

**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?**

Als „Sexuell übertragbare Infektionen“ (sexually transmitted infections; STI) wird eine Teilmenge der Infektionserkrankungen bezeichnet, deren Erreger wie bei der Syphilis nahezu ausschließlich oder – wie im Falle der Krätze (Skabies) – in zumindest nennenswertem Umfang durch engen, sexuellen Körperkontakt übertragen werden können. Dabei wird die Bezeichnung STI gegenüber dem stärker verengenden Begriff der STD (sexually transmitted diseases) bevorzugt, weil die meisten dieser Infektionen auch durch Personen weiterverbreitet werden, die selbst nicht erkennbar erkrankt sind. Eine Liste der wichtigsten STI finden Sie als Tabelle 1 beigefügt.

Während das alte *Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* ausschließlich die meldepflichtigen „klassischen Geschlechtskrankheiten“ (Syphilis, Gonorrhoe, Ulkus molle (Weicher Schanker), Granuloma inguinale (Donovaniasis) und Lymphogranuloma venereum) adressierte, gelten die Grundsätze des neuen Infektionsschutzgesetzes prinzipiell für alle erregerbedingt übertragbaren Infektionen einschließlich aller STI. Eine nicht-namentliche Meldepflicht besteht in der Bundesrepublik bzw. in Nordrhein-Westfalen derzeit für HIV- und Syphilis-Infektionen. Über die unteren Gesundheitsbehörden erfasst werden außerdem die Giardiasis, die Hepatitiden, Shigellosen und Zika-Infektionen, die sämtlich zwar nicht ausschließlich, aber in bestimmten Populationen in nennenswertem Umfang sexuell übertragen werden.

**Chlamydien-Infektion (CTI):**

**2) Die Chlamydien-Infektion fällt nicht unter die Meldepflicht:**

**a) Wie schätzen Sie die Häufigkeit der Neuinfektionen ein?**

Chlamydien-Infektionen zählen zu den weltweit häufigsten STI. Verlässliche Zahlen zur Epidemiologie in Deutschland liegen allerdings nicht vor. Die ECDC geht für EU-Europa in den Jahren 2012 bis 2016 von jährlichen Neuinfektionsraten aus, die im Mittel bei ca. 180 auf 100.000 Einwohner liegen (2016: Dänemark  $593,8/10^5$ ; Rumänien  $0,1/10^5$ ). Dabei sind zu mehr als 80% junge Menschen zwischen 15 und 25 Lebensjahren betroffen.

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

Aktuelle Daten der National Danish Chlamydia Study zeigen, dass CTI die Risiken für Tubeninfertilität (Weibliche Unfruchtbarkeit; RR 1,37 (95%-VB: 1,24-1,52), für Ektope Schwangerschaften (Bauchhöhlenschwangerschaft; RR 1,31 (95%-VB: 1,25-1,38) sowie Adnexitiden (pelvic inflammatory disease (PID); RR 1,50 (95%-VB: 1,43-1,57) signifikant erhöhen. In diesem Zusammenhang ist es bemerkenswert, dass eine aktuelle australische Studie klare Belege dafür findet, dass ein Chlamydien-Screening beschwerdefreier Personen mit zeitnaher antibiotischer Therapie der dabei nachgewiesenen Infektionen, das Risiko der o.g. Komplikationen annähernd egalisiert!

Die Annahme, dass CTI zur Entstehung von Gebärmutterkreberkrankungen beitragen könnten, ist nicht durch wissenschaftlich belastbare Daten gestützt. Es steht jedoch eindeutig fest, dass dieser Krebs durch sexuell übertragene Humane Papilloma-Viren verursacht wird.

Spezielle Chlamydienvarianten sind die Erreger des Lymphogranuloma venereum. Diese Erkrankung wird seit etwa 15 Jahren immer wieder beobachtet – und zwar bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) mit einer gewissen Häufigkeit. Bei Befall des Analtraktes können schwerste therapeutisch kaum zu beeinflussende Gewebeerstörungen die Folge sein. Diese Infektion ist in Frühphasen bei entsprechender Abstrichdiagnostik leicht zu diagnostizieren und ist zunächst gut behandelbar, wird am Anfang aber oft über viele Monate hin als entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn) verkannt.

- 3) Wie ist sicherzustellen, dass die Vorsorgeuntersuchungen für Chlamydien auf Jungen ausgeweitet werden (Reinfektionsraten über denselben 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?**

**a. Regelhafte Mituntersuchung und ggf. Mitbehandlung aller aktuellen SexualpartnerInnen**  
STI betreffen IMMER mindestens zwei Menschen (und wenn es um Prävention geht, immer auch beide Geschlechter). Wenn ein Mensch von einer STI aktuell betroffen ist, sind prinzipiell ALLE aktuellen SexualpartnerInnen mitbetroffen. **Dies gilt vor allem auch für Chlamydien:** eine amerikanische Untersuchung konnte nachweisen, dass bei jungen Frauen mit Chlamydieninfektionen Reinfektionen durch nicht mitbehandelte Sexualpartner die weitaus häufigste Ursache für ein Therapieversagen waren.

**b. Implementierung von Sexualberatung und STI-Screening als Kassenleistung**  
Die Teilnehmerzahlen bei Vorsorgeuntersuchungen können angehoben werden, wenn Hausärzte, Kinderärzte, Gynäkologen, Urologen, Dermatologen Mädchen, Jungen und jungen Erwachsenen eine Sexualberatung und einen STI-Gesundheitscheck als kostengedeckte (Kassen-)Leistung aktiv anbieten.

**c. Speziell auf Jugendliche zielende Kommunikationsanstrengungen, die z. B. sexuelle Gesundheit als essentiellen Bestandteil sexueller Attraktivität reklamieren**  
Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sind die Hauptzielgruppe für gegen Chlamydien- und HPV-Infektionen gerichtete Präventionsanstrengungen. Die zielgruppenspezifische Aufklärungsarbeit sollte konventionell (Schulunterricht), aber auch mit den Mitteln sog. neuer Medien erfolgen.

**d. Maßnahmen zur Enttabuisierung von Jugendsexualität in der Gesellschaft, bei Eltern, Lehrern und in der Ärzteschaft**  
Ein verbreitetes Tabu verhindert es, die Keuschheit eines/einer 27-jährigen jungen Erwachsenen, wie auch das sexuelle Coming Out eines/einer 13- oder 14-jährigen Frühpubertierenden als ungefähre Eckpunkte eines pubertären Kontinuums zu akzeptieren. Dieses Tabu verhindert die Akzeptanz von Screening- bzw. Impfangeboten in den Köpfen der Betroffenen, vor allem aber auch bei Eltern, Lehrern und der nicht auf STI und sexuelle Gesundheit spezialisierten Ärzteschaft.

#### **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?**

Mir sind solche nicht bekannt.

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

- Sicherstellung von Partneruntersuchungen und Partnertherapie als *lege artis* im Regelfall angezeigte Vorgehensweise durch Aufklärung der Ärzteschaft, der Kostenträger und der Politik, mit dem Ziel einer kostendeckenden und niedrigschwellig erreichbaren Finanzierung.
- Zielgruppenspezifische Aufklärung über individuelles und kollektives Risikoverhalten sowie bilanziert risikoadaptierte Verhütungs- und Vorsorgemaßnahmen (STI-Screening, Kondome, PrEP, Chemoprophylaxe, Partnerbenachrichtigung (auch per anonymer SMS), Drogenrisiken, etc.).
- Grundsätzlich verdient das Thema Sexuelle Gesundheit über die Thematik Sexuell übertragbarer Infektionen hinaus in der Gesellschaft, der Ärzteschaft, in den Lehrplänen der

Schulen und nicht zuletzt bei Eltern und Lehrern die ihm gebührende hohe Beachtung. Dazu gehört von der Grundintention her eine Enttabuisierung von Krankheit, hier speziell sexuell übertragbarer Infektionen und ihrer Folgen.

- 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?**
- Die Impfraten können angehoben werden, wenn Hausärzte, Kinderärzte, Gynäkologen, Urologen, Dermatologen Mädchen, Jungen und deren Eltern, sowie jungen Erwachsenen die HPV-Impfung im Rahmen einer Sexualberatung und eines STI-Gesundheitschecks aktiv anbieten.
  - Idealerweise wäre die HPV-Impfung in ein bestehendes Schulimpfprogramm zu implementieren. Die aktuellen Masernausbrüche (und künftig zu befürchtende Polioausbrüche) könnten Gesellschaft und Entscheidungsträger zur Reinstallation solcher Programme motivieren.
  - Der Kampf gegen die bei uns verbreitete Impfmüdigkeit liegt nicht nur im Interesse der Impfstoffhersteller. Es ist genuine Aufgabe eines (modern) kommunikativ gut aufgestellten (und finanziell gut ausgestatteten) öffentlichen Gesundheitsdienstes sowohl für Neuentwicklungen (HPV-, Zoster- und demnächst vielleicht Dengue- und ZIKA-) als auch für die etablierten Masern-, Windpocken-, Röteln-, Tetanus- und Polio-Impfungen Akzeptanz zu schaffen und wenn möglich sogar Enthusiasmus zu wecken.
- 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?**
- Die Notwendigkeit niedrigschwelliger, ausreichend finanzierter STI-Screeningangebote ist fraglos gegeben. PrEP-Benutzer stellen dabei eine besondere Zielgruppe mit einem hohen STI-Risiko dar. Wenn die PrEP-Abgabe zur Kassenleistung wird, müssen auch die medizinisch notwendigen Begleituntersuchungen Kassenleistung sein; ein regelmäßiges STI-Screening gehört zu den notwendigen medizinischen Begleituntersuchungen.
  - Die Landesregierung kann politisch auf die zuständigen Kostenträger einwirken.
  - Die Landesregierung kann Modellprojekte finanzieren.
  - Die Landesregierung kann an Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes eigene Modellprojekte (regionale STI-Zentren) federführend etablieren und Formen geregelter Kooperation mit Krankenhäusern bzw. niedergelassener Ärzteschaft aushandeln.
- 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.**
- Hochpromiske heterosexuell aktive Jugendliche und junge Erwachsene (Partyszene) sind vor allem Chlamydien-, Mycoplasma genitalium- und Gonokokken-Infektionen ausgesetzt. Dabei spielen Alkohol und sog. Partydrogen eine Rolle als Katalysatoren unbesonnenen Verhaltens. Der Aufbau einer so charakterisierten Zielgruppe bestangemessener Kommunikationsstrategien bedarf intensiver Zusammenarbeit mit in diesem Bereich feldforschend tätigen Sozialwissenschaftlern. Nach meinem Eindruck ist das Thema einer durch sexuelle Infektionen bedrohten sexuellen Gesundheit für diesen Personenkreis bisher nicht hinreichend priorisiert. Dabei ist der Sozialwissenschaft auch die Frage zu stellen, inwieweit spezielle Mileus auszumachen und je unterschiedlich Berücksichtigung finden müssen. Plakataktionen sind sinnvoll, allerdings kaum hinreichend.

- 
- b. Der seit Jahren rasante Wiederanstieg der Syphilis ist in Deutschland ein Problem der HIV-vulnerablen MSM-Population<sup>1</sup>. Mit Entdeckung der medikamentösen HIV-Präexpositionsprophylaxe (HIV-PrEP) ist gewissermaßen die letzte Angschwelle einer ausschließlich auf HIV gerichteten STI-Prävention gefallen. Deshalb ist der Anstieg der Syphilis auch lediglich Indikator für den Wiederanstieg der anderen STI. Eine hochpromiscke MSM-Szene erweist sich als Katalysator für die Entwicklung und Weiterverbreitung Antibiotikum-resistenter Erreger (besorgniserregend derzeit bei Gonokokken, Mycoplasmen und Shigellen) und als Resonanzboden für neue STI (z.B. HCV) bzw. die Renaissance vergessener geglaubter STI (z.B. LGV). Die Situation wird zusätzlich verkompliziert durch internationale hot spots mit Drehscheibenfunktion (London, Berlin, New York, Sydney, Shanghai und Taiwan), die irgendwo auf der Welt neu auftretenden STI-Varianten ideale Ausbreitungsmöglichkeiten bieten. MSM stehen also trotz relativer Beherrschung der HIV-Infektion in einem zentralen Fokus der STI-Prävention. Ein wichtiger Ansatz ist es, PrEP-Nutzern niedrigschwellige Betreuungsangebote zu machen: zur Medikamentensicherheit notwendige Laboruntersuchungen, regelmäßige STI-Screeninguntersuchungen und gegebenenfalls STI-Therapien sollten leicht erreichbar und kostenfrei sein. Dazu gehören auch neue Wege und Techniken der Partnerbenachrichtigung.
- c. Eine weitere, relativ neu entstandene Betroffenengruppe stellen sexuell aktive Senioren dar. Sie sind besonders durch Syphilis, Gonorrhoe und HPV-Infektionen bedroht. Eine sozialwissenschaftliche Erforschung dieses Bereiches ist dringend angezeigt. Wahrscheinlich müssen Präventionsangebote entwickelt werden, die auf Kreuzfahrtschiffen und in westafrikanischen Fernreiseorten ebenso greifen, wie in Swingerclubs oder Seniorenresidenzen – schon diese Aufzählung macht deutlich, wie tabubesezt und damit schwer erreichbar gerade dieser Bereich ist.
- d. Der Bereich hochpromisker Sexualität ist offenbar differenziert und beschränkt sich keinesfalls auf MSM der sog. Lederszene. Es ist wichtig, in hot spot-Regionen interdisziplinär arbeitende STI-Betreuungszentren zu unterhalten, die die Vielschichtigkeit potentiell und tatsächlich Betroffener adressieren und auf Verhaltensänderungen und Szene-Trends flexibel und effektiv reagieren können. STI-Prävention hat es mit beweglichen Zielen zu tun: ständige Erregerwechsel, neue Resistenzmutationen, neue Manifestationen, sich wandelnde Verhaltensweisen der Betroffenen kann nur mit einem Konzept institutionalisierter Modellzentren hinreichend flexibel begegnet werden. Nicht zuletzt lassen solche Projekte praktizierter Feldforschung am ehesten erwarten, dass ggf. sich neuformierende, als Transmissionsriemen der Weiterverbreitung wirkende sog. Bridging Populationen frühzeitig identifiziert werden können.

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

Siehe Ausführungen zu Frage 8.

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

Siehe Ausführungen zu Frage 8.

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

- a) Der Allgemeinbevölkerung sollte vermittelt werden, dass die Bedrohung durch STI wächst und welche STI-Erreger außer HIV eine Rolle spielen.
- b) Kinder und Jugendliche, Eltern, Lehrer, Jugendliche in den Partyszenen, Senioren müssen als Zielgruppen verstärkt adressiert werden. Keinesfalls jedoch dürfen dabei die Anstrengungen im MSM-Bereich nachlassen.

---

<sup>1</sup> Anders als bei uns, steigt über die letzten Jahre in den USA, mit ihrem einige Bevölkerungsgruppen eklatant vernachlässigenden Gesundheitssystem, die Anzahl Syphilis-infizierter Neugeborener bedrohlich an.

- c) Antibiotikaresistenzen vor allem bei Gonorrhoe, Mycoplasma genitalium und Shigellen stellen ein weltweit vernetztes Problem dar. Lokale hot-spot-Populationen müssen identifiziert und adressiert werden.
- d) Aus meiner Sicht sollte es sich lohnen, eine Kampagne zur Förderung sexueller Gesundheit für die Ärzteschaft ins Werk zu setzen, mit dem Ziel aktuelles Fachwissen zu vermitteln, vor allem aber immer noch verbreitete Tabus abzubauen.
- e) Wie unter 8.d ausgeführt ist das Konzept regionaler interdisziplinär besetzter STI-Behandlungszentren wegweisend. Initiierung und Koordination solcher (vernetzter) Einrichtungen kann durchaus als genuine Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes verstanden werden.

STI	Übertragung							Nachweis					Therapie				Prävention			Betroffenengruppen						Meldepflicht		
	Genital	Anal	Oral	Faeko-Oral	Blut	Haut	Stumme Infektion	Mikroskop	Kultur	NAAT	Serologie	Histologie	Kurabel	Resistenzen	Suppressiv	Supportiv	Kondom	Chemo-Prophylaxe	Vakzine	Heterosexuelle Jugendliche	Heterosexuelle Erwachsene	Heterosexuelle Senioren	MSM	Fernreisende	namentlich	nicht namentlich	Benachrichtig	
<b>Bakterielle STI</b>																												
<i>Syphilis</i>	+	+	+				+	(+)		(+)	+	(+)	+				+	(+)			+	+	++				+	
<i>Gonorrhoe</i>	+	+	+				+	+	+	+		(+)	+				+			+	+	(+)	+					
<i>Chlamydien</i>	+	+	+				+		(+)	+	(+)	(+)	+	+			+			++	+		+					
<i>LGV</i>	+	+	+				+			+	(+)	(+)	+	+			+						++	+				
<i>Mycoplasmen</i>	+	+	(+)				+			+			+	+			+			+	++		++					
<i>Ulcus molle</i>	+	+	+			(+)		+	+	+			+				+						+	+				
<i>Donovaniasis</i>	+	+	+						+	+		+	+	+			+				(+)			+				
<b>Virale STI</b>																												
<i>HIV</i>	+	+			+		+			+	+			+	+		+	+					+				+	
<i>HPV</i>	+	+	+			+	+			+		+			+		(+)		+	++		+	++					+
<i>HSV</i>	+	+	+			+	+	(+)	(+)	+		(+)	(+)	+			+			++	+	+	+					
<i>EBV</i>			+				+			+	+				+					++								
<i>HAV</i>				+	+		+			+	+		+			+							++	+	+			+
<i>HBV</i>	+	+		+	+		+			+	+		+	+			+		+				++	+	+			+
<i>HBC</i>		+		+	+		+			+	+		+	+			+						++		+			+
<i>ZIKA</i>	+						+			+	+					+	+				+		+	+			+	
<b>Enteritiden</b>																												
<i>Shigellose</i>				+			+		+	+			+	+									++					+
<i>Amoebiasis</i>				+			(+)	+		+			+										++					+
<i>Giardiasis</i>				+			(+)	+		+			+										++		+			
<i>Salmonellose</i>				+			+						+										++		+			
<b>Andere STI</b>																												
<i>Trichomoniasis</i>	+						+			+			+	+			+				+		+					
<i>Skabies</i>						+	+	+					+							+	+	+	+					
<i>Filzläuse</i>						+	+	+					+							+	+	+	+					

Tabelle 1