[redacted]

Von: [redacted]
Gesendet:
An:
Cc:
Betreff: Stichwort: Sexuell wechselübertragbare Infektionen - Anhörung A01 - 05.09.2018
Anlagen: 2018-09-29_Fragenkatalog der Fraktionen zur Anhörung_final.pdf

Sehr geehrter Damen und Herren,

bitte finden Sie im Anhang meine schriftliche Stellungnahme als eingeladener Sachverständiger zum Thema „Sexuell wechselübertragbare Infektionen – Entwicklung, Maßnahmen und Perspektiven" – Vorlage 17/671, vorgesehen für die Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 5. September 2018 im Landtag Nordrhein-Westfalen.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Norbert Brockmeyer

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
17/759

A01



Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer
WIR „Walk In Ruhr"
Abteilungsleiter: Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz,
Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin
Direktor für Forschung und Lehre
Klinik für Dermatologie, Venerologie und
Allergologie der Ruhr-Universität Bochum
Sprecher KompNet HIV/AIDS
Präsident der Deutschen STI-Gesellschaft
Besucheradresse:
Große Beckstr. 12; 44787 Bochum

Fragenkatalog der Fraktionen zur Anhörung
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
zum Thema „Sexuell wechselübertragbare Infektionen – Entwicklung, Maßnahmen und Perspektiven“ – Vorlage 17/671
am 5. September 2018, 13:00 – ca. 15:00 Uhr

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?*

Klassische venerologische Infektionen:

ERKRANKUNG	ERREGER	MELDEPFLICHT
Gonorrhoe (Tripper)	Gonokokken	Nein (nur in Sachsen)
Syphilis	Treponema pallidum	Ja
Lymphogranuloma venereum	Chlamydia trachomatis L1-L3	Nein (nur in Sachsen)
Ulcus molle	Haemophilus ducreyi	Nein
Granuloma inquinale (Donovanose)	Klebsiella granulomatis	Nein

Weitere Sexuell übertragbare Infektionen (STI):

Bakterielle STI:
- Chlamydia trachomatis D-K (nicht meldepflichtig, nur in Sachsen)
- Mykoplasma genitalium (nicht meldepflichtig)
- Meningokokken (nicht meldepflichtig)
- Ureaplasma urealyticum (nicht meldepflichtig)

Virale STI:
- HIV-Infektion (meldepflichtig)
- Herpes simplex (1 und 2) (nicht meldepflichtig)
- EBV-Infektion (nicht meldepflichtig)
- CMV-Infektion (nicht meldepflichtig)
- Humane Papillomaviren (HPV) (nicht meldepflichtig)
- Hepatitis A (namentlich meldepflichtig, außerdem Verdacht auf und die Erkrankung an einer akuten infektiösen Gastroenteritis)
- Hepatitis B (HBV) (namentlich meldepflichtig)
- Hepatitis C (namentlich meldepflichtig)
- ZIKA (meldepflichtig)

Andere STI:
- Trichomonas vaginales (nicht meldepflichtig)
- Candida spec. – Pilze (nicht meldepflichtig)
- Skabies – Krätze (nicht meldepflichtig, aber benachrichtigungspflichtig bei Vorkommen in Gemeinschaftseinrichtungen)
- Pediculosis pubis - Läuse (nicht meldepflichtig, aber benachrichtigungspflichtig)

Hinweis 1: Warum STI und nicht STD?
Es sollte der Begriff STI [Sexually Transmitted Infection(s); dt. Übersetzung: Sexuell übertragbare Infektion(en)] verwendet werden. Einerseits, weil keine Krankheiten, sondern Infektionen diagnostiziert und übertragen werden und andererseits, weil in allen Kampagnen der Begriff STI verwendet wird und dieser als Marker, ähnlich wie AIDS sich durchsetzen sollte.

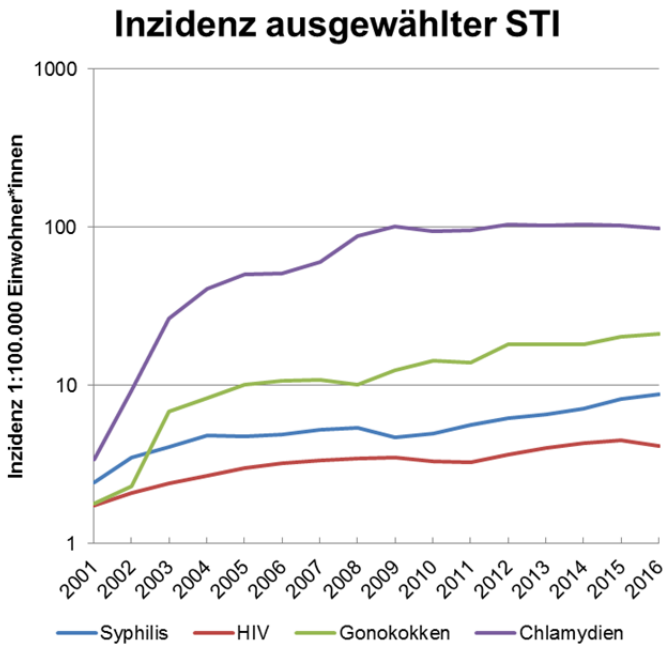
Hinweis 2: Die Infektionen können vielfältige Symptome (Krankheiten) auslösen, die eine spezifische Zuordnung zu einem einzelnen Erreger nicht zulassen. Bis zu 80% der Infektionen, die zu Krankheiten führen können, verlaufen symptomlos.

Chlamydien-Infektion:

2. *Die Chlamydien-Infektion fällt nicht unter die Meldepflicht (Ausnahme Sachsen):*
   a. *Wie schätzen Sie die Häufigkeit der Neuinfektionen ein?*

Ausgehend von den in Sachsen erhobenen Daten haben sich die Chlamydien-Infektionen von 2001 auf 2016 um das 20-fache erhöht (s. Graphik). Die Inzidenz liegt bei ca. 100 Neuinfektionen auf 100.000 Einwohner*innen. Die Schätzungen gehen von bis zu 250.000 Infektionen jährlich in Deutschland aus. Aufgrund der fehlenden Dokumentation in Deutschland können keine genaueren Aussagen getroffen werden. Im Walk In Ruhr (WIR) - Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin wurden 2017 25% mehr Infektionen als 2016 diagnostiziert.

Chlamydien haben die Fähigkeit vom primären Infektionsort in andere Körperstrukturen einzuwandern, d.h. z.B. von der Scheide in den Unterleib, und da z.B. in den Eileiter. Dies bedeutet, dass unsere Prävalenzdaten zu niedrig sind, weil Chlamydien an den primären Infektionsorten nicht mehr nachweisbar sind und in den anderen Körperstrukturen nur schwer (invasiv) diagnostiziert werden können – in diesen jedoch sehr krankheitsrelevant sind - und eine Antikörperdiagnostik nur geringe Hinweise auf eine eventuelle aktive Infektion geben kann.



Quelle: Syphilis & HIV (RKI Deutschland gesamt), Gonokokken & Chlamydien (Land Sachsen)

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

Beim Mann sind Entzündungen von Harnleiter, Blase oder Prostata und Samensträngen möglich. Eine Konsequenz kann Unfruchtbarkeit sein.

Chlamydien-Infektionen können bei Frauen zu chronischen Unterbauchentzündungen und im Extremfall zu Schwangerschaftskomplikationen und Unfruchtbarkeit, wie beim Mann, führen. Zu den Komplikationen zählen z.B. auch Frühgeburten, ein zu niedriges Geburtsgewicht und Eileiter- sowie ektope Schwangerschaften.
Wichtig ist, dass diese Komplikationen nicht nur durch Chlamydien verursacht werden, sondern ebenfalls durch andere STI, wie Gonokokken und Mykoplasma genitalium.

Nach Daten aus Fertilitätskliniken liegt der ungewollten Kinderlosigkeit bei 50–60% aller Paare eine Chlamydien-Infektion zugrunde.

Zudem können Chlamydien und auch andere STI Tumorwachstum beschleunigen (Ovarial- und Prostatakarzinome).

3. *Wie ist sicherzustellen, dass die Vorsorgeuntersuchungen für Chlamydien auf Jungen ausgeweitet werden (Reinfektionsraten über den selben Partner von über 50%)*

Vorsorgeuntersuchungen für Jungen sind sinnvoll und notwendig, da die Prävalenz bei Jungen teils höher ist als bei Mädchen, zum anderen aufgrund der hohen Reinfektionsrate von behandelten Personen durch nicht behandelte Partner*innen. Bei einmaligen Sexualkontakt beträgt die Reinfektionsrate ca. 80%, gleiches gilt für die Übertragung der Gonokokken. Die Bedeutung dieser Vorsorgemaßnahme ist also ähnlich wichtig, wie das MRSA-Screening (**M**ulti**r**esistenter **S**taphylococcus **a**ureus). Deshalb sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) von der Landesregierung und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gebeten werden, diese in die Kostenstruktur aufzunehmen. Wie auch die Finanzierung der ärztlichen Beratungsleistung, die nicht vergütet wird. Hilfreich ist die im WIR angebotene anonyme Partner*innen-benachrichtigung, um Reinfektionen zu vermeiden und so Infektionsketten zu durch-brechen.

und wie soll sichergestellt werden, dass die Teilnehmerzahlen bei Vorsorge-untersuchungen 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?

Höhere Teilnehmer*innenzahlen bei Vorsorgeuntersuchungen können durch gezielte Aufklärungskampagnen und -arbeit erreicht werden. Derzeit werden Kinder und Jugendliche teilweise zu diesem Thema mit der bestehenden Sexualaufklärung nicht erreicht, weil Bildung und Aufklärung hinsichtlich der Bedeutung von STI und der Notwendigkeit von Vorsorgeuntersuchungen nicht angeboten werden. Zusätzlich müssen Ärzt*innen (Kinderärzt*innen, Gynäkolog*innen, Dermatolog*innen), Gesundheitsämter,

Schulen, Medien, Krankenkassen für diese Maßnahmen gewonnen werden, dann können wir Erfolge erzielen. Gerade die Krankenkassen könnten durch ihre Mitglieder-informationen hier hervorragend wirken.

Eine Sensibilisierung und Bildung der Schüler*innen in der Schule unter Einbeziehung der Eltern wäre notwendig. Weiterhin ist notwendig, Lehrer*innen und weitere Fürsorgepersonen der Kinder und Jugendlichen über die Wichtigkeit und das Risiko einer STI aufzuklären und zu sensibilisieren, damit Vorsorgemaßnahmen für Kinder und Jugendlichen ergriffen werden. Die Bildung zur Sexuellen Gesundheit sollte ebenfalls in die Vorsorgeuntersuchung J1 aufgenommen werden, wie auch das Angebot zur Impfung gegen HPV.

Durch die niedrigschwelligen Angebote im WIR und die Patient*in-/ Klient*in-bezogene ausführliche Beratung konnte die Diagnose von Chlamydien von 2016 auf 2017 auf 25% gesteigert werden. Weiterhin, durch dieses niedrigschwellige Angebot konnte ebenfalls die Diagnose von HIV Late Presenter (Menschen mit schwerer Schädigung des Immunsystems) von 30% auf 40% erhöht werden.

Für eine gezielte und moderne Infektionsbekämpfung wird eine entsprechend genaue und **detaillierte Dokumentation** über Infektionsraten benötigt. Dies schließt auch die Diagnose und Dokumentation der Resistenz-Prävalenz ein, z.B. von Gonokokken und von Mykoplasma genitalium. Wir benötigen für letztere dringend eine Resistenz-gesteuerte Therapie.

Zudem ist eine erweiterte **ärztliche Bildung für STI** unerlässlich. Hierzu steht von der DSTIG (Deutsche STI-Gesellschaft, Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit) e.V. eine entsprechende Leitlinie „Beratung, Diagnostik und Therapie von STI“ (https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/059-006.html) zur Verfügung, wie auch ein zertifiziertes und ankündigungsfähiges Curriculum der Ärztekammer Westfalen-Lippe (http://www.akademie-wl.de/fortbildungskatalog/curriculare-fortbildungen/). Eine entsprechende Weiterbildung sollte als Voraussetzung für Ärzt*innen sein, an der STI-Versorgung teilnehmen zu können. Solche genau strukturierten Zugangswege (Weiterbildung) für Ärzt*innen sind für das MSRA-Screening exemplarisch verwirklicht worden. Weiter wesentlich ist, dass die Beratungsleistungen, die pro Klient*in häufig länger als 30 Minuten dauern, entsprechend vergütet werden und somit entsprechende Leistungsziffern eingerichtet werden. Dies müsste, wie oben für das Screening ausgeführt, über den G-BA umgesetzt werden.

Generell gehen Jungen und Männer schneller im Gesundheitssystem „verloren“, da ihre letzte finanzierte Untersuchung mit der U9 bzw. mit der J1 endet. Einige Mädchen und Frauen können durch die Vorsorgeuntersuchung und die „Pille“ durch Gynäkolog*innen durchgängig erreicht werden – aber eben auch nicht alle. Aus diesem Grund sind angekündigte (sozial erwünschte) Vorsorgeuntersuchungen ein wichtiges Instrument, damit Präventionsarbeit und -kampagnen auch durch Untersuchungen und Therapien Wirkung entfalten können.

Empfehlung:

- Ausweitung der kostenlosen Vorsorge auf Jungen und junge Männer
- Finanzierung der ärztlichen Leistungen, Beratung und Untersuchung
- Einbindung von Vorsorge (und Impfungen) in die J1
- Sensibilisierung bereits bei der U11
- Bereitstellung von Infomaterialien (durch Krankenkassen)
- Umsetzen der Maßnahmen durch den G-BA
- Bildung und Prävention sind sinnvoller als Heilen

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?*

Generell sind in Deutschland gute Ansätze und Projekte zu HIV und anderen STI entwickelt und umgesetzt. Darunter „Liebesleben“ der BZgA, die die Kampagne „Gib Aids keine Chance“ abgelöst hat sowie „Die-Infektastischen-STI“ aus diesem Jahr. Diese sind allerdings ausschließlich symptomkonzentriert, jedoch verlaufen 80% aller STI symptomlos. Wir benötigen Kampagnen, die dies adressieren! In diesen soll vermittelt werden, dass Sexuelle Gesundheit wichtig ist, jeder sich selbst dafür einsetzen kann, sich testen und impfen lassen kann und zudem seine Partner*innen immer auch anonym über Infektionen informieren kann.

Wird der Fokus auf das Land NRW gelegt, so wurde bereits in der Vorlage 17/671 verstärkt die wichtige Arbeit der Aidshilfe NRW hervorgehoben, mit den Projekten: Check-Points, Herzenslust, sowie das „Youthwork NRW“. Alle erwähnten Projekte sind nach wie vor wichtiger Bestandteil der Präventionsarbeit in NRW.

Ein sehr guter Beitrag ist das Konzeptpapier der Bundesregierung: „Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. BIS 2030 – Bedarfsorientiert · Integriert · Sektorübergreifend“. Die hier identifizierten Handlungsfelder sind: Akzeptanz schaffen, bedarfsorientierte Angebote weiter ausbauen, integrierte Präventions-, Test- und Versorgungsangebote weiterentwickeln, Sektor- und Sektoren-übergreifende Vernetzung der Akteur*innen fördern, Wissensgrundlage und Datennutzung weiter ausbauen. Um diese Konzepte umzusetzen, fehlt allerdings die finanzielle Unterfütterung, d.h. es sind keine Projektausschreibungen aus diesem Konzeptpapier hervorgegangen. Dieses Konzept soll finanzneutral verwirklicht werden. Zudem werden nicht einmal über den Innovationsfond Sektoren-übergreifende Projekte gefördert.

Das Walk In Ruhr (WIR) – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, in dessen Präventionskonzept für STI viele im Strategiepapier aufgezeigten Maßnahmen umgesetzt sind, legt großen Wert auf den Sektor- und Sektoren-übergreifenden Ansatz. Gesundheitsamt, Aidshilfe und die medizinische Ambulanz arbeiten im WIR eng zusammen, mit direkter Anbindung an das Katholische Klinikum Bochum (KKB). Mit weiteren Angeboten sind im Zentrum pro familia e.V., Rosa Strippe e.V. und Madonna e.V. vertreten.

Empfehlungen:

- Projekte zu Epidemiologie, klinischer Relevanz und Resistenzentwicklung für andere STI, wie für Chlamydien, Mykoplasmen und Gonorrhoe fördern und finanzieren.
- Finanzielle Unterfütterung für integrierte Präventions-, Test- und Versorgungsangebote, die Sektor- und Sektoren-übergreifend arbeiten.
- Unterstützung für Neuentwicklung und Umsetzung von Ideen, wie z.B. Partner*innenbenachrichtigung, Präventionsschulung in Schulen und anderen Einrichtungen, um sicherzustellen, dass eine permanente Weiterentwicklung und Anpassung an neue Handlungsnotwendigkeiten nicht an finanziellen Mitteln scheitern.
- Aufklärung über Zugangswege zu integrierten Präventions-, Test- und Versorgungsangeboten.

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

Trotz Kondom sind viele STI übertragbar. Deshalb ist die **Partner*innenbenachrichtigung** ein wichtiges Instrument, um Infektionsketten zu unterbrechen (50% aller Neuinfektionen werden bei der/ beim selben Partner*in erworben). Dabei ist unter Partner*innenbenachrichtigung das Informieren und Benachrichtigen der Sexualpartner*innen der letzten Wochen und Monate über eine mögliche eigene STI durch die Indexperson gemeint. Seit Juni 2017 existiert ein solches sicheres anonymes und kostenloses System im WIR (http://www.wir-ruhr.de/angebot/partner-benachrichtigung/), das auch im WIR entwickelt wurde.

STI-Risikotestsysteme, mit denen Menschen online testen können, ob sie ein Risiko für eine STI haben, sind ein weiteres Instrument, da sie über risikoadaptiertes, eigenverantwortliches Sexualverhalten zugleich aufklären. Seit Dezember 2017 ist ein solcher Online-Test unter (http://www.risikotest.wir-ruhr.de) abrufbar.

Ein Überblick über Angebote und Abläufe im WIR findet sich auch im Beitrag des y-Kollektivs (YouTube-Kanal, mit Reportagen und Dokumentationen zu unterschiedlichen Themen. Finanziert und unterstützt wird dieser von dem Medienangebot des öffentlich-rechtlichen „funk“-Netzwerks und von Radio Bremen.) – dieser erreichte innerhalb von 8 Wochen knapp 130.000 Klicks - (https://www.youtube.com/watch?v=6IBejDWPaSc) - und der darin verlinkte Online-Risikotest des WIR wurde 4.000 Mal aufgesucht. Dies zeigt die Relevanz des Themas und wie groß die Nachfrage nach mehr Informationen über STI ist – auch über HIV und AIDS hinausgehend.

Deutlich wird ebenfalls, dass neben der Verbesserung der Aufklärung (Bildung) an Schulen auch das verstärkte Arbeiten mit und im System der **Sozialen Medien**, wie z.B. YouTube, Instagram, Snapchat, Facebook, Tinder und Streaming-Diensten, wie Spotify, notwendig ist.

Ein **STI-Selbstentnahme-Kit** ist eine barrierearme Möglichkeit, auch anonym Klient*innen für einen Test auf HIV, Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydia trachomatis, Mykoplasma genitalium zu gewinnen. Abstriche sowie Blut und Urinproben entnehmen Nutzer*innen zu Hause. Für NRW ist dieser in Zusammenarbeit vom WIR, Labor Krone und der Aidshilfe NRW entwickelt und umgesetzt worden. Neben dem WIR ist - über die AIDS-Hilfe Paderborn - Paderborn der nächste Einsatzort, da gerade auch ländliche

Bezirke erreicht werden müssen. Die Umsetzung ist gleichzeitig eine Chance epidemiologische Daten zu gewinnen, die für die Präventionsplanung bedeutend wären.

Es werden weiterhin separate Angebote benötigt, wie die Entwicklung von Konzepten, die in Zusammenarbeit mit Krankenkassen gezielt Jugendliche ansprechen. **Politik und Krankenkassen** müssen erkennen, dass die **Förderung der Sexuellen Gesundheit** nicht nur gesundheitspolitisch, sondern auch ökonomisch wichtig ist. Eine **Datenerhebung** und die Auswertung der erhobenen Verlaufsdaten bei angesprochenen, erreichten oder nicht-erreichten Jugendlichen ist wichtig als Grundlage für eine Bewertung. Finanzielle Unterstützung für entsprechende Projekte ist notwendig.

Health Adviser*innen, die als Mittler*innen zwischen Patient*innen und Institutionen im WIR verstärkt tätig sind, sind eine wichtige Brücke zwischen Ärzt*innen und Patient*innen und Teil des Barriereabbaus. Zukünftig sollen Health Adviser*innen auch eine bessere Versorgung in ländlichen Gebieten ermöglichen. [Ähnlicher Ansatz: ärztlich-delegierbare Leistungen im Rheinland im Projekt EVA und im Modellprojekt „MoNi“ von 2010 in Niedersachsen (Scheverdingen)]. Neben der stationären Arbeit im WIR, sind Health Adviser*innen aufsuchend in Schulen, Szenelokalen und an Schwerpunktorten, wie „Schlafen am Zug“ (Notschlafstelle für obdachlose Jugendliche in Bochum) tätig. Als Klammer des Präventionskonzeptes werden im Zentrum Health Adviser*innen ausgebildet. Diese klären das Anliegen des/der Besucher*in, leisten eine Risikoreduktionsberatung und weisen auf die Präventionsangebote hin.

Die **HIV Präexpositionsprohylaxe (PrEP)** bietet bei richtiger Einnahme einen 98% Schutz vor HIV. 120 Klienten wurden im WIR beraten und 108 sind unter PrEP. Erfolge sind das Wiedererreichen von Personen, die vom Gesundheitssystem nicht mehr erreicht wurden und die Anbindung bisher nicht-erreichter Personen sowie die kontinuierlichen 3-monatigen Vorstellungen mit Beratung und STI-Testung. Noch wesentlicher ist jedoch, dass die doppelte Anzahl an Sexualpartnern für die STI-Testungen einbezogen werden konnte.

Generell sehe ich eine wichtige Maßnahme zur nachhaltigen Reduktion von STI darin, **spezialisierte Zentren für Sexuelle Gesundheit** aufzubauen, ähnlich der Schwerpunktversorgung bei HIV-Patient*innen, da klare Angebote entsprechend gezielt wahrgenommen und genutzt werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die **Mehrsprachigkeit aller Aufklärungsangebote**. Diese Übersetzungsleistung braucht ebenfalls einen finanziellen Unterbau.

Wir stehen vor großen Herausforderungen, es sind und müssen weiterhin neue Projekte, siehe oben, entwickelt werden. Es kann nicht sein, dass diese wichtige Aufgabe, die die Allgemeinheit und hier insbesondere unsere Kinder schützt, an der finanziellen Unterstützung scheitert. Zudem sind diese Projekte auch eine Voraussetzung, dass aus Kindern mündige, lebensbejahende Erwachsene werden. Der Präventionsfond muss dringend auch für Projekte zur sexuellen Bildung und Prävention geöffnet werden! Der Innovationsfond sollte zudem Projekte fördern, die nicht streng das SGB V abbilden! Innovation, gerade im Gesundheitswesen, muss endlich über Sektor- und Sektorengrenzen umgesetzt werden.

Empfehlungen:

- Früh und risikoangepasst aufklären

- Curriculare ankündigungsfähige Weiterbildung der ÄKWL von Ärzt*innen, Lehrer*innen und Sozialarbeiter*innen
- Aufbau von spezialisierten Zentren zur Sexuellen Gesundheit
- Finanzierung der ärztlichen Beratungstätigkeit und der risikoabhängigen Testung
- Finanzierung von Impfungen bis zum 25. Lebensjahr (insbesondere HPV)
- Curriculare Ausbildung von Health Adviser*innen und Etablierung des Konzeptes zu ärztlich-delegierbaren Leistungen
- Nutzung der Sozialen Medien
- Stärkere Einbindung von Krankenkassen in die STI-Präventionsarbeit
- Mehrsprachige Aufklärungsbroschüren und Ansprache von Menschen

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 Impfrate (bei Mädchen zur Zeit bei nur ca. 30%) so erhöht wird, dass für beide Geschlechter endlich ausreichende Impfquoten um die 80% erreicht werden?

Derzeit ist die letzte **Pflichtvorsorgeuntersuchung** des „Gelben Vorsorgehefts“ für Jungen und Mädchen die U9 mit knapp 5 Jahren. Mit der J1 folgt im Alter von 12 bis 14 Jahren die letzte finanzierte Vorsorgeuntersuchung vor der Volljährigkeit. Hieraus ergeben sich mehrere Probleme: Wir verlieren die Eltern, die in diesem Alter maßgeblich für die (Sexuelle) Gesundheit ihrer Kinder verantwortlich sind. Des Weiteren verliert das medizinische System Kinder und Jugendliche in der wichtigen Phase (laut STIKO-Empfehlung von 9-12 Jahren) für eine Sensibilisierung auf STI und die Möglichkeit auf **Gesundheitsbildung** und **Impfberatung** nicht nur für HPV, sondern für alle impfpräventablen Infektionen (Negativbeispiel: die zurzeit bestehende Masernepidemie).

Kinder und Eltern müssen gemeinsam überzeugt werden. Da eine Sensibilisierung bzw. Impfung bereits ab 9 Jahren sinnvoll ist, ist es in diesem Alter umso wichtiger die Eltern zu bilden. Wie unter Punkt 3 beschrieben, müssen die Kinderuntersuchung U11 und Jugenduntersuchung J1 zusätzliche Schwerpunkte enthalten. In allen Vorsorgeuntersuchungen, aber insbesondere in der J1, ist die Impfung und Sensibilisierung aufzunehmen. Sinnvoller wäre es, bereits die U11 für Kinder und Jugendliche in die Vorsorge hineinzunehmen und dort das Thema STI und HPV-Impfung für eine erste vorsichtige Sensibilisierung zu behandeln. In einem Modellprojekt an der Bergstraße konnte gezeigt werden, dass Impfraten von über 80%, von 22% beginnend, innerhalb weniger Jahre erreichbar sind.

Generell muss das Bewusstsein gefördert werden, dass nicht nur Mädchen für Sexuelle Gesundheit und Verhütung, sondern auch Jungen verantwortlich sind. Hierzu ist die Nutzung von Sozialen Medien und aufsuchende Angebote, wie die der Health Adviser*innen etc. notwendig.

Empfehlung:

- Ausweitung der Kostenübernahme auf alle Personen bis mindestens 25. Jahre
- Bezahlung von Beratungen und Untersuchungen
- Aufnahme der Impfung und der Vorsorge insbesondere in J1
- Sensibilisierung auf allen Ebenen ab 9 Jahren: Schulen, Praxen, Vorsorgeuntersuchungen, durch Krankenkassen finanziert
- Jungen verstärkt ansprechen, da diese vielmals über Jahre der Gesundheitsvorsorge verloren gehen

- Informationsmaterialien durch Krankenkassen, Mitgliederinformation
- Informationsmaterialien für Praxen bereitstellen
- Einsatz von Health Adviser*innen

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

Eine Risiko-Anlass-bezogene Testung ist ein Grundpfeiler für eine erfolgreiche Strategie (z.B. MRSA), also sollte diese finanziert werden. Die PrEP ist einerseits risikobehaftet, weil zu Beginn eine Steigerung von STI zu erwarten ist, aufgrund geringerer Kondomnutzung. Andererseits führt sie zu einem geregelten Intervallkontakt zu Klient*innen und dadurch zu STI-Testung, Therapie und Partner*inneneinschluss - damit über längere Sicht zur Verringerung der STI-Zahlen. Wesentlich ist, dass die PrEP in Zukunft finanziert wird, um Menschen ins Gesundheitssystem zu integrieren.
Daraus ergibt sich, dass die STI-Testungen verstärkt in die Präventionsarbeit aufgenommen werden müssen, darunter zählt die gezielte Ausbildung von Ärzt*innen (Curriculum und Leitlinie zu „Beratung, Diagnostik und Therapie von STI“.) und die Bezahlung ärztlicher Beratungsleistungen. Dafür, wie in Punkt 3 beschrieben, ist es notwendig, dass die Landesregierung gemeinsam mit dem BMG auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einwirkt, dass Untersuchungen und Beratungsangebote finanziert und bezahlt werden (Finanzielle Förderung von Sektor- und Sektoren-übergreifenden Strukturen).

Potential besteht auch in der Etablierung eines *eigenständigen runden Tisches zum Thema STI*, der vom Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags und dem Gesundheitsminister eingerichtet werden könnte, unter der Einbeziehung von Krankenkassen und von Expert*innen in der Prävention und der Versorgung von STI in NRW. Das Ziel ist daher die Schaffung und finanzielle Förderung von niedrigschwelligen Versorgungsstrukturen. Um festgelegte Ziele überprüfen zu können, ist es zudem notwendig, Daten zu generieren und auszuwerten.

Zusammenfassend: Risiko-Anlassbezogene Testungen sind ein Muss; Weiterbildung der Ärzt*innen – zertifiziertes Curriculum der ÄKWL zu Sexueller Gesundheit und STI – sowie eine angemessene Vergütung der Ärzt*innen, begleitende Notwendigkeiten. Für die Umsetzung ist es wichtig, dass die Landesregierung die Voraussetzungen einleitet und begleitet, damit die finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt werden. Gespräche mit den Krankenkassen und ausgewiesenen Zentren für Testung sind notwendig, um gemeinsame Strategien zu entwickeln, Verantwortlichkeiten zu benennen und möglichst begleitend Daten zur Effizienzkontrolle zu generieren.

Empfehlung:

- Weiterbildung der Ärzt*innen – zertifiziertes Curriculum der ÄKWL zu Sexueller Gesundheit und STI

- Leistungsziffern für Untersuchungen und Beratungen
- Etablierung eines runden Tisches NRW, speziell zum Thema STI
- Risiko-Anlassbezogene Testungen, Finanzierung notwendig
- Begleitende Daten zur Effizienzkontrolle
- Etablierung von Health Adviser*innen

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.

Bei Männern, die Sex mit Männern haben (**MSM**), gestaltet sich die STI-Epidemiologie wie folgt: HIV, Syphilis, Gonorrhoe, Mykoplasma genitalium, Lymphogranuloma venereum und HPV-bedingte Tumore und Genitalwarzen sind häufig, letztere bis zu 60%. Jedoch werden im WIR (je nach Personenkreis) bei PrEP-Nutzern, MSM mit und ohne HIV-Infektion zwischen 15% und mehr als 20% STI-Infektionen (andere als HIV) diagnostiziert.

Es ist davon auszugehen, dass die Freigabe des HIV-Schnelltests in Deutschland, die von Bundesgesundheitsminister Spahn angekündigt ist, zu einer Erhöhung der Testraten bei Menschen führen wird, die andere niedrigschwellige Testangebote in AIDS-Hilfen, Gesundheitsämtern oder bei Ärzt*innen aus vielerlei Gründen meiden. Hierbei besteht ohne weitere flankierende Maßnahmen allerdings die Gefahr, dass andere STI weniger getestet werden - weil viele nur HIV/AIDS sehen - und folglich zunehmen.

Insgesamt muss in diesem Kontext darauf hingewiesen werden, dass teilweise parallele Epidemiologien verzeichnet werden können, wie z.B. bei den Hochrisikogruppen MSM und Swinger-Club-Besucher*innen. Bei Ersteren: HIV, Syphilis, Gonorrhoe, resistente Mykoplasma genitalium Infektionen, Lymphogranuloma venereum und HPV-bedingte Genitalwarzen und Tumore. Bei Letzteren sind HIV-Infektionen selten, jedoch treten hier Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydien und Mykoplasma genitalium-Infektionen häufig auf.

Sexarbeiterinnen: Das Robert Koch-Institut (RKI) hat bei diesen Personen sehr aussagekräftige Studien durchgeführt. In Bochum wurde in 2014 eine Studie durchgeführt, die höhere STI-Raten insbesondere für Gonokokken und Syphilis belegte, die aber ähnlich der Raten in den Heimatländern der Personen waren. Die überwiegende Mehrheit der 112 erreichten Sexarbeiterinnen in der Bochumer Studie wiesen einen Migrationshintergrund auf, 47,3% stammten aus Rumänien und 15% aus Bulgarien. Die Mehrzahl der Sexarbeiterinnen war zwischen 20 und 29 Jahren alt (61,3%) und 80% nicht krankenversichert. Für die Präventionsarbeit in dieser Gruppe ist es wichtig, die Sexarbeiterinnen dahingehend zu stärken und zu ermutigen, Wünsche bezüglich kondomlosem Sex zu verneinen und Aufklärung möglichst in den jeweiligen Landessprachen zur Verfügung zu stellen. Gefährdet waren insbesondere junge, neu in der Sexarbeit tätige Frauen, mit schlechten Deutschkenntnissen. Diese Frauen werden nur durch aufsuchende, vertrauensbildende Arbeit erreicht, und können dann persönlich gestärkt (Selbstbewusstsein) ins Gesundheitssystem integriert werden. Entscheidend in allen Präventionsansätzen ist die stärkere **Einbindung und Aufklärung von Freiern**. Dass Ausgrenzung, Diskriminierung und Kriminalisierung nicht der richtige Weg sind, zeigen die negativen Folgen dieses Vorgehens in Frankreich, Schweden und Melbourne.

MiSSA: Migrant*innen aus Sub-Sahara-Afrika (MiSSA) stellen hinsichtlich HIV einen vulnerablen Personenkreis dar und sind laut den Daten des RKI in Deutschland

epidemiologisch relevant. 10-15% aller HIV-Erstdiagnosen der letzten Jahre sind auf die MiSSA-Gruppe zurückzuführen. Die Infektionen wurden teils in den Heimatländern, auf der Flucht und, wie insbesondere bei Nordafrikaner*innen, z.B. in Europa (Deutschland) erworben. Diese Personen sind insgesamt besonders schwierig zu erreichen. Die Ansprache muss diskret und anonym erfolgen. Der soziale Druck innerhalb der Gruppe ist enorm hoch. Hier sind Peer-Ansätze am besten und erfolgversprechendsten.

Bei Heterosexuellen sehen wir zunehmend Gonorrhoe häufig, insbesondere bis zum Alter von 25 Jahren sowie bei Chlamydien-Infektionen und -erkrankungen, die bei 10% und häufiger liegen. Humane Papilloma Virus-Infektionen und -erkrankungen liegen bei 50–80%. In jungem Alter sind ebenfalls Herpes simplex-Infektionen häufig.

Empfehlung:

Gruppe MSM:

- Gefahr der einseitigen Testung auf HIV/AIDS
- Stärkere Aufklärung hinsichtlich anderer STI

Gruppe Sexarbeiter*innen:

- Bestärken ausschließlich Sex mit Kondom anzubieten
- Sprachbarrieren reduzieren
- Nur erreichbar durch aufsuchende, vertrauensbildende Arbeit
- In Gesundheitssystem integrieren
- Stärkere Einbindung und Aufklärung von Freiern

Gruppe MiSSA:

- Laut RKI: epidemiologisch relevant
- 10-15% aller HIV-Erstdiagnosen
- Besonders schwierig erreichbar
- Ansprache muss diskret und anonym erfolgen
- Sprachbarrieren reduzieren, Sprachmittler*innen einsetzen etc.

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

Insgesamt gilt: Abhängig von den unterschiedlichen Lebenssituationen, Lebensrealitäten, der sexuellen Orientierung, den Sexualpraktiken (z.B. Analverkehr zu 43% bei jungen Frauen in der WIR-Studie „Prä Young Go“) bestehen unterschiedliche STI-Risiken und damit teils gravierend unterschiedliche STI-Infektionsraten und somit auch unterschiedliche Symptome und Erkrankungen. Dies bedeutet, wir benötigen unterschiedliche Strategien der Ansprache, Aufklärung und Bildung (Prävention) sowie der Test- und Therapieangebote, die teils bereits bestehen, aber insbesondere bzgl. Niederschwelligkeit und Tabu-stigmafreier Ansprache verfeinert werden müssen.

Wie bereits in den Fragen weiter oben beschrieben, ist die Bildung zur (Sexuellen) Gesundheit beginnend in der Schule bis ins Alter (Infektionsraten bei 55+) eine absolut notwendige Strategie, denn Bildung zu Sexualität und STI führt zu Gesundheitsbewusstsein, Selbststärkung und weniger Infektionen.

Weiterentwicklung integrierter Präventions-, Test- und Versorgungsangebote, insbesondere für junge Menschen, um so Orientierung in den Angeboten und qualifizierte institutsübergreifende Angebote sicherzustellen (Beispiel: Ein Klient*in, der z.B. im Gesundheitsamt sich testen lässt, sollte bei behandlungsbedarf möglichst umwegfrei Zugang zu Therapie und ggf. sozialer Beratung haben. Ein besonders junger Mensch findet leichter Zugang zu einer unverbindlichen Beratung, wenn der Erstkontakt über eine*n Health Adviser*in angebahnt wird, dieser aber die ggf. notwendige Weiterleitung an Test und Therapie vorbereitet und begleitet.).

Curriculare Weiterbildung von Ärzt*innen; Lehrer*innen und allen in diesem Bereich Arbeitenden.

An Zielpersonen ausgerichtete Präventionskampagnen ohne Fokussierung auf Krankheits-symptome.

Verwirklichung einer bundesweiten Erfassung der wesentlichen STI (Gonokokken, Chlamydien mit Genovaren, Mykoplasma genitalium) einschließlich der Resistenzen-Situation, insbesondere bei Gonokokken und Mykoplasma genitalium.

Epidemiologie-gesteuerte Präventions-, Diagnostik-, und Therapieangebote.

Resistenz-gesteuerte Therapiedurchführung bei Gonokokken und Mykoplasma genitalium.

Förderung von Sektor- und Sektoren-übergreifender Zusammenarbeit, wie sie z.B. bereits im Walk In Ruhr (WIR) – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin umgesetzt ist.

Öffnung des Innovationsfonds für entsprechende Anträge.

Leistungsziffern für Beratung und Diagnostik, insbesondere auch für Vorsorgeuntersuchen.

Umsetzung einer curricularen Ausbildung für und Etablierung der Health Adviser*innen-Struktur in der medizinischen Versorgungsstruktur.

Entwicklung einer umfassenden Beratungs- und Versorgungskampagne für impf-präventable Infektionen (HBV, HPV etc.).

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

Zielgruppenspezifische Angebote und Projekte sind im Bereich STI sehr wichtig. Diese sollten zudem möglichst niedrigschwellige Angebote sein und Aufsuchende Arbeit umfassen. Sie müssen dabei die Lebenswelt, die sexuelle Orientierung und die Lebenswirklichkeit bzw. die Lebenssituation einbeziehen und ansprechen. Nutzen und weiter ausbauen lassen sich, die im HIV-Bereich entwickelte Strukturen, jedoch werden auf Grund der schwierigeren Präventionsbotschaften für die unterschiedlichen Ziel-personen (deutlich differenten Altersklassen von 14–84 Jahren, Frauen, Männer, Trans*-Personen) weitere Strategien und spezialisierte Versorgungsstrukturen notwendig, die die Versorgung bis z.B. der Stimmmodulation bei Trans*-Personen abbilden können.

Wir brauchen keine gruppenspezifische, sondern risikospezifische Angebote und diese müssen v.a. ausgerichtet sein, die Menschen in ihrer Lebenswirklichkeit zu erreichen.

Dies bedeutet auch, jeweils die Sprache der Zielpersonen zu treffen, z.B. durch eine spezielle Ansprache für junge Menschen.

Außerdem muss auf den Zugang zur Behandlung geachtet werden, d.h. wie können wir möglichst alle Personengruppen erreichen (z.B. anonyme und kostenlose Angebote für schwer Erreichbare, eine Verbesserung der Angebote zur Überwindung von Sprachbarrieren und die stärkere Nutzung, wie weiter oben bereits ausgeführt, der Sozialen Medien).

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

Es ist davon auszugehen, dass die STI-Zahlen weiter zunehmen werden, insbesondere unter heterosexuellen Menschen. Als besondere Herausforderung und besorgniserregend aus medizinischer Sicht ist die Zunahme von Antibiotika-Resistenzen, insbesondere bei Gonokokken und bei Mykoplasma genitalium. Diese sind v.a. bedingt durch Selbsttherapie, Therapie ohne Diagnose und eine nicht zielgerichtete Therapie. Mitbehandlung von nicht diagnostizierten Erregern, hierdurch dürfte die hohe Rate von resistenten Mykoplasma genitalium Infektionen bei MSM mit häufigen STI bedingt sein. Für Mykoplasmen und Gonorrhoe sollten resistenzgeleitete Therapien festgeschrieben und umgesetzt werden. Für alles gilt dabei: Prävention ist effektiver als Heilen!

Eine weitere neue Herausforderung ist der neue Zeitgeist der sexuellen Tabuisierung und Stigmatisierung, der die bisherigen, durch zivilgesellschaftliche Ansätze und Liberalität, erlangten Erfolge gefährdet (Deutschland hat die niedrigste HIV-Inzidenz und Prävalenz).

Wir benötigen Studien zum Sexualverhalten, zum Sexualrisikoverhalten, zu Mechanismen der Risikokompensation im STI-Bereich und zu Sexualpraktiken, um eine adäquate Risikoanalyse durchzuführen.

Es fehlt generell an Studien, um Herausforderungen wie Infektionsketten, -netze, Resistenzausbildung ermitteln und beschreiben zu können. Des Weiteren brauchen wir Untersuchungen zur Pathogenese von STI-Erregersubtypen sowie zu unterschiedlichen STI, z.B. Mykoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum. Außerdem benötigen wir eine Diagnostik aus allen sexuell-wesentlichen Lokalisationen (Mund, Anal, Genital).

Eine weitere Herausforderung ist, wie in allen Bereichen, die Digitalisierung der Präventionsarbeit. Soziale Medien müssen in allen Projekten einbezogen werden, um möglichst viele Menschen zu erreichen, insbesondere Dating-Portale, wie Tinder und Elitepartner. In den Schulcurricula sollten neben der Sexualaufklärung im Lehrplan auch sexuelle Bildung zu STI durch externe Expert*innen eingeplant werden, dies sollte nicht durch Lehrer*innen vermittelt werden.

Empfehlung:

- Bildung zur Verhinderung neuer Tabuisierung und Stigmatisierung
- Nutzung der medialen Angebote, wie Tinder, Elitepartner, in diesen sollte verstärkt aufgeklärt werden, z.B. durch gezielte Werbung zur Sexuellen Gesundheit
- Angebote zur STI-Aufklärung für Urlaubsreisende, z.B. vergleichbar zur Kampagne „Schützen Sie Ihre Haut“ (vor der Sonne)
- Studien zum Sexualverhalten, zu sexuellem Risikoverhalten und zu Sexualpraktiken

- Studien zur Epidemiologie, damit eingeschätzt werden kann, welchen Herausforderungen bzgl. STI in der Bevölkerung wir real gegenüberstehen
- Umsetzung einer resistenzgesteuerten Therapie für Gonokokken und Mykoplasma genitalium
- Studien zu Krankheits- und klinischer Bedeutung von einzelnen STI, z.B. Mykoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum.