

Abstracts zur Posterausstellung Jubiläumskongress der DSTIG

14.–16. Juni 2012, Rotes Rathaus, Berlin
Kongresspräsidenten: Wolfram Sterry, Berlin
und Norbert H. Brockmeyer, Bochum
Senior-Kongresspräsident: Peter K. Kohl, Berlin

Übersicht Posterausstellung:

Oral Poster (OP):

- OP14 Chwala N, Küsters U: HPV Genotypenprävalenz in klinischen Proben eines Berliner Diagnostiklabors
- OP15 von Kobyletzki L: Changes in Antioxidant and Lipid Network in HIV patients compared to young and old patients: Probing Epidermis and Dermis by Raman Spectroscopy
- OP27 Santos-Hövenner C: Kultursensible HIV/STI-Prävention bei Sexarbeiterinnen mit Migrationshintergrund
- OP28 Oliveira F, Nitschke H: Sexarbeiter in der STD-Sprechstunde – eine sehr vulnerable Gruppe
- OP29 Vogel S, Wuschek U: Female Sex Worker (FSW) und kommunale Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) - Vergleich der STI-Ambulanzen München und Zürich
- OP34 Gassowski M: Was sind die Risikofaktoren für Chlamydia-, Gonorrhö-, und Trichomonas-Infektionen bei Sexarbeiterinnen, die Gesundheitsämter in Deutschland besuchen?
- OP60 Gauglitz G: Ungewöhnliche Manifestationen der Syphilis im Stadium II
- OP61 Boashie U: Sekundäre Syphilis mit Hörnervenbeteiligung
- OP62 Baoshie U, Spornraft-Ragaller P: HIV-assoziiertes Kaposi-Sarkom der Haut nach Therapie eines Urothelkarzinoms
- OP63 Visan J, Potthoff A: HPV-Typisierung von extragenitalen Warzen bei HIV-positiven Patienten

Poster:

- P1 Adem A: HIV, ART, and the problem of Treatment Failure Detection in Ethiopia – An Example from Ayder Referral Hospital of the Mekelle University
- P2 Bachmann HS: HCV-HIV-coinfected Patients of the Competence Network for HIV/AIDS Cohort: Impact of IL28B Polymorphisms on Sustained Virological Response
- P3 Ehrle FJ: Sexuelle Gesundheit und öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)
- P4 Elsner E: Imiquimod – Therapiealternative bei intraurethralen Genitalwarzen?
- P5 Esser S: Diagnose der frühen Neurosyphilis (NSI) durch Liquoruntersuchungen (CSF) in HIV-infizierten Patienten mit primärer (LI) oder sekundärer (LII) Syphilis-Infektion (SI)
- P6 Fischer E: Auswirkungen der Viruslastmethode auf sexuelles Risikoverhalten und Risikominimierungsstrategien von MSM in HIV-Ambulanzen
- P7 Foteini C: Albert Neisser - sein bedeutender Beitrag zur Dermatologie und Venerologie
- P8 Haar K: Chlamydia trachomatis Surveillance in Deutschland: Einführung eines Labor-Sentinels (Vortrag im Rahmen des AVAC-Satelliten-Symposium)

- P9 Hackbarth KP: Ausrichtung der Prävention an sexuellen Netzwerken
- P10 Jeremic I: Extragenital und intraanal Condylomata gigantea der Buschke-Loewenstein neue Radiowelle System als wirksame Behandlung alternative
- P11 Kaplan L: Coping with HIV and the Decision to Disclose HIV-Status: An Examination of Sexual Behavioral Responses to HIV Diagnosis in Biographical Perspective
- P12 Kobyletzki L: Multiple penile ulcers revealing syphilis, lymphogranuloma venereum and primary HIV infection in man who have sex with men
- P13 Körber J: Standards zur STI-Beratung und -Testung für die Gesundheitsämter in Baden-Württemberg
- P14 Köster C: Vorsorgefahrplan
- P15 Kremer H: Formen und Wirksamkeit von Spiritualitaet als Coping-Strategie
- P16 Langanke H: Target Group Clients: Time Patterns in the Use of Internet Forums of Sex Workers' Clients in Germany
- P17 Langanke H: Modern HIV Prevention Strategies: What are the implications for German populations? Community perspectives
- P18 Langanke H: Qualitätsgeprüfte Informationen zu STI aus weiblicher Sicht auf einen Mausklick – das Modul zu sexuell übertragbaren Krankheiten des Frauen-gesundheitsportals der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- P19 Langanke H: Reliable data and information on HIV/AIDS from a female perspective at your fingertips - a module of the German Frauengesundheitsportal run by the Federal Center for Health Education (BZgA)
- P20 Langanke H: Capacity building for community based women from the East and from the West – the GSSG Twinning Project
- P21 Lenz A: HIV-Schnelltestprojekt „check it“ für männliche Sexarbeiter
- P22 Lindenlaub P: Screening von STD-Erregern als Focussuche bei dermatologischen Erkrankungen weiblicher Patienten in der Magdeburger Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie
- P23 Lutz F: Elektroenzephalographische Diagnose von Depressionen bei Menschen mit HIV
- P24 Mayr K: Sexuell übertragbare Krankheiten bei in Deutschland lebenden HIV-positiven Frauen
- P25 Mayr K: Frauen und HIV/AIDS: Sexualität, Schwangerschaft und gynäkologische Betreuung
- P26 Michalik C: Comparison of characteristics and treatment outcomes of chronic Hepatitis C between HCV-mono-infected and HCV-/HIV-coinfected patients under “real-life”-conditions: an analysis on basis of the German Essex-cohort and the cohort of the German Competence Network for HIV/AIDS (KompNet)
- P27 Paul U: Let's talk about sex - ein Projekt zur Sexuellen Gesundheit der AIDS-Hilfe Tirol
- P28 Sach D: Veränderung ausgewählter Liquorparameter bei HIV-Patienten mit einer Syphilisinfektion
- P29 Scheitz RE: Kaposi-Sarkom Patientenprofil in der Kohorte des Kompetenznetzes HIV/AIDS
- P30 Tchernev G: Luetic meningoencephalitis masquerading as postclimacteric endogenous depression- a diagnostic challenge
- P31 Tchernev G: HPV-associated Buschke-Löwenstein tumours in a patient with disseminated anogenital form of Condylomata acuminatum
- P32 Tchernev G: HPV-associated verrucous carcinoma of the perianal region- a therapeutic challenge
- P33 Weppert A: Menschen in der Sexarbeit – Profis für sexuelle Gesundheit?
- P34 Werner S, Gross G: Skrotales Ulkus bei Skrotodynie
- P35 Flaig B, Werner S, Gross G: Fallbericht: Der schwierige Fall “Perianale Riesenkonfylome”

Posterausstellung Jubiläumskongress der DSTIG

P1

HIV, ART, and the problem of Treatment Failure Detection in Ethiopia – An Example from Ayder Referral Hospital of the Mekelle University Adem A¹, Abebe S¹, Brockmeyer NH², Potthoff A², Skaletz-Rorowski A², Coenenberg J²

¹Ayder Referral Hospital, Mekelle University and; ²Clinic for Dermatology, Venerology and Allergology of the Ruhr-University, Bochum / Competence Network for HIV/AIDS

Aim: By presenting this reported data from the Ayder Hospital of the Mekelle University, we are giving an overview about the HIV epidemic in northern Ethiopia. The aim is to analyse therapeutical options and reasons for regimen changes, which are difficult due to the basic laboratory possibilities without viral load measurement. Using the example of the data of 9 patients who were shifted to a second-line regimen, we are focusing on the main challenges of ART in Ethiopia – the detection of treatment failures.

Background: Compared to other countries in sub-Saharan Africa, Ethiopia's HIV prevalence is - with an estimated number of 2.8% (9.3% in urban areas, 1.4% in rural areas) and a total number of 1,5 million PLWH - quite low. Due to the developing health system and services there is a slow but gradual decline since 2001. Mother to child transmission is a major problem. In 2010 there were still ~19,000 HIV-positive births, out of ~105,000 HIV pregnancies of HIV-positive women.

In the Tigray Region, a northern Ethiopian federal state, HIV prevalence as per a point estimate by federal ministry of health was 3.1% in 2010, though in urban areas up to 15% in females and 11.6% in males. Of these ~100,000 PLWH in Tigray, nearly 28,000 are in need of ART.

The patient cohort of the HIV clinic at the Ayder hospital contains data of 749 HIV-positive patients of the last 4 y. 491 of them ever started ART; 476 patients are active on ART.

Most common first-line treatment regimes are TDF-3TC-EFV (141 patients) and AZT-3TC-NVP (118 patients). In total there are 8 anti-retroviral drugs available; of NRTIs there are AZT, d4T, TDF, ABC, 3TC; of NNRTIs there are NVP and EFV, and as a PI there is Kaletra on hand.

STI and other Co-Infections do play a major role in conjunction with HIV-positive patients, but due to the lack of diagnostic options (syndromic approach is standard), there are no data about STI-co-infection available at this time. The most common and well documented co-infection is tuberculosis; in 2012, during a period of 3 m, 181 patients were HIV/TB co-infected, what makes a percentage of ~24%.

Methodology: For detecting most important therapeutic difficulties, analysis of treatment failure management was accomplished. Only 42 patients (out of 749) were ever switched to a second-line treatment at the Ayder hospital, but most of them are not on follow up in the Ayder hospital for various reasons (lost to follow up, transferred to other facilities, death etc). Thus data of 9 patients who were shifted and documented at the HIV-clinic of the Ayder hospital are analysed by comparing the 1) timelines (start of the ART, month until switching); 2) WHO stages; 3) CD4 basal and actual CD4 count after switching; 4) ART regimes and reason for treatment change.

Findings: The mean age of the patients who were shifted to the second-line regimes was 42,7 y, 7 women; 2 men. The average time until ART was started after HIV-infection was 5 m with a mean

CD4 count of 117/ μ l only (2 patients under 28 CD4 cells). Most of the patients were at WHO stage 3, 2 of them already at WHO stage 4. 5 patients were switched because of an immunological failure with or without concomitant clinical failure, of the later TB in any form was there in 2 patients; 3 due to NVP toxicity and one because of other drug toxicities. No patient was given a first-line regimen with a PI, but all of them were shifted to regimes using Kaletra as a PI. The mean time until switching to second-line therapy was 14 m (excluding one outlier); but if we concentrate of the 4 patients who had therapy side effects, ART was shifted after 1 to max. 4 m.

The mean CD4 count of 5 patients with apparent treatment failure was 307/ μ l; that was determined at a mean duration of 11.8 m after shift. CD4 count of 6 patients were increasing after switching ART above >340/ μ l. Only the CD4 level of one patient, who had NVP toxicity, was decreasing on second-line treatment.

Conclusion: Due to the lack of viral load measurement it is difficult to detect treatment failures as early as necessary, and perhaps misdiagnosed in some cases. This is aggravated by the fact that CD4 count are generally only measured after 6 m which can be problematic and delay the detection of treatment failures.

It is recommendable to test the viral load of every patient before and after switching ART. Due to limited treatment options it would be optimal to do resistant testing even before switching ART. In case that the second-line treatment doesn't take effect, resistance tests would be the next necessary step.

Shifting to second-line treatment could be realised earlier, if diagnostic options could be enhanced in the near future.

P2

HCV-HIV-coinfected Patients of the Competence Network for HIV/AIDS Cohort: Impact of IL28B Polymorphisms on Sustained Virological Response Bachmann HS¹, Siffert W¹, Jansen K², Michalik C², Moll A³, Dupke S⁴, Köppe S⁵, Harter T⁶, Rausch M, Brockmeyer NH^{2,8}, Skaletz-Rorowski A², Competence Network for HIV/AIDS

¹Institute of Pharmacogenetics, University of Duisburg-Essen;

²Competence Network for HIV/AIDS, Bochum; ³Medical Practice Kaiserdamm, Berlin; ⁴Medical Practice Dupke/Carganico/Baumgarten, Berlin; ⁵Medical Practice Köppe/Kreckel, Berlin; ⁶University Hospital, Erlangen; ⁷Medical Practice, Aerztezentrum Nollendorfplatz, Berlin and; ⁸Clinic for Dermatology, Venerology and Allergology of the Ruhr-Universität, Bochum

Background: Two single nucleotide polymorphisms (SNP, rs8099917, rs12979860) near the *IL28B* gene have been described independently from each other as outcome predictors of hepatitis C virus (HCV) treatment with peginterferon and ribavirin. HIV-HCV-coinfected individuals respond less effective to this poorly tolerated treatment than mono-infected patients. Therefore, identification of a precise predictor of response is of particular interest in this subgroup. Our aim was to analyse whether these two SNPs and two SNPs in linkage (rs28416813, rs8103142) within *IL28B* and their respective haplotypes have independent and/or cooperative impact on HCV-treatment response.

Methods: Analysis was conducted on basis of the cohort of the German Competence Network for HIV/AIDS, with ~8,400 treated

patients under follow-up (April 2011). Inclusion criteria were validated HCV-coinfection, completed HCV-treatment course as well as availability of outcome parameters and genomic DNA. Genotypes have been achieved by Pyrosequencing. Statistical analyses for allele, genotype and haplotype dependence of treatment outcome have been done using SPSS 17.0 and Haploview 4.0.

Results: 255 HCV-infected and treated Caucasian patients were included in the final analysis, of which 85.5% were male. 132 patients (51.8%) achieved sustained virological response (SVR). HCV genotype 1 was detectable in 66.8% of the patients, HCV-2 in 1.9%, HCV-3 in 14.9%, HCV-4 in 14.9% and HCV-5 in 1.5%. *IL28B* SNPs were in strong linkage disequilibrium to each other (pairwise D' 0.90 to 0.96). Single SNPs showed a significant influence of genotypes on HCV treatment response as previously described. *IL28B* allele and haplotype analyses revealed a significant influence of *IL28B* variants on treatment response, whereas combined analysis of rs8099917/rs12979860 leads to three major haplotypes (A/G; A/A; C/A) and showed the strongest value for prediction of response. A/G haplotype was a predictor of SVR (OR 1.6; 1.1-2.3; $p=0.02$); A/A showed intermediate results (OR 0.9; 0.5-1.4; $p=0.61$) and C/A was associated with a significantly reduced SVR rate (OR 0.6; 0.3-0.8; $p=0.01$).

Conclusions: *IL28B* gene variants are associated with HCV treatment response in HIV-infected individuals. Especially, analysis of rs8099917/rs12979860 haplotypes can improve treatment decisions and should be considered in further studies and algorithms in HIV/HCV-coinfected patients.

P3

Sexuelle Gesundheit und öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Ehrle FJ, Hoeltz K, Menze B, Platzmann-Scholten A

Verband der AIDS-Fachkräfte und-KoordinatorInnen NRW

Fragestellung: "Sexuelle Gesundheit ist ein Zustand des physischen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf Sexualität" (WHO 2002).

Die Angebotspalette zu "sexueller Gesundheit" in Deutschland ist durch strukturell und fachlich zersplitterte Zuständigkeiten sowie eine Vielzahl von miteinander nicht vernetzten Angeboten und Anbietern auf den verschiedenen Ebenen sexueller Gesundheit gekennzeichnet. Diese Situation verhindert (a) einen einfachen Zugang für Ratsuchende, (b) eine integrierte Beratung und (c) die Möglichkeit, Angebotsüberschneidungen bzw. -defizite zeitnah zu erkennen und zu beseitigen.

Wie kann in Deutschland auf den verschiedenen Ebenen sexueller Gesundheit ein integrativer Ansatz entwickelt werden, der die Angebote auf diesen Ebenen gleichzeitig miteinander vernetzt?

Methoden: Konzeptionell und strukturell sind in den Bereichen Planung, Vernetzung und Koordination alle Akteure im Bereich sexueller Gesundheit und alle inhaltlichen Facetten zu einem Ganzen zusammenzuführen und weiter zu entwickeln. Hierfür bedarf es einer Bestandsanalyse der vorhandenen Angebote auf regionaler und überregionaler Ebene.

Mittels Koordination, Implementierung und Integration erfolgt dann eine Zusammenführung und Vervollständigung der Angebotspalette, die in (regionalen) "Kompetenznetzwerken zu sexueller Gesundheit" ihren Ausdruck findet.

Ergebnisse: Die AIDS-/STI-Koordinatoren/innen und AIDS-/STI-Fachkräfte NRW haben zu diesem Thema den Entwurf zu einem "Eckpunktpapier NRW. Sexuelle Gesundheit und öffentlicher Gesundheitsdienst" erarbeitet (Mai 2011), das den Handlungsbedarf in diesem Bereich beschreibt.

Schlussfolgerungen: Es ist notwendig, eine koordinierte und systematisch vernetzte Zusammenführung und Weiterentwicklung der unterschiedlichen Lebensthemen zu sexueller Gesundheit voranzutreiben, um einen einheitlichen, schnellen und leichten Zugang zu den entsprechenden Angeboten zu ermöglichen. Der ÖGD kann aufgrund seines Auftrages zur Koordination die Akteure, die im Bereich sexuelle Gesundheit tätig sind, zusammenführen. Ziel ist

die Schaffung von (regionalen) Kompetenznetzwerken zu sexueller Gesundheit, um den Zugang der Ratsuchenden zur Versorgungslandschaft zu gewährleisten bzw. zu erleichtern.

P4

Imiquimod – Therapiealternative bei intraurethralen Genitalwarzen?

Elsner E, Hartmann R

Abteilung für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Bundeswehrkrankenhaus Berlin

Fragestellung: Literaturangaben zufolge ist in bis zu 30% der Fälle von männlichen Pat. mit Genitalwarzen auch die Harnröhre betroffen und stellt eine besondere therapeutische Herausforderung dar. Chirurgische Therapieverfahren wie die Exzision, Kryotherapie oder die Laserabtragung erfolgen in der Regel in Vollnarkose und bergen das Risiko von Komplikationen wie Narbenbildung und Strikturen. Konservative Therapieformen wie die Anwendung von Podophyllo-toxin (Condylox® Lsg.) oder Imiquimod (Aldara® 5%-Creme)(IQ) finden bislang nur in der Behandlung von extraurethralen Kondylo-men breite Anwendung und zeigen hier auch Abheilungsraten von 50-80%. Bei intraurethralem Befall lassen sich in Hinsicht auf die topische Anwendung bisher aber nur wenige Einzelfallberichte für die Anwendung von 5-Fluorouracil und IQ finden.

Fallbeschreibung: Anamnese: Wir beschreiben hier den Fall eines 36-jährigen Patienten mit Kondylo-men im Bereich der Fossa navicularis urethrae, welche ausschließlich durch schmerzlosen spontanen Blutabgang (Blutfleck in der Unterhose) aufgefallen waren.

Diagnostik: Klinische Untersuchung: typische Läsion im distalen Abschnitt der Urethra nahe dem Meatus, von außen nicht sichtbar! Erst durch Umstülpen der Urethra bzw. mit Hilfe eines kleinen Spreizers wird ein 0,5cm großes papulöses Knötchen sichtbar. Histologie: typ. Kondylom; HPV-PCR: Nachweis von DNA HPV-Typ 11. Posttherapeutische Kontrolle durch Urethroskopie: nach 6 und 12 Monaten: kein Hinweis auf ein Rezidiv; Uroflow-Messung: kein Hinweis auf klinisch relevante Strikturen, Urin-Status und Sediment sowie Urinkultur wiederholt unauffällig

Therapie und Verlauf: Unter der Therapie mit IQ 3x/Wo intraurethral für 6 Wochen waren die Kondylo-me vollständig abgeheilt und makroskopisch nicht mehr sichtbar. Die Therapie wurde bis auf lokalen Juckreiz und einer diskreten Rötung am Harnröhrenaussgang problemlos vertragen. Die urethroskopischen Verlaufsuntersuchungen nach 6 Monaten und 12 Monaten zeigten keinen Anhalt für ein Rezidiv. Im Rahmen der Ausbreitungs-prävention erfolgte die Durchführung der HPV-Impfung mit Gardasil®. Der Patient beklagt aber bis heute anhaltende Mißempfindungen in Form von Fremdkörpergefühl im Bereich des Harnröhrenaussgangs.

Diskussion und Schlussfolgerungen: In dem hier beschriebenen Fall konnte unter IQ nach 6 Wochen Therapiedauer der Befund komplikationslos zur Abheilung gebracht werden. Im Verlauf erfolgte dann die HPV-Impfung mit Gardasil® zur Ausbreitungsprävention. Urethroskopische Kontrollen nach 6 Mo und 12 Mo waren unauffällig. Als subjektiv sehr störend müssen allerdings die geschilderten Mißempfindungen hervorgehoben werden, wobei hier unklar bleiben muss, ob diese durch die Therapie mit IQ oder/und die anschließende HPV-Impfung bedingt sind. Dieser Fall zeigt die gute Effektivität von IQ auch bei intraurethralem Befall, so dass bei lokalisiertem Befall IQ unseres Erachtens durchaus eine Therapiealternative darstellt. Wie kürzlich publiziert scheint es auch bei ausgeprägtem Befall der gesamten Harnröhre gerade im Rahmen einer neoadjuvanten u./o. adjuvanten Therapiemöglichkeit in Kombination mit den klassischen ablativen Verfahren, welche ja nur sichtbare Läsionen erfassen, von Nutzen zu sein und zur Therapieoptimierung und -effektivität beitragen können. Wirkung aber auch Nebenwirkungen bei der Behandlung intraurethraler Genitalwarzen durch IQ sowie neueren Generationen von Imidazoquinolinen (z. B. Resiquimod) sollten daher in Studien weiter untersucht werden.

P5

Diagnose der frühen Neurosyphilis (NSI) durch Liquoruntersuchungen (CSF) in HIV-infizierten Patienten mit primärer (LI) oder sekundärer (LII) Syphilis-Infektion (SI)

Esser S, Jablonka R, Riehemann C, Rompoti N, von Heinegg E, Schadendorf D

Klinik für Dermatologie und Venerologie, Universitätsklinikum Essen, Institut für Mikrobiologie, Universitätsklinikum Essen.

Fragestellung: Bei HIV/Syphilis-Koinfizierten wurden schwerere und häufiger therapierefraktäre Krankheitsverläufe der Syphilis beobachtet. Auch ein häufigerer Befall des ZNS und das vermehrte Auftreten einer Neurosyphilis wurden bei HIV-Infizierten gegenüber HIV-negativen Patienten selbst während der Frühsyphilis in verschiedenen Untersuchungen beschrieben. Deshalb empfehlen einige Leitlinien für HIV/Syphilis-Koinfizierte eine diagnostische Liquorpunktion zum Ausschluss einer Neurosyphilis. In Abhängigkeit von der Definition der Neurosyphilis unterscheidet sich deren Inzidenz in den Publikationen.

Methoden: Im Rahmen dieser prospektiven Studie an HIV-infizierten Patienten mit serologisch und klinisch aktuell neu diagnostizierter Frühsyphilis (LI, LII) wurden neben neurologischen Untersuchungen Liquorpunktionen (TPHA, FTA-ABS-19s-IgM, Treponem spezifische IgM und IgG Western Blot, blood-CSF-barrier, ITpA Index (IgG Index) = (IgG CSF: serological IgG) : (Albumin CSF: serological Albumin)) durchgeführt.

Ergebnisse: 80 HIV/Syphilis-koinfizierte Patienten (1 Frau, 79 Männer davon 74 Männer, die angaben Sex mit Männern zu haben, Durchschnittsalter 38,3 Jahre) willigten zur Durchführung der Liquorpunktion ein. Die durchschnittliche CD4-Zellzahl betrug 478/ μ l (Range 81-1164) und die mittlere HIV-RNA lag bei 33896 Kopien/ml (Range <37-500000). Obwohl 53 (66,3%) Patienten antiretroviral behandelt wurden, hatten nur 11 (32,3%) der 80 Patienten zum Zeitpunkt der Diagnose der Frühsyphilis eine HIV-Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze (HIV-RNA < 50 Kopien/ml). 67,5% der eingeschlossenen Patienten hatten klinische Symptome der Frühsyphilis (14% Ulcus durum, 55% Exantheme). Alle IgM-Western Blots waren positiv. Der durchschnittliche TPHA-Titer war 1: 40960 (Range 1:256-1:41943040). Der mittlere VDRL betrug 1:128 (1:1-1:8192). Der durchschnittliche Liquor-TPHA Titer lag bei 1:64 (range 1:2-1:16000). 15 (19%) Patienten hatten einen positiven FTA-ABS-19s-IgM im Liquor. Vier (13%) Patienten hatten eine gestörte Blut-Hirn-Schranke. 14 (17,5%) Patienten hatten einen eindeutig positiven ITpA Index von > 3,0. Objektivierbare neurologische Symptome konnten in vier Fällen (5%) (Zwei Hirnnervenlähmungen, Oculäre Scotome, Meningitis) diagnostiziert werden. Der bestätigten Diagnose einer frühen Neurosyphilis folgte eine intravenöse Penicillin G Therapie über 21 Tage. Alle Anderen erhielten intramuskuläre Penicillin-Injektionen für 14 Tage.

Schlussfolgerungen: Bei 17,5% der HIV-infizierten Patienten mit einer Frühsyphilis (LI, LII) konnte mittels Liquorpunktion eine Neurosyphilis diagnostiziert werden. Ob die frühe Neurosyphilis auch bei HIV-Infizierten ohne angepasste intravenöse Penicillintherapie ausgeheilt wäre, müssen weitere Untersuchungen klären.

Männern haben (MSM). Bei diesen wird die Etablierung der Viruslastmethode als alternative Risikominimierungsstrategie beobachtet. Diese schätzt eine HIV-Infektion als nicht infektiös ein, wenn unter wirksamer Therapie eine seit sechs Monaten konstant nicht messbare Viruslast sowie keine weitere sexuell übertragbare Erkrankung vorliegt (Vernazza et al., 2008).

Ziel dieser Untersuchung ist die empirische Deskription aktueller Popularität der von Vernazza et al. formulierten Präventionsstrategie, die Prüfung auf Einhaltung ihrer Grundbedingungen sowie ihrer Wirkung auf Risikoverhalten und Serokommunikation.

Zu dieser Thematik liegen bisher keine Daten einer deutschen Stichprobe in kontinuierlicher Behandlung vor.

Methoden: Es wurden in einer Stichprobe 445 HIV-infizierte MSM befragt, welche sich in HIV-Schwerpunktambulanzen in regelmäßiger Betreuung befinden.

Die Datenerhebung erfolgte durch ein persönlich geführtes, strukturiertes Interview sowie mehrere Selbstberichtsfragebögen zur Objektivierung von Sexualität (SCS, SSSS) und deren Rahmenbedingungen, Substanzkonsum (Europ-ASI), psychiatrischen Erkrankungen in der Anamnese (BDI) sowie von verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen (BIS 11).

Der explorative Anteil der Arbeit beschränkt sich auf eine deskriptive Auswertung, während für interferenzstatistische Gruppenvergleiche Standardtests eingesetzt wurden.

Ergebnisse: 27 aller sexuell aktiven Teilnehmer gaben die Anwendung der Viruslastmethode (VM+) an. Diese Gruppe zeigte ein signifikant risikoreicheres sexuelles Verhalten:

Bei größerer Zahl anonymer Sexualkontakte (VM+ 70,4% zu 43,6% bei Nicht-Anwendern (VM-)) fand sich aktiver (VM+ 59,3% zu VM- 36,0%) und passiver (VM+ 55,6% zu VM- 35,5%) ungeschützter Analverkehr im Gruppenvergleich häufiger. Konsequenter Kondomgebrauch zeigte sich mit 22,2% (VM+) zu 68,3% (VM-) im Vergleich seltener. Monogame Beziehungen wurden von 11,1% (VM+) angegeben, wohingegen 28% aller sexuell aktiven Teilnehmer Sex mit nur einem Partner in den letzten 12 Monaten angaben.

Der Gruppenvergleich des Kommunikationsverhaltens zeigte sowohl für die allgemeine Thematisierung von HIV als auch für die Übermittlung des eigenen Infektionsstatus signifikant geringere offene Kommunikation in der Viruslastgruppe ($p=.023$; $p=.043$ mit $\alpha=.05$). V. a. bei anonymen Kontakten blieb diese vermehrt aus. Ein Viertel der Gruppe gab an, sich grundsätzlich nicht zu schützen.

Die Differenzierung des Kommunikationsstiles ergab einen Schwerpunkt der Viruslastgruppe auf der Kommunikationsstrategie des Seroguessing als Einschätzung des HIV-Serostatus der Sexualpartner anhand von äußeren Merkmalen oder der Rekrutierungsorte.

Schlussfolgerungen: Die Anwendergruppe der Viruslastmethode ist klein. Problematisch erscheint, dass die Anwendergruppe seltener und eher reaktiv kommuniziert, Tendenziell erfolgt auch ein ungenauer Informationsaustausch, während, bei höherem sexuellen Risikoverhalten v. a. in offenem bzw. anonymem Rahmen, gerade bei letzterem die Offenlegung des Infektionsstatus eher vermieden wird.

Die Zielgruppe der Viruslastmethode, die eine informierte Partnerschaft voraussetzt, divergiert mit der Anwendergruppe, welche oft auf eine offene Kommunikation verzichtet und durch häufige, ungeschützte Sexualkontakte die Ausbreitung der HIV-Infektion vorantreibt.

P6

Auswirkungen der Viruslastmethode auf sexuelles Risikoverhalten und Risikominimierungsstrategien von MSM in HIV-Ambulanzen

Fischer E¹, Potthoff A¹, Norbert Scherbaum², Brockmeyer NH¹, Kompetenznetz HIV/AIDS

¹Klinik für Dermatologie und Allergologie, St. Josef Hospital, Ruhr-Universität Bochum and; ²VR Klinikum Essen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Fragestellung: In den letzten Jahren finden sich kontinuierlich hohe HIV-Neudiagnoseraten in Deutschland bei Männern, die Sex mit

P7

Albert Neisser: sein bedeutender Beitrag zur Dermatologie und Venerologie

Foteini C

Klinik für Dermatologie und Venerologie Charité Universitätsmedizin Berlin

Fragestellung: Albert Neisser (1855, Schweidnitz - 1916, Breslau) gehört zu den Gründern der deutschen Dermatologie. Neissers Arbeit war international anerkannt und aus seiner Schule ging eine große Zahl bedeutender Dermatologen hervor.

Ausbildung und Berufslaufbahn: Er besuchte das humanistische St.-Maria-Magdalena-Gymnasium in Breslau zusammen mit dem

später berühmten Paul Ehrlich. 1872 bestand er das Abitur. 1872-1877 studierte er in Breslau und in Erlangen Medizin und erhielt 1877 die Approbation mit der Arbeit über die Bandwurmerkrankung. Er arbeitet für zwei Jahre als Assistent des Dermatologen Oskar Simon (1845-1882) an der neugegründeten Breslauer Hautklinik. 1880 habilitierte er sich und übernahm 1882 als außerordentlicher Professor die Leitung der dermatologischen Klinik in Breslau. 1888 gründete er die Deutsche Dermatologische Gesellschaft und 1902 die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. 1907 erhielt er die ordentliche Professur.

Wissenschaftlichen Tätigkeiten: 1879 gelang Neisser die Entdeckung des Erregers der Gonorrhoe, den er "Micrococcus" nannte, von Ehrlich später in "Gonococcus" (*Neisseria gonorrhoeae*) umbenannt. Er war 24 Jahre alt und befand sich im zweiten Jahr seiner dermatologischen Ausbildung. Im gleichen Jahr untersuchte er in Norwegen Leprafälle und mit einer speziellen Färbemethode konnte er den Leprabazillus nachweisen. Ein weiteres Arbeitsgebiet war die Syphilis. 1892 verursachte Neisser einen der ersten deutschen Medizinskandale: infizierte bei einem Menschenversuch Krankenhauspatientinnen mit Syphilis. Er reiste zweimal (1905, 1907) nach Java zum Zwecke der Syphilisforschung und mit der Hoffnung eine Schutzimpfung zu finden. Neisser fand nicht den Erreger der Syphilis, aber er lieferte wesentliche Beiträge zum Infektionsmodus durch Versuche mit Affen. Gemeinsame Studien mit Wassermann führten zur Entwicklung einer Nachweisreaktion für Syphiliserreger (1906) im Blutserum (*Wassermann-Neisser-Reaktion*). Er befasste sich auch mit anderen Hauterkrankungen (Lupus-Erkrankungen, Hauttumoren, Hautinfektionen, Psoriasis, Hautpilzerkrankungen, Pemphigus, Ekzem). Zahlreiche Werke (eine Auswahl): *Über eine der Gonorrhoe eigenthümliche Micrococccenform* (1879); *Die Mikrokokken der Gonorrhoe* (1882); *Beiträge zur Pathologie und Therapie der Syphilis* (1911); *Syphilis und Salvarsan* (1913); *Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung* (1916); *Über die Bedeutung der Lupuskrankheit und die Notwendigkeit ihrer Bekämpfung* (1908).

Schlussfolgerungen: Neisser war sowohl Theoretiker und Experimentator als auch Kliniker und Therapeut. Die Krankheiten Gonorrhoe, Syphilis und Lepra waren sein Hauptinteresse. Neisser begründete seinen wissenschaftlichen Ruf mit der Entdeckung des Gonococcus. Die Grundlage seiner Leistungen war der ungeheure Fleiß und sein eiserner Wille. Er meinte selbst "das Leben wäre ja ohne Arbeit ganz unerträglich langweilig". Die energische und tatkräftige Persönlichkeit Neissers ist ein Vorbild für die nächsten Generationen und eine Erinnerung an die Vergangenheit.

P8 (Vortrag im Rahmen des AVAC-Satelliten-Symposium)

Chlamydia trachomatis Surveillance in Deutschland: Einführung eines Labor-Sentinels

Haar K, Sailer A, Schmidt D, Hamouda O

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

Infektionen mit *Chlamydia trachomatis* (CT) sind häufig, vor allem bei Frauen, asymptomatisch und können zu Infertilität führen. Gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind CT Infektionen jedoch in Deutschland nicht meldepflichtig und daher können auf nationaler Ebene keine Aussagen über die Epidemiologie getroffen werden. Lediglich im Bundesland Sachsen besteht gemäß einer Landesverordnung (§ 2 IfSGMeldeVO, Absatz 2) eine nichtnamentliche Meldepflicht für akute CT-Infektionen. 2008 wurden nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein opportunistisches CT-Screening für Frauen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr eingeführt, jedoch wurde vorerst keine begleitende Datenerhebung beschlossen. Um Daten zur Testhäufigkeit, den Positivenanteilen sowie der Verteilung der Testungen und Infektionen zu erhalten, wurde im September 2010 mit der Etablierung eines CT-Laborsentinels begonnen. Im Rahmen einer Basisbefragung sollten Informationen zur Verteilung und den Besonderheiten der diagnostisch tätigen Einrichtungen in

Deutschland eingeholt werden, um dann eine repräsentative Auswahl an Laboren rekrutieren zu können.

Innerhalb dieser Basisbefragung wurden Fragebögen an 1504 Institutionen in ganz Deutschland versandt. Insgesamt wurden 725 Fragebögen (48%) zurückgeschickt und 143 Labore gaben an CT-Diagnostik durchzuführen.

Für die Rekrutierung der ersten potentiellen Teilnehmer erfolgte eine Einteilung nach verwendeter Laborsoftware und Probenanzahl. Es wurde aufgrund der erwarteten Datenmenge eine elektronische Übermittlung der Daten sowie ein einheitliches Daten-Format festgelegt und die Programmierung der Laborsoftware an die individuellen Gegebenheiten angepasst.

Erste Daten wurden nun auf Plausibilität geprüft und vorläufige Analysen zeigen alters- und geschlechts-spezifische CT-Prävalenzen, die mit denen aus anderen europäischen Ländern vergleichbar sind.

Um jedoch repräsentative Aussagen über die Epidemiologie von CT-Infektionen in Deutschland treffen zu können, ist die Rekrutierung zusätzlicher Labore notwendig, die dann kontinuierlich auf elektronischem Weg Daten übermitteln. Die ersten Ergebnisse beweisen jedoch die Machbarkeit einer solchen elektronischen Datenübertragung und die hohe Qualität auch bei großen Mengen von Daten durch streng definierte Datenformate.

P9

Ausrichtung der Prävention an sexuellen Netzwerken

Hackbarth KP, Willeke M, Dierichs R, Rochold S, Wurm M

AIDS-Hilfe Essen e.V.

Fragestellung: Soziale Netzwerke fanden bisher über zwei Fragestellungen Eingang in Konzeption der HIV-Prävention. Zunächst war es die Beobachtung, wie sich Infektionskrankheiten in sozialen Netzwerken ausbreiten. Daraufhin entstand in den USA der Ansatz, die sozialen Netzwerke zu nutzen, um (mögliche) Sexpartner mit einer Partnerbenachrichtigung zum HIV-Test zu motivieren. Die Idee, die Kontaktdichte in Netzwerken zu nutzen, um die Verbreitung von Präventionsbotschaften zu stärken, wurde u.a. von Rosenbrock skizziert, bisher aber nicht hinsichtlich Machbarkeit und Effektivität überprüft. Diese Studie geht am Beispiel der schwulen Szene in Essen den Fragen nach, über welche sozialen Netzwerke Sexkontakte organisiert werden ("sexuelle Netzwerke"), wie diese identifiziert werden können und welche Chancen sich für die Präventionsarbeit daraus ergeben.

Methoden: Gemeinsam mit Akteuren in der schwulen Szene wurde ein Fragebogen entwickelt, der sozialstatistische Daten, Wissen zu HIV und STIs, sexuelle Vorlieben und Fetische sowie Dichte und Organisation sexueller Netzwerke abbilden kann. Dieser Fragebogen wurde in Sexbetrieben in der schwulen Szene ausgelegt sowie im Internet (über Kontaktportale) verbreitet (convenience sampling). Der Rücklauf betrug n=399 auswertbare Fragebögen. Zusätzlich wurde eine Analyse der Clubforen im Internetkontaktportal Gayromeo vorgenommen. Abschließend fanden Experteninterviews mit den Betreibern von Sexlokalitäten (Darkroombars, Saunen) statt, um diese nach der Organisation der sexuellen Netzwerke in ihren Betrieben zu befragen.

Ergebnisse: 63% der befragten Männer nutzen (halb-)öffentliche Orten in der schwulen Szene (Kneipen, Saunen, Parkplätze), um Sexkontakte zu finden. Um die Ausprägung des Netzwerks an diesen Orten in der schwulen Szene zu ergründen, wurde danach gefragt, wie viele Telefonnummern oder Internetprofile ein Gast von den anderen Gästen kennt. 75% der Befragten wissen von mindestens einer Person die Telefonnummer oder das Internetprofil. Anhänger von Leder- oder Gummi-Fetisch verfügen hierbei über die dichtesten Netzwerke, so kennen 54,9% (Leder) bzw. 51,3% (Gummi) mehr als 5 Personen näher. Um sexuelle Netzwerke innerhalb von Internetkontaktportalen zu analysieren, wurden die Clubforen bei Gayromeo ausgewertet. In der Stadt Essen sind 43 Clubs angesiedelt, von denen 29 als Aufnahmebedingung eine bestimmte Sexualpraktik bzw. einen 13 einen bestimmten Kleiderfetisch haben. Über die Experteninterviews konnten in der schwulen Szene vor Ort Menschen identifiziert werden, die sich als Organisatoren/Multiplikatoren im Zentrum des

(sexuellen) Netzwerks befinden. Gleiches gilt für die Clubforen bei Gayromeo mit ihren jeweiligen Administratoren. Die Frage nach der Quelle von Informationen zu HIV/STIs zeigte auf, inwieweit Netzwerke zur Informationsverbreitung geeignet sind. Hier gaben 65% der Befragten an, dass sie Freunde und Bekannte gelegentlich bis sehr häufig als Informationsquelle nutzen. Häufiger genannt werden jedoch Zeitungen/Broschüren und Internet/TV. Auffällig ist hierbei, dass gerade zu STI-Themen Wissenslücken bestehen. So konnten z.B. nur 22% der Befragten korrekt zum STI-Übertragungsrisiko bei Oralverkehr antworten.

Schlussfolgerungen: Sexuelle Netzwerke organisieren sich über die schwule Szene, über das Internet und über private Kontakte. In der schwulen Szene und im Internet kann ein Kontakt zwischen Präventionsangebot und Netzwerkmitglied hergestellt werden. Um diese Netzwerke mit ihren Mitgliedern möglichst umfassend zu HIV und STIs zu informieren, bedarf es besonderen (Qualifizierungs-)angeboten für Multiplikatoren, Betreiber und Personal. Vor allem die Orientierung an Fetisch (vor Sexualpraktik oder Alter) verspricht effizienteste Verbreitung von Präventionsbotschaften aufgrund der Größe und Dichte der Netzwerke. Verhältnisprävention (z.B. Gütesiegel für Sexbetriebe), Verhaltensprävention vor Ort und Beratung (im Internet) sollten nicht länger als alleinstehende Säulen in der Prävention verstanden werden. Die Netzwerkorientierung fordert ein gemeinsames Auftreten (Sprache, Botschaften, Themen) an den jeweiligen Fetisch/sexuelle Vorlieben angepasst in allen Säulen der Prävention.

P10

Extragenitale und intraanale Condylomata gigantea (Buschke-Löwenstein) – Neue Radiowellen-Systeme als wirksame Behandlungsalternative

Jeremic I, Milojevic M

Dermatology Center, Belgrade, Serbia

P11

Coping with HIV and the Decision to Disclose HIV-Status: An Examination of Sexual Behavioral Responses to HIV Diagnosis in Biographical Perspective

Kaplan L, Kremer H, Inowlocki L

Department of Sociology, J.W. Goethe-Universität Frankfurt a.M.

Research Question: The purpose of this study is to examine how coping with HIV is associated with sexual risk behavior and HIV-disclosure. In order to identify issues HIV-services can target to improve patients' quality of life this case study inductively identifies themes potentially key to people's life-experiences with HIV. Our research questions are: 1. How do people cope with HIV? 2. How does coping affect HIV-disclosure and safer sex?

Methods: The study is based on autobiographical-narrative interviews with English-speaking patients receiving care and recruited on-site at an HIV clinic in a large German city. Three cases of young adults are discussed for contrastive comparison of their practice of safer sex in relation to coping: first, of an African-American man, HIV-diagnosis one year ago, mode of transmission (MoT) heterosexual contact, who neither acknowledges his infection nor practices safer sex; his narrative is in a distinctly different mode of presentation than the other cases. Second, an African woman who was raped as an adolescent, HIV-diagnosis 11 years ago, who accepted medical treatment but did not practice safer sex. Third, a White-European man, HIV-diagnosis one year ago, MoT homosexual contact, immediately acknowledged his infection and practices safer sex. For each case, how the mode of transmission and context of HIV diagnosis shape life experiences and how individual coping affects sexual behavioral response is analyzed.

Results: Results indicate that denial versus acceptance of HIV-status, desire for sex and to maintain sexual attractiveness, and fear of exposure can affect the decision to have unprotected sex and to disclose HIV status to sexual partners. Denial versus acceptance of HIV-status can influence disclosing HIV-status to sexual partners. A reconstructive life-story analysis reveals conditions facilitating safer sex. For Case 1, denial maintained self-image as responsible allowing for justification of risky sex and minimizing the perceived consequences of unprotected sex. Although he identifies unprotected sex as MoT, he denies that HIV is real and distrusts doctors. He creates a construction of HIV as an "experiment" and has unprotected sex without disclosing his HIV-status. For Case 2, the traumatic experience of rape led to social withdrawal in the African country of origin and isolation during her stay as an asylum-seeker in the East of Germany. Her trust in medicine was established through her mother's encouragement. Having unprotected sex related to her fear of disclosure and led to pregnancies. Stabilization of her quality of life is maintained through her family and strong ties to "Helping Hand", a support group at the clinic. For Case 3, immediate acceptance of HIV-status upon discovery of his ex-partner's infection raised awareness of the potential harm of unprotected sex and was related to gay sexual experience and strong social bonds to intimate others.

Conclusions: Initiatives geared towards improving the quality of life of HIV-patients and preventing risky sexual behavior should integrate strategies to enhance biographical acceptance of HIV. HIV-services can benefit from taking account of patients' life stories and their relations to significant others. Helping Hand provides a potential model for effective intervention of high-risk patients.

P12

Multiple penile ulcers revealing syphilis, lymphogranuloma venereum and primary HIV infection in man who have sex with men **Kobyletzki L^{1,2}, Brockmeyer NH^{3,4}, Potthoff A³, Svensson A¹, Johnsson A¹**

¹Lund University, Institute of Clinical Research in Malmö, Skåne University Hospital, Department of Dermatology, Malmö, Sweden; ²Karlstad University, Department of Public Health Sciences, Karlstad, Sweden; ³Department of Dermatology, Ruhr-University Bochum, Germany and; ⁴Competence Network for HIV/AIDS

Introduction: Although preventive measures have been undertaken, the incidence of sexually transmitted diseases is increasing world wide. Especially in men who have sex with men sexually transmitted diseases are very common. Genital ulcers is a symptom in different sexually transmitted diseases.

Objective: The current case study shall demonstrate a combination of skin symptoms, diagnostic procedure and treatment.

Methodology: The Department of Dermatology works interdisciplinary in collaboration with the Departments of Gynaecology, Infectious Diseases, Microbiology, and the Centre for Adolescent Health Care, and Primary Health Care with prevention, diagnosis and treatment of sexually transmitted diseases.

Case study: The case of a 28-year old Swedish man with primary HIV infection, primary syphilis, and lymphogranuloma venereum is presented.

The patient complained about genital pain, multiple genital ulcerations, urethral discharge, painful urination, a sore throat and elevated temperatures.

Results: Physical examination revealed multiple deep ulcerations, papulopustules, and urethral discharge. Lymph nodes were not enhanced and the patient had no rash. Diagnostics for HIV, syphilis, gonorrhoea, chlamydia, herpes typ 2, and bacterial infection was performed by serology, PCR and cultures.

Syphilis serology was negative initially, but positive after some days with TPPA and antibodies for syphilis. PCR test taken from the ulcers where positive for *treponema pallidum* indicating a primary syphilis infection. Urethral and rectal swabs tested positive for Chla-

mydia trachomatis and genotyping was positive for lymphogranuloma venereum. Also the Combobest for HIV was positive. Symptoms resolved after antibiotic treatment with doxycycline 2x100mg for 21 d and benzylpenicillin benzathine 2.4 million IE once weekly for 2 w. HIV treatment was initiated due to low CD4+ T cell count.

Conclusions: The diagnosing can be difficult due to patterns of disease status, and genital ulceration might be a symptom in both primary syphilis, primary HIV and lymphogranuloma venereum. More measures are needed to prevent risk able sexual behavior.

P13

Standards zur STI-Beratung und -Testung für die Gesundheitsämter in Baden-Württemberg

Körber J

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Die Standards zur STI-Beratung und -Testung für die Gesundheitsämter in Baden-Württemberg wurden vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg erarbeitet, in einer Dienstbesprechung mit den Aids/STI-Beratungsstellen der Gesundheitsämter abgestimmt und dann von der Arbeitsgruppe Aids- und STI-Prävention des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren Baden-Württemberg beschlossen.

Die Standards gliedern sich wie folgt: 1. Allgemeine Standards für die STI-Beratung:

Hinweise auf Anonymität, Freiwilligkeit, Schweigepflicht, Vertraulichkeit und gegebenenfalls Mitteilung der Kosten.

2. Inhalte der STI-Beratung:

Die Beratung orientiert sich am individuellen Lebensstil und den persönlichen Lebensbedingungen der Klientin/des Klienten. Das Risikoverhalten wird auf der Basis der Schilderungen der Klientin/des Klienten erhoben. Die STI-Beratung erfolgt anhand von drei Leitfäden, je nach dem was die Klientin/der Klient im Beratungsgespräch präsentiert.

- STI-Leitfaden nach Zielgruppen: Allgemeinbevölkerung, Mädchen bis 25 Jahre, Menschen aus Hochprävalenzländern und Menschen aus Osteuropa, Männer, die Sex mit Männern haben, Prostitution, intravenöse Drogenabhängigkeit, Berufsunfälle, bei denen Kontamination mit menschlichem Blut vorliegt.

- STI-Leitfaden nach Sexualpraktiken: Oralverkehr, Analverkehr, Einsatz von Sexspielzeug, Einbeziehen von Körperflüssigkeiten, Piercen.

- STI-Leitfaden nach Symptomen: Relevante STIs sind nach ihren (eventuell) auftretenden Symptomen gegliedert.

3. Beratung zur Prävention von STIs:

Bestandteil jeder Beratung ist die zielgruppenspezifische präventive STI-Beratung, zu der ebenfalls ein Leitfaden erstellt wurde. Dieser gliedert sich in eine präventive Beratung bei allen Zielgruppen plus zusätzliche Beratungsinhalte bei Jugendlichen, bei Männern, die Sex mit Männern haben, bei intravenöser Drogenabhängigkeit, bei Menschen, die der Prostitution nachgehen. Der Leitfaden enthält darüber hinaus je einen Exkurs zur PEP und zu Empfängnisverhütung und STIs

4. STI-Testung

Nach der Beratung können die entsprechenden STI-Tests durchgeführt oder eine Empfehlung zur fachärztlichen Abklärung gegeben werden (Praxis für Gynäkologie, Urologie, Dermatologie, Proktologie, Innere, Hepatologie).

5. Mitteilung von STI-Test-Ergebnissen

Da STIs meist heilbar bzw. gut behandelbar sind, können die Ergebnisse telefonisch mitgeteilt werden. Ausnahme HIV: Für HIV liegen für die Gesundheitsämter in Baden-Württemberg gesonderte Standards vor.

P14

Vorsorgefahrplan

Köster C¹, Riemann JF²

¹Gesundheitsnetz Rhein-Neckar-Dreieck e.V., Mannheim; and;

²Stiftung LebensBlicke, Ludwigshafen

Präambel/Ausgangssituation: Prävention und Gesundheitsförderung verbessern Gesundheit, Lebensqualität, Attraktivität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Menschen und reduzieren im Umkehrschluss die Krankheitskosten. In Deutschland bestehen diesbezüglich jedoch erhebliche Defizite. Sinnvolle Präventionsleistungen werden von den Bürgern oft nicht in Anspruch genommen, obwohl diese von den Krankenkassen bezahlt werden. Die zunehmende Nachlässigkeit bahnt den Infektionskrankheiten, wie aktuell bei den Kinderkrankheiten und insbesondere den STI wieder einen freien Weg.

Fragestellung (und Ziel): Steigerung der Akzeptanz sowie die Motivation der Bevölkerung zur sinnvollen und umfassenden medizinischen Prävention, welche nachhaltig die Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Lebensqualität erhalten bzw. erhöhen soll.

Methoden: Erstellung eines modularen, einfach zu handhabenden, umfänglichen, verständlichen und allgemein zugänglichen interdisziplinären "Vorsorgefahrplan". Die Implementierung erfolgt modular und regional am Modell der Metropolregion Rhein-Neckar (2,3 Mio. Einwohner) und sukzessive räumlich darüber hinaus. Die regionale Implementierung erfolgt über die aktive Einbindung der Bürger und Professionals sowie mittels Marketing-Mix unter Nutzung möglichst vieler Multiplikatoren. Hier sollen insbesondere die jugendlichen Zielgruppen in Bezug auf die STI über neue Medien, wie z.B. Facebook und Apps (für mobile devices) angesprochen werden. Gute und praktische Erfahrungen resultieren aus der Initiative "1000 Leben retten" (Darmkrebsvorsorge) der Stiftung LebensBlicke. Weitere Module werden aktuell inhaltlich ausgestaltet und implementiert.

Der "Vorsorgefahrplan" steht im Wesentlichen als "schöpferisches Gemeingut" (analog "Creative Commons") zur Verfügung.

Ergebnisse: Die Vorstellung des Konzeptes stößt bei allen Beteiligten und der Zielgruppe auf große Akzeptanz. Ausgehend vom Alter des Nutzers und seinem persönlichen Risikoprofil ergibt sich für den Anwender ein individuelles Flussdiagramm mit qualitativ unterschiedlichen "ToDo's". Aufbauend auf den Vorarbeiten der Stiftung LebensBlicke und den Arbeitsgruppen des Gesundheitsnetz Rhein-Neckar-Dreieck e.V. wurde sehr erfolgreich mit dem Modul "Darmkrebsprävention" begonnen und dies als Initiative "1000 Leben retten" regional und überregional implementiert. Daraus entstand sogar ein eigenständiger Verein. Seit Anfang 2010 haben regional 140 Organisationen mit über 100.000 Menschen an der Vorsorgeinitiative aktiv teilgenommen. Die Motivation zur Beteiligung am "Vorsorgefahrplan" war und ist nicht durch Angst, sondern durch positive Assoziationen, wie z.B. "Leben retten" oder "Ich bin es mir wert" geprägt. Durch die Offenheit des Systems, steht der "Vorsorgefahrplan" allen Bürgern, der Wissenschaft und den Professionals grundsätzlich zur Verfügung. Das Rahmenkonzept und die Inhalte werden mittels eines wissenschaftlichen Beirates stetig weiterentwickelt. Die medizinische, wissenschaftliche und wirtschaftliche Ausgestaltungen und die Integration in konkrete Anwendungen obliegen, unter Referenzierung auf das Rahmenkonzept, dann den einzelnen Partnern.

Schlussfolgerung: Nach jahrelangen Erfahrungen in der erfolgreichen Umsetzung von Vorsorgestrategien ist unseres Erachtens die Zeit reif für eine umfassende, allgemein gültige und ritualisierte Vorsorgetaktik unter aktiver und regionaler Einbindung der Bevölkerung. Der Vorsorgefahrplan wird modular mittels spezifischer Arbeitsgruppen sukzessive erweitert und letztendlich vervollständigt. Durch den konsequenten Ausbau und die Anwendung des Vorsorgefahrplans soll die Bevölkerung die Angst vor Krankheiten verlieren und die Präventionsangebote (als Luxus) aktiv wahrnehmen. Bei ergänzender digitaler Ausführung (z.B. Apps) könnte man sich in naher Zukunft eine Art "Ampel-System" vorstellen, welches den Anwender mittels Farbgebung auf zeitnahe (gelb) und notwendige (rot) Untersuchungen bzw. Behandlungen hinweist. Gerade die positive Ansprache der

Jugendlichen und sexuell aktiven Menschen in Bezug auf die Vorsorge vor STI stellt eine der Herausforderungen dar. Mittels neuer Medien, wie Facebook und Co. soll bei dieser Zielgruppe die Aufmerksamkeit und damit verbundene Verhaltensänderungen deutlich erhöht werden. Mittel- bis langfristig soll es zu einer messbaren Anhebung der Lebensqualität, Verminderung vermeidbarer Krankheiten sowie deren Ausbreitung kommen. Die regionale Implementierung soll als Muster für andere Regionen dienen. Neben dem Ehrenamt muss für den weiteren Ausbau die Finanzierung durch ein professionelles Fundraising gesichert werden.

P15

Formen und Wirksamkeit von Spiritualität als Coping-Strategie

Kremer H, Ironson G

University of Miami, USA

Fragestellung: Wie nutzen Menschen mit HIV Spiritualität, definiert als Verbundenheit mit einer höheren Präsenz (unabhängig von einer religiösen Institution) zur Krankheitsbewältigung? Wie effektiv ist Spiritualität als Coping-Strategie?

Methoden: In Miami (Florida) wurden 177 Menschen mit HIV (30% Frauen; 36% Afro-Amerikanisch, 28% Lateinamerikanisch) halbjährlich bis zu zehn Jahre zu Spiritualität und Coping interviewt, schrieben Essays über stressvolle Ereignisse und füllten Fragebögen aus (Life-Event Scale, Sexualverhalten, Drogengebrauch, Therapieadhärenz etc.). Transkripte des Interviews vom stressvollsten Zeitraum der ersten zwei Jahre und Zusammenfassungen aller Interviews/Essays wurden mit qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Spirituelle Coping-Strategien wurden identifiziert und quantifiziert. Die Wirksamkeit von spirituellem Coping wurde auf einer 9-stufigen Likert-Skala geratet: negativer (-4 bis -1), nicht eindeutiger/ nicht vorhandener (0), positiver Effekt (+1 bis +4). 168 Transkripte sind bereits ausgewertet.

Ergebnisse: Von 168 TeilnehmerInnen wurden 95% als spirituell eingestuft. Coping Strategien umfassten spirituelle Praktiken (75%), Trost (44%), Empowerment (41%), und Dankbarkeit (35%) durch Spiritualität, spirituelle Weiterentwicklung (34%), spiritueller Konflikt/Kampf (27%), Hingabe (21%), Zorn (17%), Sinnfindung (15%), positives Reframing durch Spiritualität (14%), Einbindung in spirituelle Gemeinschaft (13%), Abwendung von Spiritualität (8%), Respekt für den eigenen Körper durch Spiritualität (4%). Laut Rating hatte spirituelles Coping in 60% einen positiven Effekt (+1=26%, +2=28%, +3=8%, +4=8%), in 25% keinen eindeutigen positiven/negativen, bzw. in 5% nicht vorhandenen Effekt (0=30%) und in 10% einen negativen Effekt (-1=2%, -2=8%, -3=2%, -4=0%).

Schlussfolgerungen: Die meisten TeilnehmerInnen waren spirituell eingebunden und setzten spirituelle Coping-Strategien ein, meist mit positivem Effekt. Allerdings gab es einen Anteil, bei dem sich Spiritualität nicht oder negativ auswirkte. Therapeutisch könnte Spiritualität als positive Ressource genutzt werden. Handlungsbedarf besteht, wenn sich Spiritualität negativ auf die Gesundheit auswirkt. Es bleibt zu untersuchen, ob sich die Ergebnisse aus Florida auch auf Deutschland übertragen lassen. Auf dem Kongress werden wir die vollständige Analyse und den Zusammenhang zwischen spirituellem Coping, sexuellem Risikoverhalten, Drogengebrauch und Therapieadhärenz präsentieren.

P16

Target Group Clients: Time Patterns in the Use of Internet Forums of Sex Workers' Clients in Germany

Langanke H¹, Mansson SA², Ross MW³

¹GSSG, Köln; ²University of Malmö, Sweden and; ³University of Texas, Houston, USA

Aim: HIV/AIDS and STI prevention primarily aims towards sex workers in Germany. But since their heterosexual male clients set up internet forums for their "hobby" during the last decade, they

became a reachable target group for health education. Even though sex work is not illegal in Germany, little has been reported about the on- and off line behaviour of sex workers' clients. Therefore, we have investigated whether there are certain temporal patterns in the use of German community based clients' forums.

Method / Issue: We started with an analysis of the log file data of the internet project Sexsicher.de provided by the web server log file analysis program "Webalizer". Sexsicher.de provides information on sexual health for men and is closely connected to dozen major sex workers' clients' forums, both commercial and community based. It generates 30% of its internet traffic through direct links ("referrers") within the clients' forums.

In order to verify or falsify the findings in the Sexsicher.de data, we additionally analysed and compared log file data from a selection of four community based clients' forums with more than 10,000 registered users each. Finally, in order to crosscheck the Webalizer data, we ran an analysis with the program Google Analytics for one of the four forums.

Results / Comments: Sexsicher.de data already revealed a clear pattern: Throughout the year, clients' forums are frequented mostly on Mondays, whereas Saturdays are least frequented. Hourly usage data show a distinct peak for the afternoon between 17.00 and 18.00 h local time. Crosschecking with the data provided by the Webalizer reports of the clients' forums strongly confirmed the pattern of the Sexsicher.de data. Additional examination one of the forums' log files with Google analytics again showed conformity: German clients of sex workers use their internet forums most frequently on Mondays and preferably in the afternoon.

Discussion: Focus groups of clients, sex workers and HIV/STI prevention experts discuss the meaning and impact of the peaks and dents in the log file data statistics. They also suggest how the findings of the log file analysis can be used for further tailored approaches to better reach out for clients. Interventions to promote clients' sexual health and to improve their safer sex behaviour, e.g. on-line counselling or meet-the-expert chats, could be scheduled to most frequented times for a potentially higher number of immediate responses and for more participants in instant interaction.

P17

Modern HIV Prevention Strategies: What are the implications for German populations? Community perspectives

Langanke H¹, Webb R², Alimi A³

¹GSSG, Köln; ²AVAC, Maiden Newton/UK and; ³AM MSM, London/UK

Background/Fragestellung: As was made clear at the IAS Conference in Rome in July 2011, HIV prevention has entered a new era. Results of several large-scale trials looking at pre-exposure prophylaxis, microbicides and treatment as prevention could dramatically expand the range of prevention options in the near future, while recent studies in vaccinology and a cure indicated that much more is possible with sustained investment. These add to the list of proven, yet underutilised, existing strategies including behaviour change, condom use and needle exchange. The integration of new preventive interventions could potentially avert substantial numbers of HIV infections in Europe, including in Germany.

Methods/Methoden: The presentation will explore the current state of play and potential implications of modern HIV prevention strategies (MPS) from the point of view of most affected and at risk populations in Germany and the European region, including PLWHA, sex workers, MSM, and the African diaspora.

Treatment as prevention (treating the positive partner)

PrEP (using ARVs orally to protect the negative partner)

Microbicides (using ARVs topically to protect the negative partner)

Results/Ergebnisse: Communities and policymakers in Germany remain largely unaware of these new developments. The process of interpreting and translating what this means for HIV policy and programming in Germany has hardly begun. An expanded, structured

dialogue that links civil society, researchers and policy makers, and that facilitates the implementation of research findings while simultaneously reflecting and responding to community priorities, is urgently needed.

Multiple stakeholders in Germany (community-based organisations, researchers, policy makers, public health professionals, people living with HIV, vulnerable populations) can raise awareness to ensure appropriate use of MPS; build capacity to ensure that research findings are adapted to local settings and that MPS are integrated into existing HIV prevention efforts; address policy and regulatory challenges to facilitate the availability and implementation of MPS both domestically and globally.

Conclusions/Schlussfolgerungen: There is an urgent and ongoing need to create broader opportunities for stakeholders to: 1) exchange strategies to overcome the challenges of engaging stakeholders on MPS where there are no clinical trials; 2) identify common elements of effective engagement strategies that can be adapted for diverse contexts (i.e. generalised vs. concentrated epidemics); 3) identify directions for future research, community engagement and policy development. This will ensure the potential of new options is fully realised, including in Germany.

P18

Qualitätsgeprüfte Informationen zu STI aus weiblicher Sicht auf einen Mausklick – das Modul zu sexuell übertragbaren Krankheiten des Frauengesundheitsportals der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Langanke H¹, Koester M²

¹GSSG, Köln and; ²Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, Köln

Fragestellung: Sexuell übertragbare Infektionen (STI) betreffen Frauen und Männer aus biologischen und sozialen Gründen in unterschiedlicher Weise und mit unterschiedlichen Folgen. Frauenspezifische Informationen sind jedoch bisher nur vereinzelt verfügbar und werden oft von kommerziellen Interessen, z. B. der pharmazeutischen Industrie, bestimmt. Um interessierten Frauen und Fachleuten, die sich für einen frauenspezifischen Blick auf STI interessieren, schnellen und einfachen Zugang zu unabhängigen und qualitätsgeprüften Informationen zu ermöglichen, hat die BZgA innerhalb ihres Frauengesundheitsportals das Modul “sexuell übertragbare Krankheiten” aufgesetzt.

Methode: Der Nutzen und die Qualität der Informationen hängen wesentlich von der Verlässlichkeit der aufgenommenen Dokumente ab, die bestimmten Standards entsprechen müssen. Ein Qualitätssicherungssystem gewährleistet, dass bereitgestellte Informationen wissenschaftlich belegt und qualitativ geprüft sind. Dabei werden Transparenzkriterien und Ausschlusskriterien angewendet. Das Konzept, das von einem interdisziplinären Arbeitskreis erarbeitet wurde, basiert auf nationalen und internationalen Standards und Richtlinien für Gesundheitsinformationen im Internet. Ein fortwährender Redaktionsbetrieb hält die Informationen stets auf aktuellem Stand. In Redaktionssitzungen werden die Inhalte der Webseiten kontinuierlich überprüft, sorgfältig abgestimmt, aktualisiert und ergänzt.

Ergebnisse: Das Modul “sexuell übertragbaren Krankheiten” unter www.Frauengesundheitsportal.de bietet einen Einführungstext mit Grundlageninformationen zu STI. In einer übersichtlichen Struktur werden Organisationen aufgelistet, die sich mit STI befassen. Daneben gibt es Abschnitte, die sich Fachpublikationen, rechtlichen Grundlagen sowie Materialien und Broschüren, die sich primär an interessierte Laien wenden, widmen. Die Unterscheidung der einzelnen STI nach ihren Erregern (Viren, Bakterien, andere) bildet sich ebenfalls in der Struktur ab. Die Quellen werden, wann immer möglich, durch direkte Verlinkungen per Mausklick unmittelbar verfügbar gemacht. Zu allen gelisteten Informationen gibt es kurze Beschreibungstexte, zudem werden alle Quellenangaben auf einen Blick erfassbar dargestellt.

Schlussfolgerungen: Unabhängige Informationen zu STI aus weiblicher Sicht sind weiterhin selten. Das Modul “sexuell übertragbare Krankheiten” bietet nicht nur einen Überblick über das Vorhandene, sondern auch einen Anreiz, Materialien zu publizieren, die den Qualitätskriterien entsprechen.

P19

Reliable data and information on HIV/AIDS from a female perspective at your fingertips - a module of the German Frauengesundheitsportal run by the Federal Center for Health Education (BZgA)

Langanke H¹, Koester M²

¹GSSG, Köln and; ²Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, Köln

Issues: In Germany, around 18% of all PLWHA are female. Due to predominant prevalence and incidence of HIV among men women's issues are often marginalized. Driven by a lack of information and promoted by ignorance, women face an enormous risk of stigma. In order to gather relevant information and to provide easy access to reviewed information the Federal Center for Health Education (BZgA) runs a module for women and HIV/AIDS within its internet platform “Frauengesundheitsportal”.

Description: The portal of www.Frauengesundheitsportal.de provides online information about a set of health issues. One module of the platform is dedicated explicitly to HIV/AIDS. It offers an overview and stipulates the demand for discussion and further research. Information within the module is made available directly, preferably by internet links. For an utmost degree of transparency all sources, authors and data are being named and categorized. Regular scientific evaluation ensures a usability that meets the users' needs.

Lessons learned: By translating primary prevention (“living without HIV/AIDS”) and secondary prevention (“living with HIV/AIDS”) the module's structure is kept simple and easily accessible. Migration and sex work are additional chapters. Short texts inform about the overlaying matrix and allow instant findings of organisations, brochures and other printed or online available material regarding women and AIDS. Quick and targeted research works for interested laypersons as well as for experts. The records listed within the HIV/AIDS module (N = 345) are constantly being tested for quality and actuality and updated if needed.

Next steps: Only existing data and material can be covered by the HIV/AIDS module. The Frauengesundheitsportal encourages researchers and community projects to publish more on the female perspective. The additionally available module on STI from a female perspective adds further information to the field of women's sexual health.

P20

Capacity building for community based women from the East and from the West – the GSSG Twinning Project

Langanke H, Seifert C

GSSG, Köln

Objectives: Conferences like the International AIDS Conference (IAC) are important venues for community based activists to exchange information, meet other experts and develop networks. In 2010, GSSG designed a Twinning Project for the IAC in Vienna enabling community based women to participate and support their leadership roles on national and international levels.

Methodology: An independent commission of experts monitored the Twinning Project. A form, distributed in English and Russian to organizations in Europe and Central Asia, invited women to apply for participation. Selection criteria included being part of the home country's HIV community, willingness to share experiences back home and working knowledge of one of the official conference lan-

guages. Applications (N=98) were received mostly (85%) from Eastern Europe and Central Asia.

Results: Ten women forming five Twin Pairs were selected; from Azerbaijan, Lithuania, Russia, Tajikistan, Ukraine and Germany. Twinned pairs stayed together for the conference duration taking part in the IAC as well as in the Global Village. A monitoring and evaluation process was conducted by an independent consultant prior to, during and after the conference. Results revealed that the Twins benefited on personal, institutional and networking levels. One participant was encouraged in coordinating a national HIV testing campaign. Another co-founded the first national network of women with HIV. Encouraged by such developments women in a neighboring country also founded a network of women living with HIV. One participant is now supporting self-helping networks of women living with HIV. Some Twins (6/10) became involved in the network 'Women in European and Central Asian Regions plus (WE-CARE+).

Conclusion: The Twinning Project bridged the East and the West. It has a sustainable and measureable impact thanks to the established continuous communication among the Twins. The evaluation shows that the Twinning Project can serve as a model of good practice.

P21

HIV-Schnelltestprojekt "check it" für männliche Sexarbeiter

Lenz A

Aids-Hilfe Dortmund e.V.

Fragestellung/Ausgangslage: Bereits im Jahr 2009 wurde ein Streetwork-Projekt für Stricher und Escorts implementiert. Ziele sind Beratung zu HIV und STI sowie zu Safer-Sex. Resultierend aus der Beobachtung, dass die männlichen Prostituierten in Dortmund zu einer medizinisch unversorgten Gruppe gehören und schwer für bestehende Testangebote erreichbar sind, wurde 2011 ein spezielles HIV-Schnelltestprojekt konzipiert. Damit sollte ein professionelles Angebot im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung geschaffen werden.

Methode/Umsetzung: Die Implementierung des niedrigschwelligen Schnelltestangebots sollte die Bereitschaft bei den Strichern zur Teilnahme erhöhen. Innovativ daran war, dass einerseits für bulgarische Stricher, die sich bei reaktivem Ergebnis nicht in Deutschland behandeln lassen können, einen Test anbieten zu können. Andererseits gelang die Kooperation mit einer bulgarischen Hilfsorganisation im Falle eines positiven Testergebnisses. Aufgrund des bulgarischen Migrationshintergrunds gestaltete sich die Kontaktaufnahme jedoch schwierig, sodass aus den verfügbaren Projektmitteln zwei Sprachmittlerinnen sowie mehrsprachiges Informationsmaterial zur Verfügung standen. Begleitet wurde das HIV-Schnelltestprojekt durch eine wissenschaftliche Evaluation mit einer Fokusgruppenbefragung.

Ergebnisse: Das Schnelltestprojekt konnte aufgrund einer Sperrbezirksregelung, die im Mai 2011 in Kraft trat, nicht wie geplant durchgeführt werden. Mit der Sperrbezirksverordnung wurde die mann-männliche Prostitution in nicht-öffentliche Bereiche zurückgedrängt. Die ordnungspolitischen Maßnahmen seitens der Stadt und Polizei schüchterte sowohl Stricher als auch Freier ein, was zu einem Rückgang der Kontakte im Streetwork führte. Für die Stricher war durch den repressiven Druck die Existenzsicherung wichtiger geworden, gesundheitliche Fragen rückten dadurch in den Hintergrund. Das Projekt musste daraufhin im Juli 2011 eingestellt werden.

Schlussfolgerung: Die durch die Sperrbezirksverordnung eingeführten ordnungspolitischen Maßnahmen, die sich letztlich in Kontaktverboten und einem Prostitutionsverbot im öffentlichen Raum zeigen, wirken sich negativ auf die Kontakte zu den Sexarbeitern aus. Aufsuchende Straßensozialarbeit wird somit erschwert und Prävention zu HIV und STI ist kaum möglich. Ebenso zeigt sich, dass Präventionsprojekte, die sich direkt an eine hochprävalente Zielgruppe richten, in einem solchen Rahmen nur schwer oder gar nicht umsetzbar sind. Der Kontakt und damit verbundenen Strukturen zu den männlichen Prostituierten werden irritiert.

P22

Screening von STD-Erregern als Focussuche bei dermatologischen Erkrankungen weiblicher Patienten in der Magdeburger Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie

Lindenlaub P, Gollnick H

Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R., Klinik für Dermatologie und Venerologie

Fragestellung: *Chlamydia trachomatis* (C. t.) und Mycoplasmen (M.) sowie *Gardnerella vaginalis* (G. v.) und *Candida sp.* (C. sp.) sind häufig Begleitorganismen der "klassischen" STD's und triggern zudem viele dermatologische Erkrankungen. Entsprechende Infektionen verlaufen oft klinisch stumm; auch werden ihre Nachweise nicht immer in die Focussuche mit einbezogen. Ungeachtet der klinischen Indikation wurden diese Erreger in Vaginal-/Cervixabstrichen und Spliturinen von Patientinnen der Magdeburger Hautklinik der Jahre 2008 bis 2011 genauer betrachtet.

Methoden: Die Abstrichentnahme (vaginal: M., G. v., C. sp.; cervical: C. t.) erfolgte vor dem ersten Wasserlassen bzw. 3-4 Std. nach dem letzten Toilettengang. Der Spliturin wurde 10 min bei 3000 Upm zentrifugiert und das Sediment zur Untersuchung auf C. t. und M. mit Watteträgern aufgenommen. Das Material wurde lt. Vorschrift der eingesetzten Testkits aufgearbeitet. C. t.-Nachweis erfolgte mit einem qualitativen Antigen-Schnelltest (Clearview Chlamydia MF, Alere). *Ureaplasma urealyticum* (U. u.) und *Mycoplasma hominis* (M. h.) wurden mit einem biochemischen Test (Mycoplasma Duo, BioRad) erfasst. Für G. v. (gleichzeitig mit C. sp. und *Trichomonas vaginalis*) wurde ein Hybridisierungs-Schnelltest (Affirm VP III, Becton Dickinson) eingesetzt. Eine Pilzkultur auf Sabouraud-2% Glucose-Agar ergänzte den molekularbiologischen C. sp.-Nachweis.

Ergebnisse: 799 Vaginal-/Cervikalabstriche und 785 Spliturine indizierter Patientinnen wurden auf C. t., M., G. v. und C. sp. untersucht. Die geringe C. t.-Ausbeute von 1% bzw. 2% in den Cervikalabstrichen und Urinsedimenten wurde in die weiteren Betrachtungen nicht mit einbezogen. Jeder 3. Vaginalabstrich (34%) und jeder 4. Spliturin (27%) wurden positiv auf M. getestet. Bezüglich Häufigkeit und Verteilungsmuster von U. u. und M. h. sowie Doppelinfektionen zeigte sich, daß in Vaginalabstrichen U. u. mit 76% am häufigsten vertreten war, während M. h. nur einen Anteil von 2% hatte. 22% der Proben zeigten eine Doppelinfektion mit beiden M. sp. Die Spliturine waren überwiegend mit U. u. und M. h. (65%) coinfiziert, während U. u. nur einen Anteil von 28% aufwies. M. h. war auch im Spliturin mit nur 7% seltener vorhanden. In den Vaginalabstrichen war eine Infektion nur mit M. (14%) am häufigsten. Allein mit G. v. oder C. sp. infizierte Proben hatten einen Anteil von 11% bzw. 10%. Coinfektionen mit M. + G. v. sowie M. + C. sp. waren zu 9% bzw. 7% vorhanden. Eine Doppelinfektion mit C. sp. + G. v. oder eine Dreifachinfektion mit M. + G. v. + C. sp. war in 3% der Abstrichproben nachweisbar.

Schlussfolgerungen: M. waren in Vaginalabstrichen und Urinsedimenten etwa gleich häufig zu finden, jedoch gab es Unterschiede in der Species-Verteilung und im Anteil der Coinfektionen. Möglicherweise ist das Vaginalmilieu für U. u. günstiger als jenes der harnableitenden Wege, während M. h. ein gegenläufiges Verhalten zeigt. Daß in Urinsedimenten Coinfektionen mit beiden M. sp. dominieren ließe sich mit Auswaschen der vaginalen U. u. durch den Urinstrahl erklären. Das unterschiedliche Auftreten der M. sp. im Urogenitalsystem der Frau macht somit ihren Nachweis in Vaginalabstrichen und Urinsedimenten unerlässlich. G. v. und C. sp. wurden ähnlich häufig wie M. in den Vaginalabstrichen nachgewiesen. Auch hier waren Zwei- und Dreifachinfektionen vertreten. Möglicherweise beeinflussen sich die Erreger bei Mehrfachinfektionen in ihrer Triggerwirkung. Die Ergebnisse zeigen, daß M., G. v. und C. sp. aufgrund ihrer Häufigkeit in Abstrichmaterial und Urinsedimenten als Triggerfaktoren dermatologischer Erkrankungen durchaus infrage kommen. Ein Patientenscreening auf diese Erreger im Rahmen der Focussuche erscheint angebracht.

P23

Elektroenzephalographische Diagnose von Depressionen bei Menschen mit HIV**Lutz F, Kremer H***University of Miami, USA*

Fragestellung: Das Elektroenzephalogramm (EEG) ist eine billige, nicht-invasive Methode, um die elektrische Funktion des Gehirns zu untersuchen. Ein typisches Merkmal für Depressionen im EEG von Gesunden ist die frontale α -Asymmetrie (α -Amplitude links > rechts). Das EEG wird auch zur Auswahl und Verlaufskontrolle von Antidepressiva genutzt. Bisher gibt nur eine EEG-Studie über Depressionen bei Menschen mit HIV von 1997, also vor Beginn der Verfügbarkeit von effektiver antiretroviraler Therapie (ART). Bei Menschen mit HIV unter ART verändert sich das Gehirn strukturell und funktionell. Ist das EEG trotzdem dazu geeignet, bei Menschen mit HIV eine Depression zu identifizieren? Sind die EEG-Befunde von Menschen mit HIV unter ART mit denen von Gesunden in Bezug auf Depressionen vergleichbar?

Methoden: Wir haben bei 47 HIV-Positiven unter ART ein 19-Kanal EEG erhoben. Davon konnten 40 EEGs in die Studie einbezogen werden. Die Verteilung der TeilnehmerInnen ist für die HIV-Epidemie in Miami repräsentativ hinsichtlich Frauenanteil (40%) und Ethnizität (55% Afro-Amerikaner, 25% Latinos und 18% Kaukasier). Um eine möglichst praxisnahe Verteilung der TeilnehmerInnen zu gewährleisten, wurden weder DrogengebraucherInnen noch Menschen mit neurologischen/psychiatrischen Vorerkrankungen ausgeschlossen. Akute Depression (36%) wurde mit dem von allen TeilnehmerInnen ausgefüllten Fragebogens Beck Depression Inventory identifiziert. Unabhängige T-Tests berechneten Gruppenunterschiede zwischen den EEGs akut depressiver vs. nicht depressiver HIV-Positiven. Desweiteren wurden die Z-Score Abweichungen der EEGs beider Gruppen von einer alterskorrigierten, normativen Datenbasis verglichen, um Unterschiede gegenüber einer altersentsprechenden Population hinsichtlich der frontalen Alpha-Asymmetrie zu berechnen.

Ergebnisse: Es gab Unterschiede ($p < .05$) in der frontalen α -Asymmetrie zwischen depressiven und nicht depressiven HIV-Positiven. Bei HIV-Positiven ohne Depression zeigte sich ein Normalbefund (α rechts > links). Bei TeilnehmerInnen mit Depressionen trat frontal eine gegenüber der Normalpopulation erhöhte ($p < .01$) und für Depressionen umgekehrte (rechts > links) α -Asymmetrie ($p = 0,019$) auf. Bei HIV-Positiven unterscheiden sich depressive vs. nicht depressive jedoch viel stärker im Asymmetrieindex im sensomotorischen Kortex, sogar bei allen Frequenzbereichen (α , β und δ $p < .01$, δ $p < .05$).

Schlussfolgerungen: Das EEG könnte genutzt werden, um Unterschiede zwischen depressiven und nicht depressiven Menschen mit HIV trotz vielfältiger konfundierender Faktoren zu identifizieren. Überraschend für uns ist, daß der Hauptbefund nicht im frontalen, sondern im sensomotorischen, zentralen Kortex auftritt.

P24

Sexuell übertragbare Krankheiten bei in Deutschland lebenden HIV-positiven Frauen**Mayr K¹, Rosenthal H², Brockmeyer NH¹, Potthoff A¹, Kompetenznetz HIV/AIDS***¹Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, St. Josef Hospital, Ruhr-Universität Bochum and; ²Katholisches Klinikum Bochum, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe*

Hintergrund: Die vorliegende Arbeit untersucht sexuell übertragbaren Erkrankungen HIV-positiver Frauen. Eine progrediente Immunsuppression führt zu einer erhöhten Infektanfälligkeit. Dazu gehören anogenitale Pilzkrankungen, Herpes genitalis und bakterielle Infektionen. Besondere Bedeutung haben chronisch persistierende HPV-Infektionen aufgrund der häufig assoziierten Neoplasien. Geschlechtskrankheiten haben aus unterschiedlichen Ursachen einen besonders nachteiligen Effekt auf die Gesundheit von Frauen: Biologisch gesehen sind Frauen empfänglicher für STIs als Männer. Die

große Zahl asymptomatischer Infektionen, mangelnde Arztbesuche bei symptomatischen Infektionen, niedrige Compliance und Fehldiagnosen behindern eine frühe und effektive Behandlung. Komplikationen sind schwerwiegender und häufiger als bei Männern und stellen einen wesentlichen Grund für mangelnde Fertilität dar.

Methoden: Im Zeitraum von Oktober 2009 bis Juni 2011 nahmen 36 Bochumer Frauen das Angebot einer gynäkologischen Sprechstunde in Anspruch. Von 28 weiteren Frauen liegen Daten aus der proktologischen Sprechstunde aus den Jahren 2005 bis 2010 vor. Weitere acht Frauen beantworteten unseren Fragebogen, ohne dass sie gynäkologisch untersucht wurden. Es handelt sich um eine monozentrische, prospektive und offene Datenerhebung. Die vorliegenden Daten sollten deskriptiv analysiert und den Daten von 1373 Frauen des Kompetenznetzes (KN) HIV/AIDS gegenübergestellt werden.

Ergebnisse: Genitale Gonokokken- oder Chlamydien-Infektionen wurden nicht diagnostiziert (KN: 0,3%). Bei 12 Abstrichen wurde eine bakterielle Vaginose nachgewiesen (33,3%) (KN: 0,5%). Herpes genitalis trat bei 4% und Herpes analis bei 7% auf ($n=2$) (KN: 4,4% und 1,5%). Eine floride Syphilis wurde nicht nachgewiesen (KN: 1,8%). Klinisch hatten zum Zeitpunkt der Untersuchung 17 Frauen genitale Condylomata acuminata (31%). 15 zeigten Leukoplakien, bowenoiden oder narbige Veränderungen (27%). Bei zehn Frauen wurden anale/perianale Condylomata acuminata (36%) und bei sieben Frauen weitere HPV-assoziierte Läsionen gesehen (25%). Die Gesamtprävalenz anogenitaler Warzen liegt bei 25% (KN: 4%). Es lagen 47 Zervix- und 55 Analabstriche vor. 11 Frauen hatten einen zytologischen Abstrich der Gruppe IIID (20%). Zervikale Dysplasien lagen bei 10% vor ($n=7$) (KN: 1,5%). Biopsien ergaben bei 7% CIS ($n=4$) (Kompetenznetz: 1%). Vier anale Zytologien wurden als "high-risk" befunden (7,5%). Anale Dysplasien wurden bei zwei (4%), ein Analkarzinom bei einer Frau (2%) diagnostiziert (Kompetenznetz: 0,5%). 67% der Zervixabstriche wurden positiv auf HPV getestet. Häufigste Typen waren mit 16% HPV 58 und mit jeweils 13,3% HPV 16 und HPV 42. Häufigster Typ im Analbereich war mit 44% HPV 16, gefolgt von HPV 35 mit 29%. Bei 56% der Frauen mit Genital- und/oder Analabstrich wurden multiple HPV-Typen, bei 27,5% der Frauen wurde nur ein Typ nachgewiesen. 21,6% der Frauen mit analem und/oder genitalem HPV-Abstrich hatten einen HPV-Typ der Gruppe HPV 16, 18, 6 und 11. 11,8% waren dagegen mit mindestens zwei Typen dieser Gruppe infiziert. Keine Frau hatte eine Infektion mit allen vier Typen. Die Untersuchung auf vaginale Candidose ergab sechs positive Befunde (17%) (KN: 2%). Die meisten Genitalinfektionen hatten einen asymptomatischen Verlauf. STD traten vornehmlich im Alter zwischen 35 und 49 Jahren und bei einer HIV-Infektionsdauer von über 10 Jahren auf. Zwar wurden bei den Frauen, die hohe CD4-Zellzahlen vorwiesen, etwas weniger Genitalinfektionen nachgewiesen, gleichwohl waren STIs unabhängig von Viruslast und HAART zu diagnostizieren.

Zusammenfassung: Die geringe Prävalenz bakterieller STIs ist durch das hohe Alter und die geringe sexuelle Aktivität der Patientinnen erklärbar. Mit einem Durchschnittsalter von 38,7 Jahren liegen sie über dem Alter der größten STI-Prävalenz (KN: 42,8). Dennoch, die meisten STIs traten bei über zehnjähriger Dauer der HIV-Infektion und im Alter zwischen 35 und 49 Jahren auf, sodass gerade mit zunehmendem Alter eine alljährliche gynäkologische Untersuchung an Bedeutung gewinnt und unabhängig vom Immunstatus durchgeführt werden sollte. Daneben verdeutlicht das häufige Auftreten bakterieller Vaginosen die Notwendigkeit regelmäßiger Untersuchungen. Die Ergebnisse internationaler Studien bestätigend, waren auch in unserer Erhebung HPV-assoziierte Infektionen im Genital- sowie im Analbereich häufig. Präventiv wird vom US-amerikanischen CDC ein zervikaler PAP-Abstrich zweimal im ersten Jahr nach der HIV-Diagnose, bei normalem Befund dann einmal jährlich befürwortet. Noch existieren für Frauen keine offiziellen Empfehlungen für präventive zytologische Abstriche aus dem Analbereich, dennoch sprechen wir uns mit mehreren Spezialisten für ein Analscreening aus. Durch flächendeckende HPV Impfungen könnte ein Teil der HPV assoziierten Erkrankungen vermieden werden. Der Vergleich der mittels Screening erhobenen Befunde aus Bochum mit den Daten des Kompetenznetzes, die ohne gezieltes Screening erhoben wurden, verdeutlicht: Häufig verursachen Dysplasien und Genitalinfektionen keine

Beschwerden und werden nur durch gezielte präventiv-orientierte Untersuchungen diagnostiziert. Integriert in ein umfangreiches Beratungs- und Betreuungsangebot stellt die in unserer Klinik angebotene frauenärztliche Untersuchung einen wichtigen Pfeiler in der Prävention und Behandlung von STIs und HIV dar.

P25

Frauen und HIV/AIDS: Sexualität, Schwangerschaft und gynäkologische Betreuung

Mayr K¹, Rosenthal H², Brockmeyer NH¹, Potthoff A¹, Kompetenznetz HIV/AIDS

¹Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, St. Josef Hospital, Ruhr-Universität Bochum and; ²Katholisches Klinikum Bochum, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Hintergrund: Für eine optimale gynäkologische Behandlung HIV-infizierter Frauen stellen häufig Schamgefühl, Sprachhindernisse und nicht ausreichende Behandlungsangebote eine hohe Barriere dar. Soziale, psychologische und physiologische Einflussfaktoren mit Barrierefunktion werden häufig unterschätzt. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Zahl HIV-positiver Frauen sollten die Barrierefaktoren für optimale Behandlungsangebote verstärkt untersucht und Behandlungs- und Betreuungsstrategien entworfen werden. Ein integriertes Paket von Untersuchungs-, Betreuungs- und Beratungsangeboten erlaubte die Kontaktaufnahme zu einer großen Zahl betroffener Frauen, die sich in der Mehrzahl in keiner gynäkologischen Behandlung befanden.

Methoden: 52 HIV-infizierte Frauen der Ambulanz für sexuelle Gesundheit füllten einen standardisierten Fragebogen aus. Neben Angaben zu Schwangerschaften und Geburten, Menstruation, Verhütungsmethoden und Risikoverhalten wurden auch anamnestische gynäkologische Infektionen erfragt. Darüber hinaus wurden die Frauen gebeten den Zeitpunkt der letzten gynäkologischen Untersuchung zu nennen.

Ergebnisse: Das Durchschnittsalter der befragten Frauen lag bei 39,6 Jahren. Sie waren im Mittel seit 8,4 Jahren infiziert. Es wurden 64 Schwangerschaften ausgetragen (39 Spontangeburt von 23 Frauen, 25 Sectiones caesareae von 17 Frauen). Zwei Kinder wurden perinatal infiziert. Bei beiden Frauen war kein HIV-Test in der Schwangerschaft durchgeführt worden. Bei bekannter HIV-Infektion haben 15 Frauen 19 Kinder geboren. 19 Schwangerschaften wurden abgebrochen und zehn Frauen hatten eine Fehlgeburt. Von einer Eileiterschwangerschaft berichteten vier Patientinnen. 79% der befragten Frauen hatten Zyklusstörungen. Die meisten Frauen gaben unregelmäßige Zyklen (27%), gefolgt von Hypermenorrhöen (23%) und Dysmenorrhöen (11,5%) an. Sekundäre Amenorrhöen wurden von 17% benannt. Vier Frauen waren postmenopausal (8%). Die Frage nach Empfängnischutz wurde von 40,1% der Frauen mit Enthaltung beantwortet. Die Partner von etwa 50% der Frauen waren ebenfalls HIV-infiziert. 35% nannten die Anwendung von Kondomen und 11,5% den alleinigen Einsatz oraler Kontrazeptiva (Sterilisation 6%, IUD 2%). Anal- und Oralverkehr wurden von 10% bzw. 31% angegeben. 33% der befragten Patientinnen machten keine Aussage zu Anal- oder Oralverkehr. Zwei Frauen hatten Geschlechtsverkehr mit mehr als einem Partner im letzten Jahr. Der mittlere Zeitraum seit der vorhergegangenen gynäkologischen Untersuchung war bei Erstvorstellung der Frauen 38 Monate. Nur 44% waren in den vergangenen zwei Jahren gynäkologisch untersucht worden. 6% waren noch nie fachärztlich untersucht worden, bei 17% lag der Zeitraum der letzten Untersuchung über fünf Jahre zurück.

Zusammenfassung: Menstruationsstörungen sind ein häufiges Problem HIV-positiver Frauen. Diese können durch viele Faktoren hervorgerufen und begünstigt werden z.B. HIV-assoziierte Symptome wie Gewichtsverlust und Stress bzw. der direkte Einfluss des HI-Virus auf den Menstruationszyklus.

Überraschenderweise gaben über 40% der Frauen an, keinen Geschlechtsverkehr in den letzten 12 Monaten gehabt zu haben. Dies ist eine bedeutend höhere Zahl als erwartet. Eine moderate Einschränkung der sexuellen Aktivität nach

HIV-Diagnose wird in der Literatur beschrieben, sollte aber keinen Anlass für eine Einschränkung von Screeningprogrammen sein. Aufgrund der häufigen Angabe von Oralverkehr müssen individuelle Angebote für orale Untersuchungen z.B. auf Gonokokken oder HPV bereitgestellt werden. Beunruhigend ist, dass die Zeit seit der letzten gynäkologischen Untersuchung im Durchschnitt 38 Monate betrug. Andere Autoren dokumentierten einen Zeitraum von zehn Monaten. Offenbar werden durch ein Angebot in direktem örtlichen und zeitlichen Kontext zur HIV-Sprechstunde auch Frauen erreicht, die sonst nur schwer erreicht werden können.

P26

Comparison of characteristics and treatment outcomes of chronic Hepatitis C between HCV-monoinfected and HCV-/HIV-coinfected patients under "real-life"-conditions: an analysis on basis of the German Essex-cohort and the cohort of the German Competence Network for HIV/AIDS (KompNet)

Michalik C^{1,10}, Brockmeyer NH^{1,2}, Skaletz-Rorowski A¹, Tossing G³, Haastert B⁴, Moll A⁵, Dupke S⁶, Mauss S⁷, Manns MP⁸, Teuber G⁹, Jansen K¹, Competence Network for HIV/AIDS

¹Competence Network for HIV/AIDS (KompNet), Ruhr-University Bochum; ²St. Josef-Hospital, Ruhr-University Bochum; ³Essex-Pharma GmbH, Munich; ⁴mediStatistica, Neuenrade; ⁵Medical Practice Kaiserdamm, Berlin; ⁶Medical Practice Dupke/Carganico/Baumgarten, Berlin; ⁷Medical Group Practice, Duesseldorf; ⁸Medical School, University Hannover; ⁹Johann Wolfgang Goethe-University, Frankfurt/M. and; ¹⁰Clinical Trial Centre, University Cologne

Background: There are no direct comparisons of patient and therapy characteristics between HCV-monoinfected and HCV-/HIV-coinfected patients, evaluating risk factors for differing rates of sustained virological response (SVR).

Methods: The German Essex-cohort (EC) comprises 4,061 HCV-monoinfected patients. The German KompNet-cohort (KC) covers 9,700 HIV-infected patients, 1.108 HCV-/HIV-coinfected. Inclusion criteria were HCV-combination-therapy (pegylated Interferon and Ribavirin), and having information on SVR and central sociodemographics available. We fitted univariate and multiple logistic regression models, the latter adjusted for sex, age (<≥40 y), HCV-genotype (low-risk (2+3)/high-risk (1+4)), and start of therapy (<2006/≥2006).

Results: 2,975 HCV-monoinfected and 326 HCV-/HIV-coinfected patients were included in analyses (table 1). Mean therapy duration was 32.6 w for EC (SD: 14.7), 37.9 for KC (SD: 19.5; p<0.001). Proportion of patients experiencing therapy interruption up to week 12 was comparable (EC: 6.9%, KC 8.6%). Proportion of patients having guideline-conform therapy durations was higher in EC (22-26 w: 30.6%, 46-50 w: 27.9%) than in KC (22-26 w: 10.5%, 46-50 w: 20.7%, 70-74 w: 2.5%).

SVR-rate was lower in HCV-/HIV-coinfected patients (EC: 57.7%, KC: 43.9%, p<0.001). Regarding both cohorts, SVR-rates were lower in patients having high-risk genotypes 1+4 (EC: 45.7%, KC 40.2%, p=0.12) than in those having low-risk genotypes 2+3 (EC: 76.7%, KC: 60.7%, p<0.01). Non-SVR was mainly due to Non-Response (EC: 70.2% of all patients, KC: 80.6%) than due to Relapse after HCV-clearance at end of therapy. The univariate logistic regression model showed an Odd's ratio (OR) of 0.573 (p<0.001) for SVR in HCV-/HIV-coinfected persons, compared to HCV-monoinfected persons. This effect became weaker by including confounders in the multiple logistic regression model: the respective OR was 0.781 and borderline significant (p=0.058). The included confounders were of high impact, partly (OR male=0.791, p=0.003; OR age≥40 y=0.513, p<0.001; OR high-risk genotype=0.285, p<0.001; OR start of therapy≥2006=1.034, p=0.673).

Conclusions: Duration of HCV-treatment of HCV/HIV-coinfected patients was much more individualised than of monoinfected patients. As expected, SVR-rates were higher in monoinfected patients. Though, the study results showed partly a high impact of other factors besides HIV-infection itself for differences in treatment success.

Table 1

Main sociodemographic and treatment characteristics of study population		
	Essex-Cohort	KompNet-Cohort
Total (n)	2.975	326
Sex (%)		
Men	59.2	84.4
Women	40.8	15.6
Age		
Mean age (years)	41.9	42.1
Age ≥ 40 years (%)	56.4	64.4
Ethnicity (%)		
Asian	1.4	1.2
Black	0.8	0.7
Caucasian	97.8	98.1
HCV genotype		
1	57.3	68.7
2	7.6	3.6
3	31.7	14.7
4	2.8	13.0
Cirrhosis at start of HCV-treatment (%)	6.5	5.5
Observation period (years)	2003-2007	2000-2010
Index year at start of HCV-treatment (≥ 2006; %)	34.8	63.2

P27

Let's talk about sex - ein Projekt zur Sexuellen Gesundheit der AIDS-Hilfe Tirol

Paul U

AIDS-Hilfe Tirol

Die AIDS-Prävention hat viel dazu beigetragen, dass Qualitätsstandards sexueller Gesundheitsförderung, wozu maßgeblich die Akzeptanz gegenüber unterschiedlichen sexuellen Orientierungen, Lebensstilen und Geschlechtsidentitäten zählt, eine feste Verankerung in der sexualpädagogischen Arbeit gefunden haben.

An Hand eines an Schulen angebotenen Projektes der AIDS-Hilfe Tirol mit dem Titel "Let's talk about sex" soll aufgezeigt werden, wie in einem begrenzten Zeitrahmen ein breites Spektrum an medizinischen und psychosozialen sexuellen Gesundheitsthemen vermittelt werden kann. Die Entstehung dieses Projektes wird vor dem Hintergrund der mehr als 2 Jahrzehnte währenden Geschichte der AIDS-Prävention nachgezeichnet, in welcher sich die AIDS-Hilfe Tirol zum wichtigsten regionalen sexualpädagogischen Anbieter entwickelt hat. Auf der Grundlage des Selbstverständnisses, dass AIDS-Prävention notwendigerweise in die Lebenszusammenhänge Jugendlicher einzubetten ist, ist über die Zeit hinweg ein breit gefächertes sexualpädagogisches Angebot gewachsen. Vor 3 Jahren wurde das Angebotsrepertoire um das Projekt "Let's talk about sex" ergänzt. Dieses Projekt zeichnet sich dadurch aus, dass es in Kooperation mit FachärztInnen der Gynäkologie und Urologie durchgeführt wird und zum Zwecke der Nachhaltigkeit eine systematische Einbeziehung von Eltern vorsieht. Ins Zentrum der Präsentation soll der Qualitätszuwinn gestellt werden, welcher sich aus der interdisziplinären Aufbereitung der Sexualitätsthematik ergibt.

P28

Veränderung ausgewählter Liquorparameter bei HIV-Patienten mit einer Syphilisinfektion

Sach D¹, Arendt G², Brockmeyer NH¹, Potthoff A¹, Kompetenznetz HIV/AIDS

¹Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, St. Josef Hospital, Ruhr-Universität Bochum and; ²Klinik für Neurologie, Universitätsklinik Düsseldorf

Hintergrund: 2011 lebten in Deutschland insgesamt ca. 73.000 HIV-infizierte Menschen. Koinfektionen sind bei Männern, die Sex mit Männern haben häufig. Bei bis zu 80% findet sich z.B. eine Syphilisnarbe. Beide Erkrankungen beeinflussen sich in ihrem Krankheitsverlauf und ihrem klinischen Erscheinungsbild gegenseitig. Insbesondere tritt die Neurosyphilis (NS) häufiger auf. Eine Lumbalpunktion zur Diagnostik der NS wird jedoch nur selten durchgeführt. Deshalb sind bisher nur wenig Daten zur Prävalenz der NS in Deutschland verfügbar. Diese Arbeit untersucht die Häufigkeit der NS und die Auswirkungen einer NS auf ausgewählte Liquorparameter bei HIV-koinfizierten-Patienten.

Methoden: Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden retrospektiv jeweils 56 Liquor- und Serumproben von HIV-Syphilis-Koinfizierten analysiert. Es wurden eine quantitative HIV-RNA im Liquor und im Serum, das Gesamtprotein und die Zellzahl im Liquor sowie der TPHA-Quotient Liquor:Serum bestimmt und die die Blut-Liquor-Schranke und die klinischen Parameter analysiert. Die Patienten wurden in zwei Gruppen entsprechend einer sicher bzw. wahrscheinlich diagnostizierten Neurosyphilis (NS+, sicher: klinische Symptome, Liquorpleozytose und eindeutige Titerkonstellation, wahrscheinlich: eindeutige Titer mit klinischen Symptomen, aber ohne entzündliche Liquorreaktion; n=13) bzw. ausgeschlossenen Neurosyphilis (NS-, fehlende Klinik bzw. Liquorveränderungen n=44) eingeteilt.

Ergebnisse: Von den 57 Liquorproben konnte bei 44 Proben eine HI-Virusmessung im Liquor erfolgreich durchgeführt werden. Eine erhöhte Viruslast im Liquor zeigte sich bei allen NS+Patienten mit einer Serumviruslast von >40 Kopien/ml, trotz antiretroviraler Therapie (n=6). Bei Patienten mit nicht nachweisbarer Viruslast im Serum war auch im Liquor keine Viruslast nachweisbar (n=4). Bei Patienten ohne antiretrovirale Therapie bestanden im Vergleich NS+ und NS- kein Unterschied in der Höhe der Viruslast in Serum und Liquor.

Schlussfolgerung: Die Neurosyphilis beeinflusst bei HIV-Patienten mit erhöhten HI-Viruslasten im Serum trotz antiretroviraler Therapie die Viruslast im Liquor negativ. Weiterführende, umfangreichere Studien in diesem Bereich sind sinnvoll und nötig.

P29

Kaposi-Sarkom Patientenprofil in der Kohorte des Kompetenznetzes HIV/AIDS

Scheitz RE¹, Esser S², Brockmeyer NH¹, Moll A³, Dupke S⁴, Rausch M⁵, Rasokat H⁶, Scholten S⁷, Mutz A⁸, Rieke A⁹, Michalik C¹⁰, Skaletz-Rorowski A¹¹, Haastert B¹², Potthoff A¹

¹Klinik für Dermatologie und Allergologie, St. Josef Hospital, Ruhr-Universität Bochum; ²Klinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Essen; ³Praxiszentrum Kaiserdamm, Berlin; ⁴Praxis Driesener Straße, Berlin; ⁵Ärztzentrum Nollendorfplatz, Berlin; ⁶Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie, Uniklinik Köln; ⁷Praxis Hohenstaufenring, Köln; ⁸Infektionsambulanz, Klinikum Osnabrück; ⁹Immunologische Institutsambulanz, Gemeinschaftsklinikum Kemperhof Koblenz; ¹⁰Zentrum für klinische Studien Köln; ¹¹Kompetenznetz HIV/AIDS; ¹²mediStatistica

Fragestellung: Ziel dieser Studie ist die Erfassung und Beschreibung der Patienten mit HIV-assoziiertem Kaposi Sarkom aus der Kohorten-Datenbank des Kompetenznetzes HIV/AIDS, die ab 2002 prospektiv dokumentiert wurde.

Methoden: Daten von therapie-naiven und vorthapierten Männern und Frauen aus 9 Zentren des HIV/AIDS Kompetenznetzes mit klinisch und/oder histologisch gesichertem KS wurden erhoben. Die Basis-Charakteristika zum Zeitpunkt der KS-Erstdiagnose wurden beschrieben. Anhand von Kaplan-Meier-Kurven wurden die Rezidiv- bzw. Überlebenswahrscheinlichkeiten geschätzt. Durch multiple Cox-Regressionsmodelle wurden Einflussfaktoren für das Überleben untersucht. Als potentielle Risikofaktoren für das Sterberisiko wurden das Alter, CD4-, CD8-Lymphozytenzahl, HIV-Viruslast, ART und die Chemotherapie bei KS-Erstdiagnose ausgewertet.

Ergebnisse: Im Zeitraum zwischen 1987 und 2011 wurde bei 222 Studienteilnehmern ein KS diagnostiziert. Männer waren häufiger als Frauen betroffen (97,8% vs. 2,2%). Das häufigste HIV-Transmissionsrisiko war MSM (88,3%). Das mediane Alter lag bei 38,5 Jahre (Min 23,4; Max. 76,8). Eine Hautbeteiligung wurde bei 91,4% Patienten festgestellt. Die HIV Viruslast bei KS Erstdiagnose betrug im Median 37.000 Kopien/ml und bei 55,5% Patienten lagen die CD4-Zellen unter 200/mm³. Bei 198 Patienten wurde eine Therapie des KS dokumentiert. Bei 68 Patienten bestand diese ausschließlich in der Einleitung einer antiretroviralen Therapie, 71 Patienten wurden zusätzlich mit pegyliertem liposomalem Doxorubicin behandelt. 15 Patienten wurden mit anderen chemotherapeutischen Regimen z.B. CHOP, oft bei gleichzeitig bestehenden weiteren Tumoren behandelt. 24 Patienten erhielten eine lokale Exzision, 15 eine Bestrahlung, 14 Interferon-alpha und 17 weitere Therapien (z.B. Retinoide, PDT, Kryochirurgie). Nach Einleitung der oben genannten Therapien zeigten sich bei ca. 80% der Patienten im Verlauf keine neuen KS-Läsionen (Kaplan-Meier: nach 5 Jahren 82,2%, nach 10 Jahren 78,9%), 18 (8,1%) der Patienten verstarben, davon 3 bei disseminiertem KS und 4 an opportunistischen Infektionen. Im Cox-Modell mit den unabhängigen Variablen Alter, log-CD4, log-HIV-Viruslast, ART und Chemotherapie zeigten Pat. mit höheren CD4, keiner ART vor KS und Patienten, die ohne Chemotherapie behandelt wurden, ein signifikant geringeres Sterberisiko (CD4 0,61 [0,39-0,96], keine ART vs. ART 0,15 [0,04-0,63], Chemotherapie ja vs. nein 3,8 [1,1-12,6]).

Schlussfolgerungen: Etwa die Hälfte der KS Patienten der KompNet-Kohorte wurden in der Studie beschrieben. Eine niedrige CD4-Zellzahl bei KS Erstdiagnose hat sich als ein wichtiger Prädiktor der Mortalität erwiesen. Immunrekonstitution durch Einleitung einer ART ist mit einem niedrigeren Sterberisiko assoziiert. Chemotherapeutisch werden vor allem Patienten mit ausgedehnten Befunden behandelt, was eine Erklärung für das höhere Sterberisiko ist.

P30

Luetic meningoencephalitis masquerading as postclimacteric endogenous depression- a diagnostic challenge

Tchernev G¹, Ananiev J²

¹Polyclinic of Dermatology and Venerology, "Saint Kliment Ohridski University", University Hospital "Lozenetz", Medical Faculty, Sofia, Bulgaria and; ²Department of General And Clinical Pathology, Medical Faculty, Trakia University, Stara Zagora, Bulgaria

The secondary stage of syphilis is characterized by a large variety of symptoms and may mimic many skin diseases. The generalized exanthem of the secondary stage is often confused with a drug eruption. It is due to these peculiarities that syphilis, and in particular its secondary stage, is known in literature as the "clinical chameleon" or "great imitator". Nonspecific neurological symptoms like headache, lightheadedness, and slight mental depression appear prior to the skin manifestations characteristic of the second stage of the disease. Subsequently, when the patient begins to develop the characteristic disseminated maculopapular exanthem with palmoplantar involvement, the clinician may have to re-evaluate to exclude an early form of syphilitic meningoencephalitis. We report here the case of a female patient with suspected endogenous depression as part of the

post-climacterium syndrome. Shortly after the introduction of antidepressant therapy the patient developed a generalized maculopapular exanthem. She was seen in the Dermatology clinic due to suspicion for a drug eruption. A diagnosis of secondary syphilis with palmoplantar involvement, associated with an early form of syphilitic meningoencephalitis, was established. After systemic antibiotic treatment, complete remission was achieved.

P31

HPV-associated Buschke-Löwenstein tumours in a patient with disseminated anogenital form of Condylomata acuminatum

Tchernev G¹, Ananiev J²

¹Polyclinic of Dermatology and Venerology, "Saint Kliment Ohridski University", University Hospital "Lozenetz", Medical Faculty, Sofia, Bulgaria; ²Department of General And Clinical Pathology, Medical Faculty, Trakia University, Stara Zagora, Bulgaria

Buschke-Löwenstein tumours are relatively rare as a clinical and histological pathology, but due to their existing malignant potential and frequent association with some types of the HPV viruses, should be promptly diagnosed and studied for early morphological verification of diagnosis and determination of exact subsequent therapy.

In this article we present a patient with an average age of long-standing complaint from constantly growing and persistent over time tumour formations localized in the anogenital area, which were subsequently verified clinically and histopathologically as a well-differentiated carcinomas of Buschke-Löwenstein-type, in combination with disseminated, anogenitally located form of condylomata acuminata. Histologically large tumour nests from well-differentiated squamous cell carcinoma were observed, abundant mononuclear infiltrates and pronounced koilocytosis also. Immunohistochemical analysis in lesional tumorous tissue was carried out in relation to the proliferative index of the cells (with Ki67 antibody) and autoantibody (AK) against PAN-HPV, which gave a strong positive reaction and confirmed the availability of human papilloma viruses in the probe.

A surgical removal of the various tumour formations was performed by electro-dissection in combination with shave-curettage under general anesthesia. Due to the excessive bleeding there was not possibility for complete removal of the perianal located tumour formations and the therapeutic strategy was revisited. A systemic therapy with interferon was planned with the purpose to reduce the tumour mass before the following reoperation.

P32

HPV-associated verrucous carcinoma of the perianal region- a therapeutic challenge

Tchernev G¹, Ananiev J²

¹Polyclinic of Dermatology and Venerology, "Saint Kliment Ohridski University", University Hospital "Lozenetz", Medical Faculty, Sofia, Bulgaria; ²Department of General And Clinical Pathology, Medical Faculty, Trakia University, Stara Zagora, Bulgaria

Verrucous carcinoma of the perianal area continues still to be rare finding, which in histopathological aspect is a highly differentiated form of squamous cell carcinoma. Many literature data show that it is quite possible that HPV viruses play probably a key role in the etiology of verrucous carcinoma.

We present a case of 48 year-old female patient with verrucous carcinoma localized in the perianal area, treated initially under the diagnosis of perianal skin tags, while surgical removal of the lesion was found rare form of HPV associated verrucous carcinoma.

A preventive mono-chemotherapy with methotrexate by scheme was started for an initial period of 3 m. Six months later, the provided

monitoring has not shown clinical or apparative data on tumor recurrence.

The poster discusses key points of the diagnostic algorithm in patients with HPV associated lesions with anogenital localization and provides valuable recommendations for correct clinical behavior in these risk groups.

P33

Menschen in der Sexarbeit – Profis für sexuelle Gesundheit?

Weppert A

AIDS/STI-Beratungsstelle Gesundheitsamt Stadt Nürnberg

P34

Skrotales Ulkus bei Skrotodynie

Werner, S.; Gross, G.

*Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie
Universitätsklinikum Rostock*

P35

Fallbericht: Der schwierige Fall “Perianale Riesenkonfylome”

Flaig, B.; Werner, S.; Gross, G.

*Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie
Universitätsklinikum Rostock*