

Dermatologie 2023 · 74 (Suppl 1):S1–S26
<https://doi.org/10.1007/s00105-023-05164-z>
© The Author(s), under exclusive licence to Springer
Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer
Nature 2023



Abstracts zum 66. Deutschen STI Kongress Freiheit, Lust, Verantwortung

Inkl. DSTIG special: Forschung zu Sexarbeit

Kongresspräsident*in

PD Dr. Viviane Bremer
Dr. Sven Schellberg
Vorsitzender, DSTIG
Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer

Impressum

Deutsche STI-Gesellschaft e. V. (DSTIG)

Sitz der Geschäftsstelle:

Besucheradresse:

Große Beckstr. 12; 44787 Bochum

Postanschrift:

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

Bleichstraße 15; 44787 Bochum

E-Mail: info@dstig.de

Homepage: www.dstig.de

Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer

Präsident der DSTIGE-Mail: n.brockmeyer@derma.de

Inhaltsverzeichnis

Abstracts zu den Vorträgen

Leopoldina Symposium – HIV-Heilung in Sicht? Die Überwindung der AIDS-Krise
Session 01 – STI Prävention durch Impfung
Session 03 – Regulierungen von Sexarbeit: Die kommunale Ebene
Session 04 – Trans und sexuelle Gesundheit
Session 05 – HIV-Prävention, PrEP
Session 06 – Sexarbeit und Stigma
Session 07 – Die „Kellerkinder der Lust“
Session 08 – Was tun, wenn? Diaklinik aktueller Fälle
Session 10 – Sexualisierter Substanzgebrauch
Session 11 – Beschwerden im Intimbereich, die keine STI sind (ADI-TD-Symposium)
Session 12 – Sexarbeit und Corona
Session 13 – Sexuelle Lebenswelten jenseits des Binären?
Session 14 – Infektionen, die Infertilitäts-, Fertilitätsproblem
Session 15 – Sexarbeit und niedergelassene Versorgung
Session 16 – Perspektiven der STI-Forschung
Session 17 – Resistenzen und Diagnostik
Session 18 – Hepatitiden: neue Impfungen & Therapien
Session 19 – STI-Leitlinien: Dissens, Konsens und Implementierung
Session 20 – Update HIV-Therapie (DAIG-Symposium)
Session 21 – Entwicklungen im Bereich STI Diagnostik

Leopoldina Symposium – HIV-Heilung in Sicht? Die Überwindung der AIDS-Krise

Was lernen wir aus der COVID-Impfstoffentwicklung für HIV Impfstoffkandidaten?

R. König¹, K. Cichutek²

¹ Institut für Virologie, Universitätsklinikum Köln; ² Paul-Ehrlich-Institut, Frankfurt

Die rasche Entwicklung und Zulassung von COVID-19-Impfstoffen in nur 12 Monaten wirft die Frage auf: warum gelang es mehrere SARS-CoV-2 Impfstoffe zu entwickeln, aber bisher keinen einzigen HIV-1-Impfstoff? Ein Grund liegt in der Immunbiologie der beiden Viren, der unterschiedlichen Interaktion des jeweiligen Virus mit seinem Wirt. Das ultimative Ziel der Entwicklung von HIV-1-Impfstoffen stellt die Induktion von breit kreuzreaktiven neutralisierenden Antikörpern (bnAbs) dar. Während SARSCoV-2 neutralisierende Antikörper nach Impfung leicht induziert werden können, stellt die Induktion von bnAbs eine große Hürde für das HIV-Vakzin-Design dar. Die enorme genetische Vielfalt und die Fähigkeit von HIV, sich in das menschliche Genom zu integrieren machen es erforderlich, dass ein Impfstoff Antikörper hervorruft die in der Lage sind, jedes einzelne Viruspartikel zu blockieren. Dennoch lassen sich Lehren ziehen aus der Entwicklung des Impfstoffs gegen SARS-CoV-2. Zum einen der Technologievorsprung aus den Erfahrungen über mRNA-Impfstoffe, als auch außergewöhnliche Ressourcen, positive Erfahrungen der globalen Zusammenarbeit auf allen Seiten (Regulierungsbehörden, Entwickler, Hersteller, Regierungen, WHO) könnten das Tempo der HIV Impfstoffentwicklung beschleunigen.

Breit neutralisierende Antikörper

F. Klein

Institut für Virologie, Uniklinik Köln

Antikörper gegen HIV können wenige Wochen nach der Infektion nachgewiesen werden. Im Gegensatz zu einer Vielzahl anderer Infektionskrankheiten sind diese jedoch nicht in der Lage, das Virus zu eliminieren und eine Heilung herbeizuführen. In einem Teil HIV-infizierter Patienten finden sich Antikörper, die eine Vielzahl von verschiedenen HIV-Stämmen neutralisieren (sogenannte breit-neutralisierende Antikörper). Methodische Weiterentwicklungen sowie ein besseres Verständnis der HIV- und Antikörper-Interaktionen haben in den letzten Jahren die Identifizierung von neuen hochpotenten breit-neutralisierenden HIV-Antikörpern ermöglicht. Diese werden aktuell für den klinischen Einsatz zur Prävention und der Therapie einer HIV Infektion untersucht. Im Vortrag wird zum einen der Einsatz von monoklonalen Antikörper bei Infektionskrankheiten im Allgemeinen beleuchtet und zum anderen diskutiert, wie HIV Antikörper eine Infektion effektiv verhindern und zur Behandlung einer Infektion eingesetzt werden können.

HIV geht, Syphilis, Affenpocken u. a. kommen?

N. H. Brockmeyer

Ruhr Universität Bochum

In den westlichen finanzstarken Ländern sinken seit einigen Jahren die HIV-Infektionen. Dahingegen steigen die Inzidenz und Prävalenz bei den anderen STI wie Syphilis und Gonorrhoe jährlich teils bis zu 30 %. Die SARS-Cov-2-Epidemie verdeutlicht, nicht nur an der Zunahme der HIV-Infektionen z. B. in Afrika und Asien, dass in Ausnahmезeiten angepasste Präventions- und Therapiestrategien benötigt werden. Scheinbar gab es in den letzten Jahren einen Rückgang an STI-Infektionen. Jedoch findet sich in einzelnen Clusteruntersuchungen weltweit das Gegenteil, eine Zunahme an STI.

Welche äußeren und systemimmanenten Zusammenhänge führen zu einer Infektionszunahme und zu immer häufigeren nosokomialen Infektionen?

Es sind u. a. 3 Faktoren von Bedeutung:

- Die Klimaveränderungen, die einerseits Tieren neue Lebensräume eröffnet z. B. Anopheles in Freiburg und die andererseits zum Verdrängen von Tieren und Menschen, aufgrund von Verwüstung oder Überschwemmungen, führt. Damit kommt es zu einer Verdichtung in den Lebensräumen und damit zu erleichtertem Spezieswechsel. Dies wird besonders, wie jetzt schon deutlich, Asien und Afrika betreffen.
- Eine dramatische Zunahme an Antibiotikaresistenzen und assoziierten Todesraten, am stärksten betroffen ist Subsaharaafrika. Dadurch auch bedingt ist eine Zunahme an Infektionen durch resistente Erreger.
- Die in den letzten Jahren gesteigerte weltweite Mobilität von Menschen und damit von neuen, mutierten Erregern. Deutlich wurde dies bei den Epidemien der letzten Jahre zuletzt SARS Cov 2 und „PoxA3“. Des Weiteren die Verbreitung von resistenten Erregern. Ein Beispiel, die schnelle Reise von Neisseria gonorrhoeae mit Azithromycin-Resistenzmutationen von Japan nach Europa.

Es soll diskutiert werden, welche Herausforderungen auf uns zukommen und welche Strategien benötigt werden, um diesen Trend zu brechen und die Zunahme, insbesondere von STI, zu stoppen.

Abstracts zu den Vorträgen

Session 01 – STI Prävention durch Impfung

S1/1 Impfstoffe für Syphilis und Gonorrhoe

J. Pollinger

Paul-Ehrlich-Institut, Langen. Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel

Jährlich kommt es weltweit zu 6 Mio. Neuinfektionen mit Syphilis und auch in den Industrienationen gibt es eine Tendenz zu wieder steigenden Zahlen. Spricht die Erkrankung auch gut auf medikamentöse Behandlung an, verliert sie dennoch nicht an Relevanz – unter anderem, da sie immer noch eine der weltweit führenden Ursachen für Totgeburten darstellt. Mit jährlich etwa 87 Mio. neuen Fällen stellt auch die Gonorrhoe eine Belastung des weltweiten Gesundheitssystems dar. In diesem Fall bereitet zudem die voranschreitende Resistenzentwicklung und der damit verbundene Wirkverlust der zur Verfügung stehenden Antibiotika Sorgen. Die WHO hat sich ambitionierte Ziele zur Bekämpfung der weltweiten Syphilis und Gonorrhoe gesteckt: eine Reduktion der weltweiten Inzidenz um 90 % bis 2030. Dafür setzt die WHO aktuell primär auf Aufklärungsarbeit und Monitoring, doch sichere und effektive Impfstoffe, insbesondere zum Schutz der Hochrisikogruppen, könnten die internationalen Bemühungen zur Bekämpfung dieser Krankheiten deutlich voranbringen. Obwohl die ersten Nachweise, dass eine Impfung für diese Erkrankungen möglich ist, teilweise schon in den 70er-Jahren erfolgten (4), hat es in den folgenden fünf Jahrzehnten noch kein Kandidat zur Marktreife gebracht. Doch aktuelle Erkenntnisse lassen insbesondere im Bereich der Gonorrhoe auf neue Ansätze in der Entwicklung und eine baldige Verfügbarkeit eines effektiven Impfstoffes hoffen.

Der Vortrag geht auf historische und aktuelle Impfstoffkandidaten ein und stellt die unterschiedlichen Strategien und Hindernisse in deren Entwicklung dar.

S1/2 Hohe HPV-Impfquoten als Voraussetzung für die Eliminierung HPV-assoziiierter Karzinome – Wie steht es um den Impfschutz in Deutschland?

Thorsten Rieck, Ole Wichmann, Anette Siedler, Anja Takla

Fachgebiet Impfprävention, Robert Koch-Institut, Berlin

Kontakt: RieckT@rki.de

Hintergrund/Fragestellung: Infektionen mit dem Humanen Papillomvirus (HPV) gehören zu den häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen, die bei Persistenz zu Dysplasien und Karzinomen führen können. In Deutschland erkranken jährlich ~6250 Frauen und ~1600 Männer an HPV-bedingten Karzinomen. Wirksamste prophylaktische Maßnahme ist die Schutzimpfung. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt seit 2007 für Mädchen und seit Juni 2018 auch für Jungen die HPV-Impfung im Alter von 9–14 Jahren mit der Möglichkeit zur Nachholimpfung bis zum 18. Lebensjahr. Je nach Impfalter sind 2 oder 3 Impfstoffdosen für einen vollständigen Impfschutz vorgesehen. Die EU-Kommission verfolgt das bis zum Jahr 2030 zu erreichende Ziel einer Impfquote von >90 % bei 15-jährigen Mädchen sowie einer signifikanten Steigerung der Jungenimpfquote. Aus Abrechnungsdaten der gesetzlich Krankenversicherten werden regelmäßig HPV-Impfquoten berechnet, um die Umsetzung der nationalen HPV-Impfempfehlung zu evaluieren und die Fortschritte der Eliminierung HPV-assoziiierter Karzinome in Deutschland zu begleiten.

Methoden: Von allen Kassenärztlichen Vereinigungen wurden pseudonymisierte Abrechnungsdaten der Vertragsärzte und -ärztinnen u. a. zu Arzt-Patienten-Kontakten und durchgeführten Impfleistungen ausgewertet. Der Einschluss in die Studienpopulation basierte auf je einem individuellen dokumentierten Arzt-Patienten-Kontakt sowohl vor als auch nach dem Beobachtungszeitraum, der sich jeweils vom Eintritt in das empfohlene Mindestimpfalter bis Ende des Jahres 2019 erstreckte. In Kohortenanalysen wurden die individuellen HPV-Impfserien taggenau rekonstruiert und daraus Impfquoten stratifiziert nach Alter, Geschlecht und Region berechnet.

Ergebnisse: Die bundesweite Impfquote (vollständige HPV-Impfserie) lag Ende 2019 für 15-jährige Mädchen bei 47,2 %, seit 2012 zeigt sich in dieser Altersgruppe ein jährlicher Anstieg von durchschnittlich 3 Prozentpunkten. Bei ~15 % der 15-jährigen Mädchen liegt nur eine begonnene, aber nicht abgeschlossene Impfserie vor; gleiche Werte finden sich auch in den höheren Altersstufen. Regional differieren die Impfquoten 15-jähriger Mädchen zwischen 37,7 % in Bremen und 66,9 % in Sachsen-Anhalt bzw. 23,3 % im Landkreis Mühldorf/Inn (Bayern) und 76,8 % im Landkreis Jerichower Land (Sachsen-Anhalt). Unter den 15-jährigen Jungen waren 2019 bundesweit 5,1 % geimpft, mit einer regionalen Spannweite von 3 % (Bremen) bis 10,1 % (Mecklenburg-Vorpommern).

Schlussfolgerungen: Weit mehr als 10 Jahre nach Einführung der HPV-Impfempfehlung haben nach wie vor mehr als die Hälfte der 15-jährigen Mädchen keinen vollständigen Impfschutz. Das von der EU-Kommission angestrebte Ziel der 90 %igen Impfquote bei Mädchen liegt damit in Deutschland noch in weiter Ferne. Auch bei den meisten Jungen bleibt das Potenzial der Impfung zur individuellen Krebsprävention 2 Jahre nach Impfempfehlung ungenutzt. Die niedrigen, auch regional unterschiedlichen Impfquoten zeigen dringenden Handlungsbedarf, aber auch Potenzial in den einzelnen Regionen auf. Diese Ergebnisse sollten die Bundesländer zu gezielten Interventionen zur Steigerung der HPV-Impfquoten motivieren.

S1/3 Ein Impfstoff gegen Chlamydien – von der Proteinfunktion zum Wirkstoff

J. H. Hegemann

Universitätsklinikum Düsseldorf

Chlamydia trachomatis (Ct) und *Chlamydia pneumoniae* (Cpn) sind wichtige humanpathogene Erreger. Cpn ist in der Bevölkerung weit verbreitet,

löst als respiratorischer Erreger Erkrankungen der oberen und unteren Atemwege aus und wird mit mehreren chronischen Erkrankungen wie der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung, Asthma, Reiter's Syndrom und der Arteriosklerose assoziiert. Ct wird in mehrere Serovaren eingeteilt; Serovaren A–C infizieren die Augen, was über eine chronische Konjunktivitis zum Trachom und unbehandelt zur Erblindung führt; Serovaren D–K werden sexuell übertragen und infizieren lokal den weiblichen Urogenitaltrakt und führen zur entzündlichen Erkrankung des Beckens mit den Langzeitfolgen Unfruchtbarkeit, ektopischer Schwangerschaft und chronischen Unterleibsschmerzen; Serovaren L1–L3 verursachen das Lymphogranuloma venereum, eine sexuell übertragbare Infektion, die vorwiegend in den Tropen vorkommt. Die Geschichte der Impfstoffentwicklung gegen Chlamydien beginnt in den 1960er-Jahren. Attenuierte lebende oder abgetötete Erreger schützen 1–3 Jahre gegen eine Reinfektion und den Folgen einer Infektion. Danach auftretende Infektionen weisen allerdings signifikant häufiger eine schwerere Erkrankung aufgrund stärkerer Immunpathologie auf, was als verzögerte Hypersensitivität bezeichnet wird. Daher wurden diese Impfstudien in Afrika und Taiwan gestoppt und die Behandlung mit Antibiotika ist bis heute das Mittel der Wahl bei der Bekämpfung einer Ct oder Cpn Infektion. Die Forschung konzentriert sich seitdem auf die Entwicklung eines Protein-basierten Impfstoffes. Impfstoffversuche mit dem aus Chlamydien isolierten chlamydialen Außenmembran-Komplex (COMC) führen zu einem robusten Schutz in Mausversuchen. Die Hauptbestandteile des COMC sind das Major Outer Membran Protein (MOMP) sowie die polymorphen Membranproteine (Pmp). Die Pmp Proteine repräsentieren die größte Proteinfamilie in den Chlamydien mit 9 Mitgliedern in Ct und 21 Mitgliedern in Cpn. Pmp Proteine spielen eine entscheidende Rolle in der initialen Phase einer chlamydialen Infektion, der Adhäsion an und das Eindringen in die Wirtszelle. Alle Ct Pmp Proteine lokalisieren auf der Zelloberfläche infektiöser Chlamydien. Sie adhären an Humanzellen und sind essentiell für eine Infektion, da in einem Blockierungsexperiment Pmp Proteine bei Vorinkubation mit Humanzellen die folgende chlamydiale Infektion abschwächen. Interessanterweise können Pmp Proteine *in vitro* homomere und heteromere Proteinkomplexe ausbilden, welche ebenfalls an Humanzellen adhären. Möglicherweise stellen *in vivo* die oligomeren Komplexe die relevanten Strukturen dar, denn ein punktmutiertes Pmp Protein mit reduzierter Oligomerisierungsfähigkeit hat keine Blockierungskapazität in der Infektion. Rekombinante Pmp Proteine haben sich im Tierversuch als potente Impfstoffkandidaten erwiesen. So reduziert die Vor-Behandlung von Mäusen mit rekombinanten Pmp Proteinen die erneute Infektion und die Chlamydia-induzierte Genitaltrakt-Pathologie. Eine Kombinationsimpfung aus vier Pmp-Proteinen und einem weiteren Adhäsion, Cta1, führt zu einem Serovar-übergreifenden Schutz gegen urogenitale und okuläre Ct Stämme. Wir sind daher optimistisch, dass auf Grundlage der chlamydialen Adhäsine ein wirkungsvoller Impfstoff für den Menschen entwickelt werden kann.

S1/4 „Wissen was rumgeht“ – Digitale Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Steigerung der Bekanntheit von Chlamydien

Verena Lulei, Miriam G. Gerlich, Claudia Corsten

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Kontakt: verena.lulei@bzga.de

Hintergrund/Ziele: Chlamydien sind eine der häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen (STI). Trotzdem sind sie vielen Menschen nicht bekannt. In der repräsentativen Studie „Gesundheit und Sexualität in Deutschland (GeSiD)“ (Datenerhebung 2018–2019) wurden Frauen und Männer zwischen 18 und 75 Jahren gefragt, welche sexuell übertragbaren Erkrankungen/Infektionen sie kennen (offene, ungestützte Abfrage). Dabei nannten nur 15,6 % der Frauen und 7,8 % der Männer Chlamydien. Unter den jüngeren Befragten (18–35 Jahre) waren die Nennungen von Chlamydien zwar häufiger als bei den älteren Befragten, lagen aber auch nur bei rund 20 %. Subjektiv fühlten sich nur 24,3 % der 18- bis 25-Jährigen

gen und 30,7 % der 26- bis 35-Jährigen sehr gut oder gut über STI informiert (Matthiesen et al. 2021).

Vor diesem Hintergrund hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine reichweitenstarke digitale Kampagne konzipiert, die von Oktober bis Dezember 2021 ausgespielt wurde. Zielgruppe waren 18- bis 30-jährige Frauen und Männer. Vermittelt werden sollte, dass Chlamydien:

- in der eigenen Altersgruppe weit verbreitet sind
- jeden sexuell aktiven Menschen treffen können
- oft keine Symptome auslösen und dadurch unerkannt bleiben können und
- unbehandelt gesundheitliche Folgen bis hin zur Unfruchtbarkeit auftreten können.

Projektbeschreibung: Zu den oben aufgeführten Botschaften wurden Motive entwickelt, die gleichermaßen Frauen und Männer abbildeten. Die Motive und der Kampagnenclaim „Wissen was rumgeht“ wurden vorab in einem qualitativen Testverfahren auf ihre Kommunikationsleistung, Aufmerksamkeitsstärke und Akzeptanz in der Zielgruppe getestet.

Es wurden Anzeigen auf Kanälen wie Instagram, YouTube und Snapchat platziert. Dies wurde ergänzt durch Schaltungen auf Dating-Portalen wie Tinder, auf Musik-Portalen wie Spotify sowie anderen zielgruppenaffinen Online-Umfeldern. Ebenfalls konnten 26 Influencer*innen gewonnen werden, auf ihren Kanälen über Chlamydien zu informieren. Sie erhielten dafür Basisinformation, die sie frei ausgestalten konnten und sehr kreativ umsetzten. Die Influencer*innen sind auf Instagram und TikTok präsent und sprechen eine junge Zielgruppe an. Alle Anzeigen und Beiträge wurden mit einer Internetseite mit vertieften Informationen zu Chlamydien verlinkt: www.liebesleben.de/wissenwasrumgeht

Erfahrungen: Mit 4.766.062 Impressionen und insgesamt 196.069 Interaktionen auf vier Social-Media-Formaten (Instagram-Feedpost, Instagram-Story, Instagram-Reel, TikTok-Video) wurde Aufmerksamkeit für die Chlamydien-Infektion generiert.

In einer durch vier der teilnehmenden Influencer*innen per Pop Up-Einladung initiierten Pre-/Post-Befragung wurde untersucht, wie die Kampagne auf deren Follower*innen gewirkt hat.

Das Wissen über das Thema Chlamydien wurde bei Nullmessung von 12 % der Befragten als hoch/sehr hoch bzw. von 29 % als mittel eingeschätzt. Diese Werte verbesserten sich mit der Kampagne auf 16 % (hoch/sehr hoch) bzw. 38 % (mittel).

Session 03 – Regulierungen von Sexarbeit auf kommunaler Ebene

S3/1 Die Regulierung von Sexarbeit auf kommunaler Ebene aus juristischer Sicht

Ronja Westermeyer

Georg-August-Universität, Göttingen

Kontakt: ronja.westermeyer@jura.uni-goettingen.de

Untersucht werden soll, welche rechtlichen Instrumente auf kommunaler Ebene bestehen, um Sexarbeit zu regulieren.

Besonders in den Blick genommen werden sollen Sperrgebietsverordnungen, die trotz weiterer Möglichkeiten etwa im Bau- oder Straßenrecht das zentrale Instrument der Regulierung darstellen. Ausgehend von Art. 297 EGStGB, welcher die rechtliche Grundlage der Sperrgebietsverordnungen bildet, werden zunächst verschiedene Sperrgebietsverordnungen analysiert. Deren rechtliche Einordnung durch die Rechtsprechung, insbesondere auch im Lichte der des Bundesverfassungsgerichts, und Literatur werden evaluiert. Einbezogen werden dabei auch weitere rechtliche Grundlagen zur Sexarbeit, wie etwa das Prostitutionsgesetz oder das Prostituiertenschutzgesetz.

Art. 297 Abs. 1 EGStGB gibt den Landesregierungen bzw. anderen, von ihr bestimmten Behörden (Abs. 2) die Möglichkeit, zum Schutze der Jugend

oder des öffentlichen Anstandes Rechtsverordnungen zu erlassen, die es abhängig von der Gemeindegröße in der gesamten Gemeinde oder Teilen dieser verbieten, der Prostitution nachzugehen.

In vielen Ländern wurde von der Möglichkeit des Erlasses einer Sperrgebietsverordnung Gebrauch gemacht, womit die Prostitution häufig gänzlich oder zumindest teilweise bzw. zu bestimmten Tageszeiten verboten ist.

Spätestens seit Inkrafttreten des Prostitutionsgesetzes 2002 wird zunehmend die Frage nach der Verfassungsmäßigkeit der Ermächtigungsgrundlage des Art. 297 EGStGB oder auch der auf ihm beruhenden Sperrgebietsverordnungen gestellt. Prostitution wird seither nicht mehr als sitten- bzw. sozialwidrig beurteilt und in der Folge stellt deren Ausübung einen nach Art. 12 Abs. 1 GG geschützten Beruf dar; Sperrgebietsverordnungen als Berufsausübungsregelungen müssen durch vernünftige Erwägungen des Allgemeinwohls gerechtfertigt werden. Das Bundesverfassungsgericht stellte 2009 eine Vereinbarkeit des Art. 297 EGStGB mit Verfassungsrecht, insbesondere mit Art. 80 Abs. 1 S. 2, 12 und 14 GG fest. Dennoch bleiben in der Literatur Zweifel an dessen Verfassungsmäßigkeit und auch einzelne Sperrgebietsverordnungen wurden aufgrund extensiver Auslegungen kritisch beurteilt und teilweise eine Unvereinbarkeit mit höherrangigem Recht durch Verwaltungsgerichte festgestellt; aber auch die Voraussetzungen des Art. 297 EGStGB genauer definiert.

Trotz eines Paradigmenwechsels hinsichtlich der Kriminalisierung und Sittenwidrigkeit von Sexarbeit wird der Art. 297 EGStGB weiterhin als verfassungsgemäßes Mittel zur Regulierung von Sexarbeit angesehen. Einer extensiven Anwendung dieser Ermächtigungsgrundlage durch ausufernde Sperrgebietsverordnungen sollte jedoch angesichts der grundrechtlich geschützten Interessen kritisch begegnet werden.

S3/2 Evaluation der Kontaktverbotsverordnung St. Georg

Andreas Langer

Deutsches Institut für Sozialwirtschaft, Kiel

Kontakt: langar@institut-sozialwirtschaft.de

In den Jahren 2019/2020 wurde die Kontaktverbotsverordnung im Hamburger Stadtteil St. Georg hinsichtlich ihrer Zielerreichung evaluiert. Auftraggeberin war die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, ausführende Einrichtung das Deutsche Institut für Sozialwirtschaft e.V. (DISW). „Die Kontaktverbotsverordnung bezweckt [...] die Eindämmung der negativen Auswirkungen der Straßenprostitution, insbesondere den Schutz Unbeteiligter vor aufdringlichem Ansprechen und Belästigungen, die Reduzierung des Lärms für die Anwohner des Stadtteils, den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Beobachtung oder direkter Konfrontation mit Prostitution, aber auch die Reduzierung von Straftaten [...] im Zusammenhang mit der Prostitution [...]“ (Drucksache 20/4605, S. 3). Mittels qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden (u.a. Fragebögen, Gruppen- und Einzelinterviews, Sozialraumbegehungen, Feldforschung) konnten folgende zentrale Ergebnisse festgehalten werden: Die Kontakthanbahnung zwischen Sexarbeiter*innen und Kunden findet nach wie vor in der Öffentlichkeit statt, wenn auch weniger sichtbar. Hohe Bußgelder und verstärkte Polizeikontrollen führen eher zu risikobehafteten Veränderungen der straßenbezogenen Sexarbeit als zu deren Auflösung. Der Fokus der Beratungstätigkeit verlagert sich auf die Bearbeitung von Bußgeldbescheiden statt auf die generelle Unterstützung der Sexarbeiter*innen. Besonders relevant ist die Erkenntnis, dass die straßenbezogene Sexarbeit weder als Verursacherin noch als relevante Akteurin im Kontext der Störungen (Lärm, Schmutz etc.) zu identifizieren ist. Ein Einfluss der KontaktverbotsVO auf die Entwicklung von Straftaten kann nicht festgestellt werden. Der gesamte Bericht kann eingesehen werden unter: <https://www.institut-sozialwirtschaft.de/abschlussbericht-evaluation-der-kontaktverbotsverordnung-st-georg/>

S3/3 Sexuelle Gesundheit auf dem Land – Netzwerk „Gut vernetzt!“ stärkt Sexuelle Gesundheit in ländlichen Regionen

Lilly Wirth^{1,2}, Norbert H. Brockmeyer¹, Monika Brosda^{3,4}, Yanica Grachenova⁵, Brigitte Menze^{1,4}, Anke Papenkort⁶, Astrid Platzmann-Scholten^{7,4}, Jolanta Schmidt⁸, Reinhild Wantia⁹, Angelika Wirtz^{1,2}, Adriane Skaletz-Rorowski^{1,2}

¹WIR-Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Deutschland;

²Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland; ³Gesundheits- und Veterinäramt Münster, Münster, Deutschland;

⁴Verband der AIDS-KoordinatorInnen NRW (VAK-NRW e.V.), Dortmund, Deutschland;

⁵Streetwork-Projekt „Marischa“ Münster, Gesundheits- und Veterinäramt Münster, Münster, Deutschland; ⁶Fachstelle für Sexualität und Gesundheit – Aids-Hilfe Münster e.V., Münster, Deutschland; ⁷Gesundheitsamt Kreis Recklinghausen, Recklinghausen, Deutschland; ⁸TAMAR-Münsterland, Evangelische Frauenhilfe in Westfalen e.V., Soest, Deutschland; ⁹Gesundheitsamt Kreis Borken, Borken, Deutschland

Kontakt: adriane.skaletz-rorowski@klinikum-bochum.de

Hintergrund: Im ländlichen Raum erschweren Zugangsbarrieren, das Fehlen von Anlaufstellen, sowie mangelnde Vernetzung unter den wenigen Versorger*innen aber auch unzureichende Kenntnis über Versorgungsangebote seitens der Bevölkerung eine individuelle, zielgruppenorientierte Anbindung an das Gesundheitssystem. Eine von diesen Versorgungslücken besonders betroffene vulnerable Gruppe mit STI-Risiko sind Sexarbeiter*innen, die häufig keine Krankenversicherung haben und nur über mangelnde Kenntnis der Angebote vor Ort verfügen, da sie zum großen Teil regelmäßig ihren Wohnsitz wechseln. Als wichtiger Ansatz zur Verbesserung medizinischer Versorgung im ländlichen Raum gilt der Aufbau nachhaltiger Kooperationen.

Projektbeschreibung und Ziele: Das Projekt „Gut vernetzt! Stadt ... Land ... Dorf – Netzwerk, Sexualität und Gesundheit“ im Regierungsbezirk Münster mit Laufzeit von September 2019 bis Mai 2022 wird gefördert durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Das WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, in Bochum leitet das Projekt in Kooperation mit folgenden Partner*innen: Verband der AIDS-KoordinatorInnen NRW e.V., Gesundheitsamt Kreis Recklinghausen, Gesundheitsamt Münster, Fachstelle für Sexualität und Gesundheit – Aids-Hilfe Münster e.V., TAMAR Ev. Frauenhilfe e.V., Projekt Marischa und Gesundheitsamt Kreis Borken. Ziel des Projekts ist, die Angebote zu HIV, STI und weiteren Themen der Sexuellen Gesundheit im Regierungsbezirk Münster auszubauen. Dort ansässige Haus- und Fachärzt*innen sollen weiter qualifiziert und untereinander vernetzt werden. Potenzielle Klient*innen sollen durch aufsuchende Arbeit an das Gesundheitssystem neu angebunden werden. Im Projekt erfolgt eine Selbstevaluation mittels Dokumentation von Klient*innen- und Patient*innenkontakten in sämtlichen kooperierenden Einrichtungen. Die Projektumsetzung ist geprägt von Bedingungen der Corona-Pandemie. Dennoch ist die Versorgung von insgesamt 1210 Kontakten dokumentiert (Stand 01.11.2021).

Methoden: Das WIR als einer der Kooperationspartner*innen erhebt Daten von Klient*innen aus dem Münsterland sowie Daten zu Anliegen von Sexarbeiter*innen [Ethik-Nr: 17-6208_5-BR]. Sie geben Aufschluss über Soziodemographie, Anliegen der Klient*innen und ggf. deren Weitervermittlung. Die Daten werden mittels Dokumentationsbögen digital erfasst und statistisch ausgewertet.

Ergebnisse: Im WIR sind für 1/21–11/21 bisher 323 Kontakte dokumentiert. Die Klient*innen sind überwiegend 50–59 Jahre alt. Die Mehrheit identifiziert sich als männlich (hetero- oder homosexuell). Etwa 50 % gibt als Besuchsgrund an, HIV-positiv zu sein. Beratungsgespräche finden überwiegend auf Deutsch (89 %) statt, 21 auf Englisch und zwölf auf Rumänisch. Gründe für den Besuch sind die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP), ungeschützte Sexualkontakte sowie Symptome im Genital- oder Analbereich. Im Netzwerk sind dank des großen Einsatzes aller Kooperationspartner*innen und trotz stark erschwelter Versorgungsbedingungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie, z. B. Schließung von vielen

HIV/STI-Teststellen der überlasteten Gesundheitsämter sowie von Bordellen und damit der Zugangswege, große Erfolge erzielt worden. Versorgungsangebote für Sexarbeiter*innen und andere vulnerable Gruppen sind u. a. durch aufsuchende Arbeit dauerhaft und regelmäßig aufrechterhalten. Darüber hinaus sind neue, nachhaltige Kooperationen erfolgreich etabliert, beispielsweise zwischen dem Gesundheitsamt Münster und dem Projekt Marischa sowie zwischen der Beratungsstelle TAMAR und Ärzt*innen des VAK-NRW e.V. Zwei Sexual Health Adviserinnen (Berater*in für Sexuelle Gesundheit, SHA) werden im Rahmen des Projekts vom WIR nach Borken entsandt, um dort ein Angebot zur Beratung und STI-Testung zu realisieren.

Schlussfolgerungen: Zum weiteren Schließen von Versorgungslücken plant das WIR Zentrum den Beruf des SHA auch außerhalb des WIR zu etablieren. Dazu wird aktuell das Bildungskonzept „Sexual Health Advising“ vorbereitet. Zudem entwickelt das Netzwerk „Gut vernetzt!“ das Fortbildungskonzept „Sexuelle Gesundheit“ für Personen, die im Kontext Sexueller Gesundheit arbeiten, ohne dafür primär ausgebildet zu sein. Die Konzepte „Sexuelle Gesundheit“ und „Sexual Health Advising“ zur Weiterqualifizierung von Multiplikator*innen sichern die Verstärkung der Projektarbeit.

Session 04 – Trans und sexuelle Gesundheit

S4/1 Sexuelle Gesundheit in trans und abinären Communitys – Zwischenstand eines teil partizipativen Forschungsprojekts

Jonas A. Hamm

Deutsche Aidshilfe, Berlin

Bisher gibt es kaum Daten, die sich spezifisch auf die sexuelle Gesundheit von trans und/oder nonbinären Menschen in Deutschland beziehen. Das hängt unter anderem damit zusammen, dass in der Vergangenheit aufgrund von verschiedenen Forschungsbias sowohl eine Entsexualisierung als auch eine Übersexualisierung der Zielgruppe stattgefunden hat. In beiden Szenarios wurden für die Zielgruppe tatsächlich relevante Fragestellungen zur sexuellen Gesundheit mehrheitlich übersehen.

Aus diesem Grund forschen die Deutsche Aidshilfe und das Robert-Koch-Institut in enger Zusammenarbeit mit Vertreter*innen aus trans und abinären Communitys, in einer gemeinsamen, teil partizipativen Studie. Der quantitative Teil der Studie ist am RKI angesiedelt, der qualitative wird von der Deutschen Aidshilfe durchgeführt.

Im Rahmen des qualitativen Teils hat die DAH ein innovatives Forschungsdesign entwickelt, bei dem zielgruppenspezifische Empowerment-, und sexuelle Bildungsveranstaltungen in Form von Tages- oder Wochenendseminaren mit qualitativer Datenerhebung verknüpft wurden. Das Setting ermöglichte den Teilnehmer*innen der Seminare offener, tiefgründiger und vertrauensvoller über Themen der sexuellen Gesundheit zu sprechen, als konventionelle Datenerhebungsmethoden. Das Datenmaterial wird derzeit mit einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet, und die Zwischenergebnisse werden Ende Juni in einem Auswertungsworkshop mit ausgewählten Community-Vertreter*innen diskutiert.

Der Vortrag gibt einen Einblick in Fragestellungen und Methodik der qualitativen Teilstudie und präsentiert erste, vorläufige Zwischenergebnisse.

S4/2 Sexuelle Gesundheit und HIV/STI in trans* und abinären Communitys (TASG) – gemeinsam zum Ziel

Uwe Koppe

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

Kontakt: koppeu@rki.de

Derzeit fehlen umfassende Daten zur sexuellen Gesundheit von trans* und abinären Menschen in Deutschland. Aufgrund eines mangelnden Fokus auf diese Zielgruppen wurden bislang keine Studien durchgeführt, die sich dezidiert an diese Zielgruppen richten. Darüber hinaus wurden die Lebensrealitäten dieser Zielgruppen in anderen Studien zur sexuellen Gesundheit häufig nicht korrekt abgebildet, so dass aus diesen Studien keine aussagekräftigen Daten ausgewertet werden können. Gemeinsam mit Vertreter*innen und Aktivist*innen aus trans* und abinären Communitys, der Deutschen Aidshilfe (DAH) und dem Robert Koch-Institut wurde eine partizipative Studie entwickelt, im Rahmen derer erstmals in Deutschland umfassende Daten und Erkenntnisse zur sexuellen Gesundheit dieser Zielgruppen erhoben werden. Die Studie umfasst einen qualitativen Teil, der an der DAH durchgeführt wird, sowie einen quantitativen Part, der am RKI angesiedelt ist.

Im Rahmen der quantitativen Studie wurde eine online Befragung zusammen mit Vertreter*innen und Aktivist*innen aus trans* und abinären Communitys partizipativ entwickelt und anschließend über Community-Kanäle und soziale Medien breit verteilt. Durch die Bewerbung über Twitter konnten beispielsweise über 500.000 Impressionen erreicht werden. Gleichzeitig gab es jedoch auch negative Kommentare zur Studie, die Personen außerhalb der Communitys aufriefen, durch Teilnahmen die Studiendaten zu verzerren. Insgesamt haben über 5500 Personen an der Befragung teilgenommen. Im Rahmen des Vortrags werden zentrale Aspekte und erste Erkenntnisse aus der partizipativen Entwicklung und Analyse der Studiendaten vorgestellt.

S4/3 Internet-gestützte Ansprache für männliche und trans* Sexarbeitende in Hamburg

Johanna Claass (UK)¹, Jonas Afonso de Faria¹

¹CASAblanca, Sozialbehörde Hamburg

Kontakt: johanna.claass@soziales.hamburg.de

Hintergrund: Menschen, die der mann/trans-männlichen Sexarbeit nachgehen, sind aus epidemiologischen Gründen eine wichtige Zielgruppe für Maßnahmen der HIV/HEP/STI Prävention. Das Centrum für HIV und sexuell übertragbare Infektionen (CASAblanca, Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hamburg) erreicht einen Teil dieser sehr heterogenen Zielgruppe von Sexarbeitenden vor Ort durch aufsuchende Straßensozialarbeit und Kooperationsangebote mit Fachberatungsstellen. Bereits vor der Corona-Pandemie haben Anbahnungsaktivitäten der Sexarbeitenden über Internetforen stark zugenommen, auch in Verbindung mit dem in Kraft treten des Prostituiertenschutzgesetzes. Ein Teil der Zielgruppe ist ausschließlich online zu erreichen. Ziel der hier vorgestellten Methode war die Entwicklung einer niedrigschwelligen online-basierten Ansprache für diese Zielgruppe.

Methoden: Mit Beginn der Umsetzung in 2020 wurden verschiedene Online-Portale geprüft, die als Anbahnungsplattformen der mann-männlichen Sexarbeit bekannt sind. Ausgewählt wurde ein einschlägiges Portal, welches in Deutschland vorwiegend genutzt wird. Ein Profil CASAblanca wurde erstellt, es ist mehrsprachig und enthält Kontaktmöglichkeiten der Einrichtung. Nutzer:innen der Plattform können mit CASAblanca per Chat in Kontakt treten. Eine live-Betreuung des Profils ist mehrmals täglich sichergestellt, um eine direkte Kontaktaufnahme möglich zu machen. CASAblanca nimmt aktiv Kontakt auf mit Personen, die angeben sich in Hamburg zu befinden (standardisierte Texte in verschiedenen Sprachen).

Die aktive Betreuung des Profils benötigt insgesamt ca. eine Arbeitsstunde pro Tag.

Ergebnisse: Hier werden Ergebnisse für 2021 präsentiert. 574 Personen wurden aktiv angeschrieben. Die meisten Personen beschrieben sich in ihrem Profil als männlich (87 %), 12 % als Transfrauen, und es gab einzelne Transmänner und eine nicht-binäre Person.

339 (59 %) Personen antworteten auf das Anschreiben. Die häufigsten Kontaktsprachen waren Deutsch (46 %), Spanisch (28 %), Englisch (20 %) und Portugiesisch (6 %). Osteuropäische Sprachen wurden in den Profilen kaum angegeben.

In 38 Fällen war das Angebot CASAblanca bereits bekannt. In Einzelfällen lehnten Nutzer:innen die Angebote explizit ab.

145 Personen (42 %) wurden weitergeleitet an CASAblanca. Folgende Bedarfe wurden vorwiegend genannt: HIV/HEP/STI Testung oder Behandlung, Zugang zu PrEP, Covid-19 Impfungen sowie medizinische oder soziale Fragestellungen. Eine Barriere um Angebote vor Ort wahrzunehmen, ist die hohe Mobilität der Zielgruppe. Häufig seien Personen nur wenige Tage in Hamburg. Eine Weiterleitung zu Angeboten erfolgte auch nach Berlin, Köln und Amsterdam.

Schlussfolgerungen: Internetgestützte Präventionsangebote können von Gesundheitsämtern umgesetzt werden. Mann/trans-männliche Sexarbeitende können über diesen Weg erreicht werden. Der größte Anteil, der erreicht wird, kannte das Angebot der Einrichtung vor Kontaktaufnahme über das Erotikportal nicht. In der Zielgruppe bestehen entsprechende Bedarfe nach HIV/STI Präventionsangeboten, aber auch darüber hinweg. Ein fremdsprachiges Angebot ist wichtig. Kenntnisse von ähnlichen Anlaufstellen in Deutschland und Europa sind hilfreich, um bedarfsgerecht weiterleiten zu können.

Session 05 – HIV Prävention, PrEP

S5/1 PrEP in Deutschland – Ergebnisse aus der Evaluation der Einführung der HIV-PrEP als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (EvE-PrEP)

Daniel Schmidt¹, Martin Friebe¹, Christian Kollan¹, Nikola Hanhoff², Robin Rüsenberg², Knud Schewe², Barbara Bartmeyer¹, Viviane Bremer¹

¹Fachgebiet für HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Robert Koch-Institut, Berlin; ²Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter (dagnä e.V.)

Hintergrund: Seit September 2019 gibt es für Personen mit substantiellem HIV-Infektionsrisiko in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen Anspruch auf HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP). Die Einführung der PrEP als GKV-Leistung wurde im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierten Forschungsvorhabens evaluiert. Dabei sollten u. a. die Auswirkungen der PrEP auf das Infektionsgeschehen von HIV sowie andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) untersucht werden.

Methoden: Projektleitung hatte das Robert Koch-Institut (RKI). Kooperationspartner waren die Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter (dagnä e.V.), Universität Duisburg-Essen, Universitätsklinikum Bonn, Universität Bremen sowie AOK Nordost. Die Laufzeit von EvE-PrEP war 01/2020–12/2021, der Evaluationszeitraum war 01/2020–12/2020. Datenquellen, die in EvE-PrEP einfließen umfassen Daten aus der RKI-Surveillance von HIV/STI (InzSurv, MolSurv, Seroconverter-Studie, HIV- und Syphilis-Meldungen) und aus den RKI-Studien PrApp, Checkpoint sowie der externen BRAHMS-Studie. Darüber hinaus werden Apotheken-Daten und GKV-Kassendaten als Sekundärdatenquellen genutzt. Des Weiteren fanden Datenerhebungen zum PrEP-Gebrauch in HIV-Schwerpunktzentren deutschlandweit statt (Substudie NEPOS). Ebenfalls vertreten war ein Community-Beirat aus Communities mit potentiellem PrEP-Bedarf.

Ergebnisse: Die PrEP-Nutzenden waren zum Großteil männlich (98–99 %), im Alter zwischen 25–45 Jahren (Median 35–38 Jahre), überwiegend deutscher Staatsangehörigkeit oder Herkunft (67–82 %). Der Großteil der PrEP-Nutzenden zählte zur Gruppe der MSM (>98 %). Auf Grundlage von Apotheken-Abrechnungsdaten und Annahmen zu on demand/intermittierendem PrEP-Gebrauch schätzten wir 15.600–21.600 PrEP-Nutzende MSM in Deutschland (Stand 06/2020). In verschiedenen Datenquellen zeigten sich deutliche regionale Unterschiede beim PrEP-Gebrauch mit gehäufte PrEP-Nutzung in Großstädten, Berlin an der Spitze. In Bezug auf HIV-Infektionen zeigte sich die PrEP im klinischen Alltag als hoch effektiv. Es fanden nur vereinzelt HIV-Infektionen in Zusammenhang mit PrEP-Nutzung statt (HIV-Inzidenzrate 0,08/100 Personenjahre) und in den meisten Fällen war der vermutete Grund eine geringe Adhärenz. Die Inzidenz von STI (Chlamydien, Gonorrhoe, Syphilis) nahm über den Studienverlauf nicht zu, sondern ging in einigen Studien sogar zurück oder blieb nahezu gleich.

Allerdings sind diese Ergebnisse nicht klar vom Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie zu trennen. Ob die Anzahl der PrEP-Nutzenden ausreicht, die HIV-Inzidenz mittel- und längerfristig nachhaltig zu reduzieren, lässt sich aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie ebenfalls noch nicht beurteilen. Die Entwicklung der HIV-Neudiagnosen in Berlin, wo ein großer Teil der PrEP-Verordnungen erfolgte, könnte allerdings ein Indiz für einen epidemiologischen PrEP-Effekt auf die HIV-Neuinfektionszahlen darstellen.

Schlussfolgerungen: Die PrEP ist eine sehr wirkungsvolle HIV-Präventionsmethode und die befürchteten negativen Einflüsse auf STI-Raten haben sich bisher nicht bestätigt. Allerdings braucht es zur umfassenderen Beurteilung längere Beobachtungszeiträume.

Im Austausch mit dem Community-Beirat zeigte sich ein Informationsbedarf zur PrEP für Personen außerhalb der MSM-Community. Notwendig sind bedarfsgerechte Angebote und Informationen zur PrEP für Zielgruppen mit erhöhtem HIV-Risiko. Konzepte und Anreize sind wichtig, um die Versorgung zu erweitern. Um das Potenzial der PrEP als Präventionsmethode auszuschöpfen, bleibt es wichtig, allen Personen mit Bedarf die PrEP zugänglich zu machen.

S5/2 Neue Strategien der PrEP

A. Potthoff^{1,2}, T. Martins^{1,2}, M. Uhrmacher^{1,2}, P. Ahaus^{1,2}, I. Mordhorst^{1,2}, N. Nowack^{1,2}, A. Skaletz-Rorowski^{1,2}

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

Hintergrund: Seit 2019 wird die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) mit Tenofoviridisoproxil/Emtricitabin von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Viele private Krankenkassen haben sich der Rahmenvereinbarung der DAGNÄ angeschlossen, aber es gibt immer noch Krankenkassen, die die Kostenübernahme nicht übernehmen.

Aktuelle Themen: Die Coronapandemie hat die Versorgungslage bei dem ohnehin schon nicht ausreichenden Angebot an PrEP Verordnern, weiter verschlechtert. Viele PrEP-Nutzer sind von der zulassungsgemäßen täglichen Einnahme auf eine Einnahme bei Bedarf umgestiegen.

In den USA ist sowohl Tenofovirafenamid/Emtricitabin und die Carbote-gravir Zweimonatsspritze zur PrEP zugelassen. Aufgrund des hohen Preises sind die Präparate aber für den Gebrauch in Deutschland keine echte Alternative.

Mit Spannung erwartet werden noch langwirksamere Substanzen wie Lenacapavir oder in-situ forming implants, die auch in Kombination mit Kontrazeptiva angewendet werden könnten.

Angesichts der häufig festgestellten bakteriellen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) bei PrEP-Nutzern wird auch die Antibiotika-PrEP immer wieder diskutiert. Dies ist problematisch angesichts der schon jetzt beobachteten Antibiotikaresistenzen.

In diesem Zusammenhang wird auch immer wieder die Frage gestellt, wie häufig welche STI-Diagnostik angeboten werden sollte und ob eine Partnertherapie sein muss.

Diskussion: Die PrEP-Verordnung erfordert eine gute und zeitaufwändige Aufklärung und Beratung, z. B. zu STI, Therapietreue und dem Vorgehen bei V. a. HIV-Infektionen. Die Kostenübernahme und ein flächendeckendes Angebot müssen dringend gesichert werden.

S5/3 CoWIR – Eine prospektive epidemiologische Längsschnittuntersuchung in einer HIV- und PrEP-Kohorte während der SARS-CoV-2 Pandemie

T. Rodrigues Martins^{1,2}, N. H. Brockmeyer^{1,2}, K. Serova³, I. Mordhorst^{1,2}, R. Käpynen^{1,2}, C. Tiemann⁴, D. Münstermann⁴, A. Skaletz-Rorowski^{1,2}, A. Potthoff^{1,2}

¹WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Deutschland; ²Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum, Deutschland; ³Institut für Erziehungswissenschaft der Ruhr-Universität Bochum, Deutschland; ⁴Labor Krone, Bad Salzuflen, Deutschland

Hintergrund: Es wird diskutiert, ob eine antiretrovirale Therapie (ART), so wie sie bei einer HIV-Infektion bzw. bei der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) standardmäßig durchgeführt wird, einen protektiven Effekt bezüglich Infektions- bzw. Erkrankungsrisiko mit SARS-CoV-2 haben könnte.

Methoden: In dieser Studie wurden drei Kohorten erfasst: (1) 226 HIV-infizierte Menschen unter ART, (2) 200 Probanden, die seit 09/2020 kontinuierlich die PrEP einnehmen und (3) 262 sowohl ART- als auch PrEP-naive Personen. Es wurden Daten zum Sexualverhalten und Risikofaktoren für eine SARS-CoV-2-Infektion erhoben. Außerdem erfolgte die Abnahme von Blut- und Abstrichproben zur Erfassung von Antikörper- und Impftiter gegen SARS-CoV-2 und sexuell übertragbare Infektionen (STI). Die gewonnenen quantitativen Daten wurden mittels korrelativer statistischer Methoden analysiert.

Ergebnisse: Von 02/2021 bis 10/2021 wurden 688 Proband*innen in die Studie eingeschlossen. 83,3 % Männer und 16,7 % Frauen. Vorläufige Daten präsentieren sich wie folgt: 84,5 % der HIV-infizierten Proband*innen identifizieren sich als Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), 7,1 % als heterosexuell, 4,4 % sind Frauen (80 % identifizieren sich als heterosexuell und 10 % als Frauen, die Sex mit Frauen haben (FSF)). Die Männer waren durchschnittlich 46, die Frauen 45 Jahre alt. Bei 92,5 % konnte der vorläufige Impfstatus erfasst werden. 95,2 % erhielten eine Impfdosis, 90,43 % zwei Impfdosen. Die PrEP-Kohorte besteht zu 99 % aus MSM. Die Probanden waren durchschnittlich 40 Jahre alt. Von 85 % wurde vorläufig der Impfstatus erfasst. 98,24 % erhielten eine Impfdosis, 91,76 % erhielten zwei Impfdosen. Die ART/PrEP-naive Kohorte besteht zu 59,9 % aus Männern (61,8 % identifizieren sich als heterosexuell, 35 % als MSM) und 40,1 % Frauen (68,6 % identifizieren sich als heterosexuell, 25,7 % als FSF). Die Männer waren durchschnittlich 34, die Frauen 31 Jahre alt. Von 52,67 % wurde vorläufig der Impfstatus erfasst. 91,3 % erhielten eine Impfdosis, 86,2 % zwei Impfdosen. Die erste Impfdosis erfolgte Kohorten übergreifend mit einem Gesamtanteil von 73,9 % durch mRNA- und 25,6 % durch vektorbasierte-Impfstoffe. Die zweite Impfdosis erfolgte Kohorten übergreifend mit 93,8 % vor allem durch mRNA-basierte Impfstoffe.

Fazit: Im Rahmen der Studie konnte eine überdurchschnittlich gute Impfbereitschaft innerhalb der drei Kohorten dokumentiert werden. Durch die Impfungen und spezifisch gegen SARS-CoV-2 wirkenden antiviralen Medikamente ist die ART aus dem Fokus der COVID-19 Forschung gerückt. Gleichwohl konnten wertvolle Daten zu den drei Kohorten gesammelt werden. Ergebnisse der Antikörper- und Impftiter gegen SARS-CoV-2 werden im Rahmen des Deutschen STI-Kongresses 06/2022, nach Beendigung der Studie 04/2022 zum ersten Mal präsentiert.

S5/4 Abnahme der Inzidenz von Chlamydien und Gonokokken, aber nicht von Mykoplasmen in einer für PrEP geeigneten Population im Rahmen eines Test-and-Treat-Settings

Klaus Jansen¹, Trevor A. Crowell^{2,3}, Allahna Esber^{2,3}, Christoph Spinner⁴, Stefan Esser⁵, Ulrich Marcus¹, Viviane Bremer¹, Clara Lehmann⁷, Christoph Boesecke⁸, Carsten Tiemann⁹, Albrecht Stoeck¹⁰, Jukka Hartikainen¹¹, Markus Bickel¹², Stephan Schneeweiß¹³, Stefan Scholten¹³, Christiane Cordes¹⁴, Norbert H. Brockmeyer¹⁵, Heiko Jessen¹⁶, Gyde Steffen¹, Hendrik Streeck^{6,17} für das BRAHMS-Studienteam

¹Fachgebiet für HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Robert Koch-Institut, Berlin; ²U.S. Military HIV Research Program, Walter Reed Army Institute of Research, Silver Spring, MD, USA; ³Henry M. Jackson Foundation for the Advancement of Military Medicine, Bethesda, MD, USA; ⁴Technische Universität München, Universitätsklinik rechts der Isar, München; ⁵Universitätsklinik der Universität Duisburg-Essen; ⁶Institut für HIV-Forschung, Universität Bonn; ⁷Universitätsklinik Köln; ⁸Klinik für Innere Medizin, Universität Bonn; ⁹MVZ Labor Krone GbR, Bad Salzungen; ¹⁰Institut für interdisziplinäre Medizin, Hamburg; ¹¹Zentrum für Infektiologie, Berlin; ¹²Infektiologikum, Frankfurt; ¹³Praxis Hohenstaufenring, Köln; ¹⁴Praxis Dr. Cordes, Berlin; ¹⁵WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin; Kompetenznetz HIV/AIDS, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum, Bochum; ¹⁶Praxis Jessen² + Kollegen, Berlin; ¹⁷Virologisches Institut der medizinischen Fakultät der Universität Bonn

Kontakt: Dr. Klaus Jansen, Robert Koch-Institut, FG34, Seestraße 10, 13353 Berlin

Email: JansenK@rki.de

Hintergrund: Eine Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) kann eine HIV-Infektion vermeiden, kann aber auch zu Verhaltensänderungen führen, die das Risiko für andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) erhöhen. In einer umfangreichen Kohortenstudie wurden Veränderungen der STI-Inzidenz und damit verbundener Einflussfaktoren bei Männern evaluiert, die die Kriterien für die Verschreibung einer PrEP erfüllen.

Methoden: In die prospektive, multizentrische, deutschlandweite BRAHMS-Studie wurden Teilnehmer aufgenommen, bei denen keine HIV-Infektion nachgewiesen wurde, die zwischen 18 und 55 Jahren alt waren und die eine STI oder kondomlosen Analverkehr mit ≥ 2 männlichen Partnern mit HIV oder unbekanntem HIV-Status jeweils aus den letzten 24 Wochen berichteten. Im Rahmen von 3-monatlich stattfindenden Studienvisits und jeweils über ein Jahr Beobachtungszeit wurde den Teilnehmern eine PrEP angeboten, weiterhin füllten diese zu jedem Studienvisit umfangreiche Verhaltens-orientierte Fragebögen aus und wurden auf das

Vorliegen von STI wie Syphilis sowie getrennt nach Lokalisation auf *Chlamydia trachomatis* (CT), *Mycoplasma genitalium* (MG) und *Neisseria gonorrhoeae* (NG) getestet und ggf. behandelt.

Wir berechneten 3-Monats-Inzidenzen und mit Hilfe von multi-level mixed effect logistischen Regressionsmodellen Odds Ratios (OR) und 95 %-Konfidenz-Intervalle (KI), um Risikofaktoren für das Vorliegen mindestens einer der genannten STI zu bestimmen.

Ergebnisse: Vom 6/2018–3/2021 wurden 1017 Teilnehmer mit einem mittleren Alter von 33 Jahren beobachtet, hiervon definierten sich 99,1 % als cisgender Männer und 96,8 % als schwul/bisexuell. PrEP-Gebrauch wurde bei Studieneinschluss von 54,0 % angegeben, mindestens einmal über den gesamten Studienverlauf von 82,2 %.

Zwischen den Studienvisits zu den Monaten 3 und 12 war die MG-Inzidenz höher als die der anderen STI und eher stabil (Abb. 1). Die CT-Inzidenz fiel in diesem Zeitraum um 27,2 % bei Teilnehmern, die zum jeweiligen Visit den Gebrauch von PrEP angaben, sowie um 49,2 % bei Nicht-PrEP-Gebrauchern, die NG-Inzidenz um 28,1 % bzw. 21,7 %. Die Syphilis-Inzidenz lag insgesamt am niedrigsten und fiel um 2,2 % bzw. 15,4 %. Die STI-Inzidenz war bei Personen mit PrEP-Gebrauch jeweils nur für anorektale Lokalisationen höher (Abb.).

Unabhängige Risikofaktoren für das Vorliegen einer STI waren PrEP-Gebrauch (OR = 1,3; KI: 1,1–1,6), kondomloser Analverkehr mit mehr als 5 Partnern (OR = 1,8; KI: 1,5–2,2), STI-bezogene Symptome (OR = 1,8; KI: 1,4–2,3), Gebrauch von Partydrogen (OR = 1,7; KI: 1,4–2,0), Herkunft außerhalb Deutschlands (OR = 1,5; KI: 1,2–1,9) und ein mittel bis stark erhöhtes selbst eingeschätztes HIV-Risiko (OR = 1,3; KI: 1,1–1,6 bzw. OR = 1,4; KI: 1,1–1,8). COVID-Maßnahmen zeigten keinen Einfluss.

Schlussfolgerungen: Im strukturierten Test-and-Treat-Setting der BRAHMS-Studie ging die Inzidenz von CT und NG in einer Kohorte von Männern mit erhöhtem sexuellen Risikoverhalten zurück. Neben anderen Verhaltens-Faktoren erhöhte der PrEP-Gebrauch das Risiko für das Vorliegen einer STI in der Kohorte eher leicht. Die PrEP kann ein guter Rahmen sein, um bei Beratung und Verschreibung anhand der gefundenen Risikofaktoren auf Möglichkeiten zur Reduktion des STI-Risikos hinzuweisen.

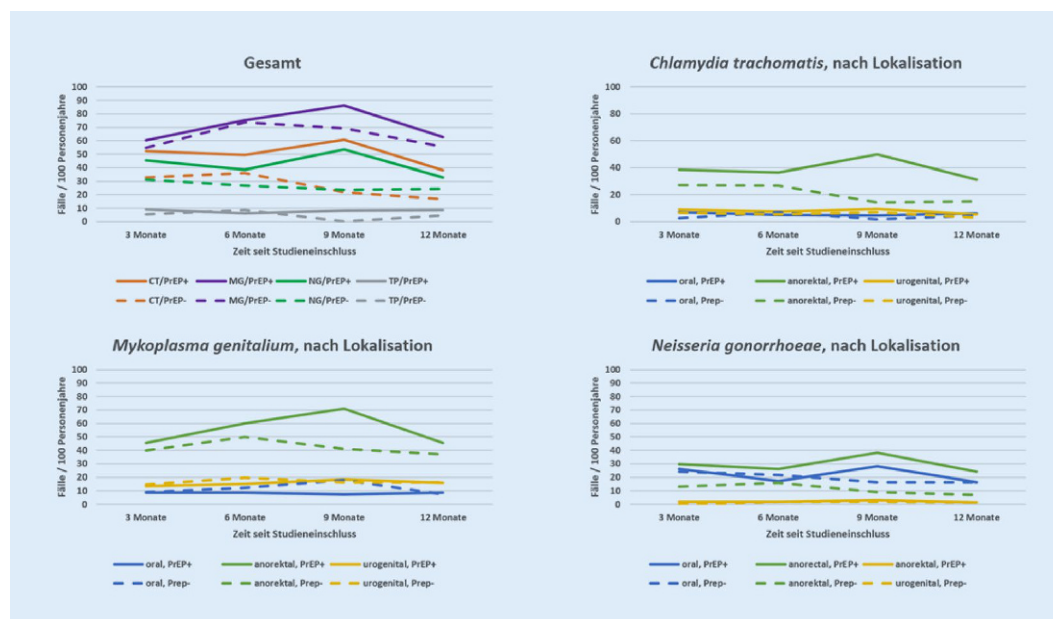


Abb. 1 | S5/4 ◀

3-Monats-Inzidenz von STI, nach PrEP-Status

Session 06 – Sexarbeit und Stigma

S6/1 Sexuelle Freiheit und sexuelle Verantwortung. Überlegungen aus Sicht der katholischen Ethik

Peter Schallenberg

Theologische Fakultät Paderborn

„Die katholische Anthropologie und Ethik ist wesentlich das Kind des hebräischen und des platonischen Denkens. Das heißt: Am Anfang steht einmal die biblische Idee der Gottebenbildlichkeit des Menschen; der Mensch wird gedacht als unbedingt notwendiges Lebewesen, das von Gott gewollt ist und damit unendlich geliebt ist und diese Liebe in seinem irdischen Leben erfahren soll, bevor er sie auf ewig in der Gegenwart Gottes genießen darf. Zweitens steht am Anfang die sehr verwandte Philosophie Platos, der zufolge der Mensch eine unsterbliche Seele hat, die körperliche und seelische Erfahrungen des Begehrt Werdens und des Begehrens machen soll, bevor sie nach dem Tod in die Ewigkeit der Götter eintritt. Das Christentum verbindet diese beiden großen Ideen im Glauben an den unsichtbaren und absoluten Gott und die von ihm geschaffene unsterbliche Seele eines jeden Menschen, die nach absoluter Liebe strebt und durch Erfahrungen der Liebe in diesem Leben vorbereitet wird auf die Erfahrung von Gottes ewiger Liebe. Verantwortung heißt dann ganz wörtlich: Antwort geben auf die Frage nach der je größeren und beständigeren und achtsameren Liebe zu den Menschen. Das heißt nach christlicher Auffassung auch: Jeden Menschen gerade aufgrund seiner unsterblichen Seele und seiner Würde respektieren, achten, würdigen, lieb gewinnen. Und ihn nicht als Gegenstand behandeln, sondern als Person.“

S6/2 Ladies und Modelle im Internet. Zu den Arbeits- und Lebensverhältnissen von Sexarbeiter*innen in Deutschland

Christine Körner

Humboldt-Universität Berlin

Kontakt: christine.koerner@hu-berlin.de

Starke, sich teils widersprechende und konträre Zuschreibungen und Vorstellungen durchdringen die sozialpolitischen und medialen Auseinandersetzungen zu Sexarbeit. Dabei stellen Sexarbeiter*innen bis heute eine gesellschaftlich deutlich von Diskriminierung und Abwertung betroffene Personengruppe dar. In der Forschung wird in diesem Zusammenhang auch von „Hurenstigma“ gesprochen. Darunter wird verstanden, dass Prostituierte als Andere, z. T. Deviante, sozial ausgegrenzt werden, Herabsetzungen erfahren und dass es sich bei Sexarbeit um eine deutlich abgewertete bzw. gering geschätzte (Erwerbs-)Tätigkeit handelt.

Dieser Bereich ist gegenwärtig von Gesetzesänderungen wie dem Prostituiertenschutzgesetz (2017 in Kraft getreten) und Veränderungen durch die Digitalisierung geprägt (Döring 2014), was mit Wissenslücken zur Arbeits- und Lebenswirklichkeit von Sexarbeitenden einhergeht. Es stellt sich die Frage, wie Prostitution von Sexarbeiterinnen selbst in der Gegenwart gedeutet und erfahren wird. Wie ist ihre Perspektive auf diese Tätigkeit? Wie stellt sich ihre Arbeits- und Lebenswirklichkeit aus ihrer Sicht dar?

In meinem Beitrag gebe ich Einblicke in die Ergebnisse aus meiner laufenden Doktorarbeit. Im Rahmen der Arbeit habe ich 18 Frauen in leitfadengestützten (teil-)narrativen Interviews befragt. Es wurden Personen befragt, die Sexarbeit in privaten und öffentlichen Räumen ausüben und den Kontakt zu Kunden vorwiegend über Online-Angebote wie Anzeige-Portale aufnehmen. Die Arbeit fußt auf der Theorie des symbolischen Interaktionismus und ich arbeite im Forschungsstil der Grounded Theory. In dem Vortrag diskutiere ich die Deutungen und Erfahrungen der von mir erreichten Sexarbeiterinnen. Ich gebe Einblicke in die aus meinem Datenmaterial rekonstruierten Arbeits- und Lebensverhältnisse der Befragten.

Dabei wird ein Schwerpunkt meines Vortrags auf der Diskussion relevanter Aspekte liegen, die die (sexuelle) Gesundheit von Prostituierten betreffen (wie Arbeitssicherheit und -belastungen, Prekarität und HIV/STI-Prävention).

Session 7 – Die „Kellerkinder der Lust“

S7/1 Vergessen Sie nicht die Trichomoniasis!

Werner Mendling

Deutsches Zentrum für Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe, Wuppertal

Kontakt: w.mendling@t-online.de

Hintergrund: Trichomoniasis durch *Trichomonas vaginalis* (TV) ist die weltweit häufigste genitale sexuell übertragbare Infektion (STI). In der deutschen Bevölkerung ist sie aber mit einer Prävalenz von < 1 % selten geworden, seit Metronidazol 1960 patentiert worden ist.

Deshalb fehlt heute in der täglichen Praxis oft die Erfahrung für Symptome und Diagnostik.

Methoden: Es werden aus dem Zentrum des Autors mehrere Fälle von heftiger, monate- bis jahrelanger Vulvovaginitis durch nicht entdeckte Trichomonaden vorgestellt. Die Partner solcher Frauen sind trotz Infektion meist asymptomatisch.

Ergebnisse: TV kann bei Frauen phasenkontrastmikroskopisch mit dem Nativpräparat aus vaginalem Fluor in NaCl-Lösung (einfach, aber nicht immer verlässlich), durch Kultur im Spezialmedium (selten verfügbar und heute unüblich), am sichersten durch Nuclein Acid Amplification Test (NAAT, z. B. APTIMA TV, Fa. Hologic, USA) oder Multiplex-PCR (beide teuer) oder den Antigen-Bedside-Test (OSOM Tricho Test, Fa. Sekisui Diagnostics Darmstadt) nachgewiesen werden.

Die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) der USA empfehlen aktuell als Therapie für die Frau, auch in jeder Phase der Schwangerschaft, Metronidazol 2 × 500 mg/Tag oral für 7 Tage und 2 g einmal oral simultan für den/die männlichen Partner der letzten 60 Tage. Die früher empfohlene Alkoholkarenz ist nicht erforderlich. Weniger empfindliche/resistente Stämme gibt es in ca. 3,5–10 % der Fälle. Metronidazol hat eine Halbwertszeit (HWZ) von 7,3 h, Tinidazol hat eine HWZ von 12,5 h und höhere Spiegel im Gewebe, es ergibt weniger Nebenwirkungen, ist aber teurer als Metronidazol.

Im Fall des Rezidivs soll Metronidazol erneut 7 Tage oral wie primär verabreicht werden. Bei erneutem Versagen sind Tinidazol (in Deutschland über eine internationale Apotheke) 2 × 1 g für 2 Wochen +/- vaginal 2 × 500 mg für 2 Wochen, bei erneutem Versagen Tinidazol 3 × 1 g oral + Paromycin 6,25 % Vaginalcreme 4 g/Tag für jeweils 14 Tage indiziert. Es werden Tests für andere STIs und eine Therapiekontrolle nach frühestens 3 Wochen empfohlen.

Schlussfolgerungen: Bei Vulvovaginitis muss auch an die Möglichkeit einer Trichomoniasis gedacht werden.

S7/2 Die Crux mit Herpes simplex

A. Potthoff^{1,2}

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

Hintergrund: 9 von 10 Erwachsenen sind mit HSV 1 infiziert. Innerhalb eines Jahres infizieren sich 5–10 % der Sexualpartner (1:1000 Sexualkontakte). Differentialdiagnostisch muss z. B. an Impetigo, Herpes simplex und Herpes zoster gedacht werden. Zudem sollten sexuell übertragbare Infektionen (STI) wie Chlamydien (insbesondere Lymphogranuloma venereum und Syphilis) ausgeschlossen werden. Gelegentlich ist die klinische Diagnose nicht einfach.

Fallbeispiel: Ein 24-jähriger Mann, der Sex mit Männern hat, stellt sich mit Schmerzen anal vor. Er möchte ein Antibiotikum, weil er die Symptome kenne und beim letzten Mal eine Chlamydieninfektion festgestellt worden war. In der Multiplex PCR zeigte sich ein analer Herpes simplex und keine anderen STI.

Therapie: Ein therapeutischer Nihilismus ist nicht angemessen angesichts der gut verträglichen Therapieoptionen mit z. B. Aciclovir. Bei mehr als 6 Herpesepisoden pro Jahr ist eine Dauerprophylaxe indiziert. Die Aciclovirprophylaxe mit Tabletten reduziert die Partnerinfektion um 50 %. Die Übertragung wird durch Kondome bei Frauen um 30 %, bei Männern um 70 % reduziert. Insbesondere bei Immunsupprimierten können Komplikationen wie Uveitis, Keratitis oder Enzephalitis auftreten. Bei Atopikern ist das Ekzema herpeticum eine gefürchtete Komplikation. In diesen Fällen ist eine hochdosierte frühzeitig angewendete intravenöse Therapie mit Aciclovir indiziert. Bei Therapieversagen ist Foscarnet eine Alternative. Antikörpertherapien könnten in Zukunft für einige Patient*innen eine Option zur Rezidivprophylaxe sein. Hierzu laufen aktuell Studien. Die Studienergebnisse von prophylaktischen Impfungen waren bisher enttäuschend.

Diskussion: Der Leidensdruck von Herpesinfektionen wird oft unterschätzt. Die vorhandenen Therapieoptionen sollten leitliniengerecht eingesetzt werden. Die Kostenübernahme der PCR Diagnostik muss dringend verbessert werden. Häufig werden Herpes simplex Infektionen fehldiagnostiziert und eine zielgerichtete Therapie somit verpasst.

S7/3 Genitoanaler Herpes Zoster als Indikatorekrankung für HIV

Sören Korsing, Katharina Meier

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Korrespondenz: Dr. med. Sören Korsing, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte, Luisenstraße 2–7, 10117 Berlin Mitte

E-Mail: soeren.korsing@charite.de

Hintergrund: Es stellte sich ein 48-jähriger Patient nigerianischer Abstammung mit brennenden, genitoanalen Hautläsionen (10/10 nach NAS) in unserer Klinik vor. Die Läsionen seien erstmals vor ca. 3 Tagen aufgetreten. Wasserlassen und Stuhlgang waren unauffällig. Fieber, Schüttelfrost, Dysurie, Pollakisurie, urethraler Ausfluss, Kopfschmerzen und Übelkeit wurden verneint. Weiterhin wurden Vorerkrankungen, familiäre Erkrankungen, die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, Transfusionen von Blutprodukten und Drogenabusus verneint. Der Patient gab an, seit 2007 mit seiner Ehefrau verheiratet zu sein und in einer monogamen Beziehung zu leben.

Der Patient wies einen photobiologischen Hauttyp VI nach Fitzpatrick auf. Die Inspektion ergab multiple, herpetiforme Bläschen auf erythematösem Grund in inselartiger Anordnung sowie multiple, münzgroße Erosionen, die teilweise von gelblichen, schmierigen Krusten belegt waren, im Bereich von Penischaft, skrotal, perineal und gluteal, jeweils linksseitig. Der weitere Haut- und Schleimhautstatus sowie der internistische Untersuchungsstatus waren unauffällig.

Methoden/Diagnostik: Die Varizella-Zoster-Virus-PCR aus Bläschenflüssigkeit zeigte sich stark positiv. Die Herpes-simplex-Virus-1/2-PCR zeigte sich negativ. Im Hautabstrich der gelblichen Beläge ergab sich *Klebsiella pneumoniae* (3 MRGN) und *Escherichia coli*.

Laborchemisch zeigten sich eine Leukozytose (11,17/nl, normal: 3,90–10,50/nl) sowie ein erhöhtes C-reaktives Protein (150,8 mg/l, normal: <5,0 mg/l).

Die weitere Labordiagnostik bestätigte eine HIV-Infektion (Viruslast: 73.800 cop/ml, CD4+ Zellen: 220/µl (normal: 500–1400/µl)).

Unauffällig waren Elektrolyte, Kreatinin, Leberparameter, Hepatitis-, Lues-, Cytomegalievirus-, Epstein-Barr-Virus- und Toxoplasma gondii-Serologie, Gamma-Interferon-Test, Urinstatus, PCR für *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma pneumoniae* (jeweils aus Urethral-Ab-

strich), Sonographie des Abdomens, Röntgen des Thorax und Ösophago-gastroduodenoskopie.

Ergebnisse: In Zusammenschau des klinischen Befundes und der weiteren Diagnostik stellten wir die Diagnose eines multisegmentalen, sekundär erosiven Herpes Zoster der Segmente S1–S3 links mit bakterieller Superinfektion bei Erstdiagnose einer HIV-Infektion (CDC-Stadium B2).

Der Patient erhielt eine intravenöse Therapie mit Aciclovir (10 mg/kg KG 3× tgl. bei Immunsuppression) über 7 Tage. Die Therapie wurde für 3 Tage oralisiert fortgesetzt. Bei Superinfektion mit *Klebsiella pneumoniae* (3 MRGN) und *Escherichia coli* leiteten wir eine intravenöse Antibiose mit Meropenem (1 g 3× tgl.) über 7 Tage nach Resistogramm ein. Topisch behandelten wir antiseptisch mit Polihexanid-Lösung und Chlorhexidin. Die Schmerztherapie wurde mit Metamizol und Paracetamol durchgeführt.

Die weitere Diagnostik mitsamt der Partnerin und Therapieeinleitung bei HIV-Infektion erfolgte im Anschluss durch die Kollegen der Infektiologie.

Schlussfolgerungen: Bei genitoanal, herpetiformen, einseitig konfigurierten Bläschen, Erosionen und Ulzeration sollte der Herpes Zoster als Differenzialdiagnose berücksichtigt werden. Der Herpes Zoster stellt insbesondere bei Patient*innen unter 50 Jahren eine Indikatorekrankung für HIV dar. Eine HIV-Testung sollte daher leitliniengerecht angeboten werden.

S7/4 Die SARS-CoV-2 Pandemie in Deutschland: Diagnoseinzidenzen von sexuell-übertragbaren Infektionen bei Checkpoint-Klient*innen in der prä-, früh- und spät-pandemischen Phase, 2019–2021

Ulrich Marcus, Susanne B. Schink

Abt. Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin

Kontakt: MarcusU@rki.de

Hintergrund: Die Angst vor COVID-19, soziale Distanzierungsmaßnahmen und Kontakteinschränkungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie haben zu Verhaltensänderungen geführt, wie z. B. eine Reduktion der Anzahl von Sexualpartner*innen. Die Schließung von Clubs und Bars schränkte Begegnungsmöglichkeiten weiter ein. Reduzierte Kapazitäten in Checkpoints und anderen Test- und Behandlungseinrichtungen, die Angst vor einer Ansteckung in Gesundheitseinrichtungen und die Furcht vor einer Stigmatisierung des Sexualverhaltens in Zeiten von Kontaktbeschränkungen haben zu Zugangsbarrieren bei Test- und Beratungsstellen geführt und möglicherweise die Inanspruchnahme von Tests für sexuell übertragbare Infektionen (STIs) verringert.

Methoden: Wir haben von Klient*innen beantwortete Online-Fragebögen inklusive Befunde von Checkpoint-Visiten ausgewertet. Im Rahmen dieser Routine-Erhebung werden soziodemographische Merkmale (Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung), Test-Inanspruchnahme, berichtete sexuelle Risiken, Partnerzahlen, Substanzgebrauch im Zusammenhang mit sexuellen Kontakten, Sex gegen Geld, sowie Diagnosen von sexuell übertragbaren Infektionen erfasst. In univariater Analyse und einem multivariaten Interaktionsmodell haben wir die Daten auf Einflussfaktoren für STIs analysiert.

Ergebnisse: Insgesamt liegen Daten von 52.689 Checkpoint-Visiten vor, davon 51,9 % vor der Pandemie (01/2019–02/2020), 19,6 % aus der Frühphase (04/2020–02/2021) und 28,6 % aus der Spätphase der Pandemie (03/2021–12/2021). Bei dem Langzeit-Parameter des Lebenszeitriskos für Syphilis zeigte sich keine Veränderung im Lauf der Pandemie, so dass wir davon ausgehen, dass die Pandemie kaum einen Einfluss auf die Selektion der Klient:innen hatte. In univariater Analyse zeigte sich, dass bei MSM der Anteil der Klienten mit 0–3 berichteten Sexpartnern (letzte 6 Monate) von 30,4 auf 73,3 % gestiegen ist, während der Anteil von Sexpartnern ohne Kondom stabil bei etwa 65 % blieb. Beim Gebrauch von Chemsex-Substanzen gab es in den meisten Subgruppen leichte Rückgänge oder keine Veränderung bis auf männliche Sexarbeiter, bei denen der Gebrauch in der Pandemie leicht zunahm.

In einem multivariablen Modell wurde die Auswirkung der Interaktion zwischen Pandemie-Phasen und Sex-gegen-Geld auf STIs analysiert. Bei Klient*innen, die keinen Sex-gegen-Geld berichteten, ging das Risiko für eine Infektion mit Gonorrhö und/oder Chlamydien im Verlauf der Pandemie signifikant zurück. Bei Gonorrhö war dies ausgeprägter als bei Chlamydien: Im Vergleich zur Prä-Pandemie war bei Chlamydien in der Frühphase das Odds Ratio (OR) = 0,85 (95 % Konfidenzintervall (95 %CI): 0,73–0,98; $p=0,03$), Spätphase OR = 0,77 (95 %CI: 0,68–0,87; $p<0,001$); Gonorrhö: Frühphase OR = 0,72 (95 %CI: 0,60–0,86; $p\leq 0,001$), Spätphase OR = 0,68 (95 %CI: 0,59–0,77; $p\leq 0,001$). Bei Personen, die Sex-gegen-Geld berichteten, konnten keine signifikanten Änderungen beobachtet werden, in der Frühpandemie war eher ein Trend zu einem höheren Risiko zu beobachten.

Schlussfolgerungen: Von dem im Pandemieverlauf generell sinkenden Infektionsrisiko für Gonokokken und Chlamydien haben Sexarbeitende nicht profitiert. Unabhängig von Kontakteinschränkungen sollte für alle Personen mit Risiken ein niedrigschwelliges Test- und Beratungsangebot zugänglich bleiben.

Session 08 – Was tun, wenn? Diaklinik aktueller Fälle

S8/1 Ein exulzierender Tumor der Lippe

Willy Chan, Sören Korsing, Torben Krause, Katharina Meier

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie Charité – Universitätsmedizin Berlin

Korrespondenz: Willy Chan

E-Mail: willy.chan@charite.de

Hintergrund: Der seit 2010 anhaltende Anstieg an Syphilisinfektionen setzt sich in Deutschland weiter fort. Im bundesweiten Vergleich führt das Land Berlin mit knapp 40 Fällen pro 100.000 Einwohnern die Inzidenz mit Abstand an. Eine Diagnosestellung der Syphilis kann durch die unterschiedlichen möglichen Symptome erschwert sein. Eine frühe Diagnostik und Therapie der Erkrankung ist jedoch essentiell, um eine weitere Ausbreitung einzudämmen. In dieser Fallpräsentation stellen wir einen 34-jährigen an Syphilis erkrankten Patienten vor, der sich im Jahr 2021 mit einem exulzierenden, mit borkigen Krusten belegten Tumor der Unterlippe in unserer dermatologischen Klinik der Charité in stationärer Behandlung befand. Die initiale Vorstellung erfolgte über unsere Rettungsstelle mit begleitendem Fieber. Zusätzlich bestand an der Bauchdecke ein Ulkus. Es handelte sich um einen männlichen Patienten, der Geschlechtsverkehr mit Männern hat.

Diagnostik: Laborchemisch zeigten sich neben erhöhten Infektparametern eine positive Lues-Serologie mit Nachweis von treponemenspezifischen IgM-Antikörpern und hohen Cardiolipinantikörper-Titern. Es erfolgte ein operatives Wunddebridement und eine Gewinnung von Probebiopsien des Ulcus an der Lippe und der Bauchdecke, welche histopathologisch ein dichtes lymphozytäres Infiltrat mit reichlich Plasmazellen zeigten, passend zu einer Syphilis Infektion. Ein direkter Erregernachweis von *Treponema pallidum* mittels Immunhistochemie oder Polymerase-Kettenreaktion gelang nicht.

Therapie/Ergebnisse: In Zusammenschau der Befunde wurde die Diagnose einer Frühsyphilis gestellt. Es erfolgte stationär eine leitliniengerechte Therapie mit Benzathinpenicillin G, 2,4 Mio I.E. intramuskulär. Aufgrund des unklaren Zeitpunkts der Infektion und des ungewöhnlichen klinischen Befundes, wurde die Therapie ambulant an den Tagen 8 und 15 wiederholt. Im Verlauf zeigte sich ein adäquater Abfall der Cardiolipin-Titer und der TPPA-Titer sowie eine Abheilung der Ulzera mit einem Restdefekt an der Lippe.

Schlussfolgerungen: Die Syphilis kann sich vielseitig darstellen und sollte auch bei ungewöhnlichen Befunden vor allem bei männlichen Patienten, die Sex mit Männern haben, frühzeitig als Differentialdiagnose in Betracht gezogen werden.

S8/2 Ulcus vulvae acutum (Lipschütz) – eine wichtige Differentialdiagnose venerischer Ulzerationen

Rozalia-Eva Klingenberg¹, Michael Max Sachse¹, Christian Rose²

¹Klinik für Dermatologie, Allergologie und Phlebologie, Klinikum Bremerhaven Reinkenheide gGmbH, Bremerhaven; ²Dermatopathologie Lübeck, Lübeck

Hintergrund: Das Ulcus vulvae acutum wurde erstmalig 1912 durch Benjamin Lipschütz beschrieben. Es handelt sich um eine seltene, gutartige, nicht venerische Erkrankung, die meist bei älteren Mädchen und jungen Frauen (Alter vom 3. bis zum 38. Lebensjahr) auftritt. Ein rasches Auftreten schmerzhafter Ulzera an der Innenfläche der kleinen Labien und Fieber ist typisch. Als Auslöser diskutiert werden Virusinfektionen (EBV-Infektion, SARS-CoV-2-Infektionen) und bakterielle Mischinfektionen.

Methoden: Wir berichten über den Fall eines Ulcus vulvae acutum.

Hintergrund: Eine 35-jährige Patientin stellte sich mit seit 3 Tagen bestehenden schmerzhaften

Ulzera der kleinen Labien in unserer Klinik vor. Sie habe in der vorausgegangenen Woche einen Infekt der oberen Atemwege mit Fieber und Lymphknotenschwellung gehabt. Eine Sars-COV-2-Infektion wurde ausgeschlossen. Die Patientin war gegen Sars-COV-2 vollständig geimpft. Bei der körperlichen Untersuchung zeigten sich an den inneren kleinen Labien bis zu 2 cm durchmessende, scharf begrenzte, sehr schmerzhaft Ulzera mit fest haftenden grau-grünlichen Belägen. Noch während des stationären Aufenthaltes entwickelte die Patientin Fieber, wobei die Blutkulturen negativ waren. Im Vaginalabstrich zeigten sich grampositive Stäbchen. In der bakteriologischen Kultur wurden sehr zahlreich *Lactobacillus* spp. nachgewiesen.

Laborchemisch fielen massiv erhöhte Entzündungsparameter (Leukozyten 21,4/nl, Neutrophile 17,8/nl, CRP 239,2 mg/l, Procalcitonin 0,02 µg/l) auf. Die HIV-, Hepatitis- und Syphilis-Serologie war unauffällig. Der Nukleinsäureamplifikationstest war für EBV- und *Ureaplasma urealyticum*/parvum positiv. Serologisch wurde eine abgelaufene EBV-Infektion nachgewiesen. Weitere Erreger wie *Neisseria gonorrhoe*, *Chlamydia trachomatis*, Herpes simplex Virus 1 und 2 und *Trichomonas vaginalis* wurden nicht nachgewiesen.

Histologisch zeigte sich in einer Probebiopsie eine kräftige tiefe reichende nekrotisierende Entzündung mit Fibrinthromben in den Blutgefäßen. Zytopathische Effekte einer Herpesvirus-Infektion fehlten. Kein Nachweis EBV-infizierter Zellen in der EBER-in-situ-Hybridisierung.

Unter einer systemischen Antibiose mit Piperacillin/Tazobactam, einer Steroidstoßtherapie, Analgesie und einer supportiven antiseptischen Behandlung sistierten die Schmerzen und die Ulzera zeigten eine langsame Abheilung.

Schlussfolgerungen: Das Ulcus vulvae acutum stellt eine wichtige Differentialdiagnose venerischer Ulzerationen der weiblichen Genitalien junger Patientinnen dar. Eine EBV-Infektion kann mit dieser Erkrankung einhergehen.

Session 10 – Sexualisierter Substanzgebrauch

S10/1 DRUCK 2.0 – Ergebnisse eines Pilot-Monitoring von durch Blut und sexuell übertragbaren Infektionen bei Drogengebrauchenden in Deutschland

G. Steffen, A. Krings, R. Zimmermann

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

Einleitung: Im Fokus der nationalen Eliminierungsstrategie von HIV/viraler Hepatitis und sexuell übertragbaren Infektionen bis 2030 steht die Senkung der Krankheitslast in besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen. Mit dem Projekt DRUCK 2.0 haben wir ein zukünftiges Monitoring System für HIV, Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) und Syphilis bei Men-

schen mit injizierendem Drogenkonsum (IVD) in Deutschland pilotiert. Mit diesem sollen fortlaufend aktuelle Daten zu Prävalenzen und relevanten Verhaltens- und Versorgungsindikatoren erhoben werden.

Methoden: Zwischen 2021 und 2022 wurden IVD im Rahmen der Routinearbeit niedrigschwelliger Drogenhilfe-Einrichtungen und Substitutionspraxen in Berlin und Bayern rekrutiert. Teilnehmende mussten 16+ Jahre alt sein und während der letzten 12 Monate mindestens einmal Drogen injiziert haben. Allen wurde Kapillarblut abgenommen und mittels einer Trockenblutkarte auf HBV und HCV, HIV und Syphilis getestet. Außerdem füllten alle Teilnehmenden einen Fragebogen, gegebenenfalls mit Unterstützung, zu Soziodemographie, Verhalten und Zugang zu medizinischer Versorgung aus. Als Aufwandsentschädigung wurde ein 10 €-Einkaufsgutschein ausgegeben.

Ergebnisse: Insgesamt haben 20 niedrigschwellige Einrichtungen und drei Substitutionspraxen zwischen dem 05.06.2021 und 14.04.2022 649 IVD rekrutiert. Davon wurden 593 in die Analyse eingeschlossen.

Das mediane Alter der Teilnehmenden lag bei 39 Jahren (Spanne: 17–66 Jahre), 68 % (401/592) waren männlich, und 22 % (128/590) außerhalb Deutschlands geboren, die Mehrheit davon in Osteuropa. Es gaben 83 % (491/589) aller Teilnehmenden an, während der letzten 30 Tage intravenös Drogen konsumiert zu haben. Insgesamt berichteten 58 % (339/585), schon mal gebrauchte Spritzen und/oder Nadeln genutzt zu haben, 77 % (449/583) hatten Hafterfahrung. Kondomlosen Sex in den letzten 12 Monaten gaben 47 % (190/404) aller Teilnehmenden an, 8,9 % (36/403) berichteten von Sex im Tausch gegen Geld, Drogen oder einen Schlafplatz. Die Prävalenz lag bei 74 % (433/588) für HCV-Antikörper, 27 % (158/588) für aktive HCV-Infektionen, 17 % (99/580) für ausgeheilte HBV-Infektionen, 1,2 % (7/581) für aktive HBV-Infektionen, 2,3 % (14/587) für HIV und 1,7 % (10/581) für ausgeheilte Syphilis-Infektionen. Insgesamt wiesen 24 % (141/576) isolierte HBs-Antikörper als Zeichen einer HBV-Impfung auf. Eine Testung auf HCV innerhalb der letzten 12 Monate gaben 61 % (351/578) der Teilnehmenden an, eine Testung auf HIV 55 % (315/577). Von den Teilnehmenden mit HCV-Antikörpern wussten 84 % (357/424) von einer früheren/derzeitigen Infektion, wovon 59 % (195/332) eine frühere/derzeitige HCV-Therapie angaben. Von den HIV-positiven Teilnehmenden wussten 85 % (11/13) von ihrer Infektion, diese waren alle in Behandlung.

Zusammenfassung: Der Abbau von Zugangsbarrieren zu Prävention und medizinischer Versorgung ist notwendig, um die hohe Prävalenz viraler Hepatitiden und HIV unter IVD in Deutschland zu senken und die Transmission zu verringern.

Der Aufbau einer kontinuierlichen, bundesweiten Datenerhebung unterstützt dabei, den Eliminierungsprozess in Deutschland fortlaufend zu beobachten und zielgerichtet Anpassungen von Präventions- und Versorgungsangeboten vorzunehmen.

S10/2 High burden of blood-borne viral infections (HCV, HIV, HBV) and sexually transmitted infections among people experiencing homelessness—first results from a pilot study in Berlin, Germany

Weber C^{3,4}, Cawley C⁵, Sarma N¹, Steffen G¹, Heidrich S⁵, Leicht A², Kröger S¹, Zimmermann R¹, Jansen K¹, Kajikhina K^{1,5}, Santos-Höfener C⁵, Bremer V¹

¹Fachgebiet für HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen Robert Koch Institute, Berlin; ²Fixpunkt e.V., Berlin; ³Checkpoint BLN, Berlin; ⁴BeSog Berliner Sozialprojekte gGmbH, Berlin; ⁵Abt. für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch Institute, Berlin

Background: People experiencing homelessness (PEH) are at increased risk of infection with blood-borne viral infections (BBV) and sexually transmitted infections (STI), due to precarious living conditions and associated risk factors (e.g. drug/alcohol use, sexual risk behavior, incarceration). In Germany, there are app. 417,000 PEH, however, there is little data available on the burden of these infections among this group. We conducted a pilot study in Berlin in order to assess prevalence of BBV and STI in this population.

Method: Multicentre cross-sectional pilot study was conducted between April and June 2021. Data were collected by means of a questionnaire-based interview, serological testing for HIV, hepatitis B, hepatitis C (if seropositive corresponding RNA determinations) and syphilis and Nucleic Acid Amplification Tests (NAAT) from urine for gonococcal and chlamydia.

Results: 216 participants were included in the analysis. Mean age: 41 years (range 19–68). Male: 191 (88.4%), female: 24 (11.5%) and gender diverse: 1 (0.5%). 57 (26.8%) participants were born in Germany. Reported homelessness <1 year was 29.4%, for about 1–5 years: 42.5%, more than 6 to over 10 years: 27.1%. Drug use: 154 (71.6%) and 153 (71.5%) were at least once incarcerated. 123 (56.9%) had no health insurance. HCV-RNA was found in 34 (16.0%), 4 (1.9%) were HBsAg positive. HIV was detected in 6 (2.8%). Active syphilis was found in 3 (1.4%), while gonococcal infections were seen in 4 (2.0%) and chlamydial infections in 6 (3.0%).

Conclusion: PEH in Berlin have a high prevalence of BBV and STI. There is a need to improve awareness, access to treatment and care for this population and to include them in national elimination strategies for HCV, HBV and HIV. As more data is needed, a nationwide expansion of the POINT study is planned.

S10/3 „Chemsex als Praxis der Selbstermächtigung?“

Dirk Sander

Deutsche Aidshilfe, Berlin

Im Vorfeld von und bei sexuellen Aktivitäten werden schon seit Menschen Gedenken bewusstseins-verändernde Substanzen eingesetzt. Und das zumeist, ohne großen Schaden anzurichten. Alkohol (weit verbreitet) löst nicht nur die Zunge, sondern hilft auch, vorhandene Hemmschranken abzusinken, und, ja, Spaß zu haben. Wenn wir den Blick auf „Chemsex“ (Schwuler Sex unter dem Einfluss von spezifischen Drogen) richten, wird überdeutlich, welche individuellen, aber auch gesellschaftlichen, und szenespezifischen Barrieren und Herausforderungen die schwule Sexualität begleiten. In der EMIS-Studie (2018) gaben ca. 10 % der Befragten an, in den letzten 12 Monaten Sex unter dem Einfluss der spezifischen „Chemsex“-Substanzen gehabt zu haben. Bei vielen ist das erst mal nicht problematisch. Es kommt hier auch darauf an, welche individuellen (physischen und mentalen) Grundvoraussetzungen dem Konsum zugrunde liegen, und welche Zeitintervalle zwischen den einzelnen Sessions liegen. Die Beschäftigung mit „Chemsex“ ist notwendig und lohnend, um die richtigen Angebote in der Prävention und Gesundheitsförderung zu machen. Und auch die unterschiedlichen Narrative zum Chemsex verdeutlichen, dass diese Tatsache vielschichtig ist. Je nach epidemiologischer, medizinischer, sozialpsychologischer oder kulturwissenschaftlicher Perspektive. Hinsichtlich des sexualisierten Substanzkonsums erscheint es mir aus institutioneller Perspektive bedeutsam, nicht mehr zuvörderst zu fragen, „Wie können sexuelle Risiken vermieden werden?“, sondern: „Wie kann mehr sexuelles Wohlbefinden, sexuelle Genussfähigkeit gefördert werden?“

Session 11 – Beschwerden im Intimbereich, die keine STI sind

S11/1 Infektionen im Intimbereich, die keine STIs sind

Alexander Kreuter^{1,2,3}

¹Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Helios St. Elisabeth Klinik Oberhausen; ²Universität Witten-Herdecke; ³Helios S. Johannes Klinik Duisburg

In den letzten zwei Jahrzehnten konnten herausragende Fortschritte in der Dermatologie erzielt werden. Beispiele dafür sind die stetig wachsende Anzahl an hochwirksamen Biologika zur Behandlung chronisch-entzündlicher Erkrankungen oder die Immuntherapie für das maligne Me-

lanom. Letztere hat die gesamte Onkologie revolutioniert. Trotz dieser eindrucksvollen Fortschritte hat die COVID-19 Pandemie der letzten zwei Jahre eines klar verdeutlicht: den hohen Stellenwert der Infektiologie in der gesamten Medizin. Der überwiegende Anteil sexuell übertragbarer Erkrankungen manifestiert sich primär im Anogenitalbereich. Im Rahmen dieses Übersichts-vortrags wird auf Infektionserkrankungen eingegangen, die nicht zur Gruppe der „klassischen“ sexuell übertragbaren Erkrankungen gezählt werden. Zu den deutlich an Häufigkeit zunehmenden viralen Erkrankungen des älteren Menschen zählt der Herpes zoster, der auch im Anogenitalbereich auftreten kann. Eine seltenere, meist erst spät erkannte bakterielle Infektionserkrankung der Analregion ist die perianale Streptokokkendermatitis. Sie kommt häufig bei Kindern, insbesondere Jungen, vor. Ein bis dato noch wenig bekanntes medizinisches Problem sind rezidivierende mukokutane Infektionen durch Panton-Valentine Leukozidin (PVL)-positive Staphylokokkus aureus Infektionen. PVL ist ein porenbildendes Protein von MSSA und MRSA und kann zu ausgedehnter Gewebeschädigung führen. Die Übertragung erfolgt in der Regel von Mensch zu Mensch, es sind aber Übertragungen über Haustiere und kontaminierte Gegenstände (Sanitärreinrichtungen, Badetücher etc.) möglich. Der Nachweis mittels PCR wird aktuell nur in Spezial-Laboren angeboten. Infektionen mit Candida albicans sind häufig und treten oftmals im Anogenitalbereich auf. Ein bis dato wenig beschriebenes medizinisches Problem sind bakteriell-induzierte ektymata-artige Ulzerationen auf dem Boden intertriginöser Candidosen bei multimorbiden Patienten. Pilzinfektionen durch „klassische“ Dermatophyten im Anogenitalbereich sind hingegen eher selten. In den letzten Jahren wird zunehmend über einen neuen Genotyp des zoophilen Dermatophyten *Trichophyton mentragophytes* berichtet, der über Sexualkontakte übertragen wird und häufig im Rahmen von Südostasienaufenthaltes akquiriert wird. Zuletzt sollte bei unklarem analen Pruritus auch an die Oxyuriasis gedacht werden, die durch den Madenwurm *Enterobius vermicularis* verursacht wird und häufig Babys und Kleinkinder, teilweise aber auch Erwachsene betrifft. Wichtiger Risikofaktor für die Oxyuriasis ist mangelnde Hygiene, es sind jedoch auch Infektionen durch Geschlechtsverkehr, besonders bei anal-oralen Praktiken, möglich.

S11/2 Die Bakterielle Vaginose – (k)eine sexuell übertragbare Infektion

Sonja Swidsinski, Alexander Swidsinski

MDI Limbach GmbH, Aroser Allee 84, 13407 Berlin

Kontakt: Sonja.swidsinski@mvz-labor-berlin.de

In den letzten Jahren wurde die Forschung zur Ätiologie der Bakteriellen Vaginose (BV) intensiviert, weil erkannt wurde, dass die BV die weltweit häufigste urogenitale Störung bei Frauen im reproduktiven Alter ist und mit einer bisher unterschätzten Krankheitslast einhergeht. Sie führt zu einem deutlich erhöhten Risiko für schwere gynäkologische Infektionen, zu Schwangerschafts- und als Folge neonatalen Komplikationen, begünstigt den Erwerb von Koinfektionen mit sexuell übertragbaren Infektionserregern und weist eine inakzeptabel hohe Rate an Therapieversagen auf. Traditionell wird die BV als Dysbiose erklärt, bei der die Vaginalmikrobiota im Vergleich zu gesunden Frauen ausgeprägte Veränderungen aufweisen, wie stark erhöhte Bakterienzahlen im Vaginalsekret, eine hohe Vielfalt verschiedenster fakultativ und obligat anaerober Bakterien mit *Gardnerella* spp. als Leiterreger sowie die Verdrängung von Laktobazillen. Mittels Fluoreszenz in situ Hybridisierung (FISH) untersuchte Vaginalbiopsien zeigen, dass ein Großteil der BV-Patientinnen mit den beschriebenen Veränderungen der Vaginalmikrobiota einen zusammenhängenden Biofilm auf dem Vaginalepithel aufweist. Dieser Biofilm besteht zu 60–90 % aus eng gepackten, nebeneinanderliegenden *Gardnerella* spp., die unmittelbar an den Epithelzellen kleben. FISH-Untersuchungen mit *Gardnerella* spp.-spezifischen Sonden zeigen anschaulich, dass dicht mit Bakterien bedeckte Vaginalepithelzellen, die von Gardner als „Schlüsselzellen“ (clue cells) bezeichnet und als diagnostisches Kriterium für die BV definiert wurden, Vaginalepithelzellen entsprechen, auf denen der BV-Biofilm während des

natürlichen Desquamationsprozesses erhalten bleibt. Sie sind bei BV-Patientinnen sowohl in Vaginalabstrichen als auch in Urinproben, in die stets eine hohe Zahl an Vaginalepithelzellen eingespült wird, zu finden. Bei Paaren, die sich in einer Berliner Schwangerenvorsorge vorstellten, wurde eine hohe Übereinstimmung zwischen dem Nachweis von clue cells mit BV-Biofilm in Urinproben von Schwangeren und dem Sexpartner nachgewiesen. Sequenzierungsstudien bestätigen, dass bei asymptomatischen männlichen Partnern von BV-Patientinnen im subpräputialen Spalt und der distalen Urethra eine Vielzahl BV-assoziiierter Bakterien vorkommen, die als Erregerreservoir für Reinfektionen dienen können. Diese Beobachtungen sprechen bei heterosexuellen Paaren für eine sexuelle Übertragung der Biofilm-bedingten BV und entsprechen den bereits seit vielen Jahren veröffentlichten epidemiologischen Fakten, wie das Auftreten der BV nur bei sexuell aktiven Frauen, nach Partnerwechsel, bei häufigem Partnerwechsel sowie die Möglichkeit zur BV-Verhütung durch Kondome. Auch bei WSW ist die sexuelle Übertragung der BV anhand des Zusammenhangs zwischen inzidenter BV und erstem Sexualkontakt, Wechsel der Sexpartnerin, Kontakt zu einer BV-positiven Partnerin bzw. häufigem Wechsel der Sexpartnerin gesichert. Von WHO-Experten wird die BV als Erkrankung mit sexueller Übertragbarkeit und Herausforderung für das STI-Management bewertet.

S11/3 Tinea pubogenitalis profunda – STIs going fungal?

P. E. Obermeier¹, C. M. Scheib¹, U. Hillen¹, S. Buder^{1,2}

¹Klinik für Dermatologie und Venerologie, Vivantes Klinikum Neukölln; ²Konsiliarlaboratorium für Gonokokken, Fachgebiet Sexuell übertragbare bakterielle Krankheitserreger, Robert Koch-Institut, Berlin

Korrespondenz: Dr.med. Patrick E. Obermeier

E-Mail: p.e.obermeier@gmail.com

Hintergrund/Fragestellung: Kutane Pilzinfektionen nehmen weltweit zu. Die Klinik der Tinea pubogenitalis profunda frühzeitig und sicher zu erkennen, stellt eine diagnostische Herausforderung dar. Die ersten Fallberichte der hochentzündlich verlaufenden Infektion waren immer mit einer Reiseanamnese nach Südostasien assoziiert. Nun wird die Infektion auch ohne Reiseanamnese beobachtet. Eine sexuelle Übertragung wurde oft nachgewiesen.

Methoden: Im Februar 2022 stellte sich ein 27-jähriger männlicher Patient mit schmerzhaften, entzündlichen Hautveränderungen (10/10 NRS) im Pubogenitalbereich in unserer dermatologischen Rettungsstelle vor. Eine vorangegangene Therapie mit Clindamycin 600 mg 3 × tgl. p.o. für sieben Tage sowie Terbinafin 250 mg p.o. 1 × tgl. für zwei Tage war erfolglos geblieben. Wegen des stark beeinträchtigten Allgemeinbefindens erfolgte die stationäre Aufnahme in unserer Klinik.

Klinisch fand sich eine flächig infiltrierte Plaque (15 × 10 cm) an Mons pubis und Abdomen sowie teils abszedierende Knoten an Leisten und Oberschenkeln. Der Patient berichtete den letzten Sexualkontakt drei Wochen zuvor. Zu dieser Zeit habe er sich mit dem Rasierer der neuen Sexualpartnerin im Pubogenitalbereich enthaart. Reisen innerhalb der vergangenen Monate und Tierkontakte wurden verneint.

Diagnostische Maßnahmen umfassten

- Bakteriologie: geringes Wachstum der Hautflora
- Mykologie: nativ Nachweis von Pilzmyzel, kulturell Wachstum von *Trichophyton mentagrophytes*
- Laborchemie: CrP-Erhöhung und Leukozytose
- Ausschluss anderer STIs

Ergebnisse: Stationär wurde die Behandlung mit Terbinafin 250 mg 1 × tgl. p.o. fortgesetzt. Zusätzlich erfolgte eine Therapie mit Ampicillin/Sulbactam 3 g 3 × tgl. i.v. für sieben Tage und lokal desinfizierende Schleier. Zur Analgesie gaben wir Novaminsulfon 40° 4 × tgl. p.o. und ergänzten bei unzureichendem Ansprechen (8/10 NRS) um Tramadol 50 mg bis max. 5 × tgl. Hierunter kam es zu einer langsamen Besserung des Hautbefundes und des Allgemeinbefindens. Wir empfehlen den Verzicht auf weitere Rasuren.

Schlussfolgerungen: Bei therapierefraktären Entzündungen im Pubogenitalsitus, insbesondere nach erfolgloser Antibiotikagabe, ist an eine Tinea profunda zu denken. Zur mykologischen Diagnosesicherung müssen ggf. mehrfache Probenentnahmen erfolgen. Das gehäufte Auftreten pubogenitaler Mykosen ist als lifestyle-assoziierte Erkrankung zu werten, da die obligate Enthaarung des Genitalbereichs zu einem *locus minoris resistentiae* führt. Im Rahmen der Tinea pubogenitalis profunda gehört *Trichophyton mentagrophytes* Typ VII, ein zoophiler Dermatophyt mit hoher Virulenz, derzeit zu den typischen Erregern. Für die Therapie stehen orale Antimykotika wie Terbinafin zur Verfügung, die über mehrere Wochen eingesetzt werden. Obwohl die pubogenitalen Dermatophyteninfektionen nicht zu den klassischen sexuell übertragbaren Infektionen gehören, sind sie doch dieser Kategorie zuzuordnen, da die Übertragung in den meisten Fällen über sexuelle Kontakte erfolgt. Diese Bedeutung ist bei der Diagnostik und bei der Patientenaufklärung zu berücksichtigen.

Session 12 – Sexarbeit und Corona

S12/1 Sexarbeit als Seuchenschleuder? Ein alter Mythos neu belebt.

Madame Kali

Die Angst vor irgendwelchen Krankheiten ist wahrscheinlich so alt wie die Menschheit per se.

Eine Neuerung bahnte sich nach 1500 den Weg, nachdem nämlich bekannt wurde, dass die seit kurzem grassierende Syphilis in erster Linie über sexuelle Kontakte übertragen wurde.

Vorbei nun Zeiten ausschweifender Festlichkeiten des Mittelalters. Öffentliche Badehäuser sowie die in zünftigen Ständen organisierten Bordelle wurden geschlossen, Bademägde und Dirnen aus den Städten vertrieben. Die als „Strafe Gottes“ angesehene Krankheit wurde vordergründig mit Enthaltsamkeit bzw. Keuschheit „bekämpft“ – dieses Reglement betraf aber vor allem Frauen. Der Begriff der Hure bekam dank Martin Luther auch einen neuen Wert im Sprachgebrauch und meinte alle sexuell aktiven Frauen. Unschuldig bei der Seuchenverbreitung natürlich Kirchenväter und Herrscher – diese steckten sich durch schlechte Luft oder ungünstige Sternkonstellationen an.

Die Seuche grassierte mal mehr und mal weniger in den nächsten Jahrhunderten. Erst Penicillin schaffte letztlich Abhilfe. Kondome zur Verhütung gab es für die Allgemeinbevölkerung erst seit der Neuzeit. Was aber folgte war ein ständiges On-Off-Spielchen der Sexarbeit in den folgenden Jahrhunderten: Mal war es (reguliert) erlaubt, dann verschwand sie wieder gänzlich in den Untergrund. Versuche medizinischer Intervention im Gewerbe mussten scheitern – es gab ja noch keine Lösung. Mal wurden Bordelle verboten, mal waren sie die ganz normalen Wohnhäuser der Dirnen und Lustknaben. Existiert hat Sexarbeit aber zu jeder Zeit! Zeiten erlaubter Sexarbeit sind interessanterweise auch immer Zeiten in denen Frauen gesellschaftlich mehr Anerkennung und Freiräume zugestanden werden.

Trotzdem ist das Hurenstigma bis in unsere heutige Zeit eng verknüpft mit der Verbreitung von Unliebsamkeiten, seien es nun moralische Einwände wie Sünderin oder heutzutage auch gerne Opferstatus par excellence oder eben die Hure als Seuchenschleuder.

Auch in 1980er-Jahren hielt sich dieses Narrativ beharrlich, dabei gibt es Untersuchungen darüber, dass die Fallzahl von HIV-positiven Sexarbeiterinnen im Vergleich zu allen Frauen in der Bevölkerung teilweise vergleichsweise gering war! Fachwissen scheint zu nützen.

Nichtsdestotrotz wurde aber auch jetzt in der Corona Pandemie mal wieder uns Sexarbeitenden eine Hauptlast in die Schuhe geschoben. Sexarbeit war noch sehr lange verboten, wesentlich länger als vergleichsweise ansteckende Tätigkeiten wie z. B. verschiedene Kontaktsportarten.

Auch der sog. „Lockdown light“ Winter 2020/2010 ließ uns über alle Gebühr hängen.

Die Auswirkungen dieses Verbotes sind bis heute, im Sommer 2022, negativ spürbar. Wie die vergangenen Jahrhunderte gezeigt haben lässt Sexarbeit sich eben nicht „verhindern“ oder „verbieten“ wie es manche moralgeprägten Prostitutionsgegner:innen gerne hätten. Trotz einer realen Gefahr (und Gesundheit ist uns Sexarbeiter:innen verdammt wichtig!) findet sie weiter statt – nun aber im Verborgenen. Welche konkreten Formen und vor allem auch Gefahren das hat sowohl im gesundheitlichen wie auch im sozialen und gesellschaftlichen Bereich, davon soll mein Vortrag handeln. Es wird im Anschluss an diesen Kongress einen ausführlichen Blogbeitrag auf meiner Website dazu geben.

S12/2 Krise als Chance?! – Zur Versorgungssicherheit am Beispiel der Auswirkungen auf die gesundheitsbezogenen Beratungsangebote für Sexarbeitende in den unteren Gesundheitsbehörden

G. Gilges

Die Gesellschaft für Sexarbeits- und Prostitutionsforschung

Kontakt: gilges@posteo.de

Pandemiebekämpfung – Auswirkungen im Feld

Im März 2020 wurde erstmalig im Rahmen der bundesweit erlassenen kontaktreduzierenden Maßnahmen alle körpernahen, nicht medizinisch notwendigen Dienstleistungen untersagt. Bundesweit erfolgten Erlasse, Prostitutionsstätten, Bordelle und ähnliche Einrichtungen zu schließen und vereinzelt wurde jegliche Ausübung sexueller Dienstleistungen verboten. Diese Erlasse trafen Sexarbeitende in Deutschland mit voller Wucht und ungeachtet ihrer Einkommensverhältnisse. Die Schließungen und Ausübungsverbote erstreckten sich – mit Unterbrechungen in 14 von 16 Bundesländern von 3–16 Wochen – über das gesamte Kalenderjahr 2020. Das Kalenderjahr 2022 war geprägt von undurchsichtigen, sich schnell wechselnden Verordnungsaufgaben, die in jedem Bundesland unterschiedlich gesetzt, umgesetzt und kommuniziert wurden.

Durch die andauernde rechtliche Ungleichbehandlung von Beginn der Covid-19-Pandemie fielen Sexarbeitende durch soziale Sicherungssysteme, wurden sie als Infektionsüberträger*innen stigmatisiert, zunehmend kriminalisiert und in prekäre Bereiche verdrängt. Sie blieben über Wochen und Monate während einer globalen Pandemie daheim, um sich und andere zu schützen, sie empfingen Kund*innen, weil ihre sozioökonomische Situation ihnen keine Wahl ließ.

Chronische Unterversorgung in den unteren Gesundheitsbehörden nicht erst seit 2020

Die Covid-19-Pandemie hat die Schwachstellen in den Systemen deutlicher zum Vorschein gebracht hat, als wir im Gesamten ohnehin schon wussten – auch in den Gesundheitsämtern. Die chronische Unterfinanzierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und die Unterbesetzung in den Fachbereichen der Ämter hatten während der Pandemiebekämpfung Auswirkungen auch in der Beratungsarbeit für Sexarbeitende. Wegen Abzug möglichst aller verfügbaren Mitarbeitenden in die sogenannte „Corona-Arbeit“, konnten die Beratungsarbeit in den vergangenen Jahren nur stark eingeschränkt oder gar nicht erst angeboten werden. Vielerorts waren und sind immer wieder die Beratungsstellen von jetzt auf gleich und ohne ausreichender Kommunikation für den Publikumsverkehr geschlossen.

Eine Herausforderung der Gesundheitsämter in den kommenden Jahren wird sein, die Strukturen für die Gesundheitsförderung für Sexarbeitende neu auf- und auszubauen; überdies das Vertrauen zu Jenen zurück zu gewinnen. Doch die Strukturen der Beratungs- und Untersuchungsangebote in den Gesundheitsämtern waren bereits vor der Pandemie defizitär, instabil und die Mitarbeitenden überlastet – zum Nachteil der Sexarbeitenden. Deswegen der Aufruf an die Amtsleitenden der Gesundheitsämter und weitere Entscheidungstragenden: Stehen Sie dazu und sprechen es aus, dass die finanziellen und personellen Ressourcen fehlen, um gute Präventions- und Beratungsarbeit für sexarbeitende Personen zu ma-

chen und eine ausreichende gesundheitliche Versorgungs- und Untersuchungsstruktur zu garantieren.

Session 13 – Sexuelle Lebenswelten jenseits des Binären?

S13/1 JUWEL für Sexuelle Gesundheit: Prävention für junge Menschen in ihren Lebenswelten

M.Margold^{1,2}, A.Wirtz^{1,2}, B.Drews^{1,2}, M.Basilowski^{1,2}, A.Abdin^{1,2}, S.Leitz^{1,2}, V.Röttgen^{1,2}, T.Sandhöfer^{1,2}, J.Bernhold³, P.Kolip⁴, H.Langanke⁵, U.Sielert⁶, J.Signerski⁷, A.Kayser^{1,8}, N.H. Brockmeyer¹, A.Potthoff^{1,2}, A.Skaletz-Rorowski^{1,2}

¹WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum; ²Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr Universität Bochum, Bochum, Deutschland; ³Pathways Public Health GmbH, Berlin, Deutschland; ⁴Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland; ⁵GSSG – Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit, Köln, Deutschland; ⁶Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Kiel, Deutschland; ⁷Georg-August-Universität Göttingen; Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; ⁸Aidshilfe Bochum e.V., Bochum, Deutschland

Korrespondierende Autor*in: Dr. med. Michelle Margold

E-Mail: michelle.margold@klinikum-bochum.de

Hintergrund und Ziele: Sexuelle Gesundheit ist ein wichtiger Teil unserer Identität und Lebensqualität. Auch in hochentwickelten Industrieländern wie Deutschland leben junge Menschen, die aufgrund besonderer Lebensumstände vulnerabel sind. Gleichzeitig werden diese Menschen von Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung und Prävention schlecht erreicht.

Ein vom Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV) geförderte Expertise zur primären Verhältnis- und Verhaltensprävention der sexuellen Gesundheit von vulnerablen Jugendlichen hat junge Menschen in ihren Lebenswelten hinsichtlich ihrer konkreten Bedarfe sowie ihrer Zugänge zum Versorgungssystem untersucht. Diese Bedarfsanalyse ergab, dass sich junge Menschen in schwierigen Lebenssituationen in ihren Risiken und Bedürfnissen hinsichtlich sexueller Gesundheit zwar unterscheiden, die Zugänge zu Versorgungssystemen sind jedoch für alle Gruppen erschwert. Sie benötigen eine jeweils zielgruppenspezifische Ansprache sowie speziell auf sie zugeschnittene Beratungs- und Präventionskonzepte. Einer der wichtigsten Faktoren für die Annahme von Angeboten ist die Beteiligung (Partizipation) der Jugendlichen und für sie relevanten Organisationen an der Entwicklung eines solchen Angebotes.

Projektbeschreibung: Anknüpfend an die Bedarfsanalyse ist das Modellvorhaben der PKV und des WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin in Bochum, darauf ausgerichtet gemeinsam mit Communities, Zielorganisationen und Versorgungsnetzwerken individuelle Bedarfe zu identifizieren und Lücken durch passgenaue Angebotsentwicklung in den jeweiligen Lebenswelten zu schließen. Gezielte Gesundheitsförderung für unterversorgte Menschen soll neben verhaltenspräventiven Interventionen unbedingt die verhältnispräventive Kompetenz der gesundheitsbezogenen und sozialen Versorgungssysteme beinhalten. Sie werden durch Bildungs-, Beratungs- und Vernetzungsangebote gestärkt und verbessert, was letztlich der Sexuellen Gesundheit aller Menschen zugute kommt.

Die Zielgruppen sind junge Menschen ohne Wohnung, mit Hörminderung, mit Migrations-/Fluchterfahrung, im offenen Strafvollzug, mit Substanzgebrauch beim Sex (Chem-Sex), trans*Jugendliche sowie junge Menschen im Paysex- und Swinger-Sektor.

Methoden: Ein interdisziplinäres Team arbeitet partizipativ mit Organisationen zusammen, die Anlaufstellen für junge Menschen in o.g. Lebenssituationen sind. Gemeinsam wird der Umgang mit dem Thema Sexuelle Gesundheit/Sexualität in den Organisationen selbst und im Umgang mit den Jugendlichen in dem jeweiligen Setting diskutiert und optimiert. Analoge und digitale Bildungsangebote sowie Organisationsentwicklungsmaßnahmen werden gemeinsam mit den Organisationen und ihren

Zielgruppen erarbeitet. Gleichzeitig wird der Austausch mit anderen Institutionen, z. B. in Form von „Runden Tischen“ oder der Entwicklung von Versorgungspfaden, gefördert.

Die Angebote des Modellvorhabens werden kontinuierlich angepasst und durch die externe Evaluation der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld begleitet und verbessert.

Erfahrungen/Ausblick: Auf lokaler Ebene werden verschiedene Institutionen und ihre Zielgruppen vernetzt, sodass dauerhafte und tragfähige Kooperationen unabhängig vom Modellvorhaben entstehen. Die hierfür erstellte öffentliche Online-Plattform umfasst niederschwellige, zielgruppengerechte Bildungs-, Beratungs- und Vernetzungsangebote. Wesentliches Ziel ist es, die Methoden und Strategien des Modellvorhabens für andere Städte und Kreise übertragbar zu machen.

Session 14 – Infektionen, die Infertilität/ Fertilitätsprobleme

S14/1 Sexually transmitted diseases (STD) und männliche Infertilität

Laila Schneidewind

Universitätsmedizin Rostock, Urologische Klinik und Poliklinik

Steigende Infertilitätsraten, insbesondere bei Männern, sind in der populärwissenschaftlichen Literatur ein hoch aktuelles Thema. Dabei ist Infertilität durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Unvermögen eines sexuell aktiven Paares, das nicht verhütet, eine Schwangerschaft innerhalb eines Jahres zu erreichen, definiert. Die Beeinflussung der männlichen Fertilität durch bakterielle und virale sexually transmitted diseases (STDs) wird weiterhin kontrovers diskutiert und die Datenlage ist nicht eindeutig. In diesem Übersichtsvortrag wird die aktuelle Evidenzlage zu dieser strittigen Thematik kurz und übersichtlich dargestellt, dabei stehen klinische Aspekte im Fokus. Die wichtigsten klinischen Punkte sind: Der direkte oder indirekte Nachweis eines STD Erregers allein, ohne entsprechende Klinik, lässt den Rückschluss auf eine negative Beeinflussung der Fertilitätsmarker, z. B. dem Spermogramm, bisher nicht eindeutig zu. Bei Männern mit entzündlichen Prozessen des männlichen Genitaltrakts sind teils verminderte Parameter der Ejakulatqualität beschrieben, so dass bei männlichen Fertilitätsstörungen eine entsprechende mikrobiologische Abklärung erforderlich ist. Allerdings dürfen bei der Abklärung von Fertilitätsstörungen keinesfalls Paaraspekte vernachlässigt werden, so dass eine STD Diagnostik bei der Frau ebenfalls erforderlich ist. Bei Misserfolgen assistierter Reproduktionsmaßnahmen sollte auch an virale STD gedacht werden, z. B. HPV und HSV. Vor allem bei jungen Menschen im reproduktionsfähigen Alter sollten Möglichkeiten präventiver Maßnahmen verstärkt genutzt werden, insbesondere das Chlamydien Screening für junge Frauen und die HPV Impfung bei beiden Geschlechtern. Zusätzlich zu den klinischen Aspekten besteht zu dieser Thematik ein erheblicher Forschungsbedarf.

S14/2 STI die die weibliche Fertilität bedrohen – was sollten Frauen und ihre Ärzt*innen wissen?

C. Schumann-Doermer

Deutsche Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Verschlossene Eileiter und/oder Verwachsungen im Unterleib gehören zu den häufigsten Ursachen für die weibliche Infertilität. Ursache sind meist aufsteigende Infektionen, die oft unbemerkt ablaufen, am häufigsten verursacht durch Chlamydien. Deshalb wurde das Chlamydien-Screening eingeführt für alle Frauen < 25 Jahren, das allerdings zu selten genutzt wird: Früh erkannt und adäquat behandelt, heilt die Infektion meist fol-

genlos aus. Wichtig: Bei der Diagnose „Chlamydien“ immer auch an eine GO-Infektion denken.

Über einen anderen Weg kann auch eine HPV-Infektion die weibliche Fertilität bedrohen: Eine Konisation aufgrund einer HPV-assoziierten Dysplasie kann das Risiko einer Frühgeburt erhöhen; wenn die Dysplasie schon in ein Cervixcarcinom übergegangen ist, kann eine Entfernung des Uterus erforderlich werden! Eine rechtzeitige HPV-Impfung kann vor der Infektion schützen.

STI-Prävention und -Behandlung setzen Wissen und Engagement von allen voraus:

Frauen sollten wissen, wie sie eine STI verhindern bzw. sich vor ihr schützen können und welche Chancen der Früherkennung es gibt, damit sie sie nutzen können. Ärzt*innen sollten gut informiert sein über die typischen Symptome der STI, die Übertragungswege und die oft erforderliche Partnerbehandlung. Voraussetzung dafür ist, dass das Thema „Sexuelle Gesundheit“ selbstverständlich einbezogen wird in Anamnese, Untersuchung, Diagnostik und Therapie.

S14/3 Therapieerfolg in Patient*innen mit positiven *Mycoplasma genitalium* – Befund mit, ohne und mit unbekannter Azithromycinresistenz

I. Mordhorst^{1,2}, A. Skaletz-Rorowski^{1,2}, A. Potthoff^{1,2}, N. H. Brockmeyer^{1,2}

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

Hintergrund: Azithromycin ist zurzeit das Mittel der ersten Wahl zur Therapie von *Mycoplasma genitalium* (MG), jedoch steigen die Resistenzraten. Vorherige Studien postulieren einen besseren Therapieerfolg, wenn vor Azithromycin zunächst Doxycyclin angewendet wird. Moxifloxacin steht als Second-line-Therapie zur Verfügung. Der Einsatz in der Therapie wird jedoch aufgrund des Nebenwirkungsspektrums und des Einsatzes als Reserveantibiotikum kritisch diskutiert.

Hieraus ergibt sich die Frage: Beeinflusst der Einsatz eines genotypischen Azithromycinresistenztestes den Erfolg der MG-Therapie?

Methoden: Zwischen 10/2018 und 12/2020 wurden im WIR-Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, 372 positive MG-Befunde erhoben. Eingeschlossen wurden Patient*innen, die 1,5 g Azithromycin erhalten haben und bei denen kein oder ein negativer Azithromycinresistenztest vorlag. Zudem wurden Patient*innen mit Azithromycinresistenz und einer Therapie mit Azithromycin 1,5 g; in Kombination mit Doxycyclin als 7-Tages-Therapie, in die Analyse eingeschlossen. Ausschlusskriterium waren andere Therapien und Patient*innen ohne Kontrolluntersuchung (TOC).

Somit verblieben 320 Patient*innen zur Analyse.

Ergebnisse: Bei 320 Patient*innen (mittleres Alter 36,5 Jahre) waren 9,4 % weiblich, 90,6 % männlich, davon 84,0 % Männer, die Sex mit Männern haben, 7,2 % heterosexuell, 7,2 % bisexuell, 1,6 % anderer oder unbekannter Sexualität.

36,1 % der Patient*innen waren HIV-positiv, 32,7 % Nutzer*innen der HIV-Präexpositionsprophylaxe, 31,2 % weder PrEP-Nutzer*innen noch HIV-positiv.

Bei 34,3 % (109) wurde kein Azithromycinresistenztest durchgeführt (10/2018–06/2019). Erfolgreich mit 1,5 g Azithromycin therapiert wurden 56,9 % (62), bei 39,4 % (43) konnten weiterhin MG nachgewiesen werden. 3,7 % (4) wurden nicht behandelt (davon waren, 75 % (3) negativ im TOC, 25 % (1) weiterhin positiv). Bei 65,7 % (211) wurde ein Azithromycinresistenztest durchgeführt (07/2019–12/2020). Hier hatten 48,3 % (102) der Patient*innen keine Resistenz, bei 45,5 % (96) der Patient*innen konnte eine Resistenz nachgewiesen werden, 6,2 % (13) der Resistenztests waren nicht auswertbar.

Von den 102 Patient*innen ohne vorliegende Resistenz wurden 73,5 % (75) erfolgreich mit 1,5 g Azithromycin therapiert, bei 9,8 % (10) konnte MG nach Therapie weiter nachgewiesen werden. Doxycyclin/Azithromy-

cin erhielten 6,9 % (7) der Patient*innen (100 % Erfolg). 9,8 % (10) erhielten keine Therapie (davon waren 50 % (5) negativ im TOC, 50 % (5) weiterhin positiv). 96 Patient*innen zeigten eine Azithromycinresistenz. Von 19,8 % (19) der Patient*innen, die trotzdem 1,5 g Azithromycin erhielten, wurden 57,9 % (11) erfolgreich therapiert. Die Kombination aus Azithromycin und Doxycyclin erhielten insgesamt 71,9 % (69), von denen 44,9 % (31) erfolgreich behandelt wurden. 8,3 % (8) erhielten keine Therapie (davon waren 37,5 % (3) negativ im TOC, 62,5 % (5) weiterhin positiv).

Diskussion: Die Azithromycinresistenz bei MG stellt ein zunehmendes Problem bei der erfolgreichen Behandlung dieser STI dar. Die Analyse vergleicht das Therapieansprechen vor Durchführung einer Resistenztestung und danach. Ohne Resistenz ist die Azithromycintherapie weiterhin Mittel der Wahl. Im Vergleich konnten deutlich mehr Patient*innen bei durchgeführtem Resistenztest erfolgreich mit Azithromycin behandelt werden als in der Vergleichsgruppe ohne Resistenztest (73,5 % vs. 56,9 %).

Limitationen: Da der TOC zwischen 11 und 336 Tagen durchgeführt wurde, könnten einige Therapieversagen auf Neuinfektion zurückzuführen sein. Eine Zunahme der Resistenzen seit 2018 wäre zudem möglich.

Fazit: Bei Patient*innen mit Azithromycinresistenz konnten 44,9 % erfolgreich mit der Kombination Azithromycin und Doxycyclin therapiert werden, sodass diese Option vor Einsatz von Moxifloxacin erwogen werden sollte. Weitere Studien sollten erfolgen.

Session 15 – Sexarbeit und niedergelassene Versorgung

S15/1 Roter Stöckelschuh Projekt – Sexarbeitsfreundliche Gesundheitsversorgung

D. Hacke

Berufsverband erotische und sexuelle Dienstleistungen e.V.

Aus Angst vor Ablehnung und Diskriminierung sprechen einige Sexarbeiter*innen oft nicht mal in ihrem engsten sozialen Umfeld offen über ihre Tätigkeit. Und auch wenn Sexarbeiter*innen Ärzt*innen aufsuchen, kann es für sie schwierig sein abzuschätzen, wie auf ein Outing zu ihrer Berufstätigkeit reagiert wird.

Der Rote Stöckelschuh zeichnet Adressen aus, an denen Sexarbeiter*innen ein Willkommen signalisiert wird und wo sie kompetent und einfühlsam beraten und behandelt werden.

S15/2 „PrEP und Trans*Sexarbeit“

S. J. Blume^{1, 2, 3}

¹Berufsverband erotische und sexuelle Dienstleistungen e.V.; ²Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität dgti e.V.; ³Bundesverband Trans* e.V.

Kontakt: sarah@besd-ev.de

Hintergrund/Fragestellung: PrEP (Prä-Expositions-Prophylaxe) dient allgemein Menschen, welche HIV-negativ sind, vor einer ungewollten HIV-Erkrankung. In aller Regel sind Sexarbeitende hier besonders exponiert. Dies gilt besonders bei denjenigen, welche ungeschützten Verkehr anbieten (müssen), obwohl die Kondompflicht in § 32 ProstSchG (Prostituierenschutzgesetz) gesetzlich verankert ist.

Wie kann PrEP hier im Blick auf Trans*Sexarbeit schützen?

Methoden: Eine gute medizinische Begleitung gehört zur PrEP unbedingt dazu. Dazu gehören regelmäßige PrEP-Checks, vor allem Tests auf HIV sowie die Überprüfung der Nierenfunktion, aber auch Untersuchungen auf weitere Geschlechtskrankheiten. Mit Menschen im Arztberuf kann auch über Nebenwirkungen und Wechselwirkungen (z. B. mit Drogen) gesprochen werden.

Ergebnisse: Trans* Frauen können weibliche Sexualhormone unbedenklich zusammen mit der PrEP einnehmen. Trans* Männer können Testosteron unbedenklich zusammen mit der PrEP nehmen.

Der Wirkstoffspiegel einer der beiden PrEP-Wirkstoffe sinkt zwar leicht, doch gefährdet dies offenbar nicht die Schutzwirkung der PrEP.

Schlussfolgerungen: In Verbindung mit der Nutzung von Kondomen, welche vor einer Vielzahl sexuell übertragbarer Krankheiten schützt, dient PrEP derzeit „nur“ aber immerhin vor dem HI Virus für alle trans Menschen als Sicherheitsleine.

S15/3 Projekt „Niedrigschwelliger Zugang zu therapeutischen Leistungen für Sexarbeiter*innen in akuten Krisensituationen“

Nadja Zillken

Hydra e.V., Berlin

Kontakt: n.zillken@hydra-berlin.de

Hintergrund/Ziele: Hydra e.V. bietet seit Ende 2020 via das Projekt „Niedrigschwelliger Zugang zu therapeutischen Leistungen für Sexarbeiter*innen in akuten Krisensituationen“ einen essenziellen, und trotzdem weitgehend unterversorgten, Baustein in dem Empowerment für Sexarbeiter*innen an, um sich selbst um die eigene (sexuelle) Gesundheit kümmern zu können.

Projektbeschreibung: In dem Projekt werden Sexarbeiter*innen in akuten Krisensituationen an therapeutische Kooperationspartner*innen in eine stabilisierende Kurzzeittherapie von bis zu 10 Sitzungen vermittelt. Da die Abrechnungen über das Projekt laufen sind weder Krankenversicherungsanbindung noch aufenthaltsrechtliche Belange ausschlaggebend, ob eine Vermittlung an die therapeutischen Kooperationspartner*innen stattfinden kann oder nicht. Durch Sensibilisierungsworkshops für Therapeut*innen, Ärzt*innen, medizinisches und beratendes Fachpersonal, unter anderem zusammen mit dem Projekt „Roter Stöckelschuh“, werden Kolleg*innen auf die Arbeit mit Patient*innen mit Sexarbeitererfahrung vorbereitet, Stigma abgebaut und Vertrauenslagen geschaffen, in denen Sexarbeiter*innen weniger Angst vor Stigmatisierung oder/und Re-traumatisierung im Gesundheitssektor haben müssen.

Erfahrungen: Die Erfahrungen des Projektes zeigen, dass niedrigschwellige und zeitnahe psychologische/therapeutische Unterstützung für akut traumatisierte Menschen in der Sexarbeit essenziell ist, damit die Hürden für eine langfristige Anbindung an therapeutische Leistungen gemeistert werden können oder/und die nächsten Schritte nach traumatischen Erfahrungen zu beschließen überhaupt möglich gemacht wird. Besonders bei prekär arbeitenden Menschen oder/und Traumata aufgrund von sexualisierter Gewalt innerhalb und außerhalb der Sexarbeit ist eine zeitnahe

Stabilisierung essenziell, um kontraproduktive oder schädliche Kompensationsmechanismen wie zum Beispiel Verdrängung, Substanzkonsum, Selbstverletzung, etc. zu verhindert oder zumindest abzuschwächen.

Hinzu kommt die Wirkung des Sexarbeitsstigmas, welches viele Menschen in der Sexarbeit zu einem Doppelleben verdammt, in dem weder die eigene Familie noch Freund*innen als Vertrauenspersonen bei negativen Erfahrungen für soziale Unterstützung in Anspruch genommen werden können. Die Angst vor weiterer Kriminalisierung, einem Zwangsouting oder/und Pathologisierung isoliert viele Menschen in der Sexarbeit. Neben den Auswirkungen von Trauma und den eigenen Überlebenskämpfen wird die Priorisierung der eigenen Gesundheit für Sexarbeiter*innen dadurch immens erschwert. Dieses Projekt setzt einen essenziellen Impuls für die Selbsthilfe von Menschen in der Sexarbeit und zeigt deutlich, dass psychologische und sexuelle Gesundheit zusammen gedacht werden müssen.

Session 16 – Perspektiven der STI-Forschung

S16/1 Stärken und Potenziale von molekularepidemiologischen Studien zur deutschen HIV-Epidemie

Karolin Meixenberger¹, Uwe Koppe² und Kirsten Hanke¹ für die Studiengruppen der InzSurv-HIV/MolSurv-HIV und der HIV-1 Serokonverterstudie; ¹Sexuell übertragbare bakterielle Erreger und HIV, Robert Koch-Institut, Berlin; ²Fachgebiet für HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Robert Koch-Institut, Berlin

Einleitung: Am Robert Koch-Institut werden Studien zur sequenzbasierten, molekularepidemiologischen Surveillance von neu diagnostizierten HIV-Infektionen in Deutschland durchgeführt, um in Verbindung mit epidemiologischen Daten eine evidenzbasierte Gestaltung von Public Health-Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Diagnostik und Therapie in Deutschland zu ermöglichen.

Methoden: Im Rahmen der HIV-Studien erfolgt die Sequenzierung von HIV aus pseudonymisiertem Patientenmaterial. Seit 1997 werden HIV-positive Patienten mit bekanntem Infektionszeitpunkt in die HIV-1 Serokonverterstudie eingeschlossen. Seit 2013 wird die molekulare Surveillance der HIV-Neudiagnosen (MolSurv-HIV) basierend auf dem Patientenmaterial aus der HIV Inzidenz Surveillance (InzSurv-HIV) durchgeführt.

Ergebnisse und Diskussion: Die Zulassung neuer Wirkstoffklassen oder neuer Medikamente in etablierten Wirkstoffklassen für die antiretrovirale Therapie einer HIV-Infektion oder für die Prä-Expositions-Prophylaxe kann zum Auftreten neuer oder zum Anstieg bekannter Resistenzprofile führen. Die Überwachung der Entstehung und Übertragung von resistenten HIV ist daher für die Erarbeitung von Therapieleitlinien von hoher Relevanz. Gleiches gilt für die Überwachung der Diversität von HIV, um Diagnostik- und Therapieleitlinien auf die auftretenden HIV-Subtypen und rekombinanten Formen abzustimmen.

Ein weiteres Studienziel ist die Ermittlung des Anteils von kürzlich erfolgten (= rezenten) HIV-Neuinfektionen unter den HIV-Neudiagnosen. Die Analyse der rezenten HIV-Neuinfektionen gibt Hinweise zu Risikopopulationen oder geographischen Regionen mit aktuell hohem Infektionsgeschehen. Darüber hinaus können auch vulnerable Gruppen identifiziert werden, deren Diagnosen häufig spät erfolgen. Zugleich ist die molekularepidemiologische Erkennung und Charakterisierung von HIV-Ausbrüchen oder schnell wachsenden Subepidemien von großer Bedeutung, um Präventionsstrategien regional gezielt anpassen zu können. Auch die Untersuchung des Eintrags, der Übertragungsrate und der Evolution von HIV in Deutschland unter Berücksichtigung verschiedener Einflussfaktoren, wie z. B. die Einführung verschiedener Wirkstoffklassen oder sozioökonomische Faktoren, ist ein wichtiges Studienziel. So können Einflussfaktoren, die die Ausbreitung virulenterer Viren begünstigen, identifiziert und geeignete Präventionsmaßnahmen entwickelt werden.

Zusammenfassend liefern die molekularepidemiologischen HIV-Studien am Robert Koch-Institut wertvolle Daten, um die HIV-Epidemie in

Deutschland besser zu verstehen und Ansatzstellen für Public Health-Maßnahmen zu identifizieren.

S16/2 Bestimmung des intakten HIV-Reservoirs mittels „Intact Proviral DNA Assay“ bei HIV-Patienten unter ART

K. Stute¹, R. Kulis-Horn², A. Skaletz-Rorowski^{3,4}, A. Potthoff^{3,4}, N. H. Brockmeyer³, D. Lütkemeyer¹, C. Tiemann^{1,2}

¹Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich IuM, Bielefeld, Deutschland; ²MVZ Labor Krone, Bad Salzuflen, Deutschland; ³WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Deutschland; ⁴Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr Universität Bochum, Deutschland

Hintergrund: Das latente HIV-Reservoir besteht zu ca. 98 % aus defekten, nicht replikationsfähigen Proviren. Die Reproduktionsunfähigkeit lässt sich auf Deletionen und Mutationen essenzieller Gene des HI-Virus zurückführen. Die Neuinfektion weiterer Wirtszellen eines HIV-Patienten ist somit auf einen kleinen Teil, ca. 2 %, des HIV-Reservoirs zurückzuführen. Die Größe des intakten, reproduktionsfähigen HIV-Reservoirs kann deshalb eine wichtige Kenngröße für die Evaluation der Wirksamkeit der antiretroviralen Therapie (ART) bei HIV-Patienten darstellen. Langzeitbeobachtungen der HIV-Reservoirgröße können dazu genutzt werden, den Einfluss der ART auf das latente HIV-Reservoir einzelner Patienten sowie verschiedener Patientengruppen zu untersuchen. Der „Intact Proviral DNA Assay“ (IPDA), ein für die digitale PCR entwickelter Assay, ermöglicht die Unterscheidung zwischen replikationsfähigen und replikationsunfähigen Proviren. Mittels zweier fluoreszenzmarkierter Sonden, welche an, von Mutationen und Deletionen häufig betroffenen Sequenzen im *env*- und Ψ -Gen binden, werden intakte Proviren identifiziert und über die digitale PCR quantifiziert (Entwickelt für HIV-1 Subtyp B).

Ziele/Projektbeschreibung: Ziel des Projektes ist es, den IPDA für das nanoplattebasierte digitale PCR-System QIAcuity (Fa. Qiagen, Hilden) anzupassen. Nach der Etablierung und einer Plattform-spezifischen Assay-Optimierung sollen Patientenproben mit dem „IPDA“ untersucht werden. Aus den erhobenen Daten sollen anschließend Zusammenhänge zwischen ART und der Veränderungen des HIV-Reservoirs bei den Patienten ermittelt werden.

Erfahrungen: Erste Ergebnisse mit dem IPDA zeigen eine Reservoirgröße zwischen 0–524 intakten Proviren/10⁶ T-Zellen ($n=25$) bei den getesteten HIV-Patienten unter ART. Bei ca. 20 % der getesteten Patienten ($n=25$) wurden keine validen Ergebnisse generiert (keine Fluoreszenzsignale einer oder beider Sonden des IPDA). Ursache könnten Patientenspezifische Mutationen in den Binderegionen der verwendeten Primer und Sonden sein. Die bisher ermittelten Reservoirgrößen sowie die Assay-Fehlerrate sind mit denen weiterer Studien zum IPDA vergleichbar und sollen im Rahmen des Projektes für die Weiterentwicklung des IPDA nutzbar gemacht werden. Sobald eine größere Anzahl an Messungen vorliegt, kann damit begonnen werden, die Zusammenhänge zwischen der Größe des intakten HIV-Reservoirs und Faktoren wie Art und Dauer der ART zu untersuchen.

Session 17 – Resistenzen und Diagnostik

S17/1 Molekulare Antibiotikaresistenz-Surveillance von *Neisseria gonorrhoeae* in Deutschland

K. Klaper¹, S. Banhart¹, R. Selb², S. Buder³, G. Zuelsdorf², P. Kreher¹, J. Eggert¹, K. Jansen², D. Heuer¹

¹Sexuell übertragbare bakterielle Erreger (STI) und HIV, Robert Koch-Institut, Berlin;

²Fachgebiet für HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Robert-Koch-Institut, Berlin; ³Vivantes Klinikum, Dermatologie und Venerologie, Berlin

Die Zunahme von Infektionen mit antibiotikaresistenten *Neisseria gonorrhoeae* (NG) stellt eine deutliche Bedrohung für die öffentliche Gesundheit dar. Im Rahmen der Gonokokken-Resistenz-Surveillance (Go-Surv-AMR) am Robert Koch-Institut werden Ganzgenomdaten sowie phänotypische, epidemiologische und klinische Daten zusammengeführt, um die Resistenzentwicklungen sowie deren Verteilungsmuster in Deutschland zu untersuchen und diese in einem globalen Kontext zu betrachten.

Die NG-Isolate wurden phänotypisch mittels E-Test zentral auf ihre Antibiotikaempfindlichkeit (Azithromycin, Cefixim, Ceftriaxon, Ciprofloxacin, Penicillin und Tetracyclin) getestet. Die Interpretation der minimalen Hemmkonzentration (MHK) erfolgte nach EUCAST Version 11.0. Die Typisierung erfolgte mittels *N. gonorrhoeae* multiantigen sequence typing. Die Genome wurden nach Extraktion der DNA mit der Illumina-Technologie sequenziert. Zur Vorhersage von Resistenzgenen wurde die webbasierte Plattform Pathogenwatch verwendet.

Im Zeitraum 2016–2020 schickten 83 Labore 2344 NG-Isolate ein. Der größte Teil der Isolate stammte von Männern (88 %). Der Altersmedian betrug 33 Jahre bei Männern und 29 Jahre bei Frauen. Insgesamt wurden 592 NG-MAST-Sequenztypen (ST) identifiziert, darunter 257 neue. Darüber hinaus wurden phylogenetische Gruppen identifiziert, die global verbreitet und mit einer verminderten Empfindlichkeit gegenüber Azithromycin, Cefixim oder Ceftriaxon assoziiert sind. Dabei war die verminderte Empfindlichkeit gegenüber Azithromycin überwiegend klonal. Die Ausbreitung von Isolaten des ST12302 korreliert zeitlich mit der Zunahme an Azithromycin-resistenten Isolaten in den Jahren 2016–2018. Mit Hilfe der Ganzgenomsequenzierung konnte dieser Phänotyp auf den mosaikartigen *mtr*-Locus zurückgeführt werden.

Die molekulare AMR-Surveillance ist ein wirksames Instrument zur Bestimmung von Resistenzdeterminanten von NG. Trotz der hohen genetischen Variabilität des Erregers konnten im Rahmen der Ganzgenomanalysen Hauptanteil der Azithromycin-resistenten Isolate mit einem neuartigen, durch Rekombination erworbenen mosaik-*mtr*-Lokus assoziiert werden. Des Weiteren wurde eine Zunahme von Isolaten, deren Empfindlichkeit gegen Cephalosporine abnahm beobachtet. Diese Entwicklungen wird in der derzeitigen AMR-Surveillance kontrolliert.

S17/2 Entwicklung der Untersuchungen auf STI und Positivitätsraten vor und während der Corona-Pandemie im Raum Berlin

Robert Ehret¹, Martin Obermeier¹

¹MVZ-MIB AG – Labor, Oudenarder Str. 16–20, 13353 Berlin

Kontakt: Ehret@mvz-mib.de

Fragestellung: Im Zuge der Corona-Pandemie kam es zu diversen Kontaktbeschränkungen und Schließung von einschlägigen Treffpunkten zur Anbahnung von sexuellen Kontakten (Saunen, Clubs etc.). Als Einsendelabor für viele HIV-Schwerpunktpraxen mit einem Schwerpunkt in der Infektiologie haben wir die Entwicklung der Infektionsraten verschiedener STI in unserem vornehmlichen MSM Klientel vor und während der Pandemie von 2019 bis Februar 2022 untersucht.

Methoden: Statistische Auswertung aller im Zeitraum 01/2019–02/2022 erfolgten PCR-Untersuchungen aus Abstrichen oder Urin auf *C. trachomatis* CT ($N=68.170$ plus angeforderte Untersuchungen auf Serova-

re 1–3; LGV $N = 2485$), *N. gonorrhoeae* NG ($N = 67.640$), *M. genitalium* MG ($N = 14.740$), *T. pallidum* TP ($N = 1950$; plus Serologie ($N = 131.350$); hier gemeldete Re- bzw. Neuinfektionen).

Ergebnisse: Während des ersten „lock-down“ (03/2020–06/2020) konnten wir einen deutlichen Rückgang der Untersuchungsanzahlen feststellen, die Positivitätsraten blieben aber für alle untersuchten STI stabil. Im Verlauf des zweiten „lock-downs“ ab 11/2020 gingen die Untersuchung weniger stark und langsamer zurück. Die Positivitätsraten für CT, NG und MG blieben weiterhin stabil, was auch für den weiteren Verlauf im Jahr 2021 und den Beginn 2022 gilt. Für TP ist in der serologischen Untersuchung ein tendenzieller Rückgang von 1,4% Positivitätsrate (01/2019–03/2020) auf 1,2% (11/2020–02/2022) zu beobachten, der sich in den angeforderten und positiven PCR-Untersuchungen weniger deutlich widerspiegelt (Rückgang von 14,3 auf 13,9%). Lediglich der Anteil an Serovar L1–3 der CT-Infektion ist deutlich gesunken von 14,6% (01/2019–03/2020) auf 8,4% (11/2020–02/2022).

Schlussfolgerungen: Die Einschränkungen und wahrscheinlich auch die Überlastungen der Praxen während des ersten „lock-down“ hatten deutlichen Einfluss auf die Untersuchungszahlen. Offensichtlich waren aber die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme zum Sex trotz Schließungen der Clubs und Saunen über Monate ausreichend, um die Infektionsraten der hier untersuchten STI stabil hoch zu halten.

S17/3 Extensiv Antibiotika-resistente Infektionen mit *Shigella sonnei* in Europa und Gesamtgenom-basierte Identifizierung in Deutschland

Angelika Fruth¹, Christina Lang¹, Ida Sperle-Heupel², Klaus Stark², Ulrich Marcus³, Klaus Jansen³, Bettina Rosner²

¹ Fachgebiet für bakterielle darmpathogene Erreger und Legionellen, Nationales Referenzzentrum für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiserreger, Robert Koch-Institut, Wernigerode; ² Fachgebiet für HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Robert Koch-Institut, Berlin; ³ Fachgebiet für HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Robert Koch-Institut, Berlin

Kontakt: Dr. Klaus Jansen, Robert Koch-Institut, FG34, Seestraße 10, 13353 Berlin

Email: JansenK@rki.de

Hintergrund: Infektionen mit *Shigella sonnei* können hochakut beginnen und sehr infektiös sein. Meist führen sie jedoch zu eher leichten Durchfallerkrankungen. Die Übertragung kann fäkal-oral auch sexuell erfolgen. Von nicht-reiseassoziierten Infektionen sind meist Männer betroffen und Übertragungen unter Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), sind wahrscheinlich.

Durch eine steigende Anzahl von multiresistenten Infektionen (multi-drug resistant, MDR) und Infektionen mit extensiver Antibiotika-Resistenz (extensiv drug-resistant, XDR) sind Behandlungsoptionen für mittelschwere und schwere klinische Verläufe zunehmend eingeschränkt. Das Vereinigte Königreich hat im Februar 2022 ECDC und WHO über eine ungewöhnlich hohe Anzahl von 47 XDR-*S. sonnei*-Fällen unterrichtet, die vom 01.09.2021 bis 10.01.2022 dort gemeldet worden waren. Es wurden 32 Fälle befragt, von denen 50% (16) eine Notfallversorgung in Anspruch genommen hatten. Sexuelle Übertragung zwischen MSM wurde als hauptsächlicher Transmissionsweg identifiziert. Für alle 32 Fälle wurde berichtet, dass diese nicht mit einer gängigen Antibiose wirksam behandelbar waren. Bis zum 15.03.2022 wurden von mindestens neun weiteren europäischen Ländern mehr als 150 Fälle von *S. sonnei* mit identischem XDR-Resistenzprofil berichtet.

Methoden: Isolate von *S. sonnei*, die im Jahr 2021 an das NRZ für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiden eingesendet worden waren, wurden anhand von cgMLST-Verfahren mittels eines Enterobase *Escherichia/Shigella* cgMLST v1-Schemas zur Charakterisierung von *Shigella*-Stämmen untersucht.

Ergebnisse: In Deutschland wurden 14 *S. sonnei*-Isolate mittels Gesamtgenomsequenzierung untersucht. Weitere Analysen des cgMLST-Typs und des Resistenz-assoziierten Genprofils ergaben, dass drei dieser 14 Iso-

late dem gleichen genetischen Cluster zuzuordnen waren wie die Referenz aus dem Vereinigten Königreich. Alle 3 Isolate stammten von männlichen Patienten, Angaben zur sexuellen Orientierung der Patienten lagen nicht vor. Zwei dieser drei Fälle wiesen XDR mit dem genetischen Merkmal CTX-M-27 auf.

Diskussion: MDR- und XDR-resistente Fälle von *S. sonnei* treten seit mehr als vier Jahren in Europa auf. Der aktuell berichtete Typ von *S. sonnei* mit dem Plasmid CTX-M-27 wurde jetzt erstmals im Rahmen eines multinationalen Ausbruchsgeschehens identifiziert. Da z. B. bei immunsupprimierten Menschen schwerwiegende klinische Verläufe auftreten können und sich Ausbrüche bei MSM häufig über längere Zeit erstrecken, sollten Ärztinnen und Ärzte von MSM mit gastrointestinalen Symptomen für Infektionen mit *S. sonnei* sensibilisiert sein und diese differentialdiagnostisch berücksichtigen. Bei vorliegender Infektion sollten angemessene Präventionsmaßnahmen empfohlen werden, um Infektionsketten zu unterbrechen. MSM mit erhöhtem sexuellen Risikoverhalten sollten im Hinblick auf die Möglichkeit einer fäkal-oralen Übertragung von Shigellen sensibilisiert werden und bei plötzlich auftretenden gastrointestinalen Beschwerden ihre Ärztinnen und Ärzte auf eine mögliche sexuelle Übertragung hinweisen. Aufgrund der zunehmenden Resistenzproblematik sollte eine Antibiotika-Therapie, wenn erforderlich, nach Durchführung einer Resistenztestung erfolgen.

Session 18 – Hepatitiden: neue Impfungen & Therapien

S18/1 Start eines stadtteilübergreifenden Hepatitis-Projektes für Geflüchtete und Migrant: innen (insbesondere aus Subsahara-Afrika) – Die Relevanz von Niedrigschwelligkeit & Peer-to-Peer-Arbeit sowie von Netzwerken & Kooperationen

K. Dahlbruch

Aidshilfe Essen e.V., Varnhorststraße 17, 45127 Essen, Fachbereich Beratung & Prävention

Kontakt: k.dahlbruch@aidshilfe-essen.de

Projekt-Ansprechpartner: Deniz Fingskes & Pierre Mayamba

E-Mail: d.fingskes@aidshilfe-essen.de & p.mayamba@aidshilfe-essen.de

Hintergrund/Ziele: In Essen leben 13–14.000 Menschen mit einer afrikanischen oder einer doppelten Staatsangehörigkeit (Gesamtbevölkerung: ca. 588.000). Migrant:innen aus Subsahara-Afrika (MISSA) bilden hinsichtlich Hepatitisinfektionen eine epidemiologisch relevante Gruppe. Auch bei anderen vulnerablen Migrations-Communitys findet man eine deutlich erhöhte Prävalenz von Hepatitis B und C, so gehören zur Zielgruppe z. B. auch LSBTIQ*-Geflüchtete und Migrant: innen ohne Papiere/Krankenversicherung.

Die Aidshilfe Essen e.V. (AHE) hat sich 2016 an einer RKI-Studie zu sexueller Gesundheit bei Migrant: innen aus Subsahara-Afrika beteiligt. Die Ergebnisse der Befragung zeigten mangelndes Wissen über STIs sowie Tabuisierung und Stigmatisierung. Diese Hintergründe brachten AHE und HIV/STI-Beratungsstelle des Essener Gesundheitsamtes zu der gemeinsamen Projekt-Idee, ein Beratungs- und Test-Angebot zu Hepatitis für Migrant: innen zu schaffen. Ein vergleichbares STI-Projekt, welches im Rahmen aufsuchender sozialer Stadtteilarbeit die Menschen niedrigschwellig und kultursensibel erreichen will und hierzu Migranten-Selbst-Organisationen (MSO) sowie Peer-to-Peer-Multiplikator: innen einbindet, gibt es bislang regional nicht.

Das Projekt setzt auf Vernetzung mit Kooperationspartner: innen vor Ort, hierzu zählt v. a. der Arbeitskreis „Sexuelle Gesundheit und Migration“.

Projektbeschreibung: Nach einer sechsmonatigen Vorbereitungsphase läuft das Projekt von Mai 2022 zunächst für 1 Jahr. Das anonyme und kostenlose Angebot wird einmal monatlich an wechselnden Standorten stattfinden, die sich durch bereits laufende niedrigschwellige sozialraumori-

enterte Angebote auszeichnen. Mit den Ortswechseln ist beabsichtigt, unterschiedliche Zielgruppen wohnortnah zu erreichen, was dadurch erleichtert wird, dass in einzelnen Standorten auch MSO (Migranten-Selbst-Organisationen) angebunden sind. Das hauptamtliche Personal von Gesundheitsamt und AHE wird vor Ort von Gesundheitsbotschafter:innen (GeBo's) und bei Bedarf auch durch Dolmetscher:innen unterstützt. Im Vorfeld werden Infoveranstaltungen im Peer-to-Peer-Ansatz vor Ort mit Partizipation von Akteur:innen aus den Communities durchgeführt, z.B. in Flüchtlingsunterkünften und afrikanischen Kirchengemeinden. Anhand von Fragebögen soll das Wissen der Zielgruppen zu Hepatitis überprüft bzw. verbessert werden. Der Fragebogen wird mehrsprachig angeboten. Die Qualitätssicherung des Projektes soll durch Fortbildungen, Fachaustausch, Dokumentationen und Evaluation gewährleistet bleiben. Bei erfolgreichem Verlauf wird das Projekt ggf. in anderen Stadtteilen fortgeführt.

Erfahrungen: Das neue Hepatitis-Projekt basiert auf guten Erfahrungen in etablierten und bewährten Kooperationen und war nur aufgrund dieser so schnell und effektiv stadtteilübergreifend umsetzbar: Das langjährige HIV-Angebot „Teste mich“, welches monatlich in der AHE durch das Gesundheitsamt durchgeführt wird, ermöglichte kurze Entscheidungswege aufgrund gemeinsamer Vorerfahrungen.

Auch Erfahrungen aus der Netzwerkarbeit, speziell des o.g. Arbeitskreises flossen in die Projektinitiative ein. Durch die Vernetzung konnten unbürokratisch und partnerschaftlich Projektstandorte gefunden werden. Die Kontaktpflege zu MSO erleichterte den kultursensiblen Zugang zu Migrant:innen. Die Erfahrungen, die mit GeBo's im Rahmen der RKI-Studie gemacht wurden, zeigten, dass diese Peer-to-Peer-Multiplikator:innen „türöffnend“ in den Communities genutzt werden können.

S18/2 Angaben zu Hepatitis A und B-Impfquote und damit verbundene Faktoren bei Männern, die Sex mit Männern haben, in 43 europäischen Ländern und 14 deutschen Städten

Michael Brandl¹, Axel J. Schmidt², Ulrich Marcus¹, Erika Duffell³, Ettore Severi^{3,4}, Antons Mozalevskis⁵, Anda Kivite-Urtane⁶, Matthias an der Heiden¹, Sandra Dudareva¹

¹Fachgebiet für HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Robert Koch-Institut, Berlin; ²London School of Hygiene and Tropical Medicine, Sigma Research, Department of Public Health, Environments and Society, London, Großbritannien;

³European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, Schweden; ⁴Karolinska Institutet, Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Solna, Schweden;

⁵WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen, Dänemark; ⁶Riga Stradins University, Department of Public Health and Epidemiology, Riga, Lettland

Kontakt: Michael Brandl, Robert Koch-Institut, Seestr. 10, 13353 Berlin, brandlm@rki.de

Hintergrund/Fragestellung: Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), haben ein erhöhtes Risiko, sich mit dem Hepatitis-A-Virus bzw. Hepatitis-B-Viren (HAV/HBV) zu infizieren. Die Impfung gegen diese Infektionen ist für MSM allgemein empfohlen, aber es gibt nur wenige Daten zu spezifischen Impfprogrammen in unterschiedlichen Ländern. Wir untersuchten Impfempfehlungen und Impfquoten von MSM in 43 Ländern der WHO-Euro-Region und in 14 deutschen Städten, um Präventionsempfehlungen zielgerichtet anzupassen.

Methoden: Aus einer großen (N=127.792) paneuropäischen MSM-Onlinebefragung (EMIS-2017) analysierten wir Daten zum selbstberichteten HAV- und HBV-Impfstatus nach Alter, Bildungsniveau, finanzieller Lage, Stadtgröße und Offenlegung der gleichgeschlechtlichen sexuellen Orientierung („Outness“, ein Proxy für die Homosexualität einer Gesellschaft). Wir schlossen Teilnehmer mit einer früheren HAV- oder HBV-Infektion aus. Weiterhin sammelten wir Informationen über die nationalen Impfempfehlungen gegen HAV und HBV in den einzelnen Ländern.

Ergebnisse: Wir analysierten die Daten von 113.884 MSM aus 43 Ländern, darunter 21.328 Teilnehmer aus Deutschland. Das Durchschnittsalter lag bei 36 Jahren (Interquartilsabstand 27–47), 47 % hatten einen hohen Bil-

dungsstatus, definiert als mindestens 6 Jahre in Vollzeitbildung seit dem 16. Lebensjahr, 49 % lebten komfortabel mit ihrem Einkommen, 45 % lebten in Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern, und 59 % waren mehr als der Hälfte ihrer Bekannten gegenüber geoutet. Insgesamt gaben 48 % der Teilnehmer an gegen HAV und 53 % gegen HBV geimpft worden zu sein. Auf Länderebene korrelierte die Impfquote in hohem Maße mit der Outness (HAV: R-Quadrat=0,72; $p < 0,001$; HBV: R-Quadrat=0,64; $p < 0,001$). Darüber hinaus wurde eine positive Assoziation zwischen höherer Bildung, komfortabler finanzieller Lage, dem Leben in größeren Städten und dem Leben in Ländern mit MSM-spezifischen Impfempfehlungen mit einer höheren Impfabdeckung festgestellt.

Von den Teilnehmenden aus Deutschland, wo die Impfung gegen HAV und HBV empfohlen und von der Krankenkasse übernommen wird, gaben 65 % der Befragten an gegen HAV und 64 % gegen HBV geimpft worden zu sein. Die Impfquote in deutschen Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern reichte von 57 % in Städten des Ruhrgebiets bis 78 % in Stuttgart für HAV und von 59 % in Städten des Ruhrgebiets bis 76 % in Berlin für HBV.

Eine aktuelle Befragung staatlicher Public-Health-Akteure in der WHO-Euro-Region ergab, dass die HAV-Impfung für MSM in 7, und die HBV-Impfung in 18 Ländern empfohlen und erstattet wird.

Schlussfolgerungen: Ein großer Teil der in Europa lebenden MSM ist trotz verfügbarer Impfungen nicht vor HAV- und HBV-Infektionen geschützt. Die bessere Umsetzung von MSM-spezifischen Impfempfehlungen und die Verbesserung des gesellschaftlichen Klimas für MSM sind notwendig, um Lücken in der Impfabdeckung zu schließen.

S18/3 Analyse der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Programme zur Elimination von Hepatitis B und C in Osteuropa und Zentralasien (COVIMPACT-Hepatitis)

Michael Brandl¹, Jessica Wohlleben¹, Alyona Mazhania², Olena Kysil¹, Ida Sperle-Heupel¹, Antons Mozalevskis³, Marcelo Naveria⁴, Nicole Seguy⁴, Charbel El Bcheraoui², Viviane Bremer¹, Sandra Dudareva¹

¹Fachgebiet für HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Robert Koch-Institut, Berlin; ²Zentrum für internationalen Gesundheitsschutz, Robert Koch-Institut, Berlin; ³WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen, Dänemark; ⁴WHO-Zentrale, Genf, Schweiz

Kontakt: Michael Brandl, Robert Koch-Institut, Seestr. 10, 13353 Berlin, brandlm@rki.de

Hintergrund/Ziele: Die COVID-19-Pandemie hat nationale Gesundheitssysteme bei der Elimination von Hepatitis B und C erheblich beeinträchtigt, da sie den Zugang von Patient:innen zu Hepatitis-bezogenen Gesundheitsdiensten, Testungen und Therapeutika stark eingeschränkt hat. COVIMPACT-Hepatitis ist ein Kooperationsprojekt zwischen dem Robert Koch-Institut (RKI) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem Hauptziel, die Elimination von Hepatitis im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie in Osteuropa und Zentralasien zu verbessern.

Projektbeschreibung: Im Rahmen des Projekts COVIMPACT-Hepatitis (Juni 2021–Dezember 2022) analysieren wir in fünf Ländern durch WHO und nationale Programme definierte Hepatitis-Eliminationsindikatoren, um Herausforderungen während der COVID-19-Pandemie aufzudecken und Verzögerungen beim Erreichen von Eliminationszielen und daraus folgende Belastungen der Gesundheitssysteme zu untersuchen. Darauf basierend werden Empfehlungen für die Anpassung vorhandener und Entwicklung neuer Strategien zur Kontrolle und Elimination von Virushepatitis in den jeweiligen Ländern erarbeitet.

Für jedes teilnehmende Land führen wir zuerst einen Desk-Review des aktuellen Standes des nationalen Hepatitis-Eliminationsprogramms durch, in den die Ergebnisse einer Literaturrecherche, Berichte, Rechtsvorschriften und Auswertungen verfügbarer Daten eingehen. Die gesammelten Informationen werden unter Verwendung der WHO-Eliminationsindikatoren ausgewertet. In Rahmen von Workshops mit nationalen Stakeholdern werden die Ergebnisse des Reviews diskutiert, Empfehlungen zu Minimie-

rung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Hepatitis Elimination, sowie weitergehende Ansätze für Forschungsvorhaben eruiert.

Erfahrungen: Aktuell nehmen drei Länder an COVIMPACT-Hepatitis teil. In der Ukraine wurde das Projekt bereits durchgeführt und Ende Januar 2022 fand ein Workshop mit Teilnehmenden des ukrainischen Public-Health-Zentrums, aus Krankenhäusern, von Nichtregierungsorganisationen, WHO und RKI in Kiew statt, bei dem Empfehlungen für die Themenbereiche Diagnostik, Therapie, Datenqualität/-politik, und Prävention/Zielgruppen erarbeitet wurden. Einerseits wurde beobachtet, dass der bereits schwere Zugang zu Bestätigungsdiagnostik von Virushepatitis durch die COVID-19-Pandemie zusätzlich erschwert wurde, andererseits konnte 2020 durch Dezentralisierung von Hepatitis-C-Medikamenten die Anzahl erfolgreich therapierter Patient:innen um 147 % gesteigert werden. Während das Wissen seitens Gesundheitspersonal und Allgemeinbevölkerung über Hepatitis-Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten unzureichend ist, wurden gleichzeitig durch die Pandemie neue Patient:innen-Versorgungs- und Informationsmodelle, wie Online-Beratungsdienste und Selbsttestungsangebote etabliert. Der pandemiebedingte Fokus auf Infektionskrankheiten sollte genutzt und das politische Engagement in der Ukraine verstärkt werden, um vorhandene Barrieren zu Hepatitis-Impfungen, -Testungen und -Medikamenten, sowie Stigma gegenüber Hepatitis-Infektionen abzubauen, und Patient:innen und medizinisches Personal besser über Präventions- und Therapiemöglichkeiten zu informieren.

In Kirgisistan und Usbekistan wird der Desk-Review aktuell durchgeführt und Ergebnisse liegen voraussichtlich bis Juni 2022 vor. Vorläufige Ergebnisse aus Usbekistan zeigen, dass während der Pandemie auf Infektionskrankheiten spezialisierte Kliniken, Institutionen und Zentren ihre Dienste auf die Behandlung für COVID-19-Patient:innen umstellen und Hepatitis-Diagnostik- und Behandlungsangebote einstellen mussten, was zu einer Reduktion eingeleiteter Hepatitis-B-Therapien von 65 auf 47 % führte.

Session 19 – STI-Leitlinien: Dissens, Konsens und Implementierung

S19/1 S3-Leitlinie Urethritis bei männlichen* Jugendlichen und Erwachsenen

Ricardo Niklas Werner

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

Erreger der Urethritis (u. a. Gonokokken, Chlamydien, Mykoplasmen) gehören zu den häufigsten bakteriellen sexuell übertragenen Infektionen. Je nach verursachendem Erreger kann es zu unterschiedlich ausgeprägten Manifestationen kommen, allerdings ist weder die Unterscheidung der Erreger noch der Ausschluss von Koinfektionen alleine aufgrund anamnestischer und klinischer Merkmale sicher möglich. In der praktischen Versorgungssituation ist jedoch im Regelfall, noch vor Erhalt des mikrobiologischen bzw. laborchemischen Erregernachweises, die Einleitung einer kalkulierten antibiotischen Therapie indiziert. Bisher vorliegende S2k-Leitlinien werden als Erreger-spezifische Leitlinien der klinischen-praktischen Versorgungsrealität eines symptom-orientierten Ansatzes nur teilweise gerecht. Ziel des Projekts ist die Erstellung von evidenz- und konsensbasierten Empfehlungen für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge von männlichen* Jugendlichen und Erwachsenen mit Symptomen einer Urethritis (der Begriff „männlich“ schließt hier, unabhängig von deren geschlechtlicher Identität, alle Personen mit genital männlichem Phänotypen ein).

So soll eine integrative, Erreger-übergreifende Herangehensweise unter Berücksichtigung der Epidemiologie von Koinfektionen und der Suszeptibilität/Resistenzlage relevanter bakterieller Erreger gefördert werden. Dies soll der komplexen Versorgungsrealität Rechnung tragen und die Heterogenität der Versorgung sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung mit

Antibiotika reduzieren. Geplant ist die Erstellung einer S3-Leitlinie mit systematischer Aufarbeitung der Evidenz und aktueller Daten der Konsiliarlabore, repräsentativer Leitlinienkommission und strukturierter Konsensfindung nach den Vorgaben der AWMF und der GRADE-Arbeitsgruppe. Eine regelmäßige strukturierte Prüfung der Aktualität ist geplant („Living Guideline“). Im Rahmen des Vortrags wird ein kurzer Überblick über den Hintergrund, die interdisziplinäre Beteiligung und Herangehensweise sowie methodische Aspekte der Leitlinienerstellung gegeben.

S19/2 Mycoplasmen – wie sich verschiedene Perspektiven in einer Leitlinie integrieren lassen

Anja Potthoff^{1,2}

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

Hintergrund: Während bei symptomatischen *Mycoplasma genitalium* (MG) Infektionen noch weitestgehend Einigkeit über Diagnostik und Therapie herrscht, besteht Uneinigkeit unter Experten über den Umgang mit asymptomatisch infizierten Personen.

Während einige jegliche Diagnostik ablehnen, empfehlen andere eine konsequente Multiplexdiagnostik inklusive Partnertherapie.

Angeichts steigender Azithromycinresistenzraten von MG ist der Bedarf für Leitlinien groß. Wenn kein Resistenztest vorliegt, empfehlen die CDC-Leitlinien immer Doxycyclin in Kombination mit Moxifloxacin anzuwenden. Gerade Einsatz von Moxifloxacin wird jedoch aufgrund des Nebenwirkungsspektrums und des Einsatzes als Reserveantibiotikum kritisch diskutiert. Die Europäischen Leitlinien beschränken sich auf die Diagnostik und Therapie symptomatischer Infektionen. Hier ist weiterhin Azithromycin Mittel der 1. Wahl.

Problemstellung: *Mycoplasma genitalium* Infektionen sind für bis zu 35 % der nicht-gonorrhoischen und nicht-chlamydienassoziierten Urethritiden verantwortlich. Ungewollte Kinderlosigkeit, Schwangerschaftskomplikationen und aufsteigende Entzündungen sind bekannte Komplikationen. Viele Infektionen verlaufen aber auch asymptomatisch. Zudem treten nicht selten mehrere STI gleichzeitig auf. Werden diese nicht gleichzeitig diagnostiziert, führt ggf. eine unterdosierte oder nicht zielgerichtete Antibiotikatherapie zu weiteren Resistenzen.

Ein hohes Risiko für eine *Mycoplasma genitalium* Infektion hatten im Rahmen der MSM Screening Studie HIV Infizierte und PrEP Nutzer. Da die deutschen Krankenkassen die Kosten der Resistenzbestimmung aktuell nicht übernehmen, wird sie nicht flächendeckend durchgeführt. Laut aktuell vorliegender Studien ist die Azithromycin-Resistenzlage in Deutschland in verschiedenen Städten und Bevölkerungsgruppen sehr unterschiedlich.

Diskussion: Die Azithromycinresistenz ist ein zunehmendes Problem bei der Behandlung von MG. Wissen über MG ist sowohl bei medizinischem Personal als auch bei der sexuell aktiven Bevölkerung sehr begrenzt. In die Leitlinien der PrEP muss eine Beratung über *Mycoplasma genitalium* Infektionen als fester Bestandteil aufgenommen werden. Auch im Rahmen von STI Tests, egal welchen Anlasses, sollte ebenfalls über *Mycoplasma genitalium* aufgeklärt werden. Die Durchführung des Testes kann dann im Rahmen einer informierten Entscheidung durchgeführt oder abgelehnt werden.

S19/3 The prevalence of resistant *Mycoplasma genitalium* in people taking PrEP: a systematic review with meta-analysis

Paulo Roberto Sokoll^{1,2}, Celina Borges Migliavaca³, Marjan Arvandi¹

¹UMIT-Private University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology, Austria; ²Health Department of Ludwigsburg, Germany; ³Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil

Background: *Mycoplasma genitalium* (MG), known by some authors as “the new STI superbug”, is a slow-growing bacterium, lacking a cell wall and transmissible through unprotected sexual intercourse. By invading host cells, MG can activate an inflammatory reaction and trigger various symptoms such as prostatitis, pelvic inflammatory disease, cervicitis, and even infertility in both sexes. In some cases, the infection occurs asymptomatically, thus making diagnosis difficult and contributing to the transmission of the pathogen to other partners. Some studies report high prevalence of antibiotic-resistant MG in people taking pre-exposure prophylaxis (PrEP), which may affect the effectiveness of treatment in this population.

Aim: To identify the prevalence of antibiotic-resistant *Mycoplasma genitalium* among the population taking PrEP.

Methods: The study protocol was submitted to PROSPERO and is currently under review. We searched MEDLINE (via PubMed), EMBASE, and Web of Science up to January 2022 using a search strategy with enhanced sensitivity. We included studies reporting the prevalence of antibiotic-resistant MG infection in individuals taking PrEP. Two reviewers independently identified eligible studies (first through title and abstracts screening and then with full-text reading). The data extraction will also be conducted by two independent reviewers. We will conduct random-effects meta-analysis to summarise the results of included studies. The quality of included studies will be assessed with JBI checklist for prevalence studies, and the quality of evidence will be assessed with GRADE. Both assessments will be conducted by two independent reviewers.

Results: We found 1378 articles, from which 673 were duplicates. We read the titles and abstracts of 705 articles. Of these, 590 were excluded because they did not address the topic of our research. The remaining 115 articles were assessed by full text and 10 were included. The studies cover a total of 9122 people (3086 taking PrEP). Complete results will be presented at the conference.

Conclusion: We expected to find a high prevalence of antimicrobial-resistant MG in the population taking PrEP, and through these data, contribute to the choice of the best treatment against the infection, thus avoiding therapeutic failure and the increasing bacterial resistance.

S19/4 Therapieleitlinien zur Gonorrhoe – ein internationaler Vergleich

Susanne Buder^{1,2}

¹Konsiliarlabor für Gonokokken, Fachgebiet Sexuell übertragbare bakterielle Krankheitserreger, Robert Koch-Institut, Berlin; ²Klinik für Dermatologie und Venerologie, Vivantes Klinikum Neukölln

Kontakt: BuderS@rki.de/susanne.buder@vivantes.de

Einleitung: Infektionen mit *Neisseria gonorrhoeae* sind in den letzten Jahren wegen zunehmend erschwerter Behandelbarkeit in den Focus gerückt. Deshalb ist man international bemüht, mit aktuellen Therapieleitlinien diesem Trend zu begegnen. Ziel ist es, Therapieoptionen festzulegen, die eine sichere Therapiekontrolle ermöglichen und weiteren Resistenzentwicklungen entgegenwirken.

Methoden: Es werden sechs aktuelle Therapieempfehlungen miteinander verglichen: AMWF „Diagnostik und Therapie der Gonorrhoe“ (2019), BASHH „2018 UK national guideline for the management of infection with *Neisseria gonorrhoeae*“ (2019), IUSTI „2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults“ (2020), CDC „Gonococcal Infections Among Adolescents and Adults“ (2020), WHO „WHO guidelines

for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*“ (2016), ASHA „Gonorrhoea“ (2019).

Ergebnisse: Die Entwicklung von Therapieleitlinien für die Gonorrhoe erfolgt auf der Basis der derzeit bestehenden lokalen und globalen Resistenzsituation sowie der Pharmakodynamik und -kinetik der verfügbaren Therapeutika und berücksichtigt auch die individuelle Patientensituation. Daher sind, bis auf die WHO-Leitlinie von 2016, alle Therapieempfehlungen in den letzten 2 Jahren aktualisiert worden.

Die vorgestellten Leitlinien empfehlen uneingeschränkt Ceftriaxon als first-line Therapeutikum. Unterschiede bestehen in der Dosierung (zwischen 250 mg–2 g), wobei alle jüngst aktualisierten Leitlinien die Dosisempfehlungen zu Gunsten höherer Dosierung verändert haben.

Ein besonderer Focus liegt auf Azithromycin. Für dieses Antibiotikum wurde bei *N. gonorrhoeae* weltweit eine steigende Resistenzrate beobachtet, in einigen Ländern sogar vermehrtes Auftreten von high-level Azithromycin-Resistenz. Zudem gibt es gravierende Resistenzentwicklungen bei weiteren STI-Erregern, die oft bei Koinfektionen nachgewiesen werden. In GB und USA wurde deshalb in den derzeitigen Leitlinien auf den dualen Einsatz von Azithromycin als first-line Empfehlung verzichtet. Berücksichtigung findet auch die Lokalisation der Infektion, da z.T. unterschiedliche Bioverfügbarkeiten der Antibiotika bekannt sind. So kann das oral einsetzbare Cefixim keine sichere Erregereradikation im Rachen gewährleisten. Daher sollte in weiteren Lokalisationen (pharyngeal, urethral, anal) nach Infektionen gesucht und die Therapie entsprechend ausgestaltet werden. Alternative Regime zum first-line Vorgehen werden in allen Leitlinien besprochen. Hier gibt es größere Unterschiede, die oft von der Verfügbarkeit und Zulassung der Medikamente in den jeweiligen Ländern abhängen. In diesem Zusammenhang wird in mehreren Leitlinien eine Therapie nach Vorliegen des Empfindlichkeitsprofils empfohlen. Weitere Aspekte sind Applikationsart (i.v., i.m., p.o.) und β -Lactamallergie. Einige Leitlinien, so auch die AWMF-Leitlinie, geben neben Therapieempfehlungen auch Informationen zur Diagnostik, Handlungsempfehlungen bei sexuellem Missbrauch, Partnermanagement und Prävention, sowie zur Therapieerfolgskontrolle.

Diskussion: Die Therapie der Gonorrhoe stellt behandelnde Ärzte weltweit vor eine Herausforderung. Der verantwortungsbewusste Umgang mit den wenigen verbleibenden antibiotischen Therapiemöglichkeiten steht hierbei im Focus. Die deutsche AWMF-Leitlinie ermöglicht im internationalen Vergleich ein sicheres diagnostisches und therapeutisches Vorgehen. Derzeit ist Ceftriaxon weltweit das first-line Therapeutikum. Die Empfehlung zur dualen Therapie mit Azithromycin wird patientenadaptiert und von der lokalen Resistenzsituation abhängig gemacht. Aktuelle Leitlinien auf der Basis verlässlicher Resistenzdaten werden benötigt, um die Therapie sicher und erfolgreich zu gestalten.

Session 20 – Update HIV-Therapie

S20/1 Update ART, PrEP und PEP

Stefan Esser

HPSTD Ambulanz, Universitätshautklinik Essen, Institut für translationale HIV-Forschung, Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen

In Deutschland ist die HIV-Inzidenz 2020 bei MSM gesunken und die UNAIDS Ziele wurden laut Robert-Koch-Institut erreicht: 90 % der Menschen mit HIV (PLH) sind diagnostiziert, von denen 97 % medizinisch angebunden sind und antiretroviral behandelt werden, wobei 96 % eine HIV-RNA < 200 Kopien/ml erreichen. Dauerhaft erfolgreich antiretroviral Behandelte gelten als nicht mehr ansteckend. Möglicherweise ist der zunehmende Gebrauch der oralen Präexpositionsprophylaxe (PrEP) mit Tenofovir/Emtricitabin von Personen mit hohem HIV-Transmissionsrisiko und der Erfolg bei den UNAIDS Zielen in Deutschland und/oder die COVID-19-Pandemie für den Rückgang der HIV-Infektionen 2020 verantwortlich. Noch immer erfolgt die HIV-Erstdiagnose bei vielen PLH erst in fort-

Table 1 S20/2							
		Same ART-regime within 2.5 years (n = 448)			ART-regime change within 2.5 years (n = 468)		
		N	n(%) / MEAN ± SD at start	n(%) / MEAN ± SD after 2.5 years	N	n(%) / MEAN ± SD at start	n(%) / MEAN ± SD after 2.5 years
Weight	[kg]	448	79.15 ± 14.92	80.27 ± 15.74	468	80.48 ± 15.91	81.99 ± 16.66
BMI	–	448	25.47 ± 4.38	25.83 ± 4.76	468	25.86 ± 4.71	26.35 ± 4.95
Viral load not detectable	Yes	448	435 (97.1 %)	439 (98.0 %)	466	450 (96.6 %)	451 (96.4 %)
ART regimen	NRTIs	444	411 (92.6 %)	411 (92.6 %)	461	433 (93.9 %)	429 (93.3 %)
	NNRTIs	444	192 (43.2 %)	192 (43.2 %)	461	166 (36.0 %)	114 (24.8 %)
	INSTIs	444	190 (42.8 %)	190 (42.8 %)	461	143 (31.0 %)	290 (63.0 %)
	PI	444	96 (21.6 %)	96 (21.6 %)	461	194 (42.1 %)	105 (22.8 %)
Single-Tablet-Regime	Yes	444	211 (47.5 %)	211 (47.5 %)	461	107 (23.2 %)	271 (58.9 %)
Standardized weight change within 2.5 years	[%]	448	5.96 ± 12.25		468	7.37 ± 12.09	
	[kg]	448	4.28 ± 9.39		468	5.52 ± 9.17	

geschrittenen Stadien. Obwohl sich die Lebenserwartung von PLH unter antiretroviraler Therapie (ART) der Allgemeinbevölkerung immer mehr nähert, leiden PLH häufiger und früher unter Komorbiditäten. Gerade die alternde HIV-Population nimmt deshalb zahlreiche Medikamente ein, was mit Wechsel- und Neben-Wirkungen einhergehen kann, die Betreuung von PLH vor neue Herausforderungen stellt und die Anforderungen an eine moderne ART erhöht. Neben der Effektivität und einer hohen Resistenzbarriere entscheiden zunehmend auch individuelle Faktoren wie Komorbiditäten und Lebensstile über die Auswahl der geeigneten ART. Für die Ersttherapie werden einmal täglich einzunehmende Single Tablet Regime (STR) bevorzugt, die in der Regel aus drei Substanzen aus zwei unterschiedlichen Substanzklassen zusammengesetzt sind, wobei nukleos(t) idale Reverse Transkriptase Inhibitoren (NRTI) das Rückgrat bilden. Proteaseinhibitoren (PI) und Elvitegravir werden zusätzlich mit Cobicistat oder Ritonavir geboostert, was zu noch mehr Arzneimittelinteraktionen führen kann. Verschiedene Leitlinien empfehlen erstmals auch ein 2Drug-Regime aus Dolutegravir und Lamivudin für ART-Naive ohne chronische Hepatitis B Koinfektion. Eintritts-Inhibitoren (EI) werden vor allem bei schwer Vorbehandelten mit Resistenzen eingesetzt. Neue Substanzen und Klassen werden sowohl für die Behandlung der HIV-Infektion als auch für die Präexpositionsprophylaxe entwickelt, zunehmend auch als „Long acting drugs“. Neue Darreichungsformen reichen vom Injekttable bis hin zum subdermalen Implantat. Bereits verfügbar ist die intramuskuläre Gabe von Carbotegravir und Riplivirin, während der neue, subkutan injektierbare Kapsid-Inhibitor (CI) Lenacapavir in Studien für ART-Naive, schwer Vorbehandelte und PrEP'ler untersucht wird. Wegen bisher ungeklärter, dosisabhängiger Lympho- und Leukopenien unter Islatravir, einem Nukleosid Reverse Transkriptase Translokations Inhibitor (NRTTI) mit Long-acting Potenzial, wurde das Entwicklungsprogramm erstmal gestoppt bis Ergebnisse weiterer Untersuchungen vorliegen. Während bei der antiretroviralen Ersttherapie mit Zweitgenerations-Integrase-Inhibitoren (INSTI) und geboosterten PI-Regimen in der Regel keine neuen Resistenzen auftreten, werden bei Regimen mit nicht NRTI (NNRTI) und CI vereinzelt Resistenzen beobachtet. Für die Postexpositionsprophylaxe (PEP) werden in den aktualisierten, deutsch-österreichischen Leitlinien INSTI-haltige Regime als erste Wahl empfohlen.

S20/2 Switching art regimens is associated with greater weight gain in people living with HIV

Stefan Esser

HPSTD Ambulanz, Universitätsklinik Essen, Institut für translationale HIV-Forschung, Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen

Background: The prevalence of overweight and obesity has increased world-wide within the last decade, and thus in people living with HIV (PLWH). Weight gain in PLWH is complex and influenced by many parameters including antiretroviral therapy (ART) and ART-regime changes over the time.

Methods: The ongoing HIV-HEART Aging study (HIVH) is a prospective cohort to assess cardiovascular risk in PLWH in Germany since 2004. Here, weight change was analysed retrospectively over the last 2.5 years. The participants were grouped based on ART-regimen change vs. no regimen changes. Relative (%) and absolute (kg) weight change were assessed and analysed in linear regression models adjusted for age and sex.

Results: 916 mainly Caucasian participants from HIVH aged 51 ± 10 years were included in the analysis (ART-regimen change within 2.5 years: n = 468 [male = 375 female = 73]; continuous ART-regimen within 2.5 years: n = 448 [male = 398 female = 70]). General and HIV-specific characteristics, including weight change within 2.5 years are shown in Table 1. Despite comparable mean weight (~80 kg) and body mass index (BMI) (~26) at the start of the observation, the regression models showed an absolute weight change that was 1.35 kg (95% CL 0.17–2.53) higher in individuals with changing ART-regimen compared to participants who did not change their regimen. Most switches in the ART-regimen were observed towards an integrase strand transfer inhibitor (INSTI)-containing regimen (63%) and involved simplification to a single-tablet-regimen (STR) (59%). After 2.5 years, the proportion of protease inhibitor (PI)-containing regimens was similar in both groups, while non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI)-containing regimens were more frequent in the continuous ART-regimen group.

Conclusions: We showed that recent changes to contemporary ART-regimens in HIVH during the last 2.5 years were associated with greater weight gain compared to continuous ART-regimen during the observation period. This difference may be explained by the more frequent use of INSTIs in the switch group.

S20/3 Comparative cohort study of HIV antiretroviral treatment failure: treatment dropout and virological failure between Ethiopia [Ayder hospital, 2019] and Germany [WIR-Walk in Ruhr (WIR), center for sexual health and medicine, 2020]

Mulugeta Naizgi¹, A. Skaletz-Rorowski^{2,3}, Norbert H. Brockmeyer^{2,3}, S. Nambiar^{2,3}, F. Lemm⁴, A. Potthoff^{2,3}

¹Mekele University, College of Health Sciences, Mekele, Ethiopia; ²WIR-Walk In Ruhr, Center for Sexual Health and Medicine, Bochum, Germany; ³Interdisciplinary Immunological Outpatient Clinic, Center for Sexual Health and Medicine, Department of Dermatology, Venereology and Allergology, Ruhr Universität Bochum, Germany; ⁴Katholisches Klinikum Bochum, Ruhr-University Bochum Department of Hospital Hygiene

Background: Antiretroviral therapy (ART) has turned HIV/AIDS from a lethal to treatable chronic disease. However, due to poor adherence, drug resistance, or concurrent medical illness, ART failure can challenge managing HIV patients. This study compared HIV-ART failure and treatment dropout prevalence and the viral load (VL) trend after six months of follow-up among HIV-ART failure patient cohorts in Ethiopia and Germany.

Methods: A retrospective comparative cohort study was employed among HIV-ART failure patients diagnosed in 2019 from Ayder Hospital, Ethiopia and in 2020 from WIR, Germany. During the study period, 1300 from Ayder Hospital and 1000 from WIR were on ART. Dropout and virological failure (VL ≥ 1000 copies/ml for Ethiopia & VL ≥ 50 for Germany) were measured. In addition, a descriptive analysis of associated sociodemographic factors and trend of VL after six months of intervention and follow-up was performed using SPSS version 28.

Results: The ART failure cohort included 147 (11.3%) from Ayder Hospital and 50 (5.0%) from WIR. Unlike in the Ayder group, which is marginally female predominant (51.7%), more than three-quarters of the WIR group were males. The median age at diagnosis of treatment failure is significantly higher for both females and males in the WIR than the Ayder group. The WIR group had a significant decline in VL from a median of 3578 copies/ml to 120 copies/ml, compared to the Ayder group, which increased from 19,478 copies/ml to 30,434 copies/ml after six months of follow-up. The WIR group also had a lower treatment dropout rate of 22% compared to 61.2% in the Ayder group. In both groups, a significant number of females dropout from treatment with a rate of 71.1% and 45.5% for the Ayder group and WIR group, respectively.

Conclusions: HIV patients with ART failure in Germany are well retained in follow-up and have better VL suppression than in Ethiopia. Therefore, to improve the outcome of patients in developing countries, addressing barriers to adherence, introducing drug resistance testing and maintaining patients in HIV care and support is vital with greater emphasis on female patients.

Session 21 – Entwicklungen im Bereich STI Diagnostik

S21/1 Point of Care Tests für Erreger sexuell übertragbarer Infektionen: Update und neue Entwicklungen

Thomas Meyer

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

Die Anwendung von Point of Care Tests (POCT) repräsentiert einen wichtigen Faktor in der WHO-Strategie zur Reduktion sexuell übertragbarer Infektionen (STI) und den damit assoziierten Erkrankungen und Komplikationen. POCTs können an Ort und Stelle eingesetzt werden, unabhängig von einem zentralen Labor. Die in kurzer Zeit vorliegenden Testergebnisse ermöglichen eine umgehende Therapie und ggf. die Einleitung weiterer Maßnahmen (wie z. B. Partnerbenachrichtigung). Dadurch kann die Aus-

breitung der Infektion effektiver vermindert werden, als durch die Diagnostik in einem zentralen Labor und der mit dem Probentransport verbundenen Zeitverzögerung, die in der Regel eine Wiedervorstellung der Patienten erfordert. Wesentlicher Nachteil der POCT-Diagnostik ist in vielen Fällen eine unzureichende diagnostische Genauigkeit der Testverfahren, die bei falsch positiven Ergebnissen unnötige Therapien und bei falsch negativen Ergebnissen unerkannte Infektionen zur Folge haben kann. Für *T. pallidum*, *C. trachomatis* und *N. gonorrhoeae* Schnelltests sind von der WHO sogenannte „target product profiles“ festgelegt worden, die unter anderem die minimal erforderliche Sensitivität und Spezifität beinhalten. Viele als POCT eingesetzte HIV-Schnelltests haben eine ausreichend hohe diagnostische Genauigkeit, die mit konventionellen Immunoassays vergleichbar ist. Einige HIV-Schnelltests können zudem zur Eigenanwendung eingesetzt werden (Selbsttest) und stellen eine sinnvolle Ergänzung zur Testung in Gesundheitseinrichtungen dar, um Personen zu erreichen, die sonst nicht getestet werden. Die Frühphase der HIV-Infektion (akute HIV-Infektion) wird mit den verfügbaren HIV-Schnelltests allerdings weniger gut erkannt, als mit konventionellen HIV-Tests. Auch für *T. pallidum* sind eine Reihe von Schnelltests entwickelt worden, die als POCT eingesetzt werden können, wenn sie eine mit den konventionellen Syphilis-Screeningtests vergleichbare Sensitivität und Spezifität aufweisen. Diese Tests erlauben in der Regel keine Unterscheidung zwischen aktiver und abgelaufener Infektion. Durch die gleichzeitige Detektion treponemaler und nicht-treponemaler (Lipoid)-Antikörper ist eine Differenzierung prinzipiell möglich, solche dualen Syphilis Schnelltests können derzeit aber aufgrund der mangelnden Spezifität der nicht-Treponemen Komponente nicht empfohlen werden. Ebenso sind die auf dem Antigen-Nachweis basierenden Schnelltests für *C. trachomatis* und *N. gonorrhoeae* aufgrund unzureichender Sensitivität für eine zuverlässige Diagnostik nicht geeignet. Möglicherweise kann durch modifizierte Detektionssysteme (z. B. Europium-markierte Antikörper) in Zukunft eine Verbesserung erreicht werden. Auf PCR basierende Schnelltests für *C. trachomatis* und *N. gonorrhoeae* haben dagegen eine diagnostische Genauigkeit, die mit den Standard Nukleinsäure Amplifikationsverfahren vergleichbar ist. Neure PCR-Schnelltests benötigen zudem nur 30 min und kein aufwendiges Equipment und erfüllen damit wichtige POCT-Kriterien.

S21/2 Neue diagnostische Möglichkeiten:

„Diagnostik 4.0“. OCT-Imaging zur Darstellung HPV-assoziiert anogenitaler intraepithelialer Neoplasien – eine Pilotstudie

Anja Jung, Maria Ziolkowska, Carsten Philipp, Maik Kilian

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Laserchirurgie, Ev. Elisabeth Klinik, Berlin

Kontakt: Anja.jung@jsd.de

Persistierende HPV-Infektionen sind für die Entstehung anogenitaler intraepithelialer Neoplasien mitverantwortlich. Oftmals treten die Läsionen multilokulär vulvär, vaginal, penil, skrotal, peri- und intraanal auf und haben ein mannigfaltiges klinisches Erscheinungsbild. Es gibt einen hohen Bedarf an nicht-invasiven, dynamischen Untersuchungstechniken z. B. um repräsentative Biopsieareale zu detektieren. In der Dysplasiesprechstunde unseres Hauses versorgen wir jährlich etwa 130 Patient*innen mit hochgradigen anogenitalen intraepithelialen Neoplasien und Karzinomen. Neben der klinischen, leitliniengerechten Untersuchung des gesamten Anogenitalbereichs nutzen wir die optische Kohärenztomographie (OCT) zur Mitbeurteilung dysplasieverdächtiger Hautläsionen. Die OCT ist ein bereits in der Dermatologie zur Beurteilung epithelialer Hauttumoren etabliertes, bildgebendes, nicht-invasives Verfahren, bei dem sich bei einer Auflösung unterhalb von 10 µm Zellverbände bis zu einer Tiefe von ca. 1–2 mm darstellen lassen. Die OCT kann wichtige Informationen zur Integrität der dermoepidermalen Junctionszone und zu Infiltrationstiefen von superfiziellen Läsionen liefern.

In einer Pilotstudie haben wir 17 Patient*innen (7 Frauen, 10 Männer) mit dysplasieverdächtigen, teils multilokulär angeordneten, anogenitalen Läsionen untersucht.

sionen (9 vulvär, 9 perianal, 3 penil) aus unserer Dysplasiesprechstunde zwischen 2020 und 2021 mittels OCT und korrespondierender Histologie untersucht. Eine Patientengruppe hatte 9 klinisch dysplasieverdächtige Läsionen (verruköse Leukoplakien, hyperpigmentierte Papeln und Plaques und Erosionen). In der OCT stellten sich diese Läsionen mit einer deutlich verbreiterten Epidermis (Akanthose) mit gut erhaltener dermoepidermalen Junktionszone und hyporeflektanten basalen Zellnestern dar. Dies OCT-Befunde korrespondierten mit der Histologie hochgradiger intraepithelialer Neoplasien. Außerdem fanden sich bei einer Gruppe von Patient*innen klinisch unauffällige minimale Rötungen und Ekzemmorphen (5 Läsionen), die in der OCT allenfalls leichte Verbreiterungen der Epidermis aufwiesen und die histologisch Entzündungsreaktionen entsprachen. Daneben gab es eine Patientengruppe mit klinisch dysplasieverdächtigen Erosionen, Leukoplakien und leichten verruköser Erythroplakien (7 Läsionen), die histologisch einen entzündlichen oder Normalbefund zeigten. Zwei dieser Läsionen waren allerdings in der OCT bereits unauffällig. Trotz der sehr kleinen Fallzahlen zeigen die Ergebnisse dieser Pilotstudie, dass sich der positive prädiktive Wert und die Spezifität durch eine Kombination aus Klinik und OCT gegenüber der reinen klinischen Untersuchung erhöhen ließen, wobei es größerer Fallzahlen bedarf um eine statistisch valide Aussage treffen zu können.

Die OCT ist ein vielversprechendes Verfahren, das die klinische Diagnostik zur Früherkennung von intraepithelialen Neoplasien unterstützen kann und zu einem verringerten Einsatz histologischer Untersuchungen insbesondere bei Normalbefunden führen könnte. Bei klinischem Verdacht auf eine intraepitheliale Neoplasie ist und bleibt die Histologie Goldstandard in der Diagnosestellung. Da die anogenitalen intraepithelialen Neoplasien oftmals diskontinuierlich und multilokulär auftreten, wäre ein zusätzlicher Nutzen der OCT beim Aufsuchen repräsentativer Biopsieareale denkbar.

S21/3 Routinemäßige Analyse von STI-Parametern aus Trockenblut – auch eine Alternative zu bestehenden Schnelltestsystemen?

K. Meyer-Schlinkmann, S. Guttmann, M. Deckena, R. Kulis-Horn, T. Neiß, C. Tiemann, D. Münstermann

MVZ Labor Krone, Siemensstraße 40, 32105 Bad Salzungen

Korrespondierender Autor: K. Meyer-Schlinkmann

E-Mail: Kmmeyer-Schlinkmann@laborkrone.de

Hintergrund/Ziele: Die Entnahme von Kapillarblut in Form von getrockneten Blutstropfen (DBS) ist eine einfache Möglichkeit, die von Laien durchgeführt werden kann und kein Gesundheitspersonal erfordert. Kapillarblutproben, minimalinvasiv aus der Ferse (Neugeborene) oder der Fingerkuppe (Erwachsene) entnommen, werden auf spezielle Filterpapierkarten aufgebracht. Die meisten Analyten sind im getrockneten Blut auch bei hohen Temperaturen über Wochen stabil. Mit Beginn der COVID-19-Pandemie erlangte die DBS-Analytik neue Bedeutung als Diagnoseinstrument, da Arztbesuche eingeschränkt wurden, um Kontakte zu vermeiden. Daher wurde die Etablierung von Laboranalysen aus Trockenblut fokussiert, durch die ein niederschwelliges, sensitives sowie spezifisches Testangebot zur Verfügung gestellt wird, das insbesondere in der STI-Diagnostik einen hohen Stellenwert einnimmt.

Projektbeschreibung: Im Rahmen des „DBS-Projektes“ wurde eine Liste mit relevanten Parametern erstellt und in drei Bereiche priorisiert: 1. Sexuell übertragbare Erkrankungen (STI), 2. Gesundheitssystem entlastende Analysen, 3. Lifestyle-Parameter.

Zum Nachweis von HIV, HBV, HCV und Syphilis ist die Methodik bereits entwickelt. Zunächst werden alle DBS-Karten einer Qualitätskontrolle unterzogen. Für serologische Analysen werden pro Patient 8–12 Spots mit einem Durchmesser von 6 mm in eine Deep-Well-Platte gestanzt und durch Zugabe von analysespezifischem Puffer und 1-stündiger Inkubation auf einem Schüttler (700–1000 U/min) eluiert. Nach kurzer Zentrifugation werden die Eluate in Röhrchen überführt. Die Messung von Anti-HIV, Anti-HCV, HBs-Ag, Anti-HBc und Anti-HBs erfolgt mit einem Analyzer. Für Syphilis werden der TPPA und VDRL-IgM-Immunoblot manuell durch-

geführt. Für Virus-Direktnachweise werden Plasma-Separation-Cards zur Messung von HIV-, HCV- und HBV-Nukleinsäure auf einem PCR-Analyzer verwendet.

Während die Einführung von Medizinprodukten für DBS-Analysen in medizinischen Einrichtungen nicht als Behandlungseinheit erfolgt, werden für Privatpersonen Entnahmesets nach Artikel 22 (1) MDR (Medical Device Regulation) zur Eigenanwendung zur Verfügung gestellt. Neben DBS-Analysen können die Entnahmesets um weitere Materialien wie Abstrichutensilien für Multiplex-PCR (z. B. CT/NG) ergänzt werden. Hierfür stehen bebilderte Anleitungen für verschiedene Entnahmelokalisationen zur Verfügung.

Perspektivisch ist die Vernetzung mit telemedizinischen Angeboten, z. B. Befundbesprechung positiver HIV-Tests, eine interessante Möglichkeit, die im Rahmen der künftigen Versorgung im Gesundheitswesen diskutiert werden sollte.

Erfahrungen: Initiiert durch die Corona-Pandemie wurde die Analytik von Corona-Antikörpern aus DBS implementiert. Darauf aufbauend wurden im Vorfeld der DRUCK-2.0-Studie HIV, HBV, HCV und Syphilis aus Trockenblut etabliert. Parallel dazu wurde in einer Studie PSA als Screening-Parameter für Prostatakrebs aus DBS etabliert. Durch die Erstellung von laboreigenen Selbstentnahmesets ist das Labor Krone unabhängig in der Lage, Heimtests für die Routine zu etablieren und stetig weitere Parameter zu ergänzen. Zusammenfassend stellen Trockenblutanalysen eine niederschwellige Analysemöglichkeit für verschiedene Parameter dar, die z. B. für HIV eine Alternative zu Schnelltestverfahren sein können.