



Der Präsident

Prof. Dr. Lothar H. Wieler

Robert Koch-Institut | Postfach 650261 | 13302 Berlin

Landtag des Landes Nordrhein-Westfalen
- Ausschussassistentz -

per E-Mail an
anhoerung@landtag.nrw.de

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
17/744

A01

Antwort des Robert Koch-Instituts auf den Fragenkatalog der Fraktionen zur
Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes
NRW zum Thema „Sexuell wechselübertragbare Infektionen“

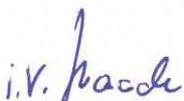
Anhörung A01, 05.09.2018

Berichterstatter: Dr. K. Jansen, Dr. V. Bremer, Dr. U. Marcus, Dr. T. Harder

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Anhang übersenden wir unsere Antworten auf die von Ihnen übersendeten Fragen
zu oben genannter Anhörung.

Mit freundlichen Grüßen


L. H. Wieler

Anlage

22.08.2018

Unser Zeichen:
1.04.02/0003#0009

Ihr Zeichen:
1.1/A

Ihre Nachricht vom:
13.07.2018

Robert Koch-Institut

leitung@rki.de
Tel.: +49 (0)30 18754-2000
Fax: +49 (0)30 1810754-2610
www.rki.de

Besucheranschrift:
Nordufer 20
13353 Berlin

Das Robert Koch-Institut
ist ein Bundesinstitut
im Geschäftsbereich des
Bundesministeriums für
Gesundheit.



Antwort des Robert Koch-Instituts auf den

Fragenkatalog der Fraktionen zur Anhörung

des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW

zum Thema „Sexuell wechselübertragbare Infektionen – Entwicklung, Maßnahmen und Perspektiven“ – Vorlage 17/671

am 5. September 2018

Berichtersteller: Dr. K. Jansen, Dr. V. Bremer, Dr. U. Marcus, Dr. T. Harder

Grundsätzlich

1. Bitte erläutern Sie kurz, welche Krankheiten unter den Begriff der sexuell übertragbaren Krankheiten (STD) gehören und welche davon einer Meldepflicht des Infektionsschutzgesetzes unterliegen?

Der Begriff „sexuell übertragbare Krankheiten“ ist aus fachlicher Sicht für die Ziele des Infektionsschutzes zu einschränkend. National wie international hat sich in den letzten Jahren statt des Begriffs „sexuell übertragbare Krankheiten“ der Begriff „sexuell übertragbare Infektionen“ bzw. „sexually transmitted infections (STI)“ durchgesetzt.

Dieser Begriff fasst aus medizinischer wie auch aus epidemiologischer und Public Health-Sicht den Sachverhalt deutlich besser. Ein großer Anteil von Infektionen mit sexuell übertragbaren Erregern verläuft (abhängig von Erreger, Wirt, Lokalisation etc.) asymptomatisch, kann spontan ausheilen und führt daher zu keiner zumindest durch den Patienten subjektiv erfahrenen „Krankheit“. Auch eine asymptomatische Infektion kann allerdings eine gesundheitliche Beeinträchtigung der jeweiligen Person darstellen. Weiterhin kann auch eine asymptomatisch verlaufende Infektion an andere Personen weitergegeben und die Krankheitslast damit erhöht werden. Nur durch Prävention, Diagnostik und Behandlung aller sexuell übertragbaren Infektionen inklusive der asymptomatischen Verläufe ist ein effektives Vorgehen im Public Health-Sinn sicherzustellen.

Die bedeutendsten bakteriellen STI sind Infektionen durch Chlamydien, Gonokokken, Syphilis, Trichomonas und Mycoplasmen. Zu den viralen STI zählen Infektionen mit HIV, Herpes genitalis, Humane Papilloma-Viren (HPV) sowie Hepatitis B und C.

Auch Erreger mit überwiegend nicht-sexuellem Übertragungsweg können unter bestimmten Bedingungen und bei bestimmten Populationen auch sexuell übertragen werden (z.B. Hepatitis A und C, Shigellen, Meningokokken). Weiterhin können neue Erreger von STI hinzukommen, wie aktuell etwa das Zika-Virus, für das kürzlich auch für Deutschland der erste Fall einer sexuellen Übertragung berichtet wurde.

In Deutschland unterliegen neu diagnostizierte HIV-Infektionen sowie behandlungsbedürftige Infektionen mit *Treponema pallidum* (Syphilis) einer Meldepflicht nach § 7 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG). In Sachsen existieren zusätzliche Meldepflichten für Infektionen mit *Neisseria gonorrhoeae* (Gonorrhö) und *Chlamydia trachomatis* (Chlamydien).

Chlamydien-Infektion

2. Die Chlamydien-Infektion fällt nicht unter die Meldepflicht:

a. Wie schätzen Sie die Häufigkeit der Neuinfektionen ein?

Die Datenlage zu Chlamydien in Deutschland ist aufgrund einer fehlenden Meldepflicht gegenwärtig nicht zufriedenstellend. Die Meldedaten aus Sachsen zeigen für 2017 eine hohe Inzidenz (Neu-Infektionsrate) von 96,9 Fällen/100.000 Einwohner. Auch wenn die epidemiologische Situation in Sachsen nicht direkt auf die bundesdeutsche Situation übertragen werden kann, ist für Deutschland insgesamt von einer hohen Krankheitslast durch Chlamydien auszugehen.

Im Rahmen des Chlamydien-Laborsentinelns übermittelten 25 Labore Daten zu 5.706.455 zwischen 2008 und 2016 durchgeführten Chlamydientests von 15- bis 59-jährigen Frauen und Männern an das RKI. Hieraus lassen sich allerdings nur Positivenanteile und keine deutschlandweiten Inzidenzen berechnen. Insgesamt waren 3,7% der Chlamydientests bei Frauen und 11,0% der Tests bei Männern positiv. Bei Frauen zeigten sich die durchweg höchsten Positivenanteile bei 15-19-jährigen (6,6%) und 20-24-jährigen (5,5%) Frauen, unterschiedlich nach Testgrund (Screening unter 25 Jahren, Screening in der Schwangerschaft, klinische Beschwerden). Die höchsten Positivenanteile zeigten sich bei den 15-20-jährigen (19,0%); den 20-24-jährigen (20,1%) und den 25-29-jährigen (14,7%) Männern. Der Positivenanteil von Männern lag deutlich über dem von Frauen, da bei Männern ein Test nur bei vorliegenden Symptomen von der Krankenkasse gezahlt wird. Die Positivenanteile beider Geschlechter blieben über die Jahre weitgehend stabil. Anhand der Daten aus dem Chlamydien-Laborsentinel konnte auch die Abdeckung des Chlamydien-Screenings für Frauen unter 25 Jahren berechnet werden. Diese lag mit durchschnittlich 12% dauerhaft und unbefriedigend niedrig.

In der für Kinder und Jugendliche in Deutschland repräsentativen KiGGS-Basiserhebung von 2003-2006 fand sich insgesamt eine bevölkerungsbezogene CT-Prävalenz von 2,2% bei 15-17-jährigen Mädchen und 0,2% bei 16-17-jährigen Jungen. Die Daten der Folgerhebung KIGGS2 (2014-2017) bestätigten die früheren Ergebnisse weitgehend (15-17-jährigen Mädchen: 2,8%; 15-17-jährigen Jungen: 0,1%). In der für Erwachsene in Deutschland repräsentativen DEGS1-Erhebung (2008-2011) wurden Prävalenzen von 0,7% bei Frauen und 1,0% bei Männern gemessen. Wie auch im Chlamydien-Laborsentinel fanden sich deutlich erhöhte Prävalenzen in den jüngeren Alterskohorten. Die höchsten Prävalenzen lagen bei 3,6% für 18-19-jährige Frauen und bei 3,5% für 25-29-jährige Männer.

In der im Jahr 2013 durchgeführten STI-HIT-Studie, wo Personen, die zum HIV-Test in das Gesundheitsamt kamen, eine Untersuchung auf Chlamydien und Gonokokken angeboten wurde, lag die Prävalenz von Chlamydien bei 18-24-jährigen Frauen bei 9%, bei heterosexuellen Männern bei 5,7%. Von den positiv getesteten Frauen und Männern waren drei Viertel der Frauen und heterosexuellen Männer asymptomatisch.

Eine absolute Zahl von Infektionen kann aufgrund der fehlenden Meldepflicht für Deutschland nicht angegeben werden. Es ist aber davon auszugehen, dass Chlamydien in Deutschland, wie auch in anderen europäischen Ländern, die insbesondere in jüngeren Altersgruppen am häufigsten vorkommende STI darstellt.

b. Welche Auswirkungen und Spätfolgen haben Chlamydien-Infektionen (Fertilität, Gebärmutterkarzinom u.a.)?

Die urogenitale Chlamydien-Infektion verläuft häufig symptomlos und bleibt daher oft unerkannt. Unbehandelt können Chlamydien bei Frauen in ca. 10% eine aufsteigende Infektion verursachen, die zu chronischen Schmerzen und einer Verklebung der Eileiter führt und dann Ursache für weibliche Unfruchtbarkeit oder Eileiterschwangerschaft sein kann. Chlamydien-Infektionen sind ver-

antwortlich für 30-40% aller Fälle von weiblicher Unfruchtbarkeit und 40-50% aller Eileiterschwangerschaften. Zusätzlich stellen Chlamydien-Infektionen ein erhöhtes Risiko für eine HIV-Infektion dar. Das durch die Chlamydien-Genovare L1-L3 verursachte Lymphogranuloma venereum (LGV) kann bei Betroffenen zu schweren Darmschädigungen führen.

- 3. Wie ist sicherzustellen, dass die Vorsorgeuntersuchungen für Chlamydien auf Jungen ausgeweitet werden (Reinfektionsraten über den selben Partner von über 50%) und wie soll sichergestellt werden, dass die Teilnehmerzahlen bei Vorsorgeuntersuchungen von bisher 12% auf eine sinnvolle Zahl, sprich mehr als mindestens 50% Teilnehmerrate angehoben werden, damit sinnvolle Effekte erzielt werden können? Das ist umso wichtiger, weil Chlamydien hauptsächlich mit verantwortlich für Schwangerschaftskomplikationen und Unfruchtbarkeit von Frauen und Männern sind. Im Ergebnis muss die Frage beantwortet werden, wie wir unsere Kinder so schützen, damit auch sie Kinder bekommen können?**

Eine Untersuchung von jungen Männern analog dem Chlamydien-Screening von Frauen unter 25 Jahren könnte sinnvoll sein, um gegenseitige, wiederholte Infektionen zu vermeiden. Die höchsten Prävalenzen für Männer in den repräsentativen Bevölkerungssurveys fanden sich bei Männern zwischen 20 und 29 Jahren und damit in etwas höheren Altersgruppen als bei Frauen. Auch im Chlamydienlaborsentinel (s.o.) fanden sich bei Männern noch deutlich erhöhte Positivenanteile bei Männern bis 29 Jahre. Unter Umständen müssten Vorsorgeuntersuchungen für Männer daher diese Altersgruppe mit einschließen. Eine Kosten-Effektivitäts-Analyse hierzu liegt nicht vor. Da es parallel zu regelmäßigen gynäkologischen Untersuchungen bei Frauen bei jungen Männern keine spezifischen Anlässe zu regelmäßigen Arztbesuchen gibt, würden für ein Screening bei jungen Männern zumindest Partnerbenachrichtigung und -behandlung eine große Rolle spielen.

Ein großes Hindernis für eine höhere Abdeckung des bereits etablierten Chlamydien-Screenings für Frauen unter 25 Jahren stellt die fehlende Vergütung dieser Tätigkeit für die durchführenden Ärztinnen und Ärzte dar. Durch das Screening-Programm werden zwar die Kosten für die Labor-Diagnostik gedeckt, aber nicht das Aufklärungsgespräch, das insbesondere bei jungen Frauen viele Fragen zur sexuellen Gesundheit im Allgemeinen abdecken kann und dementsprechend aufwändig sein kann und von den Behandlerinnen und Behandlern damit nur eingeschränkt umgesetzt wird. Ohne die Schaffung einer geeigneten Abrechnungsziffer erwarten wir hier keine grundlegende Verbesserung.

Gleichzeitig ist das Wissen zu Chlamydien-Infektionen und zum Screening-Angebot in der Allgemeinbevölkerung gering, so dass davon auszugehen ist, dass nur wenige junge Frauen nach einem Screening fragen. Hier wären noch weitere Aufklärungsmaßnahmen, sowohl in der Schule als auch in der Allgemeinbevölkerung hilfreich.

Prävention

- 4. Im Fokus des Berichtes vom 29. März 2018 (Vorlage 17/671) steht vor allem die Reduzierung der Zahl von Neuinfektionen mit HIV/AIDS. Welche Projekte gibt es für andere STD?**

Hierzu liegen dem RKI keine Informationen vor.

- 5. Welche Maßnahmen müssen Ihrer Meinung nach ergriffen werden, um die Zahl der STD nachhaltig zu reduzieren?**

Neben ausreichenden Präventionsmaßnahmen für die Allgemeinbevölkerung und für spezifische Zielgruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko sollten aufgrund der oftmals asymptomatisch verlaufenden Infektionen für Personen, bei denen ein Infektionsrisiko bestand, niedrigschwellige, für die getesteten Personen kostenfreie, soweit möglich anonyme Testangebote zur Verfügung stehen. Dies beinhaltet die Kostenträgerschaft der Krankenkassen für Risiko-adaptierte Testungen bei Versicherten (und nicht wie bisher nur bei Symptomen), eine flächendeckende Versorgung mit auch im Bereich der Sexualanamnese geschulten Ärztinnen und Ärzten sowie Angebote für qualitätsgesicherte Heim- oder Einsendetests ein. Die Sicherstellung einer hochwertigen Labordiagnostik, insbesondere im Bereich der Antibiotika-Resistenzen, ist ebenfalls von hoher Bedeutung. Weiterhin sollten moderne Wege zur Partner-Benachrichtigung umgesetzt werden, wie z.B. der anonyme Versand von SMS oder E-Mails an Sex-Partner. Angebote sollten, soweit lokal bzw. regional möglich, stark vernetzt sein, um Überweisungsverluste zwischen den verschiedenen Trägern im Bereich der STI-Versorgung zu vermeiden.

Zur Evidenz-basierten Ausgestaltung von Präventions-, Diagnostik- und Behandlungsangeboten ist die Sicherstellung einer ausreichenden epidemiologischen Forschung zu von der Krankheitslast wichtigen STI wie (neben HIV und Syphilis) Chlamydien, Gonokokken und Mycoplasmen von herausragender Bedeutung.

6. Wie ist sicherzustellen, dass – bei zunehmenden Fallzahlen von HPV-induzierten Genitalwarzen und Karzinomen auch bei Männern, Rachen, Anal, Penis und im Lichte der in Kürze zu erwartenden Kostenübernahme – die Impfquote (bei Mädchen zur Zeit bei nur ca. 30%) so erhöht wird, dass für beide Geschlechter endlich ausreichende Impfquoten um die 80% erreicht werden?

Hierfür sind Programme im Kontext der Schulung von großer Bedeutung. Verschiedene Beispiele aus anderen Ländern zeigen, dass durch die systematische Ansprache von Kindern im Rahmen von Schuluntersuchungen u.ä. hervorragende Impfquoten erreicht werden konnten. In Deutschland wurde eine deutliche Erhöhung von HPV-Impfquoten bei Mädchen in einem Modellprojekt im Kreis Bergstraße (Südhessen) ebenfalls gezeigt (www.ja-ich-auch.de). Hier wurden Mädchen der 4. Klasse und deren Eltern auf das HPV-Impfangebot aktiv angesprochen, hierzu aufgeklärt und in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten die HPV-Impfung angeboten. Eine bundesweite Umsetzung dieses Projektes, nach der kürzlich erfolgten Erweiterung der Impfempfehlung der STIKO auch auf Jungen auch für beide Geschlechter stellt einen erfolversprechenden Ansatz für eine deutliche Erhöhung der augenblicklich deutlich unbefriedigenden Impfquoten dar. Im derzeit bestehenden Versorgungskontext bietet sich insbesondere die J1-Vorsorgeuntersuchung für die Durchführung der HPV-Impfung an. Die J1-Untersuchung wird im Alter von 12-14 Jahren durchgeführt. Eine Analyse von Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen zeigte, dass die Inanspruchnahme der J1-Untersuchung zu einer deutlichen Steigerung der HPV-Impfquote führt. Dazu könnte die Einführung eines Einladungswesens und Rückmeldeverfahrens sinnvoll sein, zumal Daten aus Rheinland-Pfalz zeigen, dass durch ein solches Verfahren die Beteiligung an der J1-Untersuchung deutlich gesteigert werden kann.

Gleichzeitig sollten Eltern auf unterschiedlichen Kommunikationskanälen über die Sicherheit und Wirksamkeit der HPV-Impfung aufgeklärt werden.

7. Wie schätzen Sie – bei steigenden STI-Zahlen und Resistenzen, wobei 80% der STI ohne Symptome verlaufen – die Notwendigkeit ein, dass Risiko-Anlassbezogene-Testungen finan-

ziert werden? Wichtig ist hierbei auch, dass die Aufklärungsquoten gesteigert und die Ärzte für solche Testungen ähnlich wie für MRSA-Untersuchungen geschult und vergütet werden. Was müsste aus Ihrer Sicht von der Landesregierung unternommen werden, damit die vorgenannten notwendigen Verbesserungen insbesondere auch im Kontext der PrEP umgesetzt werden?

Die Notwendigkeit wird als hoch eingeschätzt (s. Antwort auf Frage 5). Die Umsetzung und Kostenübernahme eines angemessenen STI-Testungsangebots im Kontext der PrEP erscheint von höchster Wichtigkeit. Es ist davon auszugehen, dass ein erheblicher Anteil von Personen, die PrEP einnehmen, auf die Nutzung eines Kondoms verzichten und auch weitere Risikofaktoren für den Erwerb einer STI aufweisen wird, wie z.B. eine höhere Partnerzahl. Um ein Ansteigen der STI-Inzidenzen in dieser wichtigen Gruppe zu vermeiden, sollte die Chance der quartalsmäßigen Verschreibung der PrEP genutzt werden, um zu diesem Zeitpunkt jeweils eine STI-Testung (z.B. auf Chlamydien, Gonokokken und Mycoplasmen an allen relevanten Lokalisationen) durchzuführen. Um dies zu realisieren, müsste ein solches Angebot von den Krankenkassen abgedeckt sein. Zur Kostenbegrenzung kann eine gepoolte Untersuchung verschiedener Lokalisationen erwogen werden.

Die Landesregierung kann Projekte fördern, in denen Test-Angebote auf STI für Bevölkerungsgruppen mit gegebenem Bedarf (nicht nur PrEP-Gebraucher) möglichst kostenfrei gemacht werden. Zudem kann die Landesregierung auf politischer Ebene darauf hinwirken, dass Risiko-adaptierte Testungen auf STI generell als Kassenleistung etabliert werden.

8. Bitte erläutern Sie die Infektionsepidemiologie bezogen auf die unterschiedlichen STI und auf besonders betroffene Personengruppen (z. B. MSM, Sexarbeiterinnen, MiSSA) und sich daraus ableitende Präventionsansätze.

- **Chlamydien:** Zur Situation in der Allgemeinbevölkerung s. Antworten auf Fragen 2 und 3. Zu STI bei MSM wurde im Juli 2018 die Erhebung einer Studie des RKI abgeschlossen (MSM Screening Study), in der deutschlandweit 2.317 MSM in Praxen mit MSM-freundlichen Angebot auf STI gescreent wurden. Mindestens eine STI wiesen 30,1% der Studienteilnehmer auf. Die Chlamydien-Prävalenzen lag bei 9,8%. Es bestand kein Unterschied nach HIV-Status. Bei HIV-negativen MSM wiesen PrEP-Gebraucher eine höhere Prävalenz auf als Nicht-PrEP-Gebraucher (13,7% vs. 7,1%).

In der Outreach-Studie des RKI wurden im Jahr 2013 Sexarbeiterinnen (SW) mit eingeschränktem Zugang zur Gesundheitsversorgung direkt an ihrem Arbeitsplatz in Berlin, Hamburg und NRW von Outreach-Workern der Gesundheitsämter beraten und per Selbstentnahme auf STI untersucht. Die Chlamydien-Prävalenz bei den 1.445 erreichten SW betrug 10,2%. In einer 2011 durchgeführten Studie des RKI zu SW (KABPSurv-STI), die einen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung hatten, lag die Chlamydien-Prävalenz bei 6,8%.

- Aufgrund der fehlenden Meldepflicht liegen für **Gonokokken** keine bundesweiten epidemiologischen Daten vor. Die in Sachsen existierende Meldepflicht zeigt einen Anstieg der Inzidenz von 1,8 Fälle/100.000 Einwohner im Jahr 2001 auf 21,1 Fälle im Jahr 2017. Ein Teil dieses Anstiegs beruht wahrscheinlich auf einer vermehrten extragenitalen Testung auf Gonokokken. In der MSM Screening Study wurden 8,9% der Studienteilnehmer positiv auf Gonokokken getestet. Auch hier lag die Prävalenz bei PrEP-Gebrauchern deutlich über der HIV-negativer MSM ohne PrEP-Gebrauch (14,8% vs. 7,4%). In der STI-Outreach-Studie betrug die Prävalenz 4,8% bei SW, gegenüber 3,2% in der KABP-Surv-STI-Studie. Auch wenn die genaue Anzahl der

Gonokokken-Infektionen in Deutschland nicht bekannt ist, ist mit Blick auf andere europäische Länder davon auszugehen, dass Gonokokken nach Chlamydien eine der häufigsten STI in Deutschland mit mehreren zehntausend Fällen pro Jahr sind. Besorgniserregend ist hier vor allem die sich weltweit ausbreitende Resistenz von Gonokokken auch gegen die nur noch sehr wenigen aktuell wirksamen Antibiotika.

- Auch Infektionen mit **HPV** sind in Deutschland nicht meldepflichtig. Studiendaten zeigen, dass insbesondere bei jungen Frauen eine zum Teil hohe Krankheitslast gegeben ist mit Prävalenzen für mindestens einen der Hochrisiko-Typen von HPV zwischen 33% und 36% in den Altersgruppen von 20 bis 25 Jahren. Diese Hochrisikotypen sind ein Hauptauslöser für Gebärmutterhalskrebs und mit einer Impfung effektiv vermeidbar. Die Impfquoten liegen laut Daten der KV-Impfsurveillance für 15-jährige Mädchen (Impfempfehlung der STIKO sind zwischen 9 und 14 Jahren) bei 31% für das Jahr 2015 und sind damit unbefriedigend.
- Auch für **Mycoplasmen** liegen keine epidemiologischen Daten für die Allgemeinbevölkerung in Deutschland vor. In der MSM Screening Study wiesen Mycoplasmen mit 17,0% die höchste Prävalenz auf. Die Prävalenz von PrEP-Gebrauchern lag wiederum über der von HIV-negativen MSM ohne PrEP-Gebrauch (19,4% vs. 14,1%). In der STI-Outreach-Studie wurde eine Mycoplasmen-Prävalenz bei SW von 18,4% gemessen. In der KAPB-Surv-STI-Studie lag die Prävalenz bei 2,0% bei MSM und 13,6% bei SW.
- Die Meldepflicht für **Syphilis** zeigt für Deutschland wie für NRW einen starken und weiterhin andauernden Anstieg der Meldungen. Zwischen 2009 und 2017 verdoppelte sich in Deutschland die Syphilis-Inzidenz von 4,7 Fällen/100.000 Einwohner auf 9,1 Fälle. Im gleichen Zeitraum verdoppelte sich die Inzidenz in NRW ebenfalls von 5,7 Fällen/100.000 Einwohner auf 10,0. Die Anzahl von Meldungen mit auf heterosexuellem Weg erworbenen Infektionen bleibt über die Jahre relativ stabil, der erhebliche Anstieg der Diagnosen ging fast ausschließlich auf Meldungen von MSM zurück. Zum HIV-Status liegen bisher keine Daten vor, in anderen Ländern mit ähnlicher Entwicklung sind aber HIV-positive MSM überproportional betroffen. Analysen der Meldezahlen in Zusammenhang mit Verhaltens-basierten Erhebungen des RKI ergaben als Grund für den Anstieg vorwiegend veränderte Risiko-Management-Strategien von MSM zur Vermeidung von HIV auch jenseits des Kondomgebrauchs, z.B. die Auswahl von Sex-Partnern nach deren HIV-Status. Modellierungs-Studien legen nahe, dass durch häufigeres Risiko-adaptiertes Screening ein Rückgang von Neuinfektionen erreicht werden könnte. Ein erster Schritt wäre daher die Integration regelmäßiger Syphilistests in die vierteljährlichen Begleituntersuchungen bei HIV-Infektion und PrEP-Gebrauchern. In der KAPB-Surv-STI-Studie lag die Syphilis-Prävalenz für SW, die einen guten Zugang zum Gesundheitssystem haben, bei 1%, in der STI-Outreach-Studie wurde diese nicht gemessen.
- Für Migranten und Migrantinnen aus Subsahara-Afrika (**MiSSA**) liegen keine detaillierten epidemiologischen Daten zu STI vor. In der MiSSA-Studie des RKI gaben 35% der Teilnehmenden an, jemals auf Gonorrhö, Syphilis, Herpes, Feigwarzen oder Chlamydien getestet worden zu sein, 13% wussten dies nicht sicher. Von den Getesteten gaben 35% an, eine positive Diagnose für mindestens eine der genannten STI erhalten zu haben, weitere 9% wussten dies nicht.

Zu Präventionsansätzen und sinnvollen Maßnahmen zur Verbesserung der epidemiologischen Situation von STI in Deutschland siehe bitte Antworten auf die Fragen 3 bis 7.

9. Welche Strategien halten Sie für wichtig und notwendig, um die Zahl der Neuinfektionen zu reduzieren?

Zur Reduzierung der Neuinfektionszahlen erscheinen die folgenden Maßnahmen wichtig (für eine detaillierte Darstellung siehe bitte Antworten auf Fragen 3 bis 7):

- Ausbau der Prävention für spezifische Zielgruppen (z.B. PrEP) und die Allgemeinbevölkerung,
- Durchführung epidemiologischer Studien zum Ausmaß der verschiedenen STI in Deutschland in der Allgemeinbevölkerung und in spezifischen Zielgruppen als Grundlage für die Evidenz-basierte Ausgestaltung von Präventions-, Diagnostik- und Behandlungsangeboten,
- Überwachung der Resistenz-Situation insbesondere von Gonokokken und Mycoplasmen gegenüber Antibiotika in Deutschland und Formulierung entsprechender Therapie-Empfehlungen,
- deutliche Ausweitung niedrigschwelliger und wo möglich kostenfreier Test-Angebote,
- über Krankenkassen abrechenbare STI-Testungen im Rahmen der PrEP ohne Belastung des ärztlichen Budgets,
- bessere Implementierung bestehender Screening-Angeboten (z.B. durch Schaffung einer Abrechnungsziffer für die in diesem Kontext erbrachte ärztliche Leistung),
- Erhöhung der Impfraten zur Vermeidung impfpräventabler STI (HPV und HBV).

Eine wichtige politische Grundlage zur Erreichung dieser Ziele stellt die im Juni 2016 verabschiedete Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (BIS 2030) dar.

10. Inwieweit sind zielgruppenspezifische Angebote und Projekte wichtig, um möglichst viele Menschen mit Präventionsangeboten zu erreichen?

Wie in der HIV-Prävention sind zielgruppenspezifische Ansätze für die Umsetzung möglichst effektiver Präventionsangebote im Bereich der STI wichtig. Aufgrund der Vielzahl der Erreger sollte bei der Gestaltung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen aber die jeweilige epidemiologische Situation Grundlage sein. Für Syphilis, aber auch für andere bei MSM häufiger anzutreffende STI wie Chlamydien, Gonokokken, Mycoplasmen und HPV lassen sich die im Bereich der HIV-Prävention sehr gut etablierten Präventionskanäle durch zusätzliche Informationen nutzen und ausbauen. In Bezug auf Chlamydien sind zusätzlich insbesondere die jüngeren Alterskohorten (Frauen und Männer) intensiv zu adressieren. Im Kontext der HPV-Impfung für Jungen und Mädchen sollten verstärkt Impfangebote, insbesondere im Kontext der Beschulung, etabliert werden.

Die Ansprache der Allgemeinbevölkerung, wie es durch die Kampagne „Liebesleben“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) geschieht, sollte weiterhin unbedingt fortgeführt und intensiviert werden. Hierbei ist zu überlegen, ob etwa bisher durch die Krankenkassen nicht getragene Leistungen wie Risiko-adaptierte Testungen auf STI, über die die BzGA aus rechtlichen Gründen nicht informieren darf, doch in das Informationsangebot der BzGA aufgenommen werden können. Hierdurch könnte die vermutete hohe Zahl von nicht diagnostizierten STI und die damit einhergehenden zum Teil schwerwiegenden Spätfolgen reduziert werden.

Hintergrund hierfür ist die Tatsache, dass im Internet für nahezu alle STI zum Teil sehr teure, aber vor allem oftmals nicht qualitätsgesicherte Heim-Tests einfach zu erwerben sind, zum Teil ohne Anbindung an zertifiziertes Labor und an spezialisierte Beratungs- und Behandlungseinrichtungen.

Durch die gleichzeitig leichte private Verfügbarkeit von Antibiotika durch das Internet ist bei mangelnder Steuerung des diagnostischen und behandlerischen Vorgehens, etwa durch mangelnde Informationsmöglichkeiten der BzGA, die Gefahr der Selbst-Diagnostik und –behandlung durch ungeschulte Privatpersonen gegeben. Die Lösung kann hier nicht sein, solche Tests zu verbieten, sondern Personen mit Diagnostik- und Behandlungsbedarf auf Angebote mit hoher Qualität ausreichend hinweisen zu können.

Im Kontext der HIV-Präexpositions-Prophylaxe (PrEP) sind zielgruppenspezifische Informationsangebote zu einem medizinisch wie lebensweltlich sinnvollen Umgang sowie zu den notwendigen begleitenden Testangeboten wichtig.

11. Welche neuen Entwicklungen und Herausforderungen sehen sie für die Gesundheitsprävention in diesem Bereich?

Für viele STI gilt nach wie vor, dass diese auch in den verschiedenen Zielgruppen mit höherem Risiko häufig unbekannt sind. Im Zusammenhang mit den oftmals asymptomatisch verlaufenden Infektionen sowie den zum Teil erheblichen Folgeerkrankungen bei langer Zeit unbehandelten Infektionen besteht für STI damit ein erheblicher Präventionsbedarf, der bisher nur teilweise abgedeckt werden konnte.

Ein bereits für die aktuelle, aber insbesondere zukünftige STI-Versorgung sehr bedrohliches Geschehen ist die rasche und globale Entwicklung von Resistenzen gegen Antibiotika (AMR). Dies trifft insbesondere auf Gonokokken und Mycoplasmen zu. Für Gonokokken wurden erstmals in diesem Jahr 3 Fälle aus Großbritannien sowie Australien berichtet, die auch gegen die letzten regulär im Einsatz befindlichen Antibiotika Resistenzen entwickelt hatten. Dieses Problem wird sich zusehends verschärfen. Neben den bereits etablierten epidemiologischen Überwachungssystemen (für Deutschland das Projekt GORENET für Gonokokken) geht es hier insbesondere um die flächendeckende Umsetzung von Therapiestrategien, die strikt auf Basis der Ergebnisse von Resistenztestungen beruhen, sowie um einen möglichst zielgerichteten Einsatz von Antibiotika. Für eine Therapie von Mycoplasmen, die wie bei Gonokokken immer gezielt auf Grundlage von Resistenztestungen vorgenommen werden sollte, stehen für den klinischen Alltag augenblicklich nur für wenige Antibiotika geeignete kommerziell erwerbliche Tests zur Verfügung. Hier sind weitere Forschungsarbeiten nötig, um Tests für alle relevanten Antibiotika für die Standard-Diagnostik in Laboren verfügbar zu machen.

Ein weiteres wichtiges Feld zur Verbesserung der Prävention von STI ist eine ausreichende Kompetenz auf Seiten von behandelnden Ärztinnen und Ärzten für eine möglichst offene, nicht stigmatisierende und damit effektive Sexualanamnese sowie der Diagnostik, Behandlung und weiteren Beratung zu STI. Hier zeigen Studien große Lücken in Deutschland auf, die etwa durch ein eigenes von der Deutschen STI-Gesellschaft in Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin und Nordrhein etablierten Curriculums „Sexuelle Gesundheit und STI“ adressiert werden. Eine Ausweitung solcher Ansätze in Deutschland scheint dringend geboten.

Wahrscheinlich noch in diesem Jahr wird die Durchführung von HIV-Heimtests durch Laien in Deutschland zugelassen. Hierfür stehen mittlerweile hoch-qualitative und durch Laien einfach anzuwendende Tests zur Verfügung. Durch diese Maßnahme soll Personen die Möglichkeit gegeben werden, sich auch bei schlechter Erreichbarkeit von Testeinrichtungen oder bei Vorbehalten, eine solche Einrichtung aufzusuchen, auf HIV testen zu können. Hierdurch soll die Anzahl von nicht diagnostizierten HIV-Infektionen in Deutschland (laut Schätzungen aktuell ca. 12.700), die eine wichtige Rolle für das Fortbestehen der HIV-Epidemie in Deutschland spielen, verringert

werden. Zusätzlich stehen für diese Personengruppe umfangreiche Internet-basierte, telefonische und persönliche Beratungsangebote zur Verfügung. Für die Diagnostik von anderen STI wäre eine identische Regelung wünschenswert. Hierfür stehen augenblicklich allerdings noch keine Tests mit ausreichender Qualität für die Heim-Testung zur Verfügung.

Wenn die PrEP sowie die begleitenden Untersuchungen zukünftig als Kassenleistung gelten, könnte dies einen Einfluss auf die STI-Zahlen haben. Einerseits würden durch die regelmäßigen Untersuchungen mehr STI entdeckt werden, andererseits besteht durch die rechtzeitige Behandlung die Möglichkeit, eine weitere Transmission frühzeitig zu stoppen.

In mehreren Städten gibt es Bemühungen, Zentren sexueller Gesundheit aufzubauen, die eine integrierte Beratung und Versorgung, ähnlich dem Walk In Ruhr (WIR) in Bochum anbieten. Falls diese Modelle nachhaltig gestärkt werden könnten, wäre das ein wichtiger Schritt in die verbesserte Versorgung von STI als Bestandteil der sexuellen Gesundheit.