 2015), 202 Hepatitis C-Tests gegen Kostenbeteiligung durch ehrenamtliche Ärzte durchgeführt.

Aktuell werden folgende Testverfahren angeboten: HIV-Schnelltest, HIV-Labor-Test der 4. Generation, HIV-PCR, Syphilis Schnell- und Labortest, Abstrich- und Urin-Untersuchungen auf Chlamydien und Gonorrhoe, der Hepatitis C-Schnelltest. Bei Schnelltest-Verfahren erfolgt die Testmitteilung am gleichen Abend, die Ergebnisse der Bestätigungstests werden in der darauf folgenden Woche innerhalb vereinbarter Termine mitgeteilt.

Einige Ergebnisse: Das Beratungs- und Testangebot erreichte 2015 folgende Gruppen: Knapp ein Viertel der getesteten waren Frauen (22,6%, 793 TN). 2.162 Männer gaben an, Sex auch mit Männern zu haben. 554 Männer definierten sich als Heterosexuell. 1.005 Teilnehmer/innen gaben einen Migrationshintergrund (29 %) an. 221 Teilnehmer waren unter 21 Jahre alt.

42 Teilnehmern wurde ein bestätigt positives HIV-Testergebnis mitgeteilt (davon 13 mit Migrationshintergrund), 40 entfielen auf MSM; jeweils eins auf einen heterosexuellen Mann und eine Frau.

Weitere Schritte: Es zeigt sich, dass bei festgestellten Infektionen mit STI, nicht gut ins Medizinsystem eingebundene Nutzer/innen, vor der Weitervermittlung in eine Arztpraxis, die Behandlung lieber im Checkpoint – dann auch gegen Versichertenkarte – durchführen würden. Die Aidshilfe Köln strebt daher eine entsprechende Zulassung an. Die Bundesregierung hat in Ihrer 2016 veröffentlichten **Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen** – explizit darauf verwiesen, dass bei der bis 2030 formulierten Strategie auch bei den niedrigschwelligen Beratungs- und Test-Angeboten Behandlung vorgehalten werden soll. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/BMG_BIS_2030_w eb.pdf

V 49

STI an der Mundschleimhaut

Bei Manifestationen der sexuell übertragbaren Erkrankungen (STI) denkt man zuerst an die Genital- oder Analschleimhaut. Orale Beschwerden oder Befunde werden nicht immer richtig zugeordnet. Dabei können sich viele STIs auch oral manifestieren. Es kann zur direkten Infektionen der Mundschleimhaut kommen oder sekundär auftreten im Rahmen einer disseminierten Infektion.

Bei Patienten mit Gonorrhoe können nach orogenitalen Kontakten diese pharyngeal nachgewiesen werden. Die Infektionsrate bei Fellatio ist deutlich häufiger als bei Cunnilingus. Die Infektion verläuft allerdings meist asymptomatisch, klinisch kann ein purpurisches Erythem oder Tonsillenpharyngitis auftreten. In der Mundhöhle kommen allerdings auch apathogene Diplokokken vor.

Bei Heterosexuellen liegt die orale Nachweisrate von Chlamydien bei ca. 3 %. In der Regel ist der Nachweis von Chlamydien nicht mit Beschwerden verbunden.

Während *Trichomonas vaginalis* nur selten oral persistiert, führt der orale Kontakt bei Patienten mit Syphilis häufig zu primären Infektionen oder manifestiert sich im Rahmen der sekundären Syphilis. Es kann sich an den Kontaktstellen oral oder pharyngeal ein syphilitischer Primäraffekt ausbilden. Auch hier sollte beim Erregernachweis daran gedacht werden, dass in der Mundhöhle apathogene Spirochäten häufig sind. Bei der sekundären Syphilis werden als Manifestationen Plaques muqueuses, Plaques opalines und Plaques lisses beschrieben. Zu gummösen Läsionen der Mundhöhle kann es im Spätstadium der Infektion kommen.

Der orale Kontakt mit Patienten, die Herpes genitalis haben kann zur Infektion der Lippen oder Mundhöhle führen. HSV2 führt zu stärkeren Entzündungsreaktionen als HSV1. Im Rahmen der chronischen Infektion kommt es zu rezidivierenden Bläschenschüben.

Die häufigsten HPV-Typen, die genitale Läsionen verursachen sind 6, 11, 16 und 18. Diese können nach oralem Sex im Bereich der Mundhöhle verruköse Schleimhautveränderungen verursachen. Die Diagnose wird in der Regel klinisch gestellt.

Während erstere Infektionen nach Therapie ausheilen, kommt es bei HPV- und HSV-Infektionen nicht selten zu chronischen Verläufen.

V 50

Bakterielle Vaginose – nach 60 Jahren immer noch ein Mysterium

Mendling W

Deutsches Zentrum für Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe, Wuppertal

Die normale vaginale Mikrobiota der gesunden, geschlechtsreifen Frau besteht aus einem Gemisch von vielen (20 bis 250) verschiedenen Bakterienarten in einer von mehreren Laktobazillusarten dominierten Balance. Einige Frauen, besonders solche mit schwarzer oder hispanischer Herkunft, können ein balanciertes System ohne Laktobazillen haben. Die Zusammensetzung der vaginalen Mikrobiota wird von der ethnischen Herkunft, Genen und deren Polymorphismen und Umweltfaktoren wie sexuellem Verhalten, Rauchen oder auch der Zirkumzision des Sexualpartners beeinflusst. Sie wechselt die Zusammensetzung innerhalb des Menstruationszyklus ständig mit und ohne Geschlechtsverkehr innerhalb ihres typischen Systems („Vagitypes“).

Die Bakterielle Vaginose (BV) ist durch das Fehlen bzw. die signifikante Abnahme von Laktobazillen und H₂O₂ – bildenden Laktobazillen, eine starke Zunahme von dysbiotischen Bakteriengattungen und –arten, meist Anaerobiern, die speziell als BV – assoziierte Arten identifiziert wurden, und veränderte Eigenschaften der Vaginalsekretion charakterisiert. So können signifikante Mengen von Aminen und Sialidase identifiziert und auch als diagnostisches Kriterium gemessen werden.

Ausserdem bildet sich bei BV ein charakteristischer, von Fall zu Fall aber unterschiedlich zusammengesetzter polybakterieller Biofilm an der Vaginalwand, wenn bestimmte für BV typische Bakterienarten, z. B. *Gardnerella (G.) vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Sneathia*, *Megasphaera*, *Dialister*, *Leptotrichia* oder BVAB -1 – 3 in einer kritischen Mindestmenge und Komposition zusammentreffen. Es

gibt BV auch ohne Beteiligung von *G. vaginalis*. Der Nachweis von *G. vaginalis* durch Kultur aus der Scheide ist also ohne Wert und wird nicht empfohlen. Diagnostische Methoden der Wahl sind auch heute das Nativpräparat (400fach, Phasenkontrastmikroskopie) und der pH – Wert.

Die polybakteriellen Biofilme an der Vaginalwand sind Ursache für die diagnostisch bedeutsamen Schlüsselzellen. Die Biofilme setzen sich aus einem von mindestens vier verschiedenen *Gardnerella vaginalis*-Stämmen, den verschiedenen BV-typischen Bakterien, aber auch Laktobazillen (*L. iners*?) zusammen. Biofilm-tragende Epithelzellen sind auch am Penis des Partners und im oberen Genitaltrakt der Frau (Endometrium, Tube) zu finden. Die Bakterien sind innerhalb des Biofilms nicht ausreichend gegen die empfohlenen Antibiotika empfindlich. So kann die hohe Rückfallquote und die Nutzlosigkeit einer Partnertherapie erklärt werden.

Eine ausbalancierte Laktobazillusflora schützt die Schwangerschaft vor Fehlgeburt, Spätabort und Frühgeburt. Eine antibiotische Therapie der BV führt aber nur in der Frühschwangerschaft zur signifikanten Reduktion dieser Komplikationen, wenn oral Clindamycin gegeben wurde. Wahrscheinlich sind antiinflammatorische Prozesse neben Einflüssen durch Genpolymorphismen hier bedeutsamer als die rein antibiotische Wirkung.

Laktobazillen/Probiotika können (statistisch signifikant bisher nur bei kaukasischen Frauen) diese Rückfallquote signifikant nach Antibiotikatherapie reduzieren, besonders wenn sie oral genommen wurden.

V 51

Einfluss von Dermatosen auf das Sexualverhalten

Bader A

St. Josef-Hospital, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum

Im deutschen Sprachraum ist der Ausspruch 'Die Haut ist der Spiegel der Seele' allgemein bekannt und wird intensiv in den medizinischen und psychologischen Teilfachdisziplinen Psychoneuroimmunologie und Epigenetik untersucht. Das Gegenteil trifft zu auf das individuelle und gesellschaftliche Wissen um die Auswirkung fast aller dermatologischen Erkrankungen auf das menschliche Sexualverhalten. Obwohl das Wissen einer solch gearteten Korrelation schon bei Sigmund Freud beschrieben wurde, ist die wissenschaftliche Literatur hierzu überschaubar, ein ärztlicher oder klinischer Diskurs gar zwischen Patient, Arzt oder Therapeut zum benannten Thema findet kaum, und wenn, dann nur in vorsichtigen Andeutungen statt. Der Leidtragende ist einmal wieder der Patient - oft ein Leben lang.

Der Vortrag möchte zum einen eine kurze Übersicht über die wichtigsten wissenschaftlichen Arbeiten zum o.g. Thema bieten und eigene Fallbeispiele zitieren, zum anderen – darauf aufbauend – ein Modul formulieren, das dem Patienten (und dem Arzt oder Therapeuten) hilft, den Einfluss verschiedener Hauterkrankungen auf das Sexualverhalten nicht nur zu thematisieren, sondern auch in einem adäquaten therapeutischen Rahmen zu behandeln.

AV 52

Sexuell übertragbar aber nicht infektiös: Rezidivierende hämorrhagische Prostatitis bei einem jungen MSM

Schellberg S, Berlin, Glaunsinger T

Praxis Prenzlauer Berg, Berlin

Hintergrund: Sexuell übertragbare Infektionen stellen ein progredientes Problem in der Population junger Männer, die Sex mit Männern haben dar. Die guten Behandlungsoptionen für HIV und Hepatitiden sind zumindest Mitursache eines sorgloseren Umganges mit Sexualität, die einfache Verfügbarkeit sexueller Kontakte z.B. über Internet-Dating-Plattformen oder Sexparties führen zu einer weiteren Beschleunigung der Problematik. Die ausführliche sexuelle Anamnese und ein adäquater kommunikativer Umgang mit Sexualität bieten die Grundlage zur erfolgreichen Therapie und Prävention.

Methodik: Ein Fallbericht rezidivierender hämorrhagischer Prostatitiden, teils in Kombination mit Urethritiden, Harninkontinenz und begleitender Epididymitis bei einem jungen MSM beschreibt die Komplexität der Diagnose und Therapie sexuell erworbener Erkrankungen. Der vorliegende Fall beschreibt eine für den Patienten stark belastende rezidivierende Symptomatik aufgrund extremer Sexualpraktiken, im vorliegenden Fall exzessiver analer Faustverkehr („Fisting“), deren Ursache über Monate durch infektiologische Herangehensweisen nicht geklärt werden konnte. Trotz klaren Wissens über die durchgeführten sexuellen Praktiken konnte auch der Patient trotz zeitlicher Nähe keinen Zusammenhang zwischen Auslöser und Symptomatik aufbauen. Im vorliegenden Fall kam es im Verlauf zudem zu einer HIV Serokonversion.

Ergebnisse: Auch die leitliniengesteuerte Diagnostik und Therapie im sexuellen Kontext erworbener Erkrankungen deckt nicht das vollständige Spektrum möglicher Krankheitsbilder ab. Die Konzentration auf Erkrankungen, die im Regelfall durch infektiöse Erreger ausgelöst und übertragen werden ist angesichts des breiten Spektrum sexueller Praktiken nicht notwendiger Weise in der Lage, dem Verhalten und der Symptomatik von Patienten gerecht zu werden.

Schlussfolgerung: Neben leitliniengerechter Diagnostik und Therapie im sexuellen Kontext erworbener Erkrankungen ist die zielgruppenspezifische Anamneseerhebung und das Wissen, sowie der vorurteilsfreie Umgang mit sexuellen Lebenswelten für eine adäquate Therapie unumgänglich.

AV 53

2 Fälle – Interdisziplinäre Herausforderungen

Potthoff A, Brockmeyer N.H.

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum, Walk In Ruhr, Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum

Einleitung: Sexuell übertragbare Infektionen (STI) müssen differentialdiagnostisch von multiplen anderen Diagnosen abgegrenzt werden. Daran zu denken und gezielt die Anamnese zu erheben hilft invasive Eingriffe zu verhindern.

Fall 1: Ein 53 jähriger Mann stellte sich mit Lymphknotenschwellungen rechts und Analbeschwerden beim Hausarzt vor. Seit ein bis zwei Wochen bestand ein Hautausschlag, der unter steroidhaltigen Externa abblasste. Es erfolgte eine Einweisung in die Chirurgie, wo das Lymphknotenpaket exzidiert wurde. Histologisch wurde die Verdachtsdiagnose Syphilis gestellt. Laborchemisch zeigte sich ein TPHA von 1:447 und ein VDRL von 1:64.

Fall 2: Ein 26 jähriger Mann stellte sich mit schmierig belegten „Warzen“ perianal beim Hautarzt vor. Es wurde eine dermatochirurgische Abtragung in Vollnarkose geplant. Zuvor wurde auf das Vorliegen weiterer sexuell übertragbare Erkrankungen getestet. Es zeigte sich ein positiver HIV Antikörpertest und Syphilis-Test (TPHA 1:1279, VDRL 1:128).

Verlauf: Die Therapie des 1. Patienten bei typischen Symptomen einer Frühsyphilis erfolgte nach Vorstellung in unserem Zentrum mit 2x1,2 Mio i.E. Benzathinpenicillin intramuskulär. Nach 4 Wochen war der TPHA auf 1:337 gefallen, der VDRL auf 1:2.

Im 2. Fall bildeten sich die Condylomata lata nach 2x1,2 Mio i.E. Benzathinpenicillin innerhalb von 1 Woche zurück. Der TPHA fiel auf 1:319, der VDRL auf 1:32 nach 4 Wochen. Proktologisch wurden Condyloma accuminata ausgeschlossen und eine HIV-Therapie eingeleitet.

Diskussion: Im Fall 1 hätte dem Patienten ein großer chirurgischer Eingriff mit jetzt resultierendem Lymphödem erspart werden können. Auf Nachfragen gab der Patient bisexuelle Kontrakte vor 6-8 Wochen an. Die Unterscheidung von Condylomata lata und accuminata wie im 2. Fall kann klinisch sehr schwierig sein. Beim Vorliegen von Genitalwarzen sollte ein Screening auf weitere STI erfolgen. Mehrfachinfektionen sind häufig. Die Syphilis ist bekannt dafür zu differentialdiagnostischen Schwierigkeiten zu führen. Vor allem sollte man daran denken.

AV 54

Neglected disease Zervixkarzinom? – Ergebnisse aus dem Dysplasie-Screening für Sexarbeiterinnen

Baumhauer, K 1, Lellé, R 2, Wärdelmann, E 3, Bunte, A1, Nitschke, H1

1 Fachdienst STI und sexuelle Gesundheit, Gesundheitsamt Köln

2 Frauenklinik der Universität Münster

3 Gerhard-Domagk-Institut für Pathologie der Universität Münster

Hintergrund: Aus der internationalen Literatur werden hohe Raten von Dysplasien und Zervixkarzinomen bei Sexarbeiterinnen (FSW) berichtet. Ein zytologisches Screening ist dennoch nicht standardmäßig Bestandteil des Untersuchungsangebotes in den anonym und kostenlos zu nutzenden STI-Sprechstunden der Gesundheitsämter. Diese stellen jedoch für viele FSW den einzigen Zugang zu gynäkologischer Versorgung dar.

Methode: In der STI-Sprechstunde im Gesundheitsamt Köln werden allen FSW ein zytologischer Abstrich und eine Kolposkopie der Zervix angeboten. Die Untersuchung der Abstriche erfolgt im Gerhard-Domagk-Institut für Pathologie der Universität Münster. Bei auffälligem Abstrich wird eine histologische Klärung veranlasst. Routinemäßig erfasste Daten zur Soziodemographie und Versorgung der Sexarbeiterinnen, die von 2007 bis 2015 in der Sprechstunde untersucht wurden, wurden mittels EpiInfo analysiert.

Ergebnisse: Im Berichtszeitraum wurden 1838 FSW ärztlich betreut, bei 1387 wurde eine Zytologie durchgeführt. Das untersuchte Kollektiv unterschied sich hinsichtlich Alter, Migrationshintergrund, Anzahl der Kinder und der Abruptiones nicht von dem Gesamtkollektiv: 83% hatten einen Migrationshintergrund, 70% keine in Deutschland gültige Krankenversicherung. Das durchschnittliche Alter bei der ersten Konsultation betrug 27,3 Jahre, 69% der FSW waren unter 30. Bei 10,6% der untersuchten FSW fand sich mindestens einmal ein auffälliger zytologischer Abstrich (PAP III und höher). Höhere Raten suspekter Zytologie fanden sich bei Frauen mit Alter unter 30 beim ersten Kontakt, fehlender Krankenversicherung, Herkunft aus Zentral- und Westeuropa sowie Lateinamerika, FSW, die bei Erstkonsultation angaben, auf der Straße oder in einer Kneipe Kunden zu kontaktieren sowie bei Frauen, die mindestens einmal eine direkt therapiebedürftige STI (Gonorrhoe, Chlamydien, Trichomoniasis, HSV, HIV) hatten. Ein systematisches Follow-Up der histologischen Abklärung war angesichts der hohen Mobilität und der fehlenden Zugänge zur Regelversorgung nicht möglich.

Schlussfolgerungen: Sexarbeiterinnen haben eine Vielzahl von Anliegen sexueller Gesundheit und gleichzeitig einen erschwerten Zugang zu gynäkologischer Versorgung. In den STI-Sprechstunden im ÖGD sollte standardmäßig ein zytologisches Screening und im Idealfall auch eine kolposkopische Untersuchung angeboten werden. Ob dabei ein HPV-Screening zusätzlich oder statt der Zytologie sinnvoll und kosteneffektiv ist, muss angesichts des jungen Alters der Frauen mit auffälliger Zytologie kritisch diskutiert werden. Gesicherte Zugänge zu weiterer Abklärung und Therapie sind dringend erforderlich.

V 55

Diskriminierung von Lesben, Schwulen und Bisexuellen im Gesundheitswesen

Brunner F, Klein V, Briken P

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Mit dem Wegfall des §175 aus dem deutschen Strafgesetzbuch im Jahr 1994 ist die strafrechtliche Verfolgung gleichgeschlechtlicher sexueller Kontakte nicht mehr gegeben und ein wichtiger Schritt hin zur Entstigmatisierung homosexueller Beziehungen vollzogen worden. Gleichwohl erleben gleichgeschlechtlich liebende Personen noch immer in unterschiedlichen Kontexten auch hierzulande Diskriminierungen (Steffens & Wagner, 2009). Dass sich sog. „minority stress“ und Stigmatisierungserfahrungen negativ auf die Gesundheit auswirken können, konnte in einer Vielzahl von Untersuchungen gezeigt werden (Hatzenbuehler, Phelan, & Link, 2013; Herek & Garnets, 2007; Meyer, 2003). Dieser Umstand trägt dazu bei, dass Lesben, Schwulen und Bisexuellen (LSB) eine besonders

vulnerable Population in der Medizin darstellen: LSB (und Menschen mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten) weisen sowohl ein höheres Risiko als heterosexuelle Personen auf psychisch zu erkranken (King et al. 2008; Meyer 2003) als auch für bestimmte körperliche Erkrankungen (z.B. HIV-Infektion, vgl. Baral, Sifakis, Cleghorn, & Beyrer, 2007; Beyrer et al., 2012; gynäkologische Krebserkrankungen, vgl. Brown und Tracy 2008). Studien, die die Behandlung von LSB untersuchen, kommt somit eine hohe Bedeutung zu, um spezifische Risikofaktoren zu identifizieren und Barrieren der Gesundheitsversorgung von LSB abzubauen. Den Umgang mit und die Erfahrung von nicht-heterosexuellen Menschen in der Gesundheitsversorgung darzustellen, ist daher Ziel dieses Beitrags. Hierfür wurden internationale aktuelle Forschungsarbeiten systematisch gesichtet (vgl. Brunner et al., in Vorbereitung). Eingeschlossen wurden neben Studien, die die Patientenperspektive abbilden, insbesondere auch Untersuchungen, die das Verhalten von Behandelnden und deren Einstellungen erfassen. Die Ergebnisse deuten zum einen auf zu begrüßende Entwicklungen wie beispielsweise den Rückgang homophober Einstellungen auf Seiten der Ärzt_innen in den vergangenen Jahren in unserem Kulturraum (Smith & Matthews, 2007). Zum anderen zeigen Patientenbefragungen, dass als diskriminierend empfundene Erlebnisse in unterschiedlicher Ausprägung und in diversen medizinischen Settings bis heute zu finden sind. Diese Befunde von diskriminierender Behandlung werden auch durch Befragungen von Ärzten unterstützt (Eliaison et al., 2011). Ein beträchtlicher Anteil von LSB Patient_innen nennt als Grund für das Nichtwahrnehmen von medizinischen Versorgungsangeboten die Angst vor Diskriminierung nennen und scheint wegen letzterem zudem die eigene sexuelle Orientierung den Behandelnden gegenüber nicht zu offenbaren, obwohl sie die Information als relevant für ihre Behandlung einschätzen (McCann & Sharek 2014; Polek & Hardie 2010). Nach einer kritischen Darstellung des Forschungsstandes werden diese Ergebnisse hinsichtlich ihrer Bedeutung für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von LSB diskutiert.

V 56

Aktuelle Perspektiven auf weibliche Sexualität

Klein V

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Im August 2015 hat sich das Expertenkomitee der US-amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) für eine Zulassung des Medikaments Flibanserin, in der Alltagssprache inzwischen unter dem Namen *Pink Viagra* bekannt, ausgesprochen. Obwohl die FDA einen ungedeckten medizinischen Bedarf (*unmet medical need*) postuliert, wird das „Störungsbild“ der sexuellen Lustlosigkeit in der klinischen Praxis und Forschung kontrovers diskutiert. Der Vortrag wird die Kontroversen rundum die sexuelle Lustlosigkeit sowie die diagnostische Verortung des „Störungsbildes“ über die Zeit aufgreifen. Darauf aufbauend soll das zunehmende Interesse der pharmazeutischen Industrie an der Behandlung der sexuellen Unlust bei Frauen kritisch erörtert werden. Des Weiteren kann eine wissenschaftliche Betrachtung sexueller Lust bzw. Unlust von Frauen die gesellschaftlichen Bedingungen, in der sie Ausdruck findet, nicht missachten. Daher wird der Vortrag eine Übersicht über Forschungsergebnisse zu sozialen Einflussgrößen wie den sexuellen Doppelstandard und sexuelle Skripte geben, die noch immer das Potential in sich tragen sexuelle Lust und Ausdrucksformen von Frauen einzuschränken. Darüber hinaus sollen basierend auf dem aktuellen Forschungsstand Implikationen für die klinische Praxis und zukünftige Forschung diskutiert werden.

V 57

Neuerungen in der Diagnostik sexueller Störungen: die geplante International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-11

Briken P, Klein V, Brunner F

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Die International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), herausgegeben von der World Health Organisation (WHO; Weltgesundheitsorganisation), ist in ihrer 10. Version in der klinischen

Praxis in Deutschland das gängige Diagnosemanual für die Klassifizierung von Erkrankungen und psychischen Störungen. Derzeit revidiert die WHO Teile des von ihr herausgegebenen Diagnosemanuals. Im Vortrag wird eine kurze Übersicht über Vorgehensweise sowie Ziele des Revisionsprozess gegeben. Anschließend werden Veränderungen und vorgeschlagene Diagnosekriterien der sexuellen Störungen erörtert.

V 58

Sexuelle Gewalt gegen Frauen – Betroffene versorgen und begleiten

Winterholler M, Weners K

S.I.G.N.A.L. e.V.- Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt, Berlin

In einer aktuellen EU-weiten Studie der Europäischen Agentur für Grundrechte geben 12% der 1,534 in Deutschland befragten Frauen an, seit ihrem 15. Lebensjahr sexuelle Gewalt erfahren zu haben (FRA 2014). Sehr häufig kennen die Betroffenen den Täter, wie zum Beispiel bei sexueller Gewalt im Kontext einer Partnerschaft. Nur selten erstatten betroffene Frauen eine polizeiliche Anzeige, u.a. aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen, Angst und Schockreaktionen.

Überlebende sexueller Gewalt leiden unter den Folgen nicht selten ein Leben lang. Folgen sexueller Gewalt sind neben Verletzungen, psychosomatischen Beschwerden und gesundheitsgefährdenden Überlebensstrategien vor allem psychische Belastungen und Erkrankungen. Das höchste Risiko (ca. 50%) für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung besteht nach einer Vergewaltigung (S3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung). Auch die sozialen Folgen wie z.B. Trennung vom Partner und Umzug sind erheblich.

Ärzte und Ärztinnen, Pflegekräfte und andere Gesundheitsfachkräfte genießen ein besonders hohes Vertrauen seitens der betroffenen Frauen. Sie befinden sich in einer einzigartigen Position, um Betroffene auf die erlebte Gewalt anzusprechen und ihnen Unterstützung und Vermittlung ins Hilfesystem anzubieten.

Die WHO veröffentlichte Leitlinien (WHO 2013) und ein Handbuch (WHO 2014) mit Empfehlungen für die gesundheitliche Versorgung von Frauen, die sexuelle Gewalt erfahren haben. Im Zentrum der unmittelbaren Versorgung nach sexueller Gewalt sollte das Angebot der sofortigen Unterstützung (Ersthilfe) stehen, einschließlich der medizinischen Versorgung, wertfreiem Zuhören, Zugang zu Informationen und Sicherheit. Die Abklärung des Risikos einer Schwangerschaft und des Risikos der Übertragung von STIs gehören ebenfalls zur Erstversorgung. Psychoedukation und die Vermittlung von Selbsthilfemöglichkeiten, die zur psychosozialen Stabilisierung und Beruhigung beitragen, sind in der Ersthilfe von hoher Bedeutung. Wichtig ist bei allen Maßnahmen, dass die Selbstbestimmung und Kontrollüberzeugungen der Betroffenen gefördert und nicht (erneut) eingeschränkt werden (Fremdbestimmung; Fremdkontrolle). Darüber hinaus empfiehlt die WHO das Erheben einer vollständigen Anamnese und Dokumentation der Ereignisse, sowie eine Ganzkörperuntersuchung und die Sicherung von Spuren – unabhängig davon, ob die Frau die Tat angezeigt hat.

Um Fachkräfte bei der Umsetzung der Empfehlungen zu unterstützen muss das Thema in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe integriert und durch regelmäßige Auffrischungsschulungen unterstützt werden.

Strukturell sollte gewährleistet sein, dass für Betroffene rund um die Uhr Versorgungsangebote mit qualifizierten Fachkräften verfügbar sind.

Literatur:

[1] FRA – European Union Agency For Fundamental Rights (2014) Violence against women: an EU-wide survey. Results at a glance, deutsche Übersetzung der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2014) Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick

[2] WHO (2013) Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines, deutsche Übersetzung des S.I.G.N.A.L. e.V. (2013) Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik.

[3] WHO (2014) Healthcare for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical handbook, deutsche Übersetzung des S.I.G.N.A.L. e.V. (2014) Gesundheitliche Versorgung von Frauen, die Gewalt in der Partnerschaft oder sexuelle Gewalt erfahren. Klinisches Handbuch der WHO.

[4] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. S3-Leitlinie: Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10:F43.1, Flatten G. et al (2011, zurzeit in Überarbeitung)

AV 59

Drogenkonsum und Gesundheitsverhalten von Männern die Sex mit Männern haben in Deutschland. Ergebnisse einer qualitativen multizentrischen Untersuchung.

Dichtl A¹, Graf N¹, Deimel D², Hößelbarth S³, Stöver H¹

¹Institut für Suchtforschung Frankfurt

²Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen

³Hochschule Coburg

Hintergrund/Fragestellung: Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), gelten als größte Risikogruppe für HIV-Neuinfektionen in Deutschland. Aktuell konnte ein erhöhter Suchtmittelkonsum insbesondere von chemischen Drogen (Club Drugs) in Teilen der homosexuellen Community festgestellt werden (Bochow et al. 2012, ZIS 2014). Der Drogenkonsum von MSM im Kontext von sexuellen Handlungen (sogenannter Chemsex) wird mit einem sexuellen Risikoverhalten assoziiert (Bourne et al. 2015a, 2015b, Dirks et al. 2012). Hinsichtlich Konsummotiven, -bedingungen und -formen ist insbesondere für Deutschland die Studienlage sehr gering (Deimel et al. 2016).

Methoden: Im Rahmen einer explorativen multizentrischen Studie mit qualitativem Forschungsansatz sollen folgende Fragen beantwortet werden: Welche Konsumerfahrungen weisen MSM hinsichtlich Club Drugs und Chemsex auf? Welche Motive und Konsumkontexte spielen bei dem Drogenkonsum eine bedeutsame Rolle? Welche Risikosituationen benennen die MSM hinsichtlich ihres Drogenkonsums bzw. Sexualverhaltens? Welche Bedeutung hat die Community für den Drogenkonsum und/oder das Sexualverhalten der MSM? Es wurden von Februar bis April 2015 insgesamt 14 leitfadengestützte Interviews mit drogenkonsumierenden MSM in den drei Städten Berlin Köln und Frankfurt/Main durchgeführt. Die Städte verfügen über große Schwule Communitys. Die Studienteilnehmer wurden über örtliche AIDS-Hilfen, Schwulenberatungen und Arztpraxen akquiriert. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse: Von den 14 MSM gaben zum Zeitpunkt der Interviews 12 Männer an, HIV-positiv und 5 HCV-positiv zu sein. Die Männer berichteten über umfangreiche Konsumerfahrungen unter anderem von Alkohol, Amylnitrit, Kokain, Amphetaminen, Crystal Meth und GHB/GBL. Als Konsummotive wurden benannt: sexuelle Leistungssteigerung, intensiveres sexuelles Erleben, Enthemmung, Entspannung, Identitätsstiftung, Partys, soziale Anerkennung und Problembewältigung. Die MSM beschreiben die Communitys in den Städten als sehr heterogen. Insgesamt sei in der Community heute eine starke Sexualisierung und Fokussierung auf die Körperlichkeit zu verzeichnen. Die Bedeutung des Drogenkonsums beim Sex sei gestiegen. Ebenso haben Onlineportale und Dating-Apps für MSM eine große Bedeutung erhalten.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse zeigen, dass in Teilen der deutschen MSM-Community Drogen eine bedeutende Rolle spielen. Der Drogenkonsum steht häufig in Verbindung mit dem Ausleben der eigenen Sexualität und birgt das Risiko von sexuellem Risikoverhalten. Es besteht ein großer Entwicklungsbedarf zielgenauer Präventionsstrategien und konkreter Hilfeangebote durch Einrichtungen der AIDS und Suchtkrankenhilfe in Städten mit MSM Communitys.

Literatur:

Bochow, M., Lenuweit, S., Sekuler, T., Schmidt, A. (2012). Schwule Männer und HIV/AIDS. Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten- Berlin: Deutsche AIDS Hilfe.

Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Weatherburn, P. (2015a). Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behavior among gay men in South London: findings

from a qualitative study. Sexually Transmitted Infections, 91 (8), 564–568. <http://doi.org/10.1136/sextrans-2015-052052>

Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Steinberg, P., Weatherburn, P. (2015b). "Chemsex" and harm reduction need among gay men in South London. The International Journal on Drug Policy, 26 (12), 1171–1176. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.07.013>

Deimel, D., Gebhardt, V., Stöver, H. (2016). Drogenkonsum bei Männern, die Sex mit Männern haben. Eine Übersichtsarbeit zum Gesundheitsverhalten und syndemischer Faktoren. In: Heinzen-Voß, D., Stöver, H. (Hrsg.) Gender und Rausch: Gendersensible Suchtarbeit. Im Erscheinen.

Dirks, H., Esser, S., Specka, M., Scherbaum, N. (2012). Suchtmittelkonsum bei homo- und bisexuellen Männern. In: Sucht, 58 (4): 237-246. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) (2014). Amphetamin und Methamphetamin. Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen. Sachbericht. Hamburg.

V 60

Kindheit und Sexualität – empirische Befunde und pädagogische Konsequenzen

Sielert U

Institut für Pädagogik, Philosophische Fakultät, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Kinder und Sexualität in einem Atemzug zu nennen, ruft bei vielen Eltern, Lehrkräften und anderen Erwachsenen immer noch Widerstände hervor. Dass auch Kinder sexuelle Erregung, Gefühle und erotische Phantasien entfalten, mit denen sie lernen können, kompetent umzugehen, ist für viele Erwachsene kaum vorstellbar.

Bei den momentanen Forschungsanstrengungen spielt die Angst vor sexuellem Missbrauch eine große Rolle und viele Studien richten sich deshalb auch auf dieses Gefahrenthema. Aber *alle* Kinder, auch jene, die keine sexuellen Übergriffe erfahren haben, zeigen Verhalten und Gefühle, die sexuell genannt werden können und – wenn auch mit anderen Bedeutungen versehen - dem sexuellen Erleben von Erwachsenen vorausgehen. Lustvolle Körpererfahrungen mit sich selbst und im Kontakt mit anderen Gleichaltrigen, auch erregende Phantasien und Gefühle des Verliebtseins gehören rein statistisch zur Normalität. Im Vortrag werden dazu Ergebnisse aus einer niederländischen Metastudie aller zugänglichen empirischen Studien aus Europa und Amerika referiert.

Fest steht nach diesen Ergebnissen: Auch das „Kind begehrt – aber nicht den Erwachsenen“ (Volkmar Sigusch). Kindersexualität gestaltet sich anders als die Sexualität von Erwachsenen und kann inzwischen – auch jenseits der Freud'schen Entwicklungsphasen entwicklungspsychologisch genauer beschrieben werden: Ursprünglich nicht-sexuelle Erfahrungen der Körper-, Geschlechts-, Bedürfnis und Beziehungsgeschichte kulminieren schon im dritten Lebensjahr in einem ‚sexuellen Skript‘, das sich später in der Pubertät zu einer ‚Love-map‘ verdichtet. Solche „Landkarten des Begehrens entstehen in kulturellen Szenarien durch interpersonelle Kontakte zu einem intrapsychischen Muster und steuern weitere Sexualisationserfahrungen. Welche dieser Skripte und welches daraus resultierende Verhalten in unserer Gesellschaft gemäß sozialer Normen als normal gelten, unterliegt einem Aushandlungsprozess, dessen Ergebnis in der sexualwissenschaftlichen Literatur allein Phänomene des Abweichenden enthält: sexuell-aggressives und exhibitionistisches Verhalten, Imitation sexueller Verhaltensweisen von Erwachsenen, Promiskuität im Jugendalter, auch untypisches Rollenverhalten. Funktionale Normen der Entwicklungsförderlichkeit sind schwerer zu bestimmen, weil sie eine Vorstellung von einem ‚gelungenen Sexualleben‘ voraussetzen. Im Gesundheits- und Bildungssektor sind wir dennoch – trotz fehlender Längsschnittstudien – auf Konzepte des bio-psycho-sozialen Wohlbefindens angewiesen und können uns auf die Idealnorm der WHO-Arbeitsdefinition für sexuelle Gesundheit beziehen.

Was schon für Kinder in diesem Kontext hilfreich ist, wird in der sexualpädagogischen Theorie und Praxis positiv formuliert: altersgemäßes sexuelles Wissen, sinnliches Erleben, Lustempfinden, Freude am eigenen Körper, ‚Solosexualität‘ und einvernehmliche sexuelle Erkundungen mit Altersgleichen.

Solche Lernhilfen können stärken das Selbstkonzept, Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit von Kindern stärken. Erfahrungen von Lust und Erregung sind für Kinder ebenso wichtig wie schützende Fürsorge und Wachsamkeit sowie taktvolle Begleitung durch Eltern und andere Erwachsene. Sie sorgen schon in früher Kindheit für Lebenstüchtigkeit und Lebensmut, und das möglichst vor medialen Überforderungen und sexualisierten Grenzverletzungen. Rechtliche und politische Einschränkungen der sich entwickelnden gesellschaftlichen Sexualkultur sind kaum ausreichend und eine Erziehung der „Abschottung“ und des Bewahrens ebenso wirkungslos sein. Es wächst die Notwendigkeit, das Recht von Kindern auf „Freiheit vor sexueller Fremdbestimmung“ und einen angemessenen Kinder- und Jugendschutz durch Sexualerziehung umzusetzen.

V 61

Mit Jugendlichen über Sexualität reden

Henningens A

Universität Kiel

Egal, ob langjährige Berufserfahrung oder frisch im Berufsleben – für Ärzt_innen ist es wichtig, sich von Zeit zu Zeit mit der eigenen Kommunikationsweise auseinanderzusetzen. Unbewusste Kommunikationsschleifen führen dazu, dass „blinde Flecken“ die Therapieerfolge beeinflussen. Manchen fehlen gute Gesprächsstrategien und manchen droht aufgrund ihrer Routine ein Kontaktverlust zu einzelnen Patient_innen. Folglich verdient die Kommunikation zwischen Ärzt_innen und Patient_innen Aufmerksamkeit, weil nicht nur vom fachlichen Wissen, sondern auch von einer konstruktiven Gesprächsführung abhängt, ob eine Behandlung erfolgreich ist. Erst wenn Patient_innen „mit der Sprache raus rücken“ gelingt eine Anamnese und kann ein möglicher Therapieplan besprochen werden.

Jugendliche und insbesondere das Gespräch mit ihnen über Sexualität ist eine besonders herausfordernde Aufgabe für Mediziner_innen. Bei Jugendlichen brennen viele Fragen um ihre sexuelle Entwicklung, Verhütung, Partnerschaft aber auch sexuelle oder körperliche Probleme. Sie haben ein Informationsbedürfnis, das sie nicht (nur) in der Familie, Schule oder ihrer Altersgruppe klären wollen. Ärzt_innen sind für sie ebenso präferierte Wissensvermittler_innen (BZgA 2010). Allerdings sind Jugendliche keine per se leicht zu erreichende Zielgruppe. Trotz des vorherrschenden Wissensdurstes geraten manche Jugendlichen in eine Schweigsamkeit. Sie sind von intimen Fragen peinlich berührt, sind gehemmt ihre Fragen zu stellen oder verstummen ganz. In diesem Fall sind Ärzt_innen gefordert Gesprächssettings herzustellen, die zum Sprechen einladen ohne die Grenzen der jungen Patient_innen zu überschreiten. Vereinzelt Studien bieten einen Einblick in die Bedarfe von Jugendlichen im Kontakt mit professionellen Fachkräften (Dortch 2010; Mantey 2016). Sie wünschen sich bei der Dosierung des Gesprächs mitzuwirken und ernst genommen zu werden. Je mahrender oder moralischer Sexualitätsrisiken formuliert werden, desto ablehnender reagieren Jugendliche. Unverständliche Informationen werden als Belehrung empfunden und prallen an ihnen ab. Manchmal scheint es auch als würden Ärzt_innen und Jugendliche eine unterschiedliche Sprache sprechen. Die Ursachen dafür können vielfältig sein und sind u.a. durch eine große Kluft zwischen den Generationen oder unterschiedliche Vorstellungen von einem angemessenen Sprachgebrauch zu begründen.

Wie kann also ein ärztliches Gespräch über Sexualität mit Jugendlichen gelingen? Um aktive Gesprächsangebote machen zu können, brauchen Ärzt_innen sowohl einen Einblick als auch ein Verständnis für die sexuelle Lebenswelt Jugendlicher. Das Hintergrundwissen über Jugendkulturen und die Funktion jugendspezifischer sexueller Sprache sind hilfreich, um mögliche Vorurteile zu relativieren und Gespräche konstruktiver zu gestalten. Wenn die Sackgassen in der Kommunikation über Sexualität bekannt sind und professionelle Werkzeuge zu Gesprächsführung von Ärzt_innen genutzt werden, steigt die Zufriedenheit der jugendlichen Patient_innen und ihrer behandelnden Ärzt_innen. Im optimalen Fall sind Ärzt_innen als auch jugendliche Patient_innen gleichsam in die Entscheidungsfindung über die medizinische Behandlung involviert.

V 62

Jugendsexualität und mit Jugendlichen über Sexualität reden. Ärztliche Praxis

Oppelt PG

Frauenklinik der Universität Erlangen

Sexualität ist nicht gleich Sex, letzteres ist nur ein Teilaspekt der Sexualität. Wissenschaftlich werden vier Sinnesaspekte unterschieden [1].

Identitäts-, Beziehungs-, Lust- und Fortpflanzungsaspekt [2]

Bevor Mädchen Sexualität (er)leben können, heißt es die Pubertät zu durchleben und anzunehmen [1]. Zur den Veränderungen in der Pubertät gehören nicht die äußerlich ersichtlichen Vorgänge wie Entwicklung der Schambhaarung, Achselbehaarung und Brustentwicklung, sondern auch die Veränderungen der inneren weiblichen Geschlechtsorgane, die jedoch dem Mädchen primär verborgen bleiben.

Bereits diese Vorgänge des Körperumbaus werfen für die Mädchen bereits viele Fragen auf und führen nicht selten zu Unsicherheiten.

Mädchen benötigen vor allem auch Informationen über die Veränderungen bei der Pubertätsentwicklung mit ihrer großen Bandbreite an Normvarianten, Informationen über Fruchtbarkeit und die Möglichkeiten der sicheren Kontrazeption [1]. Mit diesem Wissen kann dann über geschlechtsspezifische Ausprägung der Sexualität überhaupt erst gesprochen werden.

Aus Umfragen wissen wir, dass wir Ärzte und hier vor allem die Gynäkologen/innen der wichtigste Part bei der Wissensvermittlung rund um das Thema Sexualität sind [3].

Für drei von zehn Mädchen sind Ärzte die präferierten Wissensvermittler für noch offene Fragen. Je älter sie sind, desto wichtiger ist ihnen deren Expertise: Unter 17-Jährigen sind Mediziner der am häufigsten genannte Personenkreis, von dem sie mehr erfahren möchten. Der Erstbesuch bei einem Frauenarzt/einer Frauenärztin spielt sich für das Gros der Mädchen/jungen Frauen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren ab. Junge Frauen deutscher Herkunft bejahen im Alter von 17 Jahren zu über 90% den Besuch in einer gynäkologischen Praxis [3].

Literatur:

[1] Gille G. Mädchen und Sexualität in Matzner M., Wyrobnik I. Handbuch Mädchen-Pädagogik 2010. 333-347

[2] Sielert, U., Keil, S. Sexualpädagogische Materialien für die Jugendarbeit in Freizeit und Schule. Weinheim/Basel: Beltz 1993

[3] Heßling A., Bode H.: Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

AV 63

BZgA-Studie „Jugendsexualität 2015“

Hessling A

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Hintergrund und Ziele

Die BZgA-Studie „Jugendsexualität 2015“ zeigt den Wandel im Sexual- und Verhütungsverhalten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den letzten 35 Jahren. Zum insgesamt achten Male wurde im Frühjahr/Sommer 2014 eine groß angelegte Studie unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen durchgeführt. Sie knüpft an Vorläuferstudien aus den Jahren 1980 bis 2010 an. Ziel der Studie ist es, zuverlässige Daten über Einstellung und Verhalten von Jugendlichen und ihren Eltern sowie von jungen Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland in Fragen der Sexualität und Kontrazeption zu ermitteln. Schwerpunktthemen sind Aufklärung in Schule und Elternhaus, erste sexuelle Erfahrungen und Verhütungskenntnisse sowie -verhalten. Neben den langfristig verfolgten Fragestellungen werden

diesmal als aktuelles Thema vertiefend unter anderem die Kenntnisse der Jugendlichen von Verhütungsmitteln und ihre Erfahrungen damit erfragt.

Das Besondere an der Studie: Die Besonderheiten der Studie bestehen zum einen darin, dass sie einen Längsschnittvergleich ermöglicht und damit langfristige Trendentwicklungen aufzeigen kann. Zum anderen, dass die Situation im Elternhaus intensiv beleuchtet werden kann, da durch die Befragung von Jugendlichen und deren Eltern inhaltliche Verknüpfungen möglich werden, die eine Befragung von Jugendlichen allein nicht bietet.

Das Neue an der Studie: Neu an der Studienkonzeption 2014 ist die Ausweitung des Altersbandes: Erstmals werden jetzt auch 18- bis 25-Jährige befragt. Durch die Einbeziehung der jungen Erwachsenen (hier: ohne parallele Befragung der Eltern) sind Schnittstellen auch zu Studien unter der erwachsenen Population gegeben. Zudem wird der internationale Vergleich ermöglicht.

Ergebnisse: Vorgestellt werden ausgewählte Ergebnisse der aktuellen Repräsentativbefragung zu den Themen Kommunikation über Sexualität, sexuelle Aktivitäten der 14-25 Jährigen und das Themenfeld Verhütung.

AV 64

Sexuelle Sozialisation bei Jugendlichen aus der Straßenkultur. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie zu Berliner Jugendlichen in prekären Milieus

Wilke T

Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Hintergrund: Auch wenn die Sexualität von Jugendlichen in Deutschland gemeinhin als wissenschaftlich gut untersucht gilt, bleibt der Zusammenhang zwischen Sozialstruktur und Sexualitätsentwicklung zumeist unberücksichtigt. Wie wichtig diese Beziehung jedoch ist machen die medialen Diskurse zur „Generation Porno“ und deren „sexueller Verwahrlosung“ deutlich. Anders als in früheren gesellschaftlichen Diskursen zur Jugendsexualität wird ein Gefahren- und Risikodiskurs ausschließlich an Jugendlichen aus prekären städtischen Milieus festgemacht – sie scheinen die Moral, das soziale Gefüge und sogar die Ökonomie der ganzen Gesellschaft existenziell zu bedrohen. Problematisiert werden u.a. das Alter der sexuellen Initiierung, die Anzahl der Sexualpartner_innen und Jugendschwangerschaften, HIV- und STI-Infektionen, Pornografiekonsum und sexuelle Grenzüberschreitungen im Geschlechterverhältnis. Die vorliegende Untersuchung nimmt die von weiten Teilen der Gesellschaft und Wissenschaft als abweichend konstruierte Sexualität und Vulnerabilität von Jugendlichen der Straßenkultur, d.h. aus prekären städtischen Milieus zum Ausgangspunkt ihrer Untersuchung und geht der Frage nach, wie diese Jugendlichen aus prekären städtischen Milieus ihre sexuelle Entwicklung leben und gestalten, und welche Bedeutung sie ihr angesichts der stigmatisierenden Zuschreibungen beimessen.

Methoden: Die Akquise der Interviewpartner_innen im Alter von 16 bis 21 Jahren erfolgt über die Jugendarrestanstalt Berlin und die Jugendbewährungshilfe Berlin. Die Daten werden mit Hilfe von problemzentrierten Interviews erhoben und mit der dokumentarischen Methode ausgewertet und interpretiert. Bisher konnten 9 Interviews geführt werden, davon fünf mit männlichen Angehörigen der Straßenkultur.

Ergebnisse: Die befragten Jugendlichen der Straßenkultur weisen eine ähnliche soziale Lage auf. Geprägt ist diese durch Bildungsferne - häufig Schulverweigerungen und -abbrüche - sowie Armut und Arbeitslosigkeit oder prekäre Beschäftigungsverhältnisse der Eltern. Vor dem Hintergrund ihrer schwierigen Wohnungs- und Familiensituation suchen die Jugendlichen Freiheiten und soziale Unterstützung auf der Straße, und finden sie dort u.a. bei ihren Peers. Die männliche Clique ist der Ort, an dem sich sexuelle Wertorientierungen und Lebensstile oftmals angeeignet werden. Die ersten sexuellen Erfahrungen finden fernab elterlicher oder sonstiger erwachsener Beobachtung statt. Sexualität wird bei den Jungen im Rahmen spezifischer traditioneller Männlichkeitsvorstellungen entweder in Form von serieller Monogamie, flüchtigen Kontakten oder Gruppensex gelebt. Sexuelle Doppelstandards sind hier weit verbreitet. Angehörige der Straßenkultur erleben aufgrund ihrer Cliquen-

und Straßenkulturzugehörigkeit alltäglich Stigmatisierungen, Ausgrenzungen und Gewalt. Auf Grund der gesellschaftlichen Ablehnung die sie erfahren, wird die bürgerliche Kultur abgewiesen sie wird als zu ich-bezogen wahrgenommen und stellt somit nur bedingt eine Alternative zur Solidargemeinschaft der Straßendique dar.

Schlussfolgerungen: Jugendliche der Straßenkultur und deren Sexualität sind ein weitgehend vernachlässigtes Forschungsfeld, nicht zu letzt weil sie durch herkömmliche wissenschaftlichen Zugangswege kaum erreicht werden. Eine intensivere Erforschung wie und mit welchen Inhalten die Jugendlichen durch Sexualpädagogik erreicht werden können ist daher notwendig.

AV 65

Sexuelle Mädchengesundheit im Internet

Döring N

Technische Universität Ilmenau, IfMK, Ilmenau

Hintergrund: Online-Kommunikation ist im heutigen Internet- und Smartphone-Zeitalter ein wichtiger Bestandteil des Alltagshandelns junger Menschen. Dabei überwiegt in der Öffentlichkeit und Fachliteratur ein risikozentrierter Blick. Insbesondere die Online-Kommunikation von Mädchen wird oft als besonders gesundheitsgefährdend eingeschätzt: Animieren sich nicht Mädchen in Online-Foren gegenseitig zum „Ritzen“ und „Hungern“, setzen sie sich durch übersexualisierte Online-Selbstdarstellung nicht selbst dem Risiko sexueller Übergriffe aus?

Fragestellung: Vor dem Hintergrund einer einseitig risikozentrierten Debatte wurde das Ziel verfolgt herauszuarbeiten, ob und inwiefern das Internet von Mädchen speziell im Hinblick auf ihre sexuelle Gesundheit nicht auch als Ressource für Information, soziale Unterstützung, Gemeinschaft und Identitätsbestätigung angeeignet wird und somit ihrem sexuellen Empowerment dient.

Methoden: Im Rahmen des Forschungsprojekts "Chancen und Risiken des Internet für die Mädchengesundheit", gefördert vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) wurde gesundheitsbezogene Online-Kommunikation von Mädchen und jungen Frauen in Deutschland über zwei Jahre hinweg in einem *Mehr-Methoden-Design* untersucht: Im Zuge von *Online-Feldforschung* wurden zunächst systematisch gesundheitsrelevante Online-Angebote von und für Mädchen in den zentralen Sozialen Medien gesucht und gesichtet. Mittels *quantitativer Medien-Inhaltsanalyse* wurden ausgewählte Online-Angebote (Webvideos, Weblogs, Online-Foren) im Hinblick darauf untersucht, welche Gesundheitsthemen von Mädchen und jungen Frauen wie unterstützend behandelt werden. Schließlich wurden junge Internet-Nutzerinnen im Rahmen einer *qualitativen Interviewstudie* (n=50 Mädchen und junge Frauen) und einer *quantitativen Online-Umfrage* (n=963, 14- bis 19-jährige Mädchen und Jungen) zu ihrer gesundheitsbezogenen Online-Nutzung und deren Folgen befragt.

Ergebnisse: Die Online-Feldforschung ergab, das sich im Internet (jenseits der öffentlichen Wahrnehmung und an unvermuteten Stellen) diverse Kommunikationsräume entwickelt haben, in denen sich Mädchen und junge Frauen untereinander offen über Fragen sexueller Gesundheit austauschen. Die Medien-Inhaltsanalyse ausgewählter Angebote zeigte, dass der Austausch von einem hohen Maß an sozialer Unterstützung geprägt ist. Die Interview-Studie verdeutlichte, dass unterschiedliche Teilgruppen von Mädchen und jungen Frauen Fragen der sexuellen Gesundheit teils in ähnlichen, teils aber auch in spezialisierten Online-Räumen besprechen und dass sie neben einzelnen Negativerfahrungen dabei ganz überwiegend positive Effekte im Sinne von sexuellem Empowerment erleben. Dass positive Effekte des Internet subjektiv überwiegen, war auch der Befund der quantitativen Online-Befragung. Die Ergebnisse müssen vor dem Hintergrund der methodischen Limitationen der Studie interpretiert werden.

Schlussfolgerungen: Kenntnisse über die Peer-to-Peer-Online-Kommunikation von Mädchen zu Fragen der sexuellen Gesundheit können in der Praxis dabei helfen, die Gesundheits- und Internet-Kompetenz von Mädchen zielgerichtet zu fördern. Zudem können sie dabei helfen, Kampagnen zur sexuellen Mädchengesundheit auf die aktuelle Social-Media-Welt auszurichten.

V 66

Impfungen gegen STI – wo stehen wir?

Kaufmann AM

Charité Universitätsmedizin Berlin

Erreger von sexuell übertragbaren Erkrankungen gehören zu jenen Infektionserregern die eine immunevasive Strategie nutzen, um lange im Wirt zu verbleiben und sich dadurch verbreiten zu lassen. Daher ist die Entwicklung von Impfstoffen deutlich schwieriger als gegen die Kindheitsinfektionen wie z.B. Masern oder gegen Influenza. Zudem handelt es sich um ganz verschiedene Erregerklassen zu denen RNA und DNA Viren, Bakterien aber auch Pilze gehören. Dabei konnte bisher vor allem gegen die viralen Erreger wie HPV und HBV erfolgreich eine Impfung entwickelt werden. Dies war Aufgrund moderner molekularer Methoden und neuer Adjuvantien möglich. Bisher ist dies trotz immenser Anstrengungen bei HIV nicht gelungen. Weder eine prophylaktische noch eine therapeutische Impfstrategie wurde bisher erfolgreich getestet. Auch gegen die bakteriellen Infektionen von Chlamydien, Gonokokken oder Treponemen sind bisher keine Impfstoffe verfügbar. Hier konzentrierte sich die Forschung und medizinische Behandlung auf die Entwicklung von effektiven Antibiotika.

Die erfolgreichen Beispiele zur Impfstoffentwicklung sind die gegen Hepatitis B Virus und Humane Papillomviren. Beide Virusinfektionen werden nicht ausschließlich auf sexuellem Weg übertragen, haben aber ein hohes Übertragungsrisiko bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr. Es wurden rekombinant exprimierte virale Proteine als Antigene genutzt und Impfstoffe mit wirksamen Adjuvantien formuliert. Diese Impfstoffe sind extrem sicher und effizient. Sie wurden weltweit eingeführt und v.a. der HBV Impfstoff effektiv angewendet. In breit geimpften Populationen sind durch HBV verursachte Hepatitiden fast vollständig verschwunden. Mittelfristig beginnt auch das Hepatozelluläre Karzinom, das eine Spätfolge der chronischen HBV Infektion ist, abzunehmen. Vergleichbare Erfolge sieht man für die HPV Impfung, die aber noch nicht flächendeckend umgesetzt wird und in Deutschland nur eine Impfquote von ca. 50% erreicht. Die Effektivität der Verhinderung der direkten Gebärmutterhalskrebsvorstufen liegt bei nahe 100% für die Impfstoff-Typen. Für bisher 10 Jahre ist die Schutzwirkung bisher sichtbar. Neben der Entwicklung wirksamer Impfstoffe gegen bisher nicht impfpräventable STI Erreger bleibt die Herausforderung die Impfquoten bei verfügbaren Impfstoffen zu erhöhen und Impfungen als Standardpräventionsmethode für alle Menschen erreichbar und akzeptabel zu machen.

V 67

Next Generation Sequencing Technology in Clinical Virology

Däumer M

Institute of Immunology and Genetics, Kaiserslautern

Next-generation sequencing technologies can be used to analyze genetically heterogeneous samples at unprecedented detail. The high coverage achievable with these methods enables the detection of low-frequency variants, potentially being of clinical relevance, but often remaining undetected by standard sequencing assays. HIV drug resistance testing is one of the first routine diagnostic assays henceforth being performed using next-generation sequencing technologies in clinical virology. This development not only has led to an increased sensitivity for detection of low abundance, resistant variants, but also to quantitative insights into viral dynamics in vivo. UDS generally results in tens of thousands of high quality reads, thus impeding comparative analysis of longitudinal sequence data. The high sensitivity of next generation sequencing technology in combination with a quantitative description of the viral population may allow implementing meaningful cutoffs for predicting response to antivirals like CCR5-antagonists. Modeling viral dynamics will provide new insights on how virus populations escape from drug- or immunological pressure and therefore will have a deep impact on strategic therapy sequencing.

V 68

Identifikation neuer Chlamydien-Wirts Interaktionen mit Hilfe der Proteomik

Heuer D¹, Aeberhard L¹, Banhart S¹, Rose L¹, Edelmann S¹, Schmidt F²

¹Robert Koch Institute, Berlin

²Ernst-Moritz-Arndt-University, Greifswald

Chlamydia trachomatis is among the most public health relevant human pathogens. *C. trachomatis* has a unique biphasic, obligate intracellular life style that takes place inside the host cell in a special niche, the inclusion. We aim to understand the mechanisms *C. trachomatis* uses to infect and grow inside the eukaryotic host cell to identify factors essential for the infection. We developed a technique to dissect the bacteria-host interplay on global scale by isolation of inclusions followed by proteomic analysis. We showed that the *C. trachomatis* inclusion is an intracellular trafficking hub interacting with different but distinct intracellular transport routes. Interestingly, components of the cellular retromer, a complex that mediates retrograde transport were enriched in the inclusion proteome and strongly recruited the inclusion. Functional studies showed that blocking the retrograde transport by a chemical inhibitor, Retro-2, inhibited *C. trachomatis* growth. In sum, we identified new cellular pathways and substances important for *C. trachomatis* infections that may lead to the identification of novel targets to combat *C. trachomatis* infections.

AV 69

Sexuell übertragene Infektionen und sexuelle Risiken bei injizierend Drogen Gebrauchenden in Deutschland. Ergebnisse der DRUCK-Studie.

Zimmermann R¹, Gassowski M¹, Nielsen S¹, Wenz B¹, Kücherer C², Bannert N², Hamouda O³, Marcus U¹, Bremer V¹

¹Robert Koch-Institut, Abt. für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragene Infektionen

²Robert Koch-Institut, Abt. für Infektionskrankheiten, Fachgebiet HIV und andere Retroviren

³Robert Koch-Institut, Abt. für Infektionsepidemiologie

Hintergrund: Intravenös Drogengebrauchende (IVD) sind durch Drogenkonsum-assozierte und sexuelle Risiken stärker als die Allgemeinbevölkerung von Blut- und sexuell übertragenen Infektionen (STIs) betroffen. Um Seroprävalenzdaten für HIV, HBV und HCV sowie Daten zum Verhalten in Bezug auf die Infektionen zu erfassen, wurde vom RKI die DRUCK-Studie (Drogen und chronische Infektionskrankheiten) initiiert. Die Ergebnisse sollen in gezielte Präventionsempfehlungen zum Schutz vor HIV und Hepatitiden bei IVD einfließen.

Methoden: IVD, die innerhalb der letzten 12 Monate in der jeweiligen Studienstadt Drogen injiziert hatten und ≥ 16 Jahre alt waren, wurden von 2011 bis 2014 durch ein modifiziertes Schneeballverfahren in Berlin, Essen, Frankfurt/Main, Köln, Hannover, München und Hamburg rekrutiert und in Einrichtungen der Drogenhilfe untersucht. Auf Filterpapier getropfte Kapillarblutproben wurden serologisch/ molekularbiologisch auf HBV und HIV untersucht. Im fragebogengestützten Interview wurden Daten zu Soziodemographie, Risiko- und Präventionsverhalten, Infektionsstatus, Behandlungserfahrung und Vorkommen anderer STIs erhoben. Deskriptive Ergebnisse der Studie werden als Spanne der Studienstädte bzw. als Anteil in der Gesamtstudienpopulation berichtet.

Ergebnisse: Unter den 2.077 untersuchten Personen betrug das mediane Alter je nach Studienstadt 29-41 Jahre, 19-35% waren Frauen, und 9-31% nicht in Deutschland geboren, 76-88% hatten innerhalb der letzten 30 Tage Drogen injiziert, wobei Heroin (57-85%) die am häufigsten aktuell konsumierte Substanz war. In Hamburg, Hannover und Frankfurt wurde von bis zu 72% Crackkonsum berichtet, in Leipzig von 67% Methamphetamin-Konsum. Sexuelle Aktivität im letzten Jahr wurde von 83% der Frauen (F) und 73% der Männer (M) angegeben. Von diesen gingen sexuelle Risiken im letzten Jahr in Form von wechselnden Sexpartner/innen (mindestens 2) 30% (F) und 41% (M),

sexuellen Kontakten zwischen Männern 3% (M), und Sex im Tausch gegen Geld oder Drogen 32%(F) und 14%(M) ein.

Die HIV-Seroprävalenz betrug 0-9%, insgesamt kannten 80% der HIV-positiv Getesteten ihre Diagnose, 55% berichteten, aktuell antiretroviral behandelt zu werden. Die HBV-Prävalenz lag bei 5-33,0%, wobei chronische Infektionen in 0,3-3% und Impf-Antikörper in 15-52% vorlagen. Insgesamt berichteten 5% aller Teilnehmerinnen und 2% aller Teilnehmer, jemals eine Syphilis gehabt zu haben, 7%(F) und 12%(M) gaben eine Gonorrhoe in der Vergangenheit an. Chlamydieninfektionen wurden von 15%(F) und 2%(M) berichtet, Feigwarzen von 7%(F) und 3%(M) und Genitalherpes von 7%(F) und 2%(M).

Schlussfolgerungen: Die hohe HIV-Prävalenz und niedrige HBV-Impfprävalenz bei IVD zeigen die Notwendigkeit intensiver Präventionsstrategien, verstärkter Impfangebote und Überleitung in Therapie. Die häufige Angabe von sexuellen Risiken und STIs weist auf eine gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhte Prävalenz dieser Infektionen und entsprechenden Untersuchungs-, Beratungs- und Präventionsbedarf bei IVD hin.

AV 70

Walk In Ruhr (WIR): Modellprojekt in Bochum bietet neues Versorgungskonzept zur Sexuellen Gesundheit und Medizin

Skaletz-Rorowski A¹, Chmielorz M², Coenenberg J³, Gabb A⁴, Kayser A⁵, Platzmann-Scholten A⁶, Syllwasschy J⁷, Winter R⁸, Brockmeyer N.H.^{1,3}

¹Kompetenznetz HIV/AIDS, Ruhr-Universität Bochum

²Rosa Strippe e.V., Bochum

³Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum, Walk In Ruhr, Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum

⁴Madonna e.V., Bochum

⁵Aidshilfe Bochum e.V., Bochum

⁶Vorsitzende des Ausschusses für Arbeit, Soziales und Gesundheit der Stadt Bochum

⁷pro familia e.V.

⁸Gesundheitsamt Bochum

Hintergrund. Die Versorgung im Bereich „Sexuelle Gesundheit“ ist in Deutschland fragmentiert und nicht transparent. Die Zielgruppen sowie ihre Bedürfnisse sind sehr heterogen und haben sich in den letzten Jahren stark verändert. Die vorhandenen Versorgungsangebote sind deshalb nur teilweise oder gar nicht mehr bedarfsgerecht. Insgesamt resultiert daraus eine Unterversorgung, die auch in gestiegenen Inzidenzen von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) sichtbar wird.

Ziel. Ziel ist es, in einem Zentrum die Versorgung zur Sexuellen Gesundheit "aus einer Hand" und "unter einem Dach" anzubieten – von der Aufklärung bis hin zur Therapie und psychosozialer Beratung – und alle auf diesem Gebiet Arbeitenden zu vernetzen. Diese neue Versorgungsstruktur wird benötigt, um die erforderliche Verbesserung der sexuellen Gesundheit zu erreichen.

Projektbeschreibung. Im Rahmen eines Modellprojektes hat das Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin in Bochum seine Arbeit Ende 2015 aufgenommen. In einer zweijährigen Projektphase, gefördert durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) des Landes NRW, wurden die bestehenden Defizite und Bedarfe zur Sexuellen Gesundheit definiert sowie das Konzept eines fach- und institutionsübergreifenden Zentrums von allen Verantwortlichen im Bereich „Sexuelle Gesundheit“ erarbeitet. Das Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin "Walk In Ruhr" (WIR) bietet eine medizinische und psychosoziale Versorgung auf hohem Niveau mit einem niedrigschwelligen Zugang an. Das WIR vereint unter einem Dach die Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin des St. Josef-Hospitals der Ruhr Universität Bochum, die Aidshilfe Bochum e.V., das Gesundheitsamt Bochum, Madonna e.V., Rosa Strippe e.V. und pro familia sowie Ärzte_innen in Niederlassung und weitere Partner. Das Zusammenarbeiten der beteiligten Partner unter einem Dach wurde durch die Finanzierung des Umbaus eines ehemaligen Schwesternwohnheimes am zentral in Bochum gelegenen St. Elisabeth-Hospital durch das Katholische

Klinikum Bochum möglich gemacht. Dem Zentrum ist das Café „enJoy the place“ der Aidshilfe Bochum angegliedert, das neben dem Café-Angebot für Ratsuchende und Patienten_innen, auch die Möglichkeit für Fortbildungsveranstaltungen und Seminare bietet. Weiterhin wurde die Zusammenarbeit der Partner im WIR-Zentrum hinsichtlich des Angebotsspektrums und der geschaffenen Strukturen im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung abgestimmt. Das Konzept des WIR-Zentrums beinhaltet auch die Einbindung von "Health Advisern" (Gesundheitsberatern_innen), die Ratsuchende bzw. neue Patienten_innen individuell beraten, begleiten und führen. Gemeinsam wird eine Basisversorgung festgelegt und diese im Team aus Mitarbeiter_innen, Ärzte_innen und den Kooperationspartnern abgestimmt.

Ausblick. Das fach- und institutionsübergreifende Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin stellt eine multiinstitutionelle Struktur für Aufklärung, Prävention und Versorgung bereit. Für die erfolgreiche Umsetzung der Zusammenarbeit und für eine effiziente Implementierung dieser neuen Präventions- und Versorgungsstrukturen und Angebote muss das WIR-Konzept erprobt, dokumentiert, evaluiert und optimiert werden. Hierfür wird das WIR in den nächsten Jahren wissenschaftlich im Rahmen eines durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Evaluationsprojektes begleitet. Dies wird die wissenschaftliche Basis schaffen, ein solches Zentrum als Modell für die Versorgung von Menschen mit Aufklärungs-, Beratungs- und Versorgungsbedarf zur Sexuellen Gesundheit in Deutschland zu optimieren und bedarfsgerecht nutzen zu können.

AV 71

Inanspruchnahme von HIV/STI-Testangeboten durch Migrant_innen in Deutschland - Praxiserfahrungen und Handlungsbedarfe (MiTest-Studie)

Sarma N, Thorlie A, Bremer V, Jansen K, Steffen G, Santos-Hövenner C
Robert Koch-Institut, Berlin

Hintergrund und Fragestellung: Migration kann in Verbindung mit anderen Faktoren dazu führen, dass Menschen in Deutschland ein erhöhtes HIV/STI-Risiko und Einschränkungen im Zugang zu HIV/STI-Test- und Beratungsangeboten haben. Bisher gibt es dazu in Deutschland vereinzelte, oft regional begrenzte Studien zu bestimmten Risikogruppen, doch bundesweit anwendbare Daten fehlen. Die vom Robert Koch-Institut durchgeführte MiTest-Studie wirft einen aus der Perspektive der Test- und Beratungspraxis umfassenden Einblick in die HIV/STI-Testung und Beratung bei Migrantinnen und Migranten.

Methode: Es wurden Fokusgruppendifkussionen mit Expert_innen der HIV/STI-Testung, Beratung und Behandlung, sowie der Migrationsberatung durchgeführt. Darin wurden Erfahrungen aus der Test- und Beratungspraxis zu Barrieren, Herausforderungen und Lösungsansätzen diskutiert. Ergänzt wurde diese qualitative Methode mit einem quantitativen Fragebogen zur detaillierten Erhebung von Informationen zur aktuellen Test- und Beratungspraxis teilnehmender Einrichtungen. In einem abschließenden Workshop wurden gemeinschaftlich praxisrelevante Empfehlungen für einen optimierten Zugang zu Angeboten im Rahmen der HIV/STI-Prävention entwickelt.

Ergebnisse: In sechs Städten (Bevölkerung >500 000) mit hohem Migrant_innenanteil (13%-31%) fanden sieben Fokusgruppendifkussionen mit jeweils vier bis zwölf Teilnehmenden statt. Außerdem wurden 37 Fragebögen an alle Einrichtungen mit einem HIV/STI-Testangebot ausgegeben (Rücklaufquote 100%). Die Fokusgruppen zeigten, dass es in der HIV/STI-Test- und Beratungspraxis bereits viele gute Ansätze und einen reflektierten Umgang mit den Themen Migration und HIV/STI gab. Trotzdem hatten viele Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur mehrheitsdeutschen Bevölkerung noch immer keinen gleichberechtigten Zugang zu HIV/STI-Test und Beratungsangeboten. Von eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten bei positivem HIV-Status über einschränkende Faktoren wie einen ungeregelten Aufenthaltsstatus, fehlende Krankenversicherung, Sprachbarrieren, finanzielle Limitationen, Stigmatisierung und Rassismus oder andere, durch den Migrationsprozess bedingte Aspekte, bis hin zu fehlenden Basisangeboten wie Sprach- und Kulturmittlung waren Zugangsbarrieren in der Praxis präsent. Aus Sicht der Studienteilnehmenden müssen Rahmenbedingungen dahingehend

gestaltet werden, dass sie keine Zugangsbarrieren mehr darstellen. Angebote müssen außerdem noch besser dem Bedarf angepasst werden. Ziel sollte sein, dass Migrantinnen und Migranten „wie alle anderen zu uns kommen“.

Schlussfolgerung: Die in der MiTest-Studie diskutierten Praxiserfahrungen zeigen einen hohen Handlungsbedarf hinsichtlich der Optimierung des Zugangs zu HIV/STI-Testung und Beratung für Migrant_innen. Bestehende Barrieren müssen effektiv und langfristig erkannt und abgebaut werden, so dass alle Menschen, unabhängig ihres Herkunftslandes und ihrer Lebenssituation, den gleichen Zugang zu Gesundheit haben. Mit partizipativen Forschungsmethoden sehen wir eine Chance für die zukünftige Forschung, Angebote noch effektiver an den Bedarf anzupassen. Dabei ist eine enge Kooperation zwischen Praxis und Forschung von zentraler Bedeutung.

V 72

Dermatosen durch unsachgemäße Tätowierung

Fabri M

Universitätsklinikum Köln

In Deutschland sind ca. 10% der Bevölkerung tätowiert und Komplikationen insgesamt relativ selten. Zu den durch Tätowierungen hervorgerufenen Komplikationen gehören allergische Reaktionen, eine Verschlimmerung einer vorbestehenden Hauterkrankungen, z.B. einer Psoriasis oder atopischen Dermatitis, sowie Infektionserkrankungen. Während sich das Infektionsrisiko durch sachgemäße Durchführung wesentlich reduzieren lässt, sind bei unsachgemäßer Tätowierung, neben durch Staphylokokken und Streptokokken hervorgerufenen Pyodermien, auch Fälle von Syphilis, AIDS und viralen Hepatitiden beschrieben worden. In den USA kam es ab 2010 zu einer kleinen Epidemie von Tattoo-assoziierten Infektionen durch nicht-tuberkulöse Mykobakterien. In dem Vortrag werden Dermatosen durch unsachgemäße Tätowierung diskutiert.

V 73

Vernünftiger Umgang mit Antibiotika

Sunderkötter C

Universitätsklinikum Münster

Antibiotika sind **wertvolle, da kurative Medikamente**. Sie werden oft verordnet, ihr zu häufiger und fehlerhafter Einsatz ist aber der Hauptgrund für die Zunahme multiresistenter Erreger. Eine unkritische Verordnung von Breitspektrum-Antibiotika bei Haut- und Weichgewebeeinfektionen begünstigt die Selektion und Ausbreitung multiresistenter Bakterien nicht nur in der Haut, sondern aufgrund der systemischen Wirkung auch in anderen Organen (z.B. im Darm, in der Infektiologie und Mikrobiologie auch Kollateralschaden genannt). Daher sind Grundkenntnisse und besondere Umsicht für ihre Anwendung genauso wünschenswert, wie ein Bewusstsein der **Verantwortung für das Gemeinwohl**. Systemische Antibiotika werden, wenn möglich, gezielt, ansonsten kalkuliert zur Bekämpfung von bakteriellen Infektionserkrankungen eingesetzt. Die zu behandelnden Erreger ergeben sich aus dem klinischen Bild oder aus der mikrobiologischen Identifizierung, - hierfür muss das Material korrekt gewonnen werden.

Eine **Indikation** für die Verabreichung systemischer Antibiotika bei Weichgewebeeinfektionen besteht, wenn sich die Infektion im Gewebe ausbreitet und für lokale Antiseptika nicht mehr erreichbar ist. Neben den klinischen Symptomen sind u.a. erhöhte BSG oder erhöhtes CRP, Leukozytose mit Neutrophilie und Fieber (bei älteren oder immunsupprimierten Patienten nicht immer erkennbar) wichtige Parameter. Bestimmte Konstellationen, wie z.B. das Vorliegen schwerer Grunderkrankungen, Durchblutungsstörungen oder besonderer Lokalisationen (z.B. Gesicht), können eine frühzeitige bzw. parentale kalkulierte Gabe erfordern.

Nicht sinnvoll ist die systemische Antibiotikagabe bei unkomplizierten Wunden ohne Weichgewebeeinfektion.

Für viele bakterielle Haut- und Weichgewebeeinfektionen stellen **β -Laktam-Antibiotika die Mittel der ersten Wahl** dar. Sie sind häufig ausreichend wirksam, besitzen ein gut definiertes Nebenwirkungsprofil und sind zumeist preisgünstig. Für das klassische, durch Streptokokken-verursachte Erysipel sind Penicillin G oder V wirksam. Für die von Wunden ausgehenden Weichgewebeeinfektionen (begleitet Phlegmone) sind Cephalosporine der Gruppe 1 oder 2 oder Isoxazolyl-Penicilline Therapieoption der Wahl, weil diese Infektionen bei immunkompetenten Patienten ohne schwere Komorbiditäten meist durch *S. aureus* verursacht werden, unabhängig von den übrigen aus der Wunde isolierten Bakterien. Erst bei komplizierten Weichgewebeeinfektionen mit abweichendem Erregerspektrum, Immunsuppression und/oder Verdacht auf (multi-)resistente Erreger ist der Einsatz breiter wirksamer Antibiotika indiziert.

Wegen der demographischen Entwicklung mit altersbedingter Multimorbidität und Polypharmazie sind für die Auswahl des Antibiotikums aber nicht nur das Erregerspektrum und die Gewebepenetration, sondern auch die jeweiligen Risiken für unerwünschte Nebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen wichtig.

Aufgrund der kurativen Wirkung ist das entscheidende Kriterium beim Einsatz von Antibiotika eine ausreichende antimikrobielle Schlagkraft. Es gilt so viel wie nötig und so eng und gezielt wie möglich. Eine inadäquate Antibiotikagabe erhöht den Selektionsdruck und verteuert die Behandlung und kann in ersten Situationen fatale Folgen haben.

Literatur:

Sunderkötter C, Becker K. Frequent bacterial skin and soft tissue infections:ndiagnostic signs and treatment. JDDG 2015 13:501-24

Sunderkötter C, Brehler R, Becker K. Systemic therapy with anti-infective agents. Principles of rational use of systemic antibiotics in dermatology]. Hautarzt. 2014 65:106-12

V 74

Dermatosen im Genitalbereich, nicht nur STI

Esser S

Universitätsklinikum Essen

Die Inspektion der Genitoanalregion findet bei Frauen und Männern im medizinischen Alltag häufig nur noch selten statt, dabei zeigen sich dort nicht nur venerologische Erkrankungen. Scham und Zeitdruck stellen bei Patienten und Ärzten Barrieren dar. Während Frauen in der Regel durch ihren Gynäkologen versorgt werden, teilen sich verschiedene (Fach-)Ärzte die Betreuung der männlichen Genitoanalregion: Hausärzte, Dermatologen, Venerologen, Andrologen, Urologen, Endokrinologen und Proktologen. Mit dem Lebensalter verändern sich männliches und weibliches Genitale. Dermatosen wie Psoriasis, atopisches Ekzem oder Lichen ruber et planus können sich ebenso wie Neoplasien genital manifestieren, während Hautveränderungen wie die Balanitis chronica circumscripta benigna plasmacellularis meist nur genital auftreten. Bei Diagnostik und Therapie sind die Besonderheiten der Genitoanalregion zu berücksichtigen.

V 75

Dermatosen im Analbereich, nicht nur STI

Kreuter A

HELIOS St. Elisabeth Klinik Oberhausen, Universität Witten-Herdecke

Die Proktologie ist ein Spezialbereich der Medizin, der sich mit Erkrankungen der Perianalregion, des Analkanals und des Enddarmes befasst. Eine Vielzahl proktologischer Krankheitsbilder wie chronisch-entzündliche Analerkrankungen, sexuell übertragene und erregerebedingte Erkrankungen sowie das Spektrum der perianalen Tumorerkrankungen und deren Vorstufen fallen in die Kompetenz des Hautarztes. Im Rahmen dieses Beitrages erfolgt die Vorstellung ausgewählter proktologischer Kasuistiken wie Acanthosis nigricans maligna mit begleitender Papillomatose, anal lokalisierter Lichen

planus, perianaler Morbus Crohn, metastasiertes malignes Melanom der Analschleimhaut sowie perianales Basalzellkarzinom. Zudem werden die differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehenden Erkrankungen dargestellt. Trotz der Vielzahl unterschiedlicher Krankheitsbilder der Analregion existieren lediglich 5 führende Symptome, die zur Konsultation eines Proktologen führen. Diese umfassen Juckreiz bzw. Brennen, Nässen, Blutung, Schmerz und Fremdkörpergefühl. Im Rahmen eines Algorithmus, der diese Symptome und weitere Charakteristika berücksichtigt, kann schnell eine Eingrenzung der in Frage kommenden Diagnosen vorgenommen werden.

AV 76

The various dermatological presentations of HIV positive patients in a tertiary center

Volc S, Hahn M, Ghoreschi K

Department of Dermatology, Eberhard-Karls-Universität, Tübingen

The lentivirus human immunodeficiency virus (HIV) is a retrovirus targeting the CD4 receptor expressed by T helper cells, macrophages and dendritic cells. In untreated HIV+ patients a critical decrease of CD4+ T cell numbers results in strongly impaired cell mediated immunity with a progression to acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). HIV+ patients can present with associated symptoms at multiple organs and the skin is a sensor organ for HIV-related presentations. Herein we present 17 consecutive patients that were consulted our department of dermatology. The female to male ratio was 2:15, the median age was 37.8 years (range 22.4 to 62.0 year) at time of diagnosis. In eleven patients HIV infection was already known prior to consultation, while in six patients HIV was newly diagnosed. In total, in 9 of 17 patients the infection had progressed to AIDS (CDC grades C2 or C3) during life. The most common co-infections during the patients history were *Treponema pallidum* infections (n=9) and cytomegalovirus infections (n=5). The 6 patients newly diagnosed with HIV in our department all presented with skin symptoms like atopic dermatitis (n=1), Kaposi's sarcoma (n=1), stage II syphilis (n=2), herpes zoster (n=1), exacerbated Hailey Hailey disease (n=1). In the 6 newly diagnosed patients the mean virus load at diagnosis was 410416.7 copies/μL (range 37400 to 1050000 copies/μL). Their mean lymphocyte counts/μL was 281,3 (range <2 to 614 lymphocyte/μL). Three patients were started on a highly active antiretroviral therapy (HAART) with elvitegravir, cobicistat, emtricitabine and tenofovir and one received a HAART with efavirenz, emtricitabine and tenofovir. Two patients continued their treatment at another center and were lost to follow-up. In the 11 cases diagnosed prior to 2015 several HAART treatment regimens had been used. In 58.9% the route of transmission could not be determined. Four men had sexual relations with other men (MSM, 23.5%). Both women contracted the disease via heterosexual relations. Of the 17 patients 15 were still alive at the time of this survey, but two patients had a lethal outcome. One patient succumbed to progressive multifocal leukoencephalopathy 19 years after initial HIV diagnosis, another patient died despite HAART less than one year after initial diagnosis.

AV 77

Untersuchung der Umsetzung und Ergebnisse des in den neuen AWMF-Leitlinien empfohlenen Analkarzinom-Screenings bei HIV-Infizierten Patienten

Brinkhaus R, Jablonka R, Hannig E, Meyenburg S, Schadendorf D, Esser S

Hintergrund/Fragestellung: Die Einführung der HAART konnte bei HIV-positiven Patienten massive Fortschritte hinsichtlich Morbidität, Mortalität und Lebenserwartung bewirken. Während AIDS-definierende Erkrankungen dadurch massiv verringert wurden, kommt es bei nicht-AIDS-definierenden Malignomen (NADM) wie dem Analkarzinom in der post-HAART Ära sogar zu einem Anstieg der Morbidität und Mortalität. Im September 2013 hat die Deutsche AIDS Gesellschaft (DAIG) mit anderen Fachgesellschaften eine s2k-Leitlinie veröffentlicht, welche Analkarzinom-Screeninguntersuchungen bei HIV-Infizierten empfiehlt. In unserer Studie wurde die Umsetzung der Leitlinie und die von den Behandelern generierten Ergebnisse untersucht.

Methoden: Es wurde ein standardisierter Fragebogen an alle HIV-Behandler mit Mitgliedschaft in der DAIG oder der deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte (DAGNÄ) versandt. Die demographischen Begebenheiten innerhalb der angeschriebenen Praxis/des Schwerpunktzentrums, die Umsetzung der Leitlinie sowie die dabei erhobenen zytologischen und histologischen Ergebnisse wurden durch den Fragebogen untersucht und mit den am Universitätsklinikum Essen (UKE) vorliegenden Ergebnissen verglichen.

Ergebnisse: Insgesamt haben 56 Praxen/Schwerpunktzentren die von der DAIG und DAGNÄ verschickten Fragebögen beantwortet. Die Behandler hatten nach eigener Einschätzung Überblick über 35.437 in Betreuung befindliche HIV-positive Patienten (Mittleres Alter: 44,2 Jahre; Anteil der Männer: 82,9%; Anteil „men having sex with men“ (MSM): 62,5%). Der Bekanntheitsgrad der Leitlinie war 96,43%. Drei Viertel der Behandler gaben an, ihren Patienten Screeningmaßnahmen anzubieten. Dabei konnten beinahe 45% der Behandler ihre Patienten unmittelbar in der eigenen Praxis screenen, wobei der zytologische Abstrich die am häufigsten verwendete Screeningprozedur war. Lediglich 4 der 56 Behandler konnte ihren Patienten den Goldstandard der proktologischen Untersuchungstechniken, die HRA inklusive biptischer Materialgewinnung, anbieten. Das Analkarzinomscreening wurde von 21 Behandelern jedem HIV-positivem Patienten, von 29 Behandelern hingegen nur bei vorliegenden Risikofaktoren, angeboten. Die drei wichtigsten Gründe für das Angebot zum Analkarzinomscreening waren HPV-Läsionen/ anale Erkrankungen in der Patientengeschichte und die Zugehörigkeit zur Gruppe der MSM. Die zytologischen Auswertungen ergaben in der Befragung in 7,3 % (UKE: 7,6%) der Fälle die höchste Dysplasieform der *High grade squamous intraepithelial lesion* (HSIL). In der histologischen Abklärung zeigten sich 1,1% (UKE: 4%) diagnostizierte Analkarzinome. Zudem befanden sich 62 Patienten unter Radiochemotherapie.

Schlussfolgerungen: Unsere Untersuchungen zeigen, dass trotz hohem Bekanntheitsgrad der Leitlinie strukturelle Defizite bezüglich der Versorgung mit dem Goldstandard des Analkarzinomscreenings – der HRA inklusive biptischer Materialgewinnung – in Deutschland bestehen. Die Empfehlung zum zytologischen Screening wird von den meisten Behandlern selbstständig bzw. in Kooperation mit anderen Kollegen durchgeführt. Die Anzahl an hochgradigen Dysplasien innerhalb der Umfrage und anhand der am UK Essen erhobenen Daten spricht für den Stellenwert umfangreicher Screening- und Therapiekonzepte zur Prävention der häufigsten NADM, dem Analkarzinom.

V 78

Präsentation der Strategie der Bundesregierung zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C sowie weiterer sexuell übertragbarer Infektionen

Perea I

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Berlin

Mit der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie von 2005 hat die Bundesregierung erstmals Handlungsfelder zur Eindämmung von HIV und AIDS auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene beschrieben. Trotz der bestehenden Erfolge, ist eine Fortsetzung des Engagements notwendig. Viele Menschen wissen noch immer nicht von ihrer HIV-Infektion mit der Folge, dass Infektionen weiter übertragen werden. Dies ist ähnlich bei Hepatitis B und C sowie anderen sexuell übertragbaren Infektionen.

Darum hat die Bundesregierung eine neue Strategie „BIS 2030 - Bedarfsorientiert, Integriert, Sektorübergreifend - Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen“ erarbeitet. Mit der Strategie wird die nachhaltige Eindämmung dieser Infektionskrankheiten angestrebt. Denn jeder Mensch kann im Laufe seines Lebens mit einer sexuell oder durch Blut übertragbaren Infektion in Kontakt kommen.

Die Strategie ist bedarfsorientiert und setzt auf spezifisch zugeschnittene Angebote in verschiedenen Altersgruppen und Lebensbereichen. Wissen, Kommunikations- und Handlungskompetenzen sollen gestärkt werden. Die Strategie beruht auf einem integrierten Ansatz. Das bedeutet, dass verschiedene Krankheitserreger aufgrund gleicher beziehungsweise ähnlicher Übertragungswege, gleicher

Risikofaktoren und Betroffenengruppen gemeinsam adressiert werden. Dadurch werden Synergien in Prävention, Testung und Versorgung genutzt. Die verstärkte Diagnostik stellt hierbei ein Bindeglied dar. Denn durch das frühzeitige Erkennen von Infektionen können Menschen schneller geheilt, Spätfolgen vermieden und die Weitergabe von Infektionen verhindert werden. Eine sektorübergreifende Vernetzung zwischen staatlichen Institutionen, dem Gesundheitsbereich, freien Trägern, der Selbsthilfe und anderen Akteuren soll gewährleisten, dass betroffene Menschen mit abgestimmten Maßnahmen besser erreicht und Ressourcen gebündelt werden.

Auch auf internationaler Ebene verfolgt die Strategie das Ziel, dass alle Betroffenen Zugang zu Prävention, Behandlung, Pflege, Versorgung und sozialer Absicherung haben. Maßnahmen zu HIV sollen eng verzahnt werden mit der nachhaltigen Stärkung von Gesundheitssystemen sowie der Stärkung der Sexuellen und Reproduktiven Gesundheit und Rechte. Auch die besonderen Risiken für Menschen auf der Flucht, insbesondere für Frauen, Opfer sexueller Gewalt zu werden, finden Berücksichtigung. Es wird aufgezeigt, wie wichtig Präventions- und Infektionsschutzmaßnahmen gerade auch in fragilen Kontexten sind.

Mit der Strategie leistet die Bundesregierung einen Beitrag zu den Zielen der Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen. Der bedarfsorientierte, integrierte, sektorübergreifende Ansatz ist wegweisend für die Erreichung des Ziels 3.3., die Epidemien von AIDS und TB zu beenden und Hepatitis zu bekämpfen.

V 79

Bedingungen für eine gelingende Prävention im Kontext sexueller und geschlechtlicher Vielfalt

Timmermanns S

Frankfurt University of Applied Sciences

Diskriminierung und Stigmatisierung sowie gesellschaftliche Ausgrenzung gehören zum Alltag vieler LSBTI* (Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans* und inter* Personen) sowie Menschen mit HIV/Aids. Nicht nur aufgrund erlebter sondern auch erwarteter Diskriminierung kommt es zu erhöhter Stressbelastung (Minoritätenstress). Dies wiederum führt zu geringem Selbstbewusstsein, zu Benachteiligung bei Bildungs- und Lernprozessen sowie erhöhter Vulnerabilität bis hin zum Suizid. Als Syndemie wird in diesem Zusammenhang das gleichzeitige Auftreten von STI, Suchtverhalten sowie anderen physischen und psychischen Erkrankungen, z. B. Depressionen, bezeichnet, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken und gegenseitig beeinflussen können.

Um für Präventionsangebote erreichbar zu sein, müssen auch die diskriminierenden Lebensbedingungen von LSBTI* und Menschen mit HIV/Aids in den Blick genommen werden. Dazu gehören nicht nur Aspekte der Verhaltens- sondern auch der Verhältnisprävention. Gesellschaftliche Anerkennung, Schutz vor Diskriminierung sowie gleiche Rechte tragen dazu bei, das Selbstbewusstsein zu steigern. Wer sich in der Gesellschaft akzeptiert fühlt und über gleiche Rechte verfügt, ist sich selbst etwas Wert und achtet mehr auf sich und seine Gesundheit. Als weitere Gelingensfaktoren für Präventionsmaßnahmen gelten die folgenden Punkte: Prävention sollte früh beginnen, von Nachhaltigkeit geprägt sein, auf professionelle Vermittler zurückgreifen, zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein und gegen sozialen Druck immunisieren. Zudem sollten negative Nebeneffekte vermieden werden. Dazu gehören z.B. die Stigmatisierung von Menschen, sich auf Gefahren konzentrieren, an einen übersteigerten Leistungsgedanken anknüpfen, eine vermeintlich „richtige Lebensführung“ vorschreiben oder eine moralische Bewusstseinsbildung dadurch verhindern, dass Grenzerfahrungen verhindert werden.

Bildung, Erziehung, psychosoziale Beratung und Soziale Arbeit können dazu beitragen, positive Prozesse der Veränderung in Gang zu setzen. Neben der Vermittlung von kognitivem Wissen ist hier vor allem der Bereich der Persönlichkeitsbildung zu nennen. Die Vorurteilsbewusste Bildung und Erziehung (VBE) sensibilisiert für Diskriminierungen und regt an Gegenmaßnahmen zu treffen. Sexualpädagogik und Sexuelle Bildung informieren nicht nur über den Schutz vor STI, sondern stärken die Selbstbestimmung sowie die sexuellen und reproduktiven Rechte und Gesundheit aller Menschen -

auch und gerade von LSBTI*. Einrichtungen der Beratung und der Sozialen Arbeit können durch eine akzeptierende Grundhaltung sowie ihre Verweisungskompetenz unterstützen. Wichtig bei Präventionsangeboten ist jedoch auch die Sozialraumorientierung. Durch eine bessere Vernetzung und den Austausch von Wissen können unterschiedlichste Fachkräfte in einem Stadtviertel oder einer Region gemeinsam mit Akteur*innen des Gesundheitswesens dazu beitragen, Menschen ganzheitlicher zu betrachten und ihnen so gezielter und effektiver Angebote machen, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken und sie in die Lage versetzen sich besser vor STI zu schützen.

V 80

Vernetzte Beratungsangebote der Aidshilfe Köln für schwule Männer mit Substanzkonsum beim Sex

Schuhmacher M, Pfliegensdörfer M
Aidshilfe Köln e.V., Köln

Hintergrund/Fragestellung: Eine Reihe von Berichten weist seit einigen Jahren darauf hin, dass der Konsum von Substanzen wie Crystal Meth, GHB, GBL oder Ketamin bei Schwulen und anderen Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), einerseits in einzelnen Teilszenen verbreitet ist, andererseits Einfluss auf die gelebte Sexualität hat. Aktuell gilt das für die großen Städte in Deutschland in unterschiedlicher Ausprägung. Für Köln gab es zunächst Hinweise von den HIV-Schwerpunktpraxen und Ambulanzen, verschiedenen Szene-Treffpunkten (Saunen, Gastronomie mit Darkroom), in der Präventionsarbeit vor Ort und durch Klienten und das Internet.

Sexualität wird in Verbindung mit Konsum häufig in Gruppen mehrerer Männer, oder auch in schneller Frequenz praktiziert. Partnerzahlen an Wochenenden liegen bei 20, 30 und mehr Kontakten.

Häufig werden eine größere Zahl unterschiedlicher Substanzen konsumiert, die die gewünschten Effekte für die praktizierte Sexualität befördern. Dabei werden Substanzen eingesetzt, die von sedierend bis stimulierend wirken und verschieden starke halluzinogene Wirkung haben.

Es kann zu Wechselwirkungen mit Medikamenten (z.B. bei regelmäßiger Einnahme von HIV-Medikamenten) kommen, aber auch zur Beeinflussung der Wirkungsweise durch beispielsweise Alkohol oder nicht gleich bleibende Qualität der illegalen Substanzen.

Methode: Die Aidshilfe Köln hat sich 2015 entschlossen Beratungsangebote für schwule Männer zu machen und dieses Angebot über bestehende Netzwerke und durch Anzeigen kommuniziert. Im Zeitraum März 2015 bis April 2016 haben 65 Klienten (gehobene Mittelschicht) dieses Angebot, teils über längere Zeiträume, genutzt.

Ergebnis: Sexualität in Verbindung mit Substanzkonsum wird nicht selten über viele Jahre unproblematisch bleiben. HIV-positive schwule Männer werden mit problematischem Konsum häufig bei einem Schwerpunktarzt vorstellig, suchen aber auch Beratungsstellen auf, oder werden an Wochenenden auch notfallmäßig durch Ambulanzen aufgenommen.

Beratungsangebote müssen daher den Lebensstil ebenso einbeziehen, wie gelebte Sexualität sowie Informationen zum Konsum und möglichen Risiken. Es können psychische Störungen (z.B. Psychosen) auftreten, aber auch Aggression, Gewichtsabnahme und andere Symptome. Durch die Auswirkungen der Substanzen und Veränderungen der Sexualpraktiken besteht das Risiko von Infektionen mit HIV, STI und Hepatitis B und C.

Im Vortrag werden Beratungsbeispiele, sowie die Kooperationen mit Schwerpunktpraxen und stationären Therapie-Einrichtungen vorgestellt.

Weitere Schritte: In Köln wurde, wie in anderen großen Städten in Deutschland auch, damit begonnen Netzwerke aufzubauen, an denen Ärzte, Psychotherapeuten, Ambulanzen und Kliniken ebenso beteiligt sind, wie Aidshilfen und Drogenberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, Konsumenten, Szeneeinrichtungen und stationäre Einrichtungen.

Die Aidshilfe Köln plant Konsum-begleitende Angebote für die Zielgruppe.

AV 81

Sexuelle und reproduktive Gesundheit „lernen“ – Setting Schule

Klapp C^{1,2}, Mais A¹, Kramer H¹, Layer C¹

¹Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung ÄGGF e.V.

²Klinik für Geburtsmedizin Charité Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Ziele: Beim Thema Gesundheitsbildung und Prävention in der Sexualerziehung gehen Eltern, Lehrer und oft auch Ärzte davon aus, dass Jugendliche schon alles wissen. Nachweislich wissen sie bei weitem nicht das, was sie brauchen und sind oft überfordert, individuell Wichtiges von Unwichtigem zu trennen – somit schätzen sie ihr Wissen oft zu hoch ein. Unter dem Motto: „Informieren – motivieren – Kompetenzen stärken“ gehen deshalb im Bundesgebiet aktuell 68 Ärztinnen der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung ÄGGF e.V. entwicklungsbegleitend über mehrere Altersstufen in Schulen. Diese „Ärztliche Informations- und Beratungsstunde“ ist wesentlicher Teil eines bundesweit abgestimmten Konzeptes und basiert auch auf der Erfahrung, dass Heranwachsende über Entwicklung, Funktion, Probleme und Sorgen rund um ihren Körper, „Normalität“ und Gesundheit zunehmend gern mit Ärztinnen oder Ärzten sprechen. Die ÄGGF stellt der schulischen und elterlichen Sexualerziehung die ärztliche Kompetenz an die Seite für Fragen, die für Jugendliche subjektiv wichtig und für ihre Gesundheit und Handlungsfähigkeit relevant sind.

Projektbeschreibung: Settingansatz Schule: Die 90-minütigen Veranstaltungen werden primär geschlechtshomogen, teilweise auch koedukativ, ohne Beisein von Lehrer/innen durchgeführt, sowie lebens- und praxisnah an das Verständnis der Altersgruppe und den Bildungsstand (ggf. „einfache Sprache“) angepasst. Zielgruppe 9-21 Jahre.

Altersentsprechend werden u.a. Themen angesprochen, wie : Sorge um die Normalität körperlicher und seelischer Entwicklung / Körperakzeptanz; Anatomie und Physiologie der Geschlechtsorgane; erster Besuch beim Frauenarzt / beim Urologen; Jugendgesundheitsuntersuchungen J 1, J 2; Jugendliche Sexualität, Recht auf selbstbestimmte Sexualität; sexuell übertragbare Infektionen (STI) und ihre Prävention; Motivation zum Impfen; Krebsfrüherkennung / Krebsprävention; Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen

Erfahrungen: In den letzten 10 Jahren wurden hierzu fast 1 Mio. Heranwachsende gesehen und beraten. Deren Themen und Fragen sind vielfältig und für eine nachhaltige Gesundheitsförderung richtungweisend. In den Gruppen entwickelt sich aus der sehr geschätzten „Meet the expert – Atmosphäre“ sehr schnell auch eine Art „Sprechstundenatmosphäre“, in der persönliche Fragen und Sorgen artikuliert werden. Sehr oft können (z.T. akut) Brücken zum niedergelassenen Arzt und /oder Beratungsstellen gebaut werden, wenn z.B. ein Mädchen über eine seit vier Monaten bestehende Amenorrhoe berichtet; wenn ein junger Mann seit dem ersten Sex unter Brennen in der Harnröhre leidet; wenn gestern beim Sex das Kondom abgerutscht ist; wenn ein komischer Ausschlag im Genitalbereich Sorgen macht; wenn Schmerzen im Hoden beunruhigen; wenn Regelbeschwerden immer wieder zu Fehlzeiten in der Schule führen, wenn die Regel nach dem Sex ausgeblieben ist, wenn in der Familie Brustkrebs neu aufgetreten ist u.v.a.m. Ergänzt werden die Schüler-Veranstaltungen durch Elterninformationen, Lehrer-, Ärzte- und MFA-Fortbildungen.

AV 82

Neue Medien in der Beratungsarbeit zur gesundheitlichen Aufklärung und Prävention von Migrantinnen in der Sexarbeit – Die Lola-App

Gabb A

Madonna .V., Bochum

Hintergrund/Ziele: Der Anteil der Migrantinnen in der Prostitution ist seit der Öffnung der EU rasant gestiegen. Ein großer Anteil verfügt über keine oder nur sehr geringe Deutschkenntnisse. Viele sind funktionale Analphabetinnen.

Meist hatten sie bereits in ihren Heimatländern einen nur beschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung. Entsprechend problematisch ist oft ihre gesundheitliche Verfassung schon bei Aufnahme ihrer Tätigkeit in Deutschland. Zudem verfügen sie nur selten über eine Krankenversicherung.

Prostituierte aus diesen Ländern brauchen dringend umfassende Kenntnisse über die Tätigkeit in der Prostitution und eine gesundheitliche Aufklärung, die sie in die Lage versetzt, selbst für eine gute Gesundheitsprävention zu sorgen.

Projektbeschreibung: Adäquates Mittel um Prostituierte aus den neuen Beitrittsländern angemessen informieren und aufklären zu können, sind die neuen Kommunikationsmedien. Der größte Teil der Sexarbeiterinnen ist medientechnisch mit internetfähigen Handys sehr gut ausgerüstet, und selbst Frauen, die der Schriftsprache nicht mächtig sind, bewegen sich sicher in den neuen Medien. So ist es dringend notwendig, diese neuen Medien in die Beratungsarbeit mit einzubeziehen und als Informationsträger zu nutzen.

Aus diesem Grunde wurde die Lola-App mit verschiedenen Bausteinen entwickelt. Allem voran steht eine nutzerorientierte App für Sexarbeiterinnen, über die eine Kontaktaufnahme, Informationen und Beratung für die Klientel barrierefrei zugänglich werden.

Bausteine sind:

- Sexworker Info-Clips, also Kurzvideoas von bis zu 3 Minuten, die in verschiedenen Sprachen vertont sind und niedrigschwellig erste wesentliche Informationen vermitteln, z.B. Safer Sex, Safer work, Krankenversicherung etc.

- GPS-Wegweisersystem zu spezialisierten Beratungsstellen für Sexarbeiterinnen und anderen Fachberatungsstellen, sowie Gesundheitsämter, Krankenhäuser, ÄrztInnen, Einwohnermelde- und Ausländerämter, Polizei etc.

Die jeweiligen Ziele werden sowohl sprach-/schriftfrei mit Hilfe von internationalen Symbolen dargestellt, jedoch auch über eine Audioaufzeichnung.

- Beratungsstellenverzeichnis zu den schon genannten Hilfeinrichtungen; diese können auch in Audiodateien abgerufen werden (Adresse, Angebot, Öffnungszeiten)

- Notrufbutton zum schnellen Erreichen wichtiger Hilfsdienste

- Chat: dieser findet an drei Tagen in den verschiedenen Sprachen statt

Alle Bausteine sind in den Sprachen Deutsch, Englisch, Rumänisch, Bulgarisch und Türkisch abrufbar.

Erfahrungen: Die App wird bei der aufsuchenden Arbeit in ganz NRW in allen Prostitutionsstätten bekannt gemacht. Sie wird durchweg positiv aufgenommen und viele freuen sich, in ihrer Landessprache Informationen zu bekommen. Auch in anderen Fachberatungsstellen, Behörden, Gesundheitsämtern, bei Runden Tischen etc. stellen wir die App vor. Einige von ihnen nutzen sie regelmäßig gemeinsam mit den Ratsuchenden. Da es eine Grundvoraussetzung war und ist, Sexarbeiterinnen mit in die Entwicklung einzubinden, bekommen wir immer weitere Themen und Bedürfnisse besonders in Bezug auf die Clips, die wir weiterhin gerne umsetzen möchten.

AV 83

Syphilis bei Blutspendern – Anstieg der Infektionszahlen in einer Population mit geringem Infektionsrisiko

Offergeld R, Houareau C, Preußel K

Robert Koch-Institut, Berlin

Hintergrund: Bereits 1915 wurde die erste transfusionsassoziierte Syphilisinfektion berichtet und seit mehreren Jahrzehnten werden alle Blutspenden auf das Vorliegen von Syphilisantikörpern untersucht. Zusätzlich werden durch verbindliche Spenderzulassungskriterien Personen mit einem hohen sexuellen Infektionsrisiko grundsätzlich nicht zur Spende zugelassen. Dies betrifft z.B. Sexarbeiter/innen und deren Klienten/innen, Personen mit wechselnden Sexualpartnern und MSM.

Methoden: Infektionsepidemiologische Daten zu bestätigten HIV-, HCV-, HBV- und Syphilis-Infektionen bei Blut- und Plasmaspendern werden gemäß Transfusionsgesetz seit 1999 erhoben und an das Robert Koch-Institut übermittelt. Es handelt sich um eine Vollerhebung in dieser Population. Wir analysierten die Daten zu Infektionen bei insgesamt mehr als 39 Millionen untersuchten Vollblutspenden zwischen 2006 und 2014. Alle Spender hatten einen negativen Syphilistest bei der Vorspende. Bei positiv getesteten Spendern erfolgte nach Möglichkeit ein Interview zum wahrscheinlichen Infektionsweg.

Ergebnisse: 2,1 bis 2,4 Millionen Mehrfachspender leisteten im Beobachtungszeitraum jährlich zwischen 4 und 4,5 Millionen Vollblutspenden. Bei den Mehrfachspendern stieg der Anteil der Syphilis-Infizierten im Beobachtungszeitraum von 3,8 auf 6,8/100.000 Spender. Männliche Spender hatten signifikant häufiger Syphilisinfektionen ($p < 0,01$) als weibliche und der Anteil an Infektionen stieg bei den Männern im Beobachtungszeitraum deutlicher als bei den Frauen von 5,8 auf 10,5 gegenüber 1,5 auf 2,3 Infektionen/100.000 Spender. Spender und Spenderinnen zwischen 25 und 34 Jahren waren am häufigsten von Syphilisneufektionen betroffen (7,1/100.000 Spender). Zu 21% der spendenden Personen mit bestätigter Syphilis-Infektion lagen Informationen zum Übertragungsweg vor. Hierbei dominierten die heterosexuellen Expositionen mit einem Anteil von 52%, gefolgt von MSM Kontakten mit 11%.

Schlussfolgerungen: Syphilisinfektionen waren im Beobachtungszeitraum die häufigsten Neuinfektionen unter Blut- und Plasmaspendern. Wie in der Gesamtbevölkerung konnte auch in dieser Population ein deutlicher Anstieg der Syphilisinfektionen beobachtet werden. Dieser betraf ebenfalls überwiegend Männer. Die in der Gesamtbevölkerung am meisten von Syphilisinfektionen betroffenen Personengruppen (MSM, Sexarbeiter und deren Klienten/innen) werden in Deutschland grundsätzlich nicht zur Spende zugelassen. Bei den im Interview nach Feststellung der Infektion angegebenen Expositionen überwiegen daher bei den Blutspendern heterosexuelle Übertragungswege. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass nur zu einem geringen Teil der Infektionen Angaben hierzu vorlagen und dass möglicherweise die Adhärenz zu den Spenderauswahlkriterien nicht vollständig war. Die Notwendigkeit, diese Daten im Rahmen der infektionsepidemiologischen Meldungen präzise zu erfassen sollte den Spendeinrichtungen noch besser vermittelt werden. Eine Beeinträchtigung der Blutsicherheit ist Dank der verlässlichen Testsysteme und der begrenzten Überlebenszeit von Treponemen in gekühlten Blutprodukten nicht gegeben. Dennoch geben die Daten einen Hinweis auf den Bedarf zur Aufklärung und Prävention in dieser Population mit niedrigem Infektionsrisiko.

V 84

STI-Quiz

Schöfer H¹, Rasokat H²

¹Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main

²Uniklinik Köln

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

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

AV 85

Genitale Manifestationen bei Lepra – eine wichtige Differentialdiagnose zu STIs in den Tropen und in der Migrantenmedizin

Elsner E, Kampirapap K

Bundeswehrkrankenhaus Berlin

Einleitung: Genitale Läsionen in tropischen Ländern, bei Reiserückkehrern und Migranten können durch eine Vielzahl von bakteriellen, parasitären, mykologischen und helminthischen Infektionen bedingt sein, welche zwar in der Regel nicht sexuell übertragen werden, sich aber differentialdiagnostisch nicht

immer leicht von den klassischen STIs abgrenzen lassen. So werden Ulzerationen auch bei kutaner Leishmaniasis und selten auch bei der Amöbiasis gesehen, makulöse und papulo-verruköse Läsionen findet man sowohl in verschiedenen Leprastadien als auch im Rahmen von Leprareaktionen und unspezifische Beschwerden im gesamten Genitaltrakt wie Epididymitis, Orchitis und Ausfluss sollten auch an eine Blasen-Bilharziose und Genital-Tuberkulose denken lassen.

Fallpräsentation: Wir stellen 2 Fälle einer Lepra mit genitalen Läsionen vor:

48-jähriger Patient mit seit 3 Jahren bestehender, 15x20cm messender Hypopigmentierung an der linken Flanke, zusätzlich am rechten Skrotum 2 hyperpigmentierte, schuppige Plaques sowie einen hypopigmentierten Fleck. Hier erfolgt der Nachweis von 1+AFB (Acid Fast Bacilli) im Slit Skin Smear (SSS) aus einem Plaque, SSS von beiden Ohr läppchen war negativ. Es wurde die Diagnose einer Borderline-tuberkuloiden Lepra gestellt und die WHO-Multidrug-Therapie bei multibazillärer Lepra durchgeführt.

52-jähriger Patient mit bereits auswärts diagnostizierter tuberkuloider Lepra, seit 2 Wochen unter WHO-Multidrug-Therapie. Im Verlauf (3. Therapiewoche) Auftreten von neuen rötlichen, papulösen Läsionen im Gesicht, an der Brust und am gesamten Präputium mit sekundärer absoluter Phimose. Bei der Untersuchung wies der Patient deutliche Nervenverdickungen der Nn. tibiales posterior bds. und des linken N. ulnaris mit Druckschmerzhaftigkeit auf. SSS aus den Läsionen des Oberkörpers waren AFB-positiv. Es wurde die Diagnose einer Borderline-tuberkuloiden Lepra mit ausgeprägter Typ-1-Reaktion gestellt. Unter systemischer Steroidgabe mit 30mg pro Tag kam es anfänglich sogar noch zu einer Verschlimmerung der Läsionen mit Zunahme von Rötung und Schwellung. Unter einer Dosis von 40mg pro Tag bildeten sich die Läsionen dann innerhalb 1 Woche zurück und die Phimose war voll reversibel.

Zusammenfassung: Bei genitalen Manifestationen in tropischen Ländern, bei Reiserückkehrern und Migranten sollten neben den klassischen STIs auch immer tropische Erkrankungen differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden. Dabei gilt es nach wie vor die Patienten konsequent komplett "von Kopf bis Fuß" und bei guten Lichtverhältnissen zu untersuchen, da sich hier nicht selten, aber insbesondere gerade bei der Lepra, wichtige weitere Hinweise für eine schnellere Diagnosefindung ergeben können.

AV 86

Zungenkarzinome bei HIV – eine Fallserie

Potthoff A

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum, Walk In Ruhr, Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum

Einleitung: Bei Immunsuppression im Rahmen einer HIV-Infektion, treten HPV-assoziierte Tumore, insbesondere Analkarzinome bei Männern mit Sexualkontakten zu Männern (MSM) oft auf. Humane Papillomaviren haben häufig auch bei der Entstehung von Plattenepithelkarzinomen (PC) der Zunge eine wichtige pathogenetische Rolle.

Methode: In einer retrospektiven Fallsammlung wurden zwischen 2011 und 2016 vier Fälle von Zungenkarzinomen in einem Kollektiv von ca. 1800 HIV-positiven Patienten der immunologischen Ambulanz der Ruhr-Universität Bochum beobachtet.

Fall 1: Bei dem 46 jährigem Mann (MSM) ist die HIV-Diagnose seit 14 Jahren bekannt.

Fall 2: Bei dem heute 45 jährige Mann (MSM) war zum Zeitpunkt der Zungenkarzinomdiagnose die HIV-Infektion seit 9 Jahren bekannt.

Fall 3: Der 77 jährige Mann (MSM) ist seit mindestens 25 Jahren (ED 1991) HIV infiziert.

Fall 4: Zum Zeitpunkt der Zungenkarzinomdiagnose war bei dem heute 49jährige Mann (MSM) seit 17 Jahren die HIV-Infektion diagnostiziert.

Immunologische Parameter bei ED Zungenkarzinom	Vorerkrankungen	Diagnose	Therapie
Fall 1:	Z.n. Condylomata	PC Zungenrand	Aktuell

Stadium B2 CD4 355/μl (24,9%) HIV PCR: <20Kop/ml	acuminata intraanal, Verrucae vulgares plantar	G2cT4a cN1 cMx (fraglich pulmonale Metastasen) ED 2/2016	4 Zyklen Cisplatin 40mg/m ² KOF pausiert wegen Panzytopenie; perkutane Radiotherapie: 50,4Gy lokal 25,2 Gy
Fall 2: Stadium C3 CD4 210/μl (29,2%) HIV PCR: <20Kop/ml	Z.n. Kaposi- Sarkom und Chemotherapie mit liposomalem Doxorubicin 2002 Analkanalkarzi- nom ED 3/2016	PC Zungenrand G1T3N0M0 ED 5/2011	8 Zyklen 20 mg/ m ² KOF Cisplatin +71,3 Gy Nach 5 Jahren rezidivfrei
Fall 3: Stadium C3 CD4 601/μl (36,8%) HIV PCR: <20Kop/ml	Z.n. Kaposi- Sarkom ED 1995 Z.n. Prostatakarzinom 12/2013	Mundbodenkarzinom ED 3/2016	Weitere Diagnostik und Therapie wegen Sepsis noch nicht begonnen
Fall 4: Stadium C3 CD4 403/μl (29,7%) HIV PCR: <20Kop/ml	Z.n. Kaposi- Sarkom ED 1996 Z.n. Resektion Tumor Unterlid 07/2009 : unreife zytokeratin-7 positiver, atypischer epithelialer Tumor	PC in Lymphknoten- metastase submandibulär links; Carcinom mit unbekanntem Primarius G3 TxN2bM0 ED 1/2012	8 Zyklen Cisplatin 40mg/m ² + 54Gy Nach 4 Jahren rezidivfrei

Diskussion: Die Lebenserwartung von HIV Infizierten ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Während opportunistische Infektionen selten werden, zählen Tumor- und Herz-Kreislauferkrankungen zu den häufigsten Todesursachen. Gerade bei Personen mit niedrigem CD4 Nadir und Tumoren in der Vorgeschichte muss mit dem Auftreten von Karzinomen und vielleicht auch Zungenkarzinomen gerechnet werden.

AV 87

Acrodermatitis chronica atrophicans-artige Hautveränderungen bei latenter Syphilis mit Neurosyphilis

Boashie U¹, Thürmer A², Blau K¹, Spornraft-Ragaller P¹

¹Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus,

²Institut für medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Technische Universität Dresden

Einleitung: Die Syphilis wird aufgrund der morphologischen Vielgestaltigkeit ihrer Hautveränderungen gern als „Affe oder großer Imitator in der Dermatologie“ bezeichnet. Histologisch imponieren zunächst plasmazellreiche Infiltrate der mittleren bis tiefen Dermis. Im weiteren Verlauf breiten sich die gemischtzelligen Entzündungszellinfiltrate zum tiefen Gefäßplexus der Dermis aus und verdichten sich im Tertiärstadium zu epitheloidzelligen Infiltraten, sog. Gummen.

Fallbeschreibung: Eine 50-jährige Patientin stellte sich mit livid erythematöser Schwellung des rechten Handrückens vor, welche sich seit 5 Jahren langsam progredient bis auf den distalen Unterarm ausgebreitet hatte. Es lag klinisch und paraklinisch kein Hinweis auf eine Kollagenose vor. Es bestanden keine weiteren pathologischen Hautbefunde, keine Allgemein- und neurologische Symptomatik. Ein Zeckenbiss war nicht Erinnerung. Die Verdachtsdiagnose lautete zunächst

entzündlich-ödematöses Stadium einer Acrodermatitis chronica atrophicans, was aufgrund der plasmazellreichen Infiltrate auch histologisch in Frage kam. Bei schwach positivem Borrelien- IgG-Antikörpertiter wurde ein Immunoblot als Bestätigungstest durchgeführt, bei welchem die Treponema pallidum -spezifische Antikörperbande TpN17 nachgewiesen wurde. Daraufhin wurde eine T. pallidum-Diagnostik angeschlossen, in welcher ein positiver TPHA von 1: 1280, ein positiver VDRL 1:4 und im T.pallidum IgG-Immunoblot 6 spezifische Banden nachweisbar waren.

An Symptome einer Frühsyphilis konnte sich die Patientin nicht erinnern. Aufgrund der unsicheren Latenz erfolgte der Ausschluss einer kardiovaskulären Syphilis mittels transösophagealer Echokardiographie sowie abdomineller Sonographie. In der Liquorpunktion zeigte sich ein deutlich erhöhter TPHA Antikörperindex (AI) von 25,59 im Liquor-/Serumpaar (Norm < 1,3) sowie ein positiver Liquor-TP-IgG- Blot. Der Nachweis treponemenspezifischer Antikörperproduktion im Liquor erhärtete die Diagnose einer Neurosyphilis.

Die Therapie der Neurosyphilis erfolgte mit 3x10 Mega I.E. Penicillin G i.v. über 14 Tage. Bereits während der Infusionstherapie bildete sich die entzündliche Rötung und Schwellung am Handrücken und Unterarm zurück.

Zusammenfassung: Trotz histomorphologischer Ähnlichkeiten aufgrund starker plasmazellulärer Aktivierung ähneln sich die Hauterscheinungen durch Infektionen mit der Gruppe der Spirochäten zugehörigen Borrelien und Treponemen kaum. Bei dem hier vorgestellten Fall kam es durch die Borrelien-Serologie zur Detektion kreuzreagierender Antikörper und damit zur Diagnose einer Syphilis. Obwohl die Syphilis eine klassische Geschlechtskrankheit ist, stellen die systemischen Manifestationen Ärzte diverser Fachgebiete vor diagnostische Herausforderungen.

Poster zum STI-Kongress 2016 der DSTIG

07.-09. Juli 2016, Rotes Rathaus, Berlin



Übersicht der Poster STI-Kongress

- P 1 Werner RN: Patienten-applizierte, in Deutschland zugelassene Therapien für anogenitale Warzen
- P 2 Perrier M: Akzeptierende Freierarbeit - eine Aufgabe auch des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
- P 3 Scholz S: Soziale Netzwerke als Datenquelle für Forschung zum Sexualverhalten von MSM: Das Beispiel "Planet Romeo"
- P 4 Dudareva-Vizule S: Auswertung zur Konkordanz bei der Resistenzbestimmung aus teilnehmenden Laboren und dem Konsiliarlabor: Daten aus Gonokokken-Resistenz Netzwerk (GORENET)
- P 5 Lucht A: Syphilis bei Sexarbeiterinnen in NRW - Untersuchungen aus dem ÖGD, 2013-2015
- P 6 Dudareva-Vizule S: Chlamydien trachomatis Infektionen in Deutschland (2008-2014)
- P 7 Buder S: Erster Nachweis einer Gonorrhoe mit einem high-level Azithromycin resistenten Erreger in Deutschland
- P 8 Jung F: Chlamydien- und Gonorrhoe-Diagnosen bei Streetwork in der Bremer Sexarbeiterszene
- P 9 Grüner C: Männer in der STI-Sprechstunde im Gesundheitsamt - eine heterogene Gruppe
- P 10 Gerlich M: Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten bei der Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen
- P 11 Riemenschneider H: Prävention sexuell übertragbarer Infektionen bei Medizinstudierenden in Deutschland und Ungarn. Ergebnisse einer multizentrischen Querschnittstudie.
- P 12 Esser S, Krotzek D: Gezielte ärztliche Präventionsangebote für HIV-positive Männer, die Sex mit Männern haben
- P 13 Lang A: Mehrfachtester und Einflussfaktoren auf (Re)Infektion im Chlamydia trachomatis-Labor-Sentinel (2008-2014)
- P 14 Potthoff A: Rehabilitationsrelevante Diagnose HIV?!
- P 15 Schuhmacher M: Charlotte 1 - Ein Modell für sichereres Arbeiten in der Sexarbeit
- P 16 Munk, V, Pinzón Ruiz LM, TAMPEP zur Situation von Sexarbeiter*innen heute
- P 17 Dichtl A: Qualitätsentwicklung in der Beratung und Prävention im Kontext von Drogen und Sexualität bei schwulen Männern (QUADROS)
- P 18 Hahn M: Incidence and Clinical Presentation of Syphilis Patients in a Tertiary Center
- P 19 Ramien R: Prävalenz und Therapierefraktärität von Mykoplasma genitalium Infektionen bei HIV-positiven und HIV-negativen Patienten.
- P 20 Kuck M: Rotbräunliche Plaques bei ausgedehnter Tätowierung am Oberkörper
- P 21 Kuzmanovska, V: Syphilis - a rare, but present disease

Abstracts

Poster zum STI-Kongress 2016 der DSTIG

P1

Patienten-applizierte, in Deutschland zugelassene Therapien für anogenitale Warzen: Effektivität hinsichtlich kompletter Remission nach Behandlungsabschluss – ein systematischer Review mit Metaanalyse

Werner RN, Westfechtel, Nast A

Division of Evidence based Medicine, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund / Fragestellung: Condylomata acuminata (anogenitale Warzen, Feigwarzen, CA) gehören weltweit zu den häufigsten sexuell übertragbaren Erkrankungen. Sie verursachen bei den Betroffenen eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität und sind für die Gesundheitssysteme mit hohen Behandlungskosten verbunden. Ziel dieses systematischen Reviews ist die Auswertung der Evidenz zu in Deutschland zugelassenen Patienten-applizierten Behandlungsoptionen hinsichtlich der kompletten Remissionsraten nach Abschluss der Behandlung von CA bei immunkompetenten Patienten.

Methoden: Der systematische Review wurde unter Berücksichtigung der Vorgaben des PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) Statements durchgeführt. Es erfolgte eine Recherche in Medline, EMBASE und Cochrane CENTRAL nach randomisiert kontrollierten Studien (RCTs). Eingeschlossene Studien wurden mit Hilfe des 'Cochrane Risk of Bias tools' bezüglich ihres Risikos für systematische Verzerrungen bewertet. Unter Verwendung eines 'random effects-model' wurden gepoolte Effektschätzer (relatives Risiko, RR) mit 95% Konfidenzintervallen (95%-CI) für die verfügbaren Vergleiche berechnet. Das Vertrauen in den Effektschätzer wurde nach dem GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)-Ansatz bewertet ('very low', 'low', 'moderate' oder 'high').

Ergebnisse: Von 665 identifizierten und 43 im Titel/Abstract-Screening eingeschlossenen Studien wurden 14 RCTs zur Datenextraktion eingeschlossen. Für alle bewerteten Behandlungsoptionen zeigten sich im Vergleich zur Placebobehandlung statistisch signifikante Vorteile hinsichtlich der kompletten Remissionsrate nach Abschluss der Behandlung [Imiquimod 5% Creme: 4 RCTs, RR 9,16 (95%-CI: 3,39-24,71), GRADE: low, Podophyllotoxin 0,5% Lsg.: 3 RCTs, RR 19,86 (95%-CI: 3,88-101,65), GRADE: low, Polyphenon E (Sinecatechin) 10% Salbe: 2 RCTs, RR 1,50 (95%-CI: 1,21-1,85), GRADE: moderate]. Für Podophyllotoxin 0,15% Creme waren keine Placebo-kontrollierten RCTs verfügbar. Im direkten Vergleich zeigte sich ein statistisch signifikanter Vorteil für Podophyllotoxin 0,5% Lsg. gegenüber 0,15% Creme [3 RCTs, RR 1,26 (95%-CI: 1,07-1,48), GRADE: low] und kein statistisch signifikanter Vorteil von Imiquimod 5% gegenüber Podophyllotoxin 0,5% Lsg. [1 RCT, RR 0,87 (95%-CI: 0,58-1,31), GRADE: low].

Schlussfolgerungen: Insgesamt zeigt sich eine geringe bis moderate Qualität der Daten hinsichtlich des Vertrauens in die berechneten Effektschätzer. Neben den hier dargestellten kompletten Remissionsraten nach Abschluss der Behandlung sind weitere Aspekte in der Therapieentscheidung zu berücksichtigen (Langzeitremission, unerwünschte Wirkungen, Patientenwünsche, etc.). Aufgrund der hier dargestellten Ergebnisse publizierter Daten zu in Deutschland verfügbaren Patienten-applizierten Behandlungsoptionen für immunkompetente Patienten zeigt sich die höchste relative Effektivität für Podophyllotoxin 0,5% Lsg. und Imiquimod 5% Creme. Für diese beiden Behandlungsoptionen zeigte sich im direkten Vergleich kein Unterschied bezüglich der kompletten Remission.

P 2

Akzeptierende Freierarbeit – eine Aufgabe auch des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Peters G, Perrier M

Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung Charlottenburg-Wilmersdorf, Berlin

Ein Netzwerk-Projekt von

- Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung (ÖGD Berlin)
- Hydra e.V., Treffpunkt und Fachberatung für Prostituierte
- Gangway e.V., Streetwork an Brennpunkten

Hintergrund/Ziele: In Berlin ist der Öffentliche Gesundheitsdienst aktiv an der Präventionsarbeit zu sexuell übertragbaren Krankheiten beteiligt. Um einen Synergie-Effekt herbeizuführen, haben sich in der Arbeitsgemeinschaft „Gesunder Kunde“ unterschiedliche Präventionsakteure zusammengefunden. Die AG verlagert den Fokus weg von den Prostituierten hin zu ihren Kunden und Männern im Allgemeinen. Der Ansatz der Arbeit zeichnet sich durch eine grundlegend akzeptierende Haltung sowohl den Prostituierten als auch ihren Kunden gegenüber aus. Dadurch können Männer sich zu ihrem Freier-Sein bekennen und auch als Unterstützer im Kampf gegen Menschenhandel und Zwang zur Prostitution gewonnen werden.

Projektbeschreibung: Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft „Gesunder Kunde“ arbeiten mit auffälligen Ganzkörperkostümen in Form von Kondomen. Diese sind in verschiedenen Motiven gestaltet, die teilweise Bezug nehmen auf die besuchten Veranstaltungen, z. B. Fußball-Trikot-Kondom beim Besuch der Fanmeile. Begleitet werden die Kondome von aktiv Agierenden mit Informationsmaterial. Alle Personen verstehen sich bei den Aktionen in jeder Funktion als Kontaktmachende. Als Gesprächsöffner dienen give-aways wie Postkarten mit Safer-Sex-Berlin Motiven und Freier-Regeln, sowie Kondome mit dem Logo der AG. 2011 produzierte die AG „Gesunder Kunde“ einen Videospot, der die Aktionen zeigt http://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=mCy0UV68eXs. Die Aktionen werden bewusst bei Ereignissen durchgeführt, bei denen verstärkt Männer aufeinandertreffen, beispielsweise Fanmeilen und Messen, da diese häufig Besuche bei Sexarbeiter_innen oder andere flüchtige sexuelle Kontakte mit sich bringen. Da die meisten Männer nicht zu ihrer Rolle als Freier stehen mögen, ist es der AG wichtig, die Männer auch in Situationen zu erreichen und anzusprechen, die nicht sexuell besetzt sind.

Erfahrungen: Die Kondom-Ganzkörperkostüme ermöglichen es, mit den Männern in einer ungezwungenen Form über Sexualität, respektvollen Umgang mit Frauen und Kondomgebrauch ins Gespräch zu kommen. Da die Aktionen akzeptierend gegenüber der Sexarbeit und den Kunden sind, gibt es meist interessierte und wohlwollende Reaktionen. Dass hierbei auch viel gelacht wird, erhöht nur die Bereitschaft, sich auf Gespräche einzulassen. Sehr viele Menschen lassen sich zusammen mit einem Kondomkostüm fotografieren, was zu zusätzlicher Nachhaltigkeit führt, da die Fotos noch später zu Gesprächen im Bekanntenkreis führen.

Auf Grund dieser Erfahrungen hält die AG „Gesunder Kunde“ Überlegungen der Freierbestrafung auf EU-Ebene für ein kontraproduktives Ziel. Kriminalisierung führt zu weiterer Stigmatisierung und erschwert niedrigschwellige Präventionsarbeit.

Ziel der Projektvorstellung beim DSTIG Kongress ist, dass diese Form der Prävention für heterosexuelle Männer in anderen Städten, bei Gesundheitsämtern und freien Trägern Interesse hervorruft und von ihnen kooperativ übernommen wird.

P 3

Soziale Netzwerke als Datenquellen für Forschung zum Sexualverhalten von MSM: Das Beispiel „Planet Romeo“

Scholz S, Damm O, Greiner W

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Hintergrund: Die Erhebung quantitativer Daten zum Sexualverhalten von MSM für wissenschaftliche Fragestellungen unterliegt einer Reihe von Limitationen [1]. So ist sowohl eine eindeutige Definition der Studienpopulation als auch die Rekrutierung einer ausreichenden Anzahl repräsentativer Befragungsteilnehmer oft nicht möglich. Des Weiteren bleibt offen, inwiefern das Antwortverhalten durch soziale Erwünschtheit geprägt ist. Soziale Netzwerke stellen in diesem Kontext einen häufig gewählten Zugang für die Verteilung von Online-Fragebögen dar. Der vorliegende Beitrag zeigt am Beispiel der MSM-Online-Dating-Plattform „Planet Romeo“ auf, wie soziale Netzwerke selbst für die Datengenerierung genutzt werden können.

Methoden: „Planet Romeo“ bietet – auch ohne eigenständige Registrierung als Nutzer – die Möglichkeit, die Profile registrierter Nutzer anhand verschiedener Suchkategorien zu filtern und die Anzahl der Treffer individueller Suchanfragen anzuzeigen. Für jede mögliche Kombination der Suchkategorien „Bundesland“, „Alter“, „Sexuelle Orientierung“, „Position beim GV“ und „Safer Sex“ wurde diese Trefferzahl dokumentiert und in einem Datensatz zusammengetragen. Hierfür war weder eine Registrierung notwendig noch mussten technische Barrieren überwunden werden. Ebenfalls wurden keine individuellen Profile ausgewertet.

Ergebnisse: Zum Zeitpunkt der Auswertung (Januar 2016) waren in Deutschland ca. 540.000 „Planet-Romeo“-Profile registriert. Standardisiert auf die männliche Bevölkerung der Bundesländer findet sich in den Stadtstaaten im Verhältnis zur männlichen Bevölkerung die größte relative Häufigkeit an Profilen (BER: ~6%, HH: ~4%, HB: ~3%), während diese Zahl in den Flächenländern zwischen 1% und 2% liegt. Der Anteil der Nutzer, die in ihrem Profil angeben, immer Safer Sex zu praktizieren ist, altersabhängig und erreicht den Höchstwert (~63%) bei der Altersgruppe „36 bis 38 Jahre“. Ab dieser Altersgruppe steigt der Anteil der Nutzer, die angeben, Safer Sex „nach Absprache“ zu praktizieren. Vor allem die Nutzer unter 30 Jahren machen jedoch häufig keine Angaben zu ihrer Präferenz hinsichtlich Safer Sex.

Schlussfolgerungen: Daten aus sozialen Netzwerken (insbesondere Online-Dating-Plattformen) können als Datenquelle zum Sexualverhalten dienen, sofern der Zugriff auf die Daten keine technischen Nutzungs- oder Zugangsbeschränkungen aufweist [2]. Unter Berücksichtigung der Einschränkung einer selektiven Nutzung sozialer Netzwerke können Daten über eine große Anzahl an Nutzern analysiert werden. Ebenfalls vorteilhaft ist die sich selbst definierende Studienpopulation. Aussagen hinsichtlich der Repräsentativität von Daten aus sozialen Netzwerken lassen sich jedoch nur schwierig treffen, da die Nutzer auch mehrere Profile mit unter Umständen gegensätzlichen Angaben besitzen können.

Literatur:

- [1] Marcus U, Hickson F, Weatherburn P, Schmidt AJ, et al. (2013): Age biases in a large HIV and sexual behaviour-related internet survey among MSM. In: BMC Public Health. Vol. 13:826.
- [2] OLG Frankfurt, 05.03.2009 - 6 U 221/08 [Online verfügbar:]
[https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Text=6%20U%20221/08#](https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Text=6%20U%20221%2F08#)

P 4

Auswertung zur Konkordanz bei der Resistenzbestimmung aus teilnehmenden Laboren und dem Konsiliarlabor: Daten aus Gonokokken-Resistenz Netzwerk (GORENET)

Dudareva-Vizule S¹, Buder S², Jansen K¹, Sailer A¹, Guhl E², Kohl P², Bremer V¹

¹HIV/ AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

²Konsiliarlabor für Gonokokken, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin, Deutschland

Hintergrund/Fragestellung: Weltweit sind zunehmende Antibiotikaresistenzen bei Infektionen mit *Neisseria gonorrhoeae* (NG) zu beobachten. Ceftriaxon zusammen mit Azithromycin sind als duale Therapie Mittel der Wahl bei der Behandlung der Gonorrhö in Deutschland. Die Bestimmung der NG-Antibiotikaresistenzen spielt für die konkrete Therapieentscheidung eine wesentliche Rolle. In Zusammenarbeit zwischen RKI und Konsiliarlabor für Gonokokken wurde das Gonokokken-Resistenz Netzwerk (GORENET) gegründet. Seit März 2014 übermitteln im GORENET teilnehmende Labore Informationen über auf NG-Antibiotikaresistenz getestete Proben ans RKI und senden die Isolate ans

Konsiliarlabor für eine wiederholte Testung (Konsiliar- Testung). Die Übereinstimmung der NG-Antibiotikaresistenztestung zwischen Labor und Konsiliarlabor wurde ausgewertet um die Qualität der NG- Antibiotikaresistenztestung zu beschreiben.

Methoden: Wir werteten Proben aus, die zwischen März und Dezember 2014 sowohl im teilnehmenden Labor als auch im Konsiliarlabor auf NG Empfindlichkeit gegenüber Ceftriaxon, Cefixim, Azithromycin, Penicillin und Ciprofloxacin mittels E-test getestet wurden und für die der Minimale Hemmkonzentrationswert (MHK) mitübermittelt wurde. MHK der beiden Testungen wurden verglichen und Unterschiede beschrieben. Eine Abweichung wurde als Unterschied einer MHK-Stufe, die einer Verdopplung bzw. Verdünnung ab 1mg/L entsprach, definiert. Dabei wurde der Anteil der Proben ermittelt, bei denen dadurch die Interpretation als sensibel, intermediär und resistent nach EUCAST beeinflusst wurde, berechnet.

Resultate: Die Übereinstimmung mit der Konsiliartestung wurde für 181 Proben, die aus 8 Laboren stammten, ausgewertet. Je nach Antibiotikum wurde bei 64% (Ceftriaxon), 91% (Cefixim), 70% (Azithromycin), 66% (Penicillin) und 65% (Ciprofloxacin) keine oder eine Abweichung um eine Stufe festgestellt. Eine Abweichung um zwei bis drei sowie um vier und mehr Stufen wurde entsprechend in 30% und 6% (Ceftriaxon), 6% und 3% (Cefixim), 29% und 0% (Azithromycin), 31% und 3% (Penicillin), 26% und 9% (Ciprofloxacin) der Proben festgestellt. Wegen einer abweichenden Messung wurden in den teilnehmenden Laboren je nach Antibiotikum 4% (Ceftriaxon), 10% (Cefixim), 45% (Azithromycin), 5% (Penicillin) und 2% (Ciprofloxacin) der Proben als zu resistent und 3% (Cefixim), 16% (Azithromycin), 28% (Penicillin) und 3% (Ciprofloxacin) der Proben als zu sensibel eingestuft.

Schlussfolgerungen: Die Varianz beim Vergleich der MHK wurde beobachtet. Insbesondere bei Ceftriaxon, Azithromycin, Penicillin und Ciprofloxacin gab es stärkere Abweichungen. Zum Teil hat dies die Eingruppierung als sensibel, intermediär und resistent beeinflusst und damit wahrscheinlich zum Verzicht oder falschem Einsatz eines konkreten Antibiotikums geführt. Die Gründe für stark abweichende MHK Messungen sollten weiter eruiert werden. Die Kompetenz und Qualität der NG-Resistenztestung soll durch Beratung und Fortbildung sowie die Durchführung von Ringversuchen gesteigert werden.

P 5

Syphilis bei Sexarbeiterinnen in NRW – Untersuchungen aus dem ÖGD, 2013-2015

Lucht A¹, Kuttner-May S², Münstermann D¹, Hagedorn H-J¹

¹Labor Krone, Siemensstraße 40, 32105 Bad Salzuflen

²Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Münster

Hintergrund/Fragestellung: Das Landeszentrum Gesundheit NRW organisiert im Auftrag des Gesundheitsministeriums ein freiwilliges, anonymes und kostenloses Syphilistestangebot, das derzeit von 42 Gesundheitsämtern (GÄ) in NRW umgesetzt wird. Ziel dieser Studie war es, zu untersuchen, inwieweit die Ausübung von Sexarbeit einen Risikofaktor für Treponemeninfektionen bei Frauen darstellt.

Methoden: Nach entsprechender Beratung wurde den Klientinnen der GÄ ein Syphilis-Screeningtest angeboten (Architect® Syphilis TP, Abbott Diagnostics), welcher ebenso wie die weiterführende Diagnostik (TPPA, FTA-abs-IgG, FTA-abs-IgM, RPR, ggf. Immunoblot) im Konsiliarlabor für Treponemeninfektionen (Labor Krone, Bad Salzuflen) durchgeführt wurde. Testergebnisse und Fragebögen zu soziodemographischen Daten und Risikoverhalten wurden statistisch ausgewertet.

Ergebnisse: Von 2013 bis 2015 wurden 9.649 Klientinnen der GÄ in NRW auf Syphilis-Antikörper untersucht. Dabei ergaben sich 483 bestätigt positive Ergebnisse, davon ca. 40% Restbefunde nach zurückliegender, wahrscheinlich ausreichend behandelter Treponemeninfektion und ca. 45% als Folgeuntersuchungen/Kontrollen nach Therapie. In diesen 3 Jahren wurden 57 behandlungsbedürftige, aktive und latente Treponemeninfektionen bei Sexarbeiterinnen und 18 behandlungsbedürftige Infektionen bei nicht-sexarbeitenden Frauen gefunden. In der Gruppe der nicht- sexarbeitenden Frauen

(4.144 Tests) waren 2,1 % der Tests Treponemenantikörper- positiv, bei 0,4% bestand der Verdacht auf eine behandlungsbedürftige Infektion. Bei den Sexarbeiterinnen (5.505 Tests) waren 7,2 % der Tests antikörperpositiv, bei 1,0% bestand der Verdacht auf eine behandlungsbedürftige Syphilis. Bei Frauen deutscher Herkunft stellt die Sexarbeit einen signifikanten Risikofaktor für einen Treponemenantikörper-positiven Befund (OR: 9,8; 95%-CI: 5,1-19,0) und für eine behandlungsbedürftige Syphilis (OR: 6,5; 95%-CI: 1,1-39,2) dar. Demgegenüber hatten Sexarbeiterinnen mit Migrationshintergrund ein nur leicht erhöhtes Risiko für einen Treponemenantikörper-positiven Befund (OR: 1,51; 95%-CI: 1,12-2,03), und kein signifikant erhöhtes Risiko für eine behandlungsbedürftige Infektion (OR: 1,07; 95%-CI: 0,57-2,03) verglichen mit den nicht-sexarbeitenden Frauen mit Migrationshintergrund.

Schlussfolgerungen: Antikörper-positive Syphilisbefunde, meist Restbefunde und Kontrollen nach Therapie, aber auch aktive und latente Infektionen finden sich bei Sexarbeiterinnen in NRW deutlich häufiger als bei nicht-sexarbeitenden Frauen, die das Syphilistestangebot der GÄ in Anspruch nehmen. Die Wahrscheinlichkeit für ein Testergebnis, das auf eine zurückliegende, aktive oder latente Syphilis hinweist, ist bei Migrantinnen deutlich höher als bei deutschen Frauen. Für Frauen mit deutscher Herkunft ist Sexarbeit ein hochsignifikanter Risikofaktor für eine positive Syphilisserologie. Bei Frauen mit Migrationshintergrund scheint dagegen weniger die Sexarbeit als das Herkunftsland als Risikofaktor eine wichtige Rolle zu spielen, was daran liegen könnte, dass viele Treponemeninfektionen nicht durch Sexarbeit in NRW, sondern bereits im Herkunftsland erworben (und meist auch behandelt) wurden. Allerdings sind die Migrantinnen eine sehr heterogene Gruppe, so dass bei einer genaueren Analyse das exakte Herkunftsland als wahrscheinlicher Effektmofikator berücksichtigt werden müsste.

P 6

Chlamydia trachomatis Infektionen in Deutschland (2008-2014)

Dudareva-Vizule S, Jansen K, an der Heiden M, Sailer A, Bremer V
Robert Koch-Institut, Berlin

Hintergrund/Fragestellung: Chlamydia trachomatis (CT) Infektionen sind in Deutschland nicht meldepflichtig. Frauen und Männer werden bei Vorhandensein von Symptomen (DgT) auf CT getestet. Zusätzlich werden schwangere Frauen seit 1995 auf CT getestet (SwT). Seit 2008 soll allen sexuell aktiven Frauen unter 25 Jahren jährlich ein CT-Screening angeboten werden (S25). Die Kosten für die S25 Diagnostik, jedoch nicht für die Beratung werden von den Krankenkassen übernommen. Um den CT-Positivenanteil zu erfassen sowie Präventionsempfehlungen zeitgerecht zu entwickeln, werden seit 2010 CT-Infektionen retro- (seit 2008) und prospektiv über ein freiwilliges Labor- basiertes Sentinel erfasst.

Methoden: Die Daten zu durchgeführten CT-Tests, Testergebnissen, Geschlecht, Altersgruppe und Testgrund der getesteten 15-59 jährigen Frauen und Männern aus den Jahren 2008-2014 wurden ausgewertet. Die S25 Abdeckung wurde geschätzt, indem das Verhältnis der S25 und SwT mit dem Verhältnis der entsprechenden Bevölkerungsgruppen verglichen wurde. Der Positivenanteil wurde je nach Geschlecht, Altersgruppe und Testgrund berechnet und mit einem Chi2 Test verglichen. Trends nach Geschlecht, Altersgruppe und Testgrund wurden mit einer multivariablen Poisson Regression geschätzt.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 3.794.121 CT-Tests aus 24 Sentinel-Laboren ausgewertet. 94% aller CT-Tests wurden bei Frauen durchgeführt. Bei den Frauen wurden 39% aller CT-Tests im Rahmen der SwT, 24% der S25 und 26% der DgT durchgeführt. Bei 11% blieb der Testgrund unbekannt. Durch S25 wurden 2008 8% und 2014 11% der Zielgruppe erreicht. Bei den Frauen lag der Positivenanteil der CT-Tests insgesamt bei 3,9%. Bei S25 lag der Positivenanteil bei 5,0% unter 15-19 jährigen und bei 5,1% unter 20-24 jährigen Frauen. Der Positivenanteil bei SwT und DgT war höher in den Altersgruppen 15-19 (10,2% und 9,3%) und 20-24 (5,8% und 8,0%) Jahren im Vergleich zu 25-29 (2,1% und 5,2%) und ≥30 (0,9% und 2,2%) Jahren, p-Wert<0,001. Im Zeitverlauf nahm der Positivenanteil unter 15-19 (1,0%/Jahr) und 20-24 (2,0%/Jahr) jährigen Frauen ab, p- Wert<0,001.

Bei den Männern lag der Positivenanteil der CT-Tests insgesamt bei 11,9%. Er war höher in den Altersgruppen 15-19 (16,5%), 20-24 (19,8%) und 25-29 (15,2%) Jahre im Vergleich zu 30-34 (10,6%), 35-39 (8,5%) und ≥ 40 (6,5%) Jahre, p -Wert $<0,001$. Unter Männer blieb der Positivenanteil im Zeitverlauf stabil, p -Wert=0,590.

Schlussfolgerungen: Der Positivenanteil bei jungen Frauen und Männern ist hoch. Im Zeitverlauf hat der Positivenanteil nicht wesentlich abgenommen. Die S25 Abdeckung blieb niedrig. Um Neuinfektionen zu verhindern und die Testhäufigkeit zu erhöhen, sollte das Bewusstsein für CT in den Zielgruppen verstärkt werden. Für S25 sollte bei den Frauen und Frauenärzt_innen weiter geworben werden. Vergütung für eine S25 Beratung sollte ermöglicht werden.

P 7

Erster Nachweis einer Gonorrhoe mit einem high-level Azithromycin resistenten Erreger in Deutschland

Buder S¹, Guhl E¹, Pfüller R³, Dudareva-Vizule S², Jansen K², Bremer V², Kohl PK²

¹Konsiliarlabor für Gonokokken, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin

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

³Medizinisch-Diagnostische Institute Laboratorien GmbH, Berlin

Hintergrund: Die dramatische Resistenzentwicklung bei *Neisseria gonorrhoeae* ist ein globales Problem bei der Behandlung und Kontrolle der Gonorrhoe. Derzeit zeigt sich eine besorgniserregende Resistenzentwicklung, so dass man der Gefahr eines potentiell kaum therapierbaren, hochresistenten Erregers gegenüber steht (multidrug resistant *Neisseria gonorrhoeae*, MDR-NG). Ceftriaxon ist momentan das letzte effektive Therapeutikum für die Behandlung der Gonorrhoe und wird in dualer Therapie zusammen mit Azithromycin verabreicht. Eine zunehmende Resistenzentwicklung gegenüber Azithromycin konnte in den letzten Jahren nachgewiesen werden. Besonders alarmierend ist das Auftreten einer Azithromycin high-Level Resistenz bei *N. gonorrhoeae*.

Fallbericht: Wir berichten über den ersten Fall einer urogenitalen Gonorrhoe mit einem high-level Azithromycin resistenten *N. gonorrhoeae* Isolat in Deutschland. Der 29-jährige Patient asiatischer Herkunft stellte sich in Berlin ambulant wegen putridem Ausfluss vor. Der Patient lebt in China und reist viel nach Europa, vor allem nach Frankreich. Das Ansteckungsland ist unbekannt. Die venerologische Vorgeschichte zeigte keine bekannten STIs. Bis auf Ausfluss und Dysurie bestanden keine weiteren klinischen Zeichen. Der Allgemeinzustand war gut.

Mikrobiologische Ergebnisse: Das Isolat wurde im Rahmen der GORENET Surveillance in das Konsiliarlabor für Gonokokken, Berlin übersandt. Dort konnte mittels Kultur *N. gonorrhoeae* bestätigt werden. Es erfolgte eine Testung der Antibiotikaempfindlichkeit durch Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) via Gradienten (Etest).

Das Isolat zeigte sich high-level resistent gegenüber Azithromycin (MHK >256 mg/L), high-level resistent gegenüber Penicillin (MHK >32 mg/L) mit positivem Nachweis von beta-Lactamaseproduktion, sowie resistent gegenüber Ciprofloxacin (MIC > 32 mg/L). Die Resistenztestungen für Cefixim (MIC = 0.016 mg/L) und Ceftriaxon (MIC = 0.006 mg/L) fielen sensibel aus. Die Beurteilung der Empfindlichkeit erfolgte basierend auf den Grenzwerten des European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST 4.0)

Therapie: Der Patient erhielt noch ohne Vorliegen der Resistenztestung ambulant in der urologischen Praxis eine Therapie mit Ceftriaxon 2 g i.v. als einmalige Dosis und Azithromycin 1,5 g per os als einmalige Dosis. Eine weitere klinische Vorstellung erfolgte nicht.

Schlussfolgerungen: Das sporadische Auftreten von high-level Azithromycin Resistenz in *N. gonorrhoeae* ist ein global zu beobachtendes Problem. Einzelfallberichte aus den letzten Jahren sind beunruhigend. Seit dem Frühjahr 2015 wurde ein Ausbruch mit 16 Fällen einer Azithromycin high-level resistenten Gonorrhoe im Norden Großbritanniens beobachtet. Hierbei handelt es sich um sehr junge (<25 Jahre) heterosexuelle Frauen und Männer.

Ein anamnestischer Zusammenhang mit diesen Fällen und unserem Isolat lässt sich derzeit nicht herstellen. Typisierungsuntersuchungen sind vorgesehen. Dies ist der bisher erste Fall einer high-level Azithromycin Resistenz bei *N. gonorrhoeae* in Deutschland.

Ein Einzeleinsatz von Azithromycin ohne vorherige Resistenztestung ist bei deutlich steigenden Resistenzzahlen in den letzten Jahren (ca. 14% aller Stämme aus Deutschland) und, wie in diesem Fall, einer high-level Azithromycin Resistenz, derzeit nicht empfehlenswert.

Generell ist beim Auftreten einer Gonorrhoe immer an eine mögliche Resistenz des Erregers zu denken. Es ist daher essentiell, neben der Bestätigung der Diagnose Gonorrhoe, auch eine Antibiotika-Resistenztestung durchzuführen.

P 8

Chlamydien- und Gonorrhoe-Diagnosen bei Streetwork in der Bremer Sexarbeiterszene

Bergmiller S, Jung F

Gesundheitsamt Bremen

Können Sexarbeiterinnen mit hohen Risiken für sexuell übertragbare Infektionen über selbst durchgeführte Abstriche am Arbeitsplatz besser erreicht werden als über ein Angebot zur Diagnostik und Behandlung in der Beratungsstelle mit einer "Kommstruktur"?

Dieser Frage ging die AIDS/STD Beratung des Gesundheitsamtes Bremen nach. Eine Mitarbeiterin bot im Rahmen des seit Jahren etablierten Streetworks anonymisierte und freiwillige „vaginale Selbstabstriche“ auf Gonorrhö und Chlamydien direkt an den Arbeitsstätten an. Die Ergebnisse wurden telefonisch mitgeteilt. Bei einem positiven Befund wurde eine kostenlose Behandlung in der Beratungsstelle angeboten. Eine Fallzahl von mindestens 100 Abstrichen bei 100 Personen war von Beginn an festgelegt. Die Infektionsraten der Abstriche an den Arbeitsstätten wurden in Beziehung gesetzt zu denen innerhalb der Beratungsstelle.

Im Gegensatz zu anderen veröffentlichten Daten waren die Infektionsraten bei der aufsuchenden Arbeit nur geringfügig höher als die innerhalb der Beratungsstelle. Beim Streetwork wurden 9,3% Chlamydien und 2,8% Gonorrhö diagnostiziert und innerhalb der Beratungsstelle 6,7% Chlamydien und 2,4% Gonorrhö. Knapp zwei Drittel der infizierten Sexarbeiterinnen (61,5%) nahmen das Behandlungsangebot der Beratungsstelle an. Über die aufsuchende Arbeit konnte ein hoher Anteil an Sexarbeiterinnen (knapp 80%) erreicht werden, die die Beratungsstelle bislang nicht aufgesucht hatten. Das Angebot der Abstriche auf Chlamydien und Gonorrhö im Rahmen der aufsuchenden Arbeit empfiehlt sich daher als ein zusätzlicher Baustein in der Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen. Das Angebot wird in der AIDS/STD Beratung in Bremen auch in Zukunft fortgesetzt.

P 9

Männer in der STI-Sprechstunde im Gesundheitsamt – eine heterogene Gruppe

Grüner C, Nitschke H

Gesundheitsamt Köln

Hintergrund: Das Gesundheitsamt Köln bietet drei Mal wöchentlich nach dem Open Clinic-Modell niedrigschwellig, anonym und kostenlos eine STI-Sprechstunde an. Therapien werden entweder sofort zur Verfügung gestellt oder privat rezeptiert. Ärztlich versorgt werden die Patienten von einer Urologin. Bei Bedarf kann der Kontakt zu einer psychosozialen Beratung hergestellt werden.

Methode: Es wurden über einen Zeitraum von 9 Jahren (1.01.2007 bis 31.12.2015) anonymisiert Routinedaten erhoben zu Alter, Versicherungsstatus, Herkunftsland, sexueller Orientierung, Kontakt zu Sexarbeit und dem Vorliegen einer STI-Diagnose. Als STI-Diagnosen wurden Infektionen mit *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum*, *Trichomonas vaginalis*, genitale HSV- und HPV-Infektionen, Hepatitis B und C, und HIV zusammengefasst. Die Daten wurden mittels EpiInfo ausgewertet.

Ergebnisse: Im Berichtszeitraum suchten 1075 Männer die Sprechstunde auf. Von 13 Personen lagen keine Angaben zur sexuellen Orientierung vor, diese wurden nicht in die Auswertung einbezogen (n=1062). 50% gaben gleichgeschlechtliche sexuelle Kontakte (MSM) an, 50% sahen sich als heterosexuell. 22% waren je in der Sexarbeit tätig (MSW), bis auf 5 waren dies ausschließlich MSM. 299 der Männer gaben sexuelle Kontakte zu Personen an, die in Sexarbeit tätig sind, sowohl bezahlt als auch in privaten Partnerschaften. Der Anteil war bei den heterosexuellen Männern mit 39% deutlich höher als bei den MSM.

Die Fluktuation war hoch: 63% der Männer wurden im jeweiligen Berichtsjahr erstmalig gesehen. Der Anteil der Männer mit Migrationshintergrund betrug insgesamt 71% und stieg von 55% im Jahr 2007 auf 79% im Jahr 2015. 40% aller Patienten kamen aus Zentraleuropa. 60% waren nicht krankenversichert. Insgesamt 33% der Männer hatten jemals eine STI. Der Anteil derer mit einer STI war bei den MSM insgesamt mit 40% deutlich höher und betrug bei den MSW sogar 52%. Von den heterosexuellen Männern mit Partnerinnen in der Sexarbeit wurden 32% jemals mit einer STI diagnostiziert. Das Durchschnittsalter bei Erstkonsultation betrug 30,6 Jahre. MSW waren mit einem Durchschnittsalter von 24,6 Jahren bei Erstkonsultation deutlich jünger.

Schlussfolgerung: Das niedrigschwellige Angebot der STI-Sprechstunde des Gesundheitsamtes Köln ermöglicht den Zugang zu einer sehr heterogenen Gruppe von Männern mit riskantem Sexualverhalten und hohen STI-Raten. Fehlende Krankenversicherung und sprachliche Barrieren erschweren den Zugang zur Regelversorgung.

Gefragt sind hohe Vielfalt und Flexibilität im Hinblick auf diagnostische Algorithmen. und psychosoziale Betreuung.

P 10

Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten bei der Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen

Gerlich MG, Piel L, Winkelmann C

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Hintergrund: Der Wissensstand zu HIV und AIDS ist in der Bevölkerung dank einer langjährigen erfolgreichen Aufklärungsarbeit und gezielter Prävention hoch. Bei anderen sexuell übertragbare Infektionen (Sexually Transmitted Infections, STI), wie z. B. Chlamydien, Gonorrhö oder humanem Papillomviren (HPV), ist das anders. Viele Menschen wissen nicht, welche weiteren Erreger bei sexuellen Kontakten übertragen werden können. Auch Symptome von STI werden nicht immer als solche erkannt bzw. eine medizinische Abklärung veranlasst.

Projektbeschreibung: Ärztinnen und Ärzte spielen eine wichtige Rolle in der Primär- und Sekundärprävention von STI. Zur Unterstützung der Beratung erstellt die BZgA in einer neuen Initiative kompakte Informationsmaterialien zu verschiedenen STI, welche z.B. im Wartezimmer ausgelegt werden können. So ist es den Patientinnen und Patienten möglich, sich schon vor der Untersuchung zu einzelnen Themen zu informieren. Zusätzlich ergänzen Factsheets für die Ärzteschaft zur Verbreitung, Übertragungswegen, Diagnostik, Behandlung und Prävention die Informationspakete zu den einzelnen STI. In Entwicklung befinden sich zunächst Materialien zur Chlamydien-Infektion und zur HPV-Impfung. Zum Thema HPV wendet sich ein Flyer an die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten, um die Bereitschaft, Mädchen im empfohlenen Alter (9-14 Jahre) gegen HPV impfen zu lassen, zu erhöhen. Alle Materialien werden in Zusammenarbeit mit ärztlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden sowie dem Robert Koch-Institut geplant und entwickelt.

Quelle: Aids im öffentlichen Bewusstsein 2014, Ursula von Rügen, Jürgen Töppich, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2015, URL: <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/aidspraevention/>

P 11

Prävention sexuell übertragbarer Infektionen bei Medizinstudierenden in Deutschland und Ungarn. Ergebnisse einer multizentrischen Querschnittstudie

Riemenschneider H¹, Voigt K¹, Schübel J¹, Balogh E², Terebessy A³, Füzesi Z², Faubl N², Schelling J⁴, Spornraft-Ragaller P¹, Bergmann A¹

¹ Technische Universität Dresden, Deutschland

² University of Pécs, Ungarn

³ Semmelweis University Budapest, Ungarn

⁴ Ludwig-Maximilians-Universität München, Deutschland

Hintergrund/Fragestellung: Sexuell übertragbare Infektionen (STI) sind ein globales Gesundheitsproblem, das seit Mitte der 1990er Jahre in Europa vor allem bei jungen, sexuell aktiven Menschen von zunehmender Bedeutung ist. STI-Inzidenzraten sind höher in Ost- als in Westeuropa. Kondomnutzung und STI-Tests sind wichtige Methoden zur Vorbeugung von STI. Das Gesundheitsverhalten von Medizinstudierenden ist von besonderem Interesse, da diese durch ihre Interaktion mit Patienten als Multiplikatoren wirken. Es liegen keine veröffentlichten Daten zur STI-Prävention bei Medizinstudierenden in Deutschland und Ungarn vor. Diese Studie untersuchte das sexuelle Risikoverhalten inklusive Präventionsmaßnahmen für STI bei Medizinstudierenden.

Methoden: Im Jahr 2014 erfolgte eine anonyme und freiwillige, multizentrische Querschnittstudie mit Medizinstudierenden im 1., 3. und 5. Studienjahr in Dresden, München, Budapest und Pécs. 56,2% der 5223 registrierten Medizinstudierenden nahmen an der Studie teil. Diese Analyse untersucht die beiden größten Subgruppen, deutsche und ungarische Medizinstudierende (n = 2354). Im Fokus der Analyse war die Risikogruppe von Studierenden mit ≥ 2 Sexualpartnern in den letzten 12 Monaten.

Ergebnisse: Die Frage nach der Anzahl der Sexualpartner in den letzten 12 Monaten wurde von ungarischen Studierenden signifikant seltener beantwortet als von deutschen (65,8% vs. 83,5%, χ^2 -Test / $p \leq 0,001$). 26,3% der Befragten (n = 467) gaben ≥ 2 Sexualpartner/12 Monaten an, männliche Studierende häufiger als weibliche (M: 32,7% vs. F: 22,3%, χ^2 -Test/ $p \leq 0,001$). Dabei gab es keine Unterschiede zwischen den Nationalitäten. 28,0% der Studierenden mit ≥ 2 Partnern gaben keine oder seltene Kondomnutzung an, Frauen signifikant häufiger (M: 21,8% vs. F: 33,5%, χ^2 Test/ $p \leq 0,05$). Mehr als 50% der Studierenden mit ≥ 2 Partnern berichteten STI-Testungen nie oder selten durchzuführen. Regelmäßige Testungen wurden von 17,4% männlichen und 27,8% weiblichen Studierenden (χ^2 -Test / $p \leq 0,01$) angegeben.

Schlussfolgerungen: Eine Sensibilisierung für die STI-Prävention ist wichtig für die (zukünftigen) Ärzte, um ihre eigene Gesundheit sowie die ihrer Partner zu schützen, aber auch für die Beratung und Behandlung der Patienten. Ärzte aller Fachdisziplinen müssen mit Prävention, Diagnose und Therapie von STI vertraut sein.

P 12

Gezielte ärztliche Präventionsangebote für HIV-positive Männer, die Sex mit Männern haben

Esser S¹, Krotzek J¹, Dirks H²

¹Klinik für Dermatologie und Venerologie, Universitätsklinikum Essen

²Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Essen

Hintergrund: Der Anstieg der Inzidenzen von HIV und STIs, auch nach dem 2008 veröffentlichten EKAF- Statement, gibt Anlass Präventionsmaßnahmen und Botschaften anzupassen. Als eine Option gilt die individualisierte Präventionsarbeit von Ärzten mit Patienten, die ein hohes Risiko für die Übertragung und Akquisition von STIs und HIV haben.

Methoden: Das Sexualverhalten von HIV-positiven Männern, die Sex mit Männern haben (HIV+MSM), die als Patienten in der HPSTD-Ambulanz des UK Essen regelmäßig betreut wurden, untersuchte eine psychologische Studie für den Zeitraum von Januar 2009 bis Februar 2010 mittels Selbstbewertungsfragebogen und einem persönlichen, strukturierten Interview zu Soziodemographie,

Kenntnis des Gesundheitszustandes, Sexualverhalten, Substanzkonsum, Depression, Impulsivität, zwanghaftem Sexualverhalten und Sexuellem Sensation Seeking. Eine retrospektive Datenanalyse von 233 HIV+MSM, die an der psychologischen Studie teilgenommen hatten, erhob Geschlechtskrankheiten, HIV-Parameter, Therapien und Adhärenz mit besonderem Fokus auf das jeweilige Beobachtungsjahr (BJ), welches bei der psychologischen Studie abgefragt wurde.

Ergebnisse: Bei Beobachtungsbeginn lag das Durchschnittsalter der HIV+MSM bei $42,48 \pm 9,9$ Jahren. 30,5% lebten im BJ in fester, 29,6% in offener Beziehung, 39,9% als Singles. 11,6% waren im BJ sexuell abstinert. 17,2% der HIV+MSM infizierten sich innerhalb des BJ neu mit mindestens einer STI, von denen 81,3% bereits mindestens eine STI neben HIV in der Vorgeschichte hatten. Das eigene individuelle HIV-Transmissionsrisiko auf der Basis der gemessenen HIV-Viruslast (VL) wurde von 40% trotz regelmäßiger Befundbesprechungen nicht korrekt eingeschätzt (21,1% zu hoch; 18,9% zu niedrig). Trotz vergleichbarer Angaben zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr (GV) akquirierten HIV+MSM unter antiretroviraler Therapie (ART) mit nachweisbarer VL im BJ deutlich häufiger STI (33,3% vs. 14,1-19,6%) als ART-Behandelte ohne nachweisbare VL. Mit einem hohen Transmissionsrisiko von resistenten HIV bei ungeschütztem GV assoziiert waren ein Medikamentenwechsel im BJ (OR=3,55; 95%KI: 1,07-11,77), schlechte ART-Adhärenz (OR=27,2; 95%KI: 3,44 – 226,17), sowie eine höhere Partnerzahl (28,6 % vs. 14,1-16,1%).

Zusammenfassung: Die Inzidenz von STI ist bei HIV+MSM hoch. ART- Medikamentenwechsel im BJ, Adhärenzstörungen, STIs in der Vorgeschichte und höhere Partnerzahlen waren mit sexuellem Verhalten mit höherem Übertragungsrisiko für resistente HI- Viren assoziiert. Aufgrund der Häufigkeit der Fehleinschätzungen der eigenen VL und der Zunahme von STI sollte der Arzt „Viral Sorting“ mit seinen HIV+MSM thematisieren.

P 13

Mehrfachtester und Einflussfaktoren auf (Re)Infektion im Chlamydia trachomatis-Labor-Sentinel (2008-2014)

Lang AS, an der Heiden M, Sailer A, Jansen K, Bremer V, Dudareva-Vizule A

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

Hintergrund: Wiederholte Infektionen mit Chlamydia trachomatis (CT) treten bei geschätzt 10-20% der Bevölkerung auf. Reinfektionen erhöhen bei Frauen das Risiko von Komplikationen. Durch ein CT-Laborsentinel werden für Deutschland Daten zu CT-Infektionen erfasst, die eine verschlüsselte Zuordnung mehrerer Tests zu einer Person erlauben. Wir haben Mehrfachtester charakterisiert und Einflussfaktoren für eine CT-Infektion untersucht.

Methoden: Zwischen 2008 und 2014 durchgeführte CT-Tests wurden anonym und personenbezogen ausgewertet. Als neues Testereignis wurden mit Abstand von >30 Tagen durchgeführte Tests definiert. Mit multivariablen logistischen Regressionen, stratifiziert nach Testgrund sowie Geschlecht, wurde der Einfluss von vorherigen Testergebnissen und Altersgruppe unter Kontrolle des Wohnortes auf ein positives Testergebnis untersucht. Wahrscheinlichkeiten und Odds Ratios (OR) wurden berechnet.

Ergebnisse: 2.574.635 CT-Tests aus 16 Sentinel-Laboren konnten 123.033 Männern und 1.815.494 Frauen zugeordnet werden. 12% der Männer und 23% der Frauen wurden mehrfach getestet, davon 74% der Männer und 70% der Frauen 2mal. Insgesamt 14% der Männer und 5% der Frauen waren mindestens einmal positiv. Unter den Mehrfachtestern wurden 7% der Männer und 2% der Frauen mindestens zweimal positiv getestet. Das mediane Alter beim ersten positiven Test betrug bei Männern 30 (Interquartilsabstand 23-36) und bei Frauen 21 Jahre (Interquartilsabstand 19-25). Unter Frauen und Männern mit negativem Vortest nahm die Wahrscheinlichkeit, positiv getestet zu werden mit zunehmendem Alter ab. Für Frauen war die Wahrscheinlichkeit für 15-19- sowie 20-24-jährige Frauen mit negativem Vortest bei allen Testgründen am höchsten: Screening unter 25 (S25): 4% und 3%; Screening in der Schwangerschaft (SwT): 6% und 3%; diagnostischer Test (DgT): 5% und 5%. Ein positiver Vortest erhöhte bei Frauen bei jedem Testgrund und in allen Altersgruppen

signifikant ($p < 0,01$) das Risiko, positiv getestet zu werden; S25 OR=3,1; SwT ORs: 5,7-22,3 und DgT ORs 2,9-7,4. Besonders beim SwT erhöhte sich das Risiko mit zunehmendem Alter. Bei Männern mit negativem Vortest war die Wahrscheinlichkeit, positiv zu werden am höchsten in den Altersgruppen 15-19:10%, 20-24: 12% und 25-29: 10%. Ein positiver Vortest erhöhte in allen Altersgruppen signifikant ($p < 0,01$) das Risiko, positiv getestet zu werden (ORs: 1,9-3,4). **Schlussfolgerungen:** Bei Frauen und Männern unter 25 Jahren wurde besonders häufig eine CT-Infektion diagnostiziert. Zuvor CT-positiv getestete Frauen und Männer wurden häufiger wie- der CT-positiv getestet. Gezielte Präventionsmaßnahmen für junge Frauen und Männer sind notwendig. Zur Verhütung von Komplikationen bzw. zur Sicherstellung der Therapiewirksamkeit sollen junge Frauen innerhalb von 3-6 Monaten erneut ge- testet werden, wie dies in der entsprechenden europäischen Richtlinie (IUSTI 2015) empfohlen wird.

P 14

Rehabilitationsrelevante Diagnose HIV?!

Potthoff A, Brockmeyer N.H.

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum, Walk In Ruhr, Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum

Bis vor kurzem wurden Rehabilitationsmaßnahmen bei Patienten mit HIV Infektion nicht bewilligt, da die „Rehafähigkeit“ bezweifelt wurde. Angesichts der nahezu normalen Lebenserwartung unter einer erfolgreichen antiretroviralen Therapie hat sich das klinische Bild der HIV-Infektion gewandelt. Begleiterkrankungen spielen eine immer größere Rolle für die Lebensqualität und Prognose der Patienten. Der Erhalt oder das Wiedererlangen der Erwerbsfähigkeit sind wichtige Therapieziele geworden. Auch um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder wenn alle ambulanten Maßnahmen ausgeschöpft sind, kann eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme eingeleitet werden. Die medizinische Rehabilitation versucht, einen den Alltag oder die Erwerbsfähigkeit bedrohenden Gesundheitsschaden zu beseitigen, zu mildern oder Folgen zu beseitigen.

Bei Angestellten ist in der Regel die Rentenversicherung (DRV) der Kostenträger, bei Rentnern die Krankenkasse. Die Vordrucke zur Antragsstellung bei der DRV können im Internet heruntergeladen werden. Kassenärzte haben Vordrucke, die bei der Krankenkasse abgegeben werden können. Die HIV-Infektion selbst wird bisher nicht als rehabilitationsrelevante Diagnose anerkannt. Ein primär auf diese Indikation HIV abgestimmtes Rehabilitationsprogramm mit Schulungen und Gruppengesprächen wird in Deutschland von keiner Rehabilitationsklinik angeboten. Es gibt nur wenige Kliniken, die offiziell mit der Behandlung von HIV-Patienten werben. Hier ist noch viel Aufklärungsarbeit zu leisten. Meist kennen HIV-Behandler oder lokalen AIDS-Hilfen Kliniken, wo andere Patienten zufrieden waren. Im Zweifel hilft es kurz in der Klinik anzurufen und zu fragen, ob die Klinik HIV- Patienten aufnimmt. Von der Rentenversicherung anerkannte Indikationen (mit entsprechenden Schulungsprogrammen) sind unter anderem psychovegetative Erschöpfung und Depression, Herzinfarkt oder Tumore und Begleiterkrankungen wie Asthma bronchiale, Hauterkrankungen oder Wirbelsäulenleiden. Kontraindikation sind akute, stationär behandlungsbedürftige Erkrankungen, schwere Depression und dauernde Pflegebedürftigkeit. Zudem muß der Patient motiviert und in der Lage sein, an den Therapiemaßnahmen teilzunehmen.

Mögliche Therapieangebote sind z.B. Sport- und Bewegungstherapie, Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung, psychologische und sozialmedizinische Beratung und balneo-physikalische Anwendungen, die fast überall angeboten werden. Erfolge der Rehabilitation können z.B. eine Stabilisierung des Allgemeinbefindens, eine Verbesserung der Krankheitsverarbeitung und Therapietreue, Motivation zu einem gesundheitsbewußten Lebensstil und eine Belastbarkeitseinschätzung für das Berufsleben sein. Nach der Rückkehr gibt es Anschlußangebote wie Rehasport oder berufliche Wiedereingliederung und langfristige Effekte zu erzielen.

Ob eine Rehabilitation in Frage kommt sollten HIV Patienten mit ihrem behandelnden Arzt klären.

P 15

Charlotte 1 – Ein Modell für sicheres Arbeiten in der Sexarbeit

Eine Kooperationsarbeit der Aidshilfen Bielefeld, Dortmund, Düsseldorf, Essen und Köln in Kooperation mit der SPI Forschung GmbH Berlin und finanziell gefördert von der Aidshilfe NRW

Schuhmacher M

Aidshilfe Köln e.V., Köln

Hintergrund/Fragestellung: In den letzten Jahren haben sich die Arbeitsbedingungen für männliche Sexarbeiter aus unterschiedlichen Gründen verschlechtert. Teils wurden rechtliche Rahmenbedingungen (z.B. Sperrbezirksverordnungen) verschärft, die wachsende Anzahl der Sexarbeiter führte zu schlechterer Entlohnung. In der Straßen- und Gelegenheitsprostitution, aber auch der Armutsprostitution ging dies einher mit einer geringeren Professionalität der Sexarbeiter. Es wurden Möglichkeiten gesucht, hierfür praktikable, strukturelle Verbesserungen einrichten zu können. In Anlehnung an kommerzielle Bordell-Strukturen, wurde ein Projektentwurf in Trägerschaft geeigneter sozialer Einrichtungen konzeptioniert und begleitend in einer Befragung von Sexarbeitern/Experten überprüft, ob dafür ein Bedarf besteht.

Methode: Mittels Online-Befragung mit Unterstützung der SPI Forschung GmbH Berlin über Gay-Romeo (Dating-Portal) und Interviews wurden Sexarbeiter, Freier und Betreiber von Einrichtungen mit Bezug zur männlichen Prostitution befragt. Die Mehrheit der Befragten gab an, ein solches Angebot zu begrüßen und nutzen zu wollen.

Ergebnis: Arbeitsräume für männliche Sexarbeiter müssen:

- Von der kommerziellen Szene (sogenannte Stricherlokale) fussläufig erreichbar sein.
- Das Angebot muss neben Getränken, kleine, minimal ausgestattete Räume bereithalten, ebenso im günstigsten Fall Waschbecken, WC und Dusche.
- Präventionsmaterialien für verschiedene Praktiken stehen bereit.
- Das Nutzungsendgeld zahlt meist der Freier.

Im Gegenzug übernimmt der Träger (z.B. eine Aidshilfe):

- Alles Erforderliche um Akzeptanz für diese Angebot in der Stadtgesellschaft herzustellen (strukturelle Prävention).
- Das Vorhalten der Räume.
- Die Bewerbung des Angebots.
- Personelle Ausstattung (Berater und „Hauswart in einer Person, Reinigungskräfte).
- Geeignete Ausstattung und Reinigung der Räume (Kontakt- und Vollzugszimmer, Sanitäre Anlagen).
- Bereitstellung von mehrsprachigen Info-Materialien und diversen Präventionsmaterialien (Kondome, Handschuhe, etc.).
- Abstimmung und Kooperation mit den Szenelokalen.
- Abstimmung mit Ordnungsbehörden, Gesundheitsamt, etc.

Freier können das Angebot in dem Wissen in Anspruch nehmen, dass:

- Durch den Träger ein „sicherer“ Rahmen vorgehalten wird.
- Durch die Abstimmung des Trägers mit den Ordnungsbehörden ein legaler Rahmen geschaffen ist.

Der Träger hat so einen direkten Zugang zu den Freien in Bezug auf präventive Botschaften, der sonst kaum gelungen ist.

Weitere Schritte: In einem weiteren Schritt werden die kooperierenden Aidshilfen ein Manual für Betreiber eines solchen Angebots erstellen, das auflistet:

- Welche rechtlichen Rahmenbedingungen beachtet werden müssen.
- Welche Möglichkeiten bestehen, Beratungs- und Präventionsangebote für Sexarbeiter und Freier in Zusammenhang mit einem solchen Angebot mit Kostenträgern abzurechnen.

P 16

TAMPEP zur Situation von Sexarbeiter*innen heute: Es ist Zeit für ein Europa frei von Stigma und Diskriminierung

Brussa L, Boidi C, Covre P, Munk V

TAMPEP-Germany, Hamburg

Hintergrund / Ziele: Das Europäische Projekt TAMPEP wurde 1993 als Reaktion auf die Probleme von migrierten Sexarbeiter*innen in Europa gegründet. Von 1993 bis 2009 hat das Projekt - durch 26 Organisationen, die in 25 EU-Ländern mit und für Sexarbeiter*innen tätig sind - die Strukturen sowie Wandlungsprozesse innerhalb der Sexindustrie beobachtet und empirische Recherchen durchgeführt.

Das TAMPEP Netzwerk hat sich dafür eingesetzt, dass migrierte Sexarbeiter*innen Zugang zu medizinischer und sozialer Beratung sowie Unterstützungsleistungen bekommen.

Im Laufe der fast 25 Jahre hat die *TAMPEP International Foundation* Verstöße gegen die Menschenrechte von Sexarbeiter*innen dokumentiert sowie Sachverhalte und Problemstellungen aufgezeigt, von denen hauptsächlich migrierte Sexarbeiter*innen in Europa betroffen sind.

Die *TAMPEP International Foundation* wird weiterhin die Bedürfnisse von Sexarbeiter*innen in verschiedenen Foren der Europäischen Union betonen, um sicherzustellen, dass diese Bedürfnisse, einschließlich derer von migrierten Sexarbeiter*innen, in Programmen zur Prävention, Behandlung und Betreuung von STI und HIV berücksichtigt werden.

Projektbeschreibung: Sexarbeiter*innen haben mit großen Hindernissen beim Zugang zu Präventionsmaßnahmen, Behandlungen und Pflegeleistungen zu kämpfen, hauptsächlich aufgrund von Stigmatisierung, Diskriminierung und Kriminalisierung.

Die zunehmende staatliche Repression und Kriminalisierung der Sexarbeit setzt Sexarbeiter*innen verstärkt der Gefahr von Infektionen mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten aus. Sie werden dazu gezwungen, an versteckten Orten zu arbeiten, was die Zugangsmöglichkeiten zu Gesundheitsversorgung und Präventionsmaßnahmen verringert und ihre Menschenwürde untergräbt.

Üblicherweise sind migrierte Sexarbeiter*innen, besonders undokumentierte Migrant*innen, von diesen Problemen stärker betroffen. Sie vermeiden Beratungsstellen und Gesundheitsdienstleistungen aus Angst, registriert und/oder abgeschoben zu werden.

Erfahrungen: Nationale Gesetze und Regelungen haben große Bedeutung für die Reduktion von Vulnerabilität sowie für die Bekämpfung von Gewalt gegen Sexarbeiter*innen und spielen eine entscheidende Rolle dabei, dass Sexarbeiter*innen universeller Zugang zu Rechten, Gesundheit und Justiz garantiert werden kann.

Durch die Entkriminalisierung der Sexarbeit können sichere Arbeitsbedingungen gewährleistet und Sexarbeiter*innen dazu ermächtigt werden, selbstbestimmt gegen Gewalt vorzugehen und ihre Menschenrechte einzufordern.

P 17

Qualitätsentwicklung in der Beratung und Prävention im Kontext von Drogen und Sexualität bei schwulen Männern (QUADROS)

Dichtl A¹, Graf N¹, Sander D²

¹ Institut für Suchtforschung Frankfurt

² Deutsche Aidshilfe e.V., Berlin

Hintergrund/Ziele: Auf der Grundlage vergleichender Erhebungen kann davon ausgegangen werden, dass der Drogenkonsum bei schwulen und anderen Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben, insgesamt verbreiteter ist als in heterosexuellen Vergleichsgruppen. Unterscheidet man weiter nach dem HIV-Status, so wird deutlich, dass HIV-positive Männer öfter Drogen konsumieren als HIV-negative Männer (Drewes/Kruspe 2014; vgl. Bochow et al. 2010). Der Drogenkonsum im sexuellen Kontext („Chemsex“) wird weiterhin mit einem sexuellen Risikoverhalten assoziiert (Bourne et al. 2015a, 2015b, Dirks et al. 2012).

Nachdem das Phänomen „Chemsex“ zunächst in den USA und England als Thema in der HIV-/STI Prävention zum Thema wurde, werden auch in deutschen Städten in den letzten Jahren vermehrt Anfragen von drogenkonsumierenden MSM verzeichnet, die sich Unterstützung wünschen. Es gibt jedoch bisher kaum adäquate Präventions- und Behandlungsangebote, da lokale Aidshilfen oft nicht über Kontexte, Wirkweisen und Nebenwirkungen von Drogenkonsum informiert und Drogenberatungen selten für schwule Lebens- und Sexualitätskontexte sensibilisiert sind.

Projektbeschreibung: An dieser Schnittstelle setzt das Projekt „QUADROS“ an, das in sieben deutschen Städten unter Leitung der Deutschen Aidshilfe mit kooperierenden lokalen Aidshilfen bzw. Präventionsprojekten für MSM durchgeführt wurde. Mithilfe eines Nachfragemappings in jeder beteiligten Stadt wurden die spezifischen Konsumkontexte, Bedürfnisse und Problemlagen drogenkonsumierender MSM explorativ erhoben. Über ein Angebotsmapping wurden zudem Leerstellen (fehlende Angebote) identifiziert und eine Übersicht über bereits existierende Angebote erarbeitet, die den Zielgruppen (Drogengebrauchende MSM sowie Mitarbeitende von Drogen- und Schwulenberatungen, Ärzt_innen etc.) zur Verfügung gestellt wird. Gefördert wurde das Projekt mit einjähriger Laufzeit vom Bundesministerium für Gesundheit.

Erfahrungen: Aus einer Kontrastierung der vorhandenen Angebote mit den erhobenen Bedürfnissen drogengebrauchender MSM ergeben sich diverse Anforderungen an ein Unterstützungssystem, das auf eine ganzheitliche Versorgung in Bezug auf physisches wie psychisches Wohlbefinden drogengebrauchender MSM fokussiert: Die grundlegenden Strukturen, um spezifische Angebote zu schaffen, scheinen in allen Städten vorhanden, dennoch existieren konkrete Präventions- und Behandlungsangebote nur in zwei deutschen Großstädten. In den Städten ohne spezifische Angebote ist vor allem die Klärung von Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten von besonderer Dringlichkeit, um Verweisungsketten zu vermeiden, die ins Leere laufen. Interdisziplinäre Kooperationen müssen gestärkt werden, um klare und langfristig funktionierende Versorgungsnetzwerke/-ketten bilden zu können. Alle Glieder einer Versorgungskette (Ärzt_innen, Drogen- und Schwulenberatungen etc.) müssen für das Thema sensibilisiert und weitergebildet werden.

Die Konsummuster, -kontexte und -motivationen von MSM sind je nach Alter, Stadt, Szene etc. unterschiedlich. Differenzierte Angebote, die auf lokale Kontexte angepasst sind, sind daher notwendig. Weitere Schritte hin zu einer umfassenden Versorgungsstruktur für drogengebrauchende MSM ergeben sich aus den im QUADROS-Projekt gesammelten Erfahrungen und der Auswertung der Konsumierenden- wie auch Expert_inneninterviews und sollen im Rahmen des Vortrags detailliert vorgestellt werden.

Literatur:

Bochow, M., Lenuweit, S., Sekuler, T., Schmidt, A.J. (2010): Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten. AIDS-Forum DAH 60.

Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., & Weatherburn, P. (2015a). Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 91 (8), 564–568. <http://doi.org/10.1136/sextrans-2015-052052>

Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Steinberg, P., & Weatherburn, P. (2015b). "Chemsex" and harm reduction need among gay men in South London. *The International Journal on Drug Policy*, 26 (12), 1171–1176. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.07.013>

Dirks, H., Esser, S., Specka, M., Scherbaum, N. (2012). Suchtmittelkonsum bei homo- und bisexuellen Männern. In: *Sucht*, 58 (4): 237-246.

Drewes, J., Kruspe, M. (2014): Ergebnisse der Studie Schwule Männer und HIV/Aids 2013. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 15. Oktober 2014.

P 18

Incidence and Clinical Presentations of Syphilis Patients in a Tertiary Center

Hahn M, Volc S, Ghoreschi K

Eberhard Karls University, Tuebingen, Germany

Syphilis is a common sexually transmitted disease caused by a bacterial infection with *Treponema pallidum* with various clinical presentations. Typically, after two to three weeks patients develop a painless ulcer at the site of infection that heals spontaneously. After several weeks, patients may develop multiple secondary symptoms like a rash or lymphadenopathy. The incidence of Syphilis has been increasing in the past years. Here we present the clinical features of 20 consecutive patients diagnosed with Syphilis in our Department of Dermatology in 2015. The majority of Syphilis patients were men (17/20 patients). The median age at diagnosis was 43.5 years (23 to 73 years). Most patients were in an early stage of Syphilis (stage I or II, 35 and 55% respectively) and presented with indolent ulcers or exanthema. Only one patient had a diagnosis of neurosyphilis. A co-infection with HIV was present in 25% of patients and among these patients the diagnosis of HIV was newly diagnosed in 60%. No patient showed a co-infection with hepatitis B or C. The diagnosis of Syphilis was confirmed by testing for TPHA/TPPA, VDRL, FTA-abs- IgM/IgG and immunoblot. Treatment with intramuscular Penicillin was used in 75% of patients. One patient was treated with Ceftriaxon, another patient with Doxycyclin. A Herxheimer reaction was not reported.

P 19

Prävalenz und Therapierefraktärität von Mykoplasma genitalium Infektionen bei HIV-positiven und HIV-negativen Patienten

Ramien R, Jessen H

Praxis Jessen, Berlin

Hintergrund: Mykoplasma genitalium wurde zum ersten Mal 1980 im Zusammenhang mit Urethritiden, die nicht durch Gonokokken-Infektionen ausgelöst wurden, erwähnt (Tully et al., 1981). Inzwischen ist bekannt, dass diverse Krankheitsbilder, unter anderem Proktitiden, auf Mykoplasma genitalium Infektionen zurückzuführen sind (Cohen et al., 2002). In mehreren Studien konnten Resistenzen von Mykoplasma genitalium gegenüber Tetrazyklinen (v.a. Doxzyklin) nachgewiesen werden. Eine Therapie mit Azithromycin über mehrere Tage stellt eine effektive Behandlungsmethode dar, obwohl es auch hier häufig Resistenzen gibt. (Björnelius et al., 2008)

Methoden: Im Rahmen meiner Arbeit werte ich die klinischen Daten von 543 Patienten aus, die im Zeitraum von 2012 bis 2015, teilweise mehrmals, aufgrund einer Mykoplasma genitalium Infektion in der Praxis Jessen behandelt wurden. Besonderes Augenmerk lege ich dabei auf den Vergleich von Prävalenz und Therapierefraktärität der Mykoplasma genitalium Infektionen bei HIV-positiven und HIV-negativen Patienten. Hierbei handelt es sich um die bisher größte Untersuchung zum Thema Mykoplasma genitalium in Deutschland.

P 20

Rotbräunliche Plaques bei ausgedehnter Tätowierung am Oberkörper

Kuck M, Petrucha M, Hermes B

Vivantes Klinikum im Friedrichshain Berlin, Klinik für Dermatologie und Phlebologie

Ein 26-jähriger Patient stellte sich zur Abklärung unklarer rot-bräunlicher Plaques im Bereich seiner Tätowierung am Oberkörper vor bei bisher unauffälliger Anamnese.

Es fanden sich innerhalb des tätowierten Areals, aber auch im Gesicht und am Hals disseminierte braunrote bis violette Herde, teils knotig, ohne Schuppung.

Bei unauffälligen Routinelaborparametern zeigte sich serologisch TPPA stark erhöht, HIV-1/-2-AK waren positiv mit einer CD4 Zahl von 300/µl sowie positiven HBc-Antikörper. Histopathologisch stellten

sich schlietzartige Gefäßstrukturen mit Erythrozytenextravasaten sowie Spindelzellpopulationen mit einer Koexpression von Humanem Herpes Virus (HHV8) dar. Immunhistologisch zeigte sich CD31 positiv. Bei der Gastroskopie konnten livide multiple Tumore im Corpus und Antrum dargestellt werden. Durch eine Lumbalpunktion konnten intrathekale Antikörper gegenüber Treponema pallidum nachgewiesen werden.

Mit den Diagnosen HIV-Infektion, HIV-assoziiertes Kaposi-Sarkom, AIDS (Stadium C2) und Neurosyphilis erfolgte die Therapieeinleitung mit HAART (Lopinavir und Tenofovir) sowie die Gabe von Penicillin G 10 Mio. I. E. 3xtgl. über 14 Tage.

Der Patient stellte sich im Verlauf aufgrund einer Befundverschlechterung mit neuen lividroten Herden am Stamm und am rechten Oberschenkel erneut vor. Zudem bestand ein Lymphödem am rechten Bein. Im CT zeigten sich multiple Lymphknoten wenige Millimeter durchmessend pulmonal und inguinal. Eine systemische Therapie mit liposomalem Doxorubicin 20mg/m² i.v. im zweiwöchigen Intervall wurde eingeleitet.

Bei Vorliegen eines Kaposi-Sarkoms sollten bei Risikogruppen eine Ausbreitungsdiagnostik bei möglicher Organbeteiligung und eine umfassende STD-Diagnostik erfolgen. Die Prognose des HIV-assoziierten Kaposi-Sarkoms ist seit Einführung der HAART-Therapie günstig. In einigen Fällen erfordern Progression und Disseminierung jedoch eine zytostatische Therapie.

P 21

Syphilis- a rare, but present disease - Epidemiological report

Kuzmanovska V¹; Stamenkovska J²; Biserkoska- Atanasovska L³

¹ General Hospital Kumanovo

²Public Health Center Kumanovo

³General Hospital Remedika

Objectives: The objective of this report is to present the frequency of syphilis in the region of Kumanovo (a city in R. Macedonia), during the period from 1971-2015 year, with a total number of 69 patients.

Methods: A total of 69 patients was treated and registered in the legal medical records and the case reporting cards of the Department of epidemiology, at the Public Health Center Kumanovo. They were all classified by age, sex, place of residence, nationality and occupation.

Results: Using a retrospective-descriptive and analytical methods during the elaboration of the statistical data, 69 cases have been registered, all of which were clinically and serologically confirmed. In the period between 1971 and 1980 there have been 57 cases, between 1981 and 1990- 7 cases, between 1991- 2000 there have been 4 cases and only one case between 2001 and 2015. An outbreak of syphilis was registered in 1975, affecting 10 elderly patients- homosexuals. All of the 69 patients were treated by number and percentage.

Conclusions: The reduction of the number of syphilis cases is a result of the conveyed preventive measures, education, change in hygienic habits and use of condoms. However, although this disease is very rare, we must always be aware of it, especially because of the more and more frequent migrations between different countries.

Abstracts zum Leopoldina Symposium 2016

Erreger-Wirt-Kommunikation

06. Juni 2016, Rotes Rathaus, Berlin



Leopoldina
Nationale Akademie
der Wissenschaften

Erreger-Wirt-Kommunikation

Mittwoch, 6. Juli 2016
ROTES RATHAUS, BERLIN
Zertifiziert mit 6 Fortbildungspunkten

LEOPOLDINA-SYMPOSIUM

Leopoldina-Symposium zum
**STI-KONGRESS 2016
DER DSTIG**
www.sti-kongress2016.de
7.-9. Juli

DSTIG
Deutsche STI-Gesellschaft
Gesellschaft zur Förderung der
Sexuellen Gesundheit

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

Übersicht der Vorträge Leopoldina-Symposium

LV 1	Rudel T: Kooperation oder Konkurrenz: Koinfektion von Wirtszellen
LV 2	Enninga J: Visualisierung des intrazellulären Lebensstiles von enteroinvasiven Bakterien
LV 3	Laue M: Erreger im Fokus - Die Rolle der Mikroskopie bei der Erforschung von Infektionskrankheiten
LV 4	Kastenmüller W: Immunimaging in vivo: Zell-Kommunikation bei der Infektabwehr
LV 5	Hauser A: Control of Th17 cells by tissue-specific signals in the small intestine
LV 6	Fabri M: Leben in Phagozyten – Interaktionen von Mykobakterien und humanen Immunzellen
LV 7	Heuer D: Was die Proteomforschung über den chlamydialen Einschluss verrät
LV 8	Pichler B: Multimodale Bildgebung von Infektionen – In-vivo-Visualisierung der Erreger-Wirt Interaktion

LV 1

Kooperation oder Konkurrenz: Koinfektion von Wirtszellen

Rudel T

Lehrstuhl für Mikrobiologie, Universität Würzburg

Bei Infektionen des Menschen kompetieren Erreger mit der effizienten Immunabwehr, um eine Nische besiedeln und in ihr wachsen zu können. Doch häufig findet die Auseinandersetzung nicht nur zwischen einem Erreger und dem Menschen statt, sondern koinfizierende Erreger beeinflussen sich gegenseitig und zusätzlich auch deren Interaktion mit dem Wirt. Schwächt zum Beispiel einer der Erreger das Immunsystem des Menschen, können andere Erreger zum Zug kommen, die alleine keine Infektion etablieren könnten. Neben diesen sehr allgemeinen Mechanismen, die eine Basis für viele Ko- und Superinfektionen sein dürften, könnten aber auch molekulare Interaktionen und Koinfektionen derselben zellulären Nischen von Bedeutung sein. Diese Art der organismischen Interaktionen, entstanden über Koevolution von unterschiedlichen Erregern und dem Menschen, sind deutlich schwerer zu fassen und deshalb bis heute kaum untersucht.

In meinem Vortrag werde ich Beispiele aus der eigenen Forschung präsentieren, die einen unerwarteten engen Zusammenhang zwischen Koinfektionen von Herpesviren und Chlamydien sowie von *Chlamydia trachomatis* und *Neisseria gonorrhoeae* aufzeigen. Dabei scheinen alle Phasen der Infektion – vom ersten Kontakt zwischen Wirtszelle und Erreger bis zur Induktion der Persistenz oder auch der Reaktivierung aus der Persistenz betroffen zu sein. Wie die faszinierenden Interaktionen verschiedener Erreger und deren Wirt dann tatsächlich Erkrankungen auslöst bleibt ein wichtiges Thema der Infektionsforschung.

LV 2

Visualisierung des intrazellulären Lebensstiles von enteroinvasiven Bakterien

Enninga J

Institut Pasteur, Paris, France, Unité "Dynamique des interactions hôte-pathogène"

Viele bakterielle Pathogene infizieren nicht-phagozytierende Epithelzellen, um anschließend entweder in membranumschlossenen Kompartimenten zu wachsen, oder um aus solchen sogenannten Phagolysosomen auszubrechen, um sich im Zytoplasma zu vermehren. Die zugrunde liegenden Interaktionen sind auf zellulärer und molekularer Ebene sehr dynamisch und genau reguliert. Wir entwickeln und benutzen Methoden, welche auf Fluoreszenz sowie Ultrastrukturmikroskopie basieren zum Analysieren der molekularen Prozesse auf Einzelzelebene, die am Ausbilden der relevanten, intrazellulären Lokalisation der Pathogene beteiligt sind. Mit hochauflösenden Hochdurchsatzscreens haben wir Faktoren identifiziert, die Shigellen und Salmonelleninfektionen von Epithelzellen kontrollieren; ein besonderes Augenmerk haben wir auf den Kontakt mit dem Wirtszellzytoplasma gelegt. Dies zeigt, dass die molekularen Signalwege und Prozesse, welche von den Pathogenen ausgenutzt werden, konserviert sind. Des Weiteren haben wir korrelative licht- und elektronenmikroskopische Methoden großer Volumina entwickelt (über "Focused Ion Beam Scanning EM"), mit denen wir die Details des Zerreißen der Phagolysosomen bildgebend darstellen können. Unsere multimodularen, mikroskopischen Methoden ermöglichen das Entwickeln neuer molekularer Paradigmen, wie intrazelluläre, bakterielle Pathogene ihre Nischen etablieren.

LV 3

Erreger im Fokus – Die Rolle der Mikroskopie bei der Erforschung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten

Laue M

Spezielle Licht- und Elektronenmikroskopie (ZBS 4), Robert Koch-Institut, Berlin

Die Gründe für den Einsatz der Mikroskopie haben sich seit den Zeiten Robert Kochs nicht wesentlich verändert. Wir setzen Mikroskope ein, um Erreger als Ursache von Infektionskrankheiten aufzuspüren und um zu studieren wie Erreger sich verhalten, mit dem Ziel Infektionskrankheiten zu heilen oder zu vermeiden. Die Rolle der Mikroskopie hat sich durch die Entwicklung neuer, insbesondere molekularer Methoden, aber auch durch Weiterentwicklung der mikroskopischen Technik gewandelt. Der Anwendungsschwerpunkt der Mikroskopie hat sich von der Beschreibung und der Diagnostik von Erregern zu deren experimentellen Erforschung verschoben. Trotzdem werden auch heute noch Infektionskrankheiten durch die Beteiligung mikroskopischer Verfahren diagnostiziert, wie zum Beispiel in der klassischen Histopathologie und der Tropenmedizin. Hierbei wird vor allem der „offene Blick“ mikroskopischer Methoden genutzt, der häufig, zusammen mit der Symptomatik schon zu einer Diagnose der Erkrankung führen kann. Ein weiteres Beispiel ist die elektronenmikroskopische Erreger-Schnelldiagnostik, die bei besonderen biologischen Gefahrenlagen, wie zum Beispiel Ausbruchsgeschehen, eingesetzt wird.

In der Wissenschaft werden häufig zahlreiche Methoden parallel eingesetzt, um Fragestellungen zu beantworten. Die mikroskopische Bildgebung dient hierbei zwei wesentlichen Zielen: (1) Der Exploration eines Objekts oder Problems, und (2) der Überprüfung von Hypothesen mit einer unabhängigen Methode. Die Exploration eines Objektes mit mikroskopischen Verfahren ermöglicht die Beschreibung seiner Architektur und im besten Fall die Formulierung neuer Hypothesen zu Aufbau und Verhalten/Funktion. Ein Beispiel für diese Art der Forschung ist die Untersuchung des Wirtstropismus von neuartigen Viren, bei der die Mikroskopie die Zielzellen identifiziert, in denen die Viren replizieren und Erklärungsansätze für die beobachtete Pathogenität liefert. Die konkrete Prüfung expliziter Hypothesen ist heute eine der häufigsten Anwendung der Mikroskopie. Es ist gute wissenschaftliche Praxis hierfür mehrere unabhängige Methoden einzusetzen. Die Mikroskopie eignet sich hierfür besonders, da sie die infektiöse Einheit (Bakterium, Virus, Parasit) sichtbar macht und nicht nur ihre molekularen Spuren oder Bestandteile. Mit modernen analytischen Methoden kann darüber hinaus die molekulare mit der morphologischen Information direkt assoziiert werden.

Die kontinuierliche Weiterentwicklung der Methoden ermöglicht die Gewinnung von immer mehr Information. Trends der Entwicklung sind derzeit: (1) Die Steigerung der Auflösung; (2) die Gewinnung dreidimensionaler Daten; (3) die Analyse dynamischer Vorgänge; (4) die direkte Zusammenführung von bildgebender Information aus unterschiedlichen Analysen von ein und demselben Objekt (korrelative Mikroskopie). Konkrete Beispiele sollen Einblicke in Schlüsselentwicklungen geben und Vor- und Nachteile deutlich machen.

LV 4

Immunimaging in vivo: Zell-Kommunikation bei der Infektabwehr

Kastenmüller W

Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Universitätsklinikum Bonn (AöR), Institut für Molekulare Medizin

Das Immunsystem hat eine Vielzahl an Mechanismen zur Verfügung um infektiöse Pathogene zu bekämpfen. Zum einen gibt es das sogenannte innate oder angeborene Immunsystem, welches mit Hilfe einer Mustererkennung, Pathogenbestandteile und Pathogenklassen wahrnehmen und unmittelbar darauf reagieren kann. Zum anderen können durch das adaptive oder erworbene Immunsystem hochspezialisierte Zellen ausgebildet werden. Diese adaptiven Zellen haben spezifische Rezeptoren für Antigene, können lösliche Antikörper bilden (B-Zellen) oder zellvermittelte Zytotoxizität entwickeln (T-

Zellen) um intrazelluläre Erreger, wie z.B. Viren zu eliminieren. Dabei ist die Aktivierung dieser adaptiven Zellen wie B- und T-Zellen ein hoch komplexer Vorgang sowohl auf zellulärer als auch auf subzellulärer Ebene. So benötigen z.B. T-Zellen sowohl die Stimulation ihres T-Zellrezeptors (Signal 1) als auch weitere Signale zur Costimulation (Signal 2), sowie inflammatorische Zytokine (Signal 3) um optimal aktiviert zu werden. Auf zellulärer Ebene bedarf es dafür mehrerer verschiedener Interaktionspartner die in verschiedenen Kompartimenten im Lymphknoten oder der Milz angetroffen werden. In unserer Arbeit beschäftigen wir uns mit der Frage wann, wo und mit wem T-Zellen im Verlauf einer Immunantwort interagieren um eine robuste und schnelle Schutzfunktion aufzubauen. Dabei benutzen wir live 2-photonen Mikroskopie um die entsprechenden Zellpopulationen direkt im Gewebe beobachten zu können. Wir besprechen wie strukturelle Eigenschaften der lymphatischen Organe dessen Funktion vorgeben, wie und wo zelluläre Interaktionen stattfinden und erläutern das komplexe Zusammenspiel von lymphoiden und myeloiden Zellen im Kontext von Infektionen.

LV 5

Control of Th17 cells by tissue-specific signals in the small intestine

Hauser A

Charité Universitätsmedizin und Deutsches Rheumaforschungszentrum Berlin

T_H17 cells are major drivers of inflammation and are involved in several autoimmune diseases. Tissue inflammation is a beneficial host response to infection but, when deregulated, can also contribute to autoimmunity. The crosstalk between the inflamed tissue and the immune system during an inflammatory response is key for preserving tissue integrity and for maintaining physiological processes. However, how an organism is able to regulate the magnitude of an immune response by controlling pro-inflammatory T cells is not well characterized. Here, we show that the activation of cytotoxic intraepithelial lymphocytes in the small intestine following a systemic inflammatory stimulus results in a release of the cytolytic protease granzyme. This granzyme release subsequently induces the upregulation of the alarmin IL-33 in small intestinal epithelial cells. T_H17 cells, which are being recruited to the small intestine during systemic inflammation, express the IL-33 receptor (ST2) *in vivo*. IL-33 promotes a reduced expression of pro-inflammatory genes (*Tbx21*, *Il1g* and *Csf2*) and induces the expression of the anti-inflammatory gene *Il10* in mouse and human T_H17 cells. *In vivo* experiments demonstrate that IL-33 signaling limits the pro-inflammatory capacity of T_H17 cells in the small intestine (SI) upon acute inflammation, thereby ameliorating the clinical course. Our results provide new insights into the mechanisms by which small intestinal epithelial cells, via the IL-33/ST2 axis, control pro-inflammatory T_H17 cells in the small intestine in order to sustain systemic homeostasis.

LV 6

Leben in Phagozyten – Interaktionen von Mykobakterien und humanen Immunzellen

Fabri M

Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie, Uniklinik Köln (AöR)

Mykobakterien sind klassische intrazelluläre Erreger, die sich dadurch auszeichnen, dass sie nach der Phagozytose durch Makrophagen in diesen überleben. Ein Schwerpunkt unseres Labors liegt darin, die Regulation der Immunantwort von humanen Makrophagen gegen Mykobakterien durch das Hormon Vitamin D, sowie durch Glukokortikoide zu untersuchen. Unser langfristiges Ziel ist es, wirt-gerichtete Angriffspunkte für neuartige Therapiekonzepte bei Mykobakteriosen zu identifizieren. Unsere Ergebnisse zeigten, dass der intrazelluläre Metabolismus von 25-Hydroxy-Vitamin D (25D) zu 1,25-Dihydroxy-Vitamin D (1,25D), der aktiven Form von Vitamin D, in humanen Makrophagen wesentlich für die Aktivierung einer antimikrobiellen Immunantwort gegen Mykobakterien ist. 1,25D induziert das antimikrobielle Peptid Cathelicidin, welches wiederum die Membran der Mykobakterien bindet und diese abtötet. Des Weiteren fördert 1,25D über die Aktivierung von Autophagie die Reifung der mykobakteriellen Phagolysosome. Glukokortikoide hingegen induzieren zwar Cathelicidin, aber weder

die Reifung der mykobakteriellen Phagolysosome, noch antimykobakterielle Aktivität. Interessanterweise fördert Imatinib, ein Tyrosinkinase-Inhibitor, alleine und in Kombination mit Glukokortikoiden die Reifung der mykobakteriellen Phagolysosome, sowie die antimykobakterielle Aktivität in humanen Makrophagen, ohne anti-entzündliche Effekte von Glukokortikoiden aufzuheben. Dies könnte eine potentielle Strategie darstellen, um bei Patienten, die langfristig Glukokortikoide bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen einnehmen, die Immunantwort gegen Mykobakterien wiederherzustellen. Ferner könnte diese Strategie besonders bei Immunrekonstitutionssyndromen, welche mit Glukokortikoiden behandelt werden, sinnvoll sein.

LV 7

Was die Proteomforschung über den chlamydialen Einschluß verrät

Heuer D

Robert Koch-Institut, Berlin

Chlamydien sind obligat intrazelluläre bakterielle Krankheitserreger. Mit weltweit mehr als 100 Millionen Neuinfektionen/Jahr gehören *C. trachomatis* zu den häufigsten sexuell übertragbaren Bakterien. Bei Frauen können *C. trachomatis*-Infektionen schwere Komplikationen nach sich ziehen, die zur Infertilität oder ektopischen Schwangerschaften führen können. Neben ihrer Bedeutung als Krankheitserreger, stellen Chlamydien gleichzeitig ein sehr gutes Modell dar, um das Wechselspiel zwischen Erreger und Wirt bei einer Infektion molekular zu verstehen. Um einen Wirt zu infizieren müssen Chlamydien mit der Wirtszelle kommunizieren. Diese Interaktionen sind essentiell für den Erfolg einer Infektion. Chlamydien vermehren sich innerhalb ihrer Wirtszelle in einem speziellen intrazellulären Kompartiment (Inklusion), welches von einer Membran umgeben ist. Diese intrazelluläre Nische wird nicht in den Lysosomen abgebaut, sondern widersteht einer Degradation durch bisher unbekannte Mechanismen. Sie steht aber dennoch mit der Zelle in Kontakt. Welche zellulären und bakteriellen Faktoren beim Aufbau der Inklusion eine Rolle spielen ist bis heute nur wenig verstanden. Uns ist es gelungen ein holistisches Bild der Bakterien-Wirts-Interaktionen darzustellen. Dazu haben wir den fragilen intrazellulären Einschluß mit Hilfe einer zwei Stufen Prozedur aufgereinigt und die Gesamtheit aller bakteriellen und zellulären Proteine dieser Fraktion mit Hilfe der Proteomik identifiziert. Bioinformatische Analysen zeigten, dass die Inklusion mit einer Vielzahl unterschiedlicher zellulärer Proteine interagiert. Insbesondere Proteine des zellulären Retromer Komplexes waren in der Inklusionsfraktion spezifisch angereichert. Interessanter Weise führt aber die Herunterregulation einer Retromerkomponente, des sorting nexin 5 (SNX5), zur einer signifikant erhöhten Infektiösität der Bakterien. Diese Daten geben einen neuen, globalen Einblick in das Bakterien-Zell Wechselspiel und decken neue für eine Infektion essentielle Mechanismen auf, die möglicher Weise als neue Behandlungsansätze dienen können.

LV 8

Multimodale Bildgebung von Infektionen – In vivo Visualisierung der Erreger-Wirt Interaction

Pichler B

Universitätsklinikum Tübingen

Moderne multimodale Bildgebungsmethoden, wie die Kombination von Positronen-Emissions-Tomographie und Magnet Resonanz-Tomographie (PET/MRT), erlauben die nicht-invasive und quantitative Erfassung von funktionellen, molekularen und morphologischen *in vivo* Parametern im zeitlichen Verlauf. Hierdurch ergibt sich gerade für die Diagnose von komplexen Erkrankungen, wie Infektionen, die Möglichkeit spezifische Rezeptoren, metabolische Vorgänge oder das Mikromilieu darzustellen. Am Beispiel von unterschiedlichen Tiermodellen der Aspergillose- oder der Yersinien-Infektion konnten wir die spezifische Bindung von radiomarkierten Antikörpern mit Hilfe der PET/MR-Bildgebung zeigen. Das Ausmaß der Infektion konnte ebenso wie der Krankheitsverlauf quantitativ dargestellt werden. Mit Hilfe der PET/MR-Bildgebung und spezifischen radiomarkierten Antikörpern können jedoch nicht nur Pathogene nachgewiesen oder morphologische Veränderungen erfasst

werden, sondern auch Veränderungen von funktionellen pathophysiologischen Parametern wie Perfusion oder Diffusion, die das Mikromilieu der Infektion beeinflussen, gemessen werden. Der Vortrag wird einen Überblick über aktuelle Arbeiten im präklinischen Bereich geben und Möglichkeiten zur klinischen Translation aufzeigen. Darüber hinaus sollen neben den Möglichkeiten der modernen Bildgebung auch die administrativen und zulassungsrelevanten Hürden der klinischen Translation von Bilgebungsproben diskutiert werden.

IMPRESSUM

Deutsche STI-Gesellschaft e.V. (DSTIG)

Sitz der Geschäftsstelle:

Besucheradresse:

Große Beckstr. 12; 44787 Bochum

Postanschrift:

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

Bleichstraße 15; 44787 Bochum

E-Mail: info@dstig.de

Homepage: www.dstig.de

Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer

Präsident der DSTIG

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

E-Mail: n.brockmeyer@derma.de

