



SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN SCREENING BEI MSM



SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN SCREENING BEI MSM

Impressum

Autorin

Felicitas Jung

AIDS/STD Beratung, Kommunale Gesundheitsberichterstattung

unter Mitarbeit von Hannes Jacobs

Redaktion

Winfried Becker

Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Verantwortlich

Dr. Monika Lelgemann

Leitung Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene

Dr. Günter Tempel

Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Herausgeber

Gesundheitsamt Bremen

Horner Straße 60-70, 28203 Bremen

Kontakt

Felicitas.Jung@Gesundheitsamt.Bremen.de

Internet: <http://www.gesundheitsamt.bremen.de>

Erscheinungsdatum

Juli 2017



SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN SCREENING BEI MSM



Inhalt

Kurzfassung	5
Hintergrund	7
Verbreitung von sexuell übertragbaren Infektionen (STI)	9
Methode	12
Effekte des neuen Angebots auf die AIDS/STD Beratung	14
Nutzung des Angebots durch MSM im Studienzeitraum	14
Diagnosen von MSM mit Analabstrich im Studienzeitraum	15
Ergebnisse der Umfrage	16
Soziodemographische Daten	16
Zugang zur Beratungsstelle im Gesundheitsamt	18
Gründe für den Test im Gesundheitsamt	21
Weshalb gerade jetzt Test	22
Sexualverhalten	24
Hepatitis-B-Impfung	26
Wissen um den HIV-Status der Sexualpartner	27
Häufigkeit von STI-Tests	27
Diagnosen auf STI im Lebenslauf	30
Spezifische Nutzergruppen	31
Erstnutzer	32
Migranten	32
Männer mit Hoher Partnerfrequenz	32
Ältere Männer/Jüngere Männer	33
Fazit	34
Literatur	36
Ausgewählte Berichte des Gesundheitsamtes	37
Glossar	38
Anhang	40
Fragebogen	40



Kurzfassung

Ende 2012 wurde in der AIDS/STD Beratung das Screening-Angebot für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), um einen selbst durchgeführten Analabstrich auf Chlamydien und Gonorrhoe erweitert. Dieses Angebot wurde bis Mitte 2016 mit einem ausführlichen Fragebogen begleitet. Von 393 Personen, die einen Analabstrich durchführten, nahmen 370 an der Befragung teil. Die Auswertung der Befragung sowie die Daten, der in diesem Zeitraum diagnostizierten sexuell übertragbaren Infektionen (STI), werden in diesem Bericht vorgestellt.

Die Erweiterung des Angebots um einen Analabstrich kann als erfolgreiche Präventionsstrategie zur Reduzierung von STI bewertet werden. Zum einen aufgrund der entdeckten Infektionen, zum anderen schließt das Angebot eine Versorgungslücke. Eine europaweite Studie zur Erfassung von STI in verschiedenen EU-Ländern legte nahe, dass symptomarme STI wie Chlamydien und Gonorrhoe im Analbereich im deutschen Medizinsystem unterversorgt sind.

Über das erweiterte Screening-Angebot konnte die Inanspruchnahme durch die Adressatengruppe der MSM im Zeitraum von 4 Jahren (2012 bis 2016) von insgesamt 80 Personen pro Jahr auf 179 mehr als verdoppelt werden.

Dieses Angebot erreicht eine Adressatengruppe mit vergleichsweise hohen Risiken für sexuell übertragbare Infektionen. Das belegen epidemiologische Daten ebenso wie die vorliegende Studie.

Ein Viertel der Männer, die über dieses Angebot erreicht wurden, hatten bislang noch keinen STI-Test in Anspruch genommen. 49 % gaben an, dass sie sich schon mehrmals auf verschiedene Infektionen testen lassen hatten.

Die Altersspanne der Teilnehmer erstreckte sich von 17 bis 70 Jahren, knapp die Hälfte war zwischen 21 und 30 Jahren alt. Der Anteil von Migranten war bei dieser Befragung mit knapp einem Viertel relativ groß. Der Bildungsstand der Teilnehmer war, ähnlich wie bei anderen vergleichbaren Befragungen, hoch.

Die wichtigsten Zugangsmedien zur AIDS/STD Beratung waren das Internet und persönliche Empfehlungen. Das Internet hat in den vergangenen Jahren weiter an Bedeutung gewonnen. Die Hälfte der Teilnehmer nannte das Internet als Informationsquelle. Auffällig ist die Altersabhängigkeit bei der Nutzung des Internets. Ältere nutzten es weniger, sie griffen stattdessen häufiger auf persönliche Empfehlungen und Broschüren zurück.

Die häufigsten Gründe, sich für das Angebot der AIDS/STD Beratung des Gesundheitsamtes zu entscheiden, waren fast gleichrangig Kostenlosigkeit (60 %) und Anonymität (58 %) sowie die Möglichkeit zum Test auf Chlamydien und Gonorrhoe (52 %). Zudem wird ausdrücklich auf die Kompetenz und die vorurteilsfreie Behandlung in der Beratungsstelle hingewiesen.

Bei den Teilnehmern handelt es sich um eine Gruppe mit deutlichen Infektionsrisiken. Die Partnerfrequenz ist mit 8,6 Sexualpartnern im Jahr relativ hoch, bei Migranten mit 10 Sexualpartnern pro Jahr sogar noch etwas höher. Viele Teilnehmer hatten *in der Vergangenheit* eine sexuell übertragbare Infektion. Bei jedem Vierten wurde vor dem ersten Test in der Beratungsstelle, einmal oder mehrfach STI festgestellt. Da es sich um Infektionen mit einer gewissen Unterentdeckung aufgrund der geringen Symptome handelt und gleichzeitig um eine relativ junge Gruppe, kann davon gesprochen werden, dass STI hier relativ häufig vorkommen.



In der Vergangenheit wurden am häufigsten Diagnosen auf Gonorrhoe (13,2 %) gestellt, gefolgt von Warzen (10 %) und Syphilis (6,2 %). HIV-Diagnosen aus der Vergangenheit wurden nicht genannt. HIV-Infizierte werden bei den niedergelassenen Praxen, die sie behandeln, regelmäßig auf STI getestet.

Auch bei den *aktuell* in der Beratungsstelle entdeckten Diagnosen der teilnehmenden 393 Personen ist sichtbar, dass es sich um eine Gruppe mit relativ hohen Infektionsraten handelt. Chlamydien wurden mit 10 % am häufigsten festgestellt, Gonorrhoe mit 4 % und HIV und Syphilis mit jeweils 2 %. Zudem war bei 30 % aller Teilnehmer kein Schutz gegen eine Hepatitis B vorhanden.

Migranten, die aufgrund ihrer höheren Partnerfrequenzen etwas höhere Risiken hatten, werden durch das niedrigschwellige und kostenlose STI-Testangebot in der AIDS/STD Beratung offensichtlich besser als zuvor erreicht. Dies gewährleistet die Reduzierung weiterer Infektionen.

Die Erstnutzer eines Tests hatten eine etwas geringere Partnerzahl (5,1 Personen innerhalb eines Jahres). Es handelte sich bei ihnen um eine überwiegend junge Gruppe. Für sie ist – ganz im Sinne der primären Prävention – der niedrigschwellige und anonyme Testzugang ein Einstieg zu qualifizierter Information über Schutzmöglichkeiten und zugleich ein Einstieg für zukünftige Tests bei möglichen Risiken.

Männer mit hoher Partnerfrequenz gehören erwartungsgemäß auch zu einer Gruppe mit einem relativ hohen Risiko für STI. Bei ihnen zeigte sich, dass Präventionsbotschaften für regelmäßige STI-Tests bei häufig wechselnden Partnern ankommen. Sie waren die Gruppe mit den häufigsten Routinetests.

Insgesamt besteht bei den Impfungen gegen Hepatitiden Aufklärungsbedarf. Dies scheint für Migranten noch etwas wichtiger zu sein als für die in Deutschland geborenen Männer. Die Risiken für Hepatitis A und B sind für Menschen mit häufig wechselnden Partnern und beim Analsex relativ hoch. Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfiehlt daher für diese Gruppen eine entsprechende Impfung auch im Erwachsenenalter. Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt die Kosten. Die AIDS/STD Beratung bietet hier bereits seit Langem Aufklärung und Information an. Bei unklarem Immunstatus wird für MSM eine entsprechende Diagnostik angeboten.



Hintergrund

Männer, die Sex mit Männern haben, unterliegen einem erhöhten Risiko für sexuell übertragbare Infektionen (STI). Über Jahrzehnte richtete sich der Blick vorwiegend auf die HIV-Infektion. Aber auch bei Syphilis nahmen in den letzten 15 Jahren Neuerkrankungen (Inzidenz)¹ deutlich zu. Ebenso belegen verschiedene Studien gerade für MSM eine Zunahme bei anderen STI wie Gonorrhoe und Chlamydien.² Allerdings fehlen für diese nicht meldepflichtigen STI in Deutschland repräsentative Daten.

In Deutschland besteht nur für HIV und Syphilis eine Meldepflicht, andere STI werden nicht regelmäßig erfasst. Außerdem fehlen weitgehend niedrigschwellige diagnostische Angebote, die über den HIV-Antikörpertest hinausgehen. Der HIV-Antikörpertest, ein Bluttest, dagegen ist deutschlandweit niedrigschwellig verfügbar. Über diese Bluttests sind zwar auch einige andere STI wie Syphilis und Hepatitiden diagnostizierbar, nicht aber STI wie Chlamydien, Gonorrhoe oder durch HPV ausgelöste Warzen. Für eine zuverlässige Diagnostik dieser Infektionen sind Abstriche, Urinproben oder körperliche Untersuchungen notwendig. Ein entsprechendes Screening – also ein präventives Angebot ohne eine Symptomatik – steht als Leistung der Gesetzlichen Krankenkassen nicht zur Verfügung, auch nicht für diese besonders riskierte Gruppe. Da Infektionen wie Chlamydien und Gonorrhoe häufig wenig oder keine Beschwerden verursachen, richten weder Patienten und Patientinnen noch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ihr Augenmerk auf diese Infektionen. Hemmungen auf Seiten der Ärzte und Ärztinnen sowie auf Seiten der Patienten und Patientinnen behindern außerdem nicht selten eine genauere Sexualanamnese. Geringe Vergütungen für ärztliche Beratungen durch die Gesetzlichen Krankenkassen leisten der Vermeidung solcher Themen zusätzlich Vorschub. Innerhalb der Gesundheitsämter unterliegt es der Verantwortung der Länder oder der jeweiligen Kommunen, ob entsprechende Angebote zur Verfügung gestellt werden. Angesichts insgesamt knapper finanzieller und personeller Ressourcen in den Gesundheitsämtern sind solche Angebote nicht prioritär. Häufig werden jedoch in den Gesundheitsämtern sowie in einigen AIDS-Hilfen die diagnostisch sinnvollen Möglichkeiten eines Bluttests ausgeschöpft. Unberücksichtigt bleiben jedoch die Infektionen, die auf diesem Weg nicht entdeckt werden können. Diese STI können weitere Infektionen verursachen und erhöhen das Risiko für HIV-Infektionen.

Die europaweite EMIS-Studie^{3,4} belegt, dass eine ausreichende Diagnostik bei der Adressatengruppe der MSM auf die relevanten Infektionen in vielen europäischen Ländern, auch in Deutschland, häufig unterbleibt. So fällt Deutschland in eine Gruppe, in der nur 10 % oder weniger der Studienteilnehmer angeben, innerhalb des letzten Jahres einen Abstrich des Anus oder des Penis erhalten zu haben, während in Großbritannien und den Niederlanden mehr als 20 % einen solchen durchgeführt hatten.⁵ Die Unterschiede im diagnostischen Angebot innerhalb der europäischen Länder führen in der Folge zu deutlich unterschiedlichen Diagnoseraten.

¹ Robert Koch-Institut. SurvStat Abfrage zu Inzidenz bei Übertragungsweg MSM im Zeitverlauf [17.10.2016]

² Drewes und Kruspe 2016; Dudareva et al 2011

³ The European Centre for Disease Prevention and Control 2013

⁴ Schmidt und Marcus 2013

⁵ Schmidt et al 2012



Die EMIS-Studie forderte eine Angleichung der diagnostischen Angebote für die Adressatengruppe der MSM innerhalb Europas im Interesse des Infektionsschutzes. Entsprechende Angebote sollten "gay-friendly", also schwulenfreundlich, nicht moralisch urteilend, leicht erreichbar und erschwinglich sein. Großbritannien, Schweden und die Niederlande werden als erfolgreiche Modelle genannt. In diesen Ländern ist der Zugang zur Diagnostik und Behandlung von STI für die gesamte Bevölkerung niedrigschwellig organisiert, so dass auch Gruppen mit besonderen Risiken einen unverfänglichen Zugang haben.

Diese Situationsanalyse hat die AIDS/STD Beratung des Gesundheitsamtes Bremen motiviert, Ende 2012 mit einem zusätzlichen Angebot für MSM zu starten. Da auch hier die Personalkapazitäten begrenzt sind, so dass eine körperliche Untersuchung nicht regelhaft gewährleistet werden kann, bot sich ein analer Abstrich auf Gonorrhoe und Chlamydien an, der von den betreffenden Personen selbst durchgeführt werden kann. Mit diesem Abstrich kann mittels einer PCR (Polymerase Chain Reaction) eine zuverlässige Diagnostik durchgeführt werden. Die Entscheidung sich nur auf anale Abstriche zu konzentrieren, gründete sich vor allem auf die Ergebnisse der PARIS-Studie⁶. Im Vergleich zu anderen Abstrich-Orten – pharyngal oder urethral – wurden bei MSM die meisten Infektionen im Analbereich gefunden. Dies bedeutet jedoch nicht, dass mit dieser Methode alle STI ausgeschlossen werden. Nicht berücksichtigt werden urethrale und pharyngale Chlamydien- und Gonorrhoe-Infektionen, völlig unbeachtet bleiben Infektionen durch Trichomonaden ebenso wie HPV-Warzen. Chlamydien-Infektion verlaufen bei Männern häufig symptomlos oder symptomarm. Gonorrhoe der Urethra löst dagegen häufig Beschwerden aus, so dass entweder eine Arztpraxis zur Behandlung aufgesucht wird oder die Beschwerden im Vorgespräch zu den Testverfahren benannt werden. Langfristig wäre zu prüfen, ob das derzeit bestehende Angebot um weitere Diagnoseverfahren ergänzt wird. Zunächst ging es jedoch darum, das bestehende Angebot für MSM im Rahmen realistischer Möglichkeiten auszuweiten und zu prüfen, wie dies angenommen wird.

⁶ Dudareva-Vizule et al 2014 und Dudareva et al 2011



Verbreitung von sexuell übertragbaren Infektionen (STI)

Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Verbreitung sexuell übertragbarer Infektionen in der Gesamtbevölkerung sowie bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM). Hepatitis B, HIV und Syphilis werden relativ zuverlässig erfasst, da sie einer Meldepflicht unterliegen. Bei Hepatitis B handelt es sich um eine namentliche Meldung, bei HIV und Syphilis um eine anonyme Labormeldepflicht.

Tabelle 1: Anzahl und Inzidenzen⁷ meldepflichtiger STI 2001 und 2016 in Deutschland
Quelle: RKI SurvStat [12.05.2017]

Jahr	2001		2016	
	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz	Anzahl
HIV in der Gesamtbevölkerung	1,8	1.439	4,2	3.415
<i>HIV bei MSM</i>	0,7	540	2,1	1.723
Syphilis in der Gesamtbevölkerung	2,4	1.995	8,7	7.178
<i>Syphilis bei MSM</i>	0,8	655	5,4	4.469
Hepatitis B in der Gesamtbevölkerung	2,8	2.302	3,7	3.020

Der Vergleich der absoluten Zahlen (siehe Tabelle 1) zeigt bei HIV- und Syphilis-Infektionen eine überproportionale Betroffenheit von MSM. Für Hepatitis B liegen keine Daten zu MSM vor. Geschätzt wird, dass 2,5 bis 3,4 % der männlichen Bevölkerung gleichgeschlechtlich orientiert sind.⁸ Auf MSM entfallen im Zeitverlauf sogar in zunehmendem Maß größere Anteile an der Gesamtzahl der Infektionen, trotz ihres geringeren Bevölkerungsanteils. Die Inzidenz unter MSM stieg bei HIV in diesem Zeitraum um das 3-fache, die der Syphilis um das 3,6-fache. Die Daten zur Inzidenz sind allerdings nicht ganz einfach zu verstehen. Das Robert Koch-Institut berechnet die Inzidenzen von MSM im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung. Das heißt der Anteil der MSM wird aus der Menge der Gesamtbevölkerung errechnet, da in Bevölkerungsstatistiken die sexuelle Orientierung nicht erfasst wird. Durch diese Art der Berechnung fallen die Inzidenzen bei MSM zwangsläufig niedrigerer aus als in der Gesamtbevölkerung, obwohl die Inzidenz bezogen auf die Gruppe der MSM relativ hoch sein müsste.

Insgesamt haben vor allem Syphilis- und HIV-Infektionen im Zeitraum von 2001 bis 2015 deutlich zugenommen. Dies gilt sowohl für die Gesamtbevölkerung wie für MSM. Die deutlich geringere Zunahme bei Hepatitis B spricht dafür, dass die Impfung zumindest zum Teil wirksam ist, allerdings ist auch hier eine Zunahme von Infektionen zu sehen.

Daten zu anderen sexuell übertragbaren Infektionen liegen für MSM aus verschiedenen Studien vor. Im Rahmen der PARIS-Studie, die ausschließlich MSM betrachtete, lag der Anteil der Männer mit rektalen Infektionen (Gonorrhoe und Chlamydien) bei insgesamt 12 %. Rektale Infektio-

⁷ Inzidenz meint die Anzahl neu diagnostizierter Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

⁸ Marcus et al 2009



nen mit Chlamydien wurden bei 8,0 % und mit Gonorrhoe bei 4,6 % der Teilnehmer entdeckt. Im Rachenraum waren Infektionen mit Chlamydien deutlich seltener (1,5 %), Infektionen mit Gonorrhoe dagegen etwas häufiger (5,5 %). Belegt ist in dieser Studie, dass der Anteil asymptomatischer Infektionen hoch ist. Nur 5 % der Teilnehmer mit positiven Befunden im Rachenraum und 12 % mit rektalen Befunden berichteten über Symptome. Dies bedeutet, dass 88 % beziehungsweise 95 % die Infektionen nicht bemerkten.⁹

Bei einem Laborsentinel des RKI¹⁰, das sich ausschließlich auf Chlamydien-Infektion bezog, und von einer repräsentativen Datenlage ausgeht, lag der Anteil rektaler Infektionen bei Männern bei 12 %. Urethralabstriche waren bei 9 % und Urinproben bei 8 % positiv. Positive Pharyngealabstriche lagen unterhalb von 3 %. Der Anteil positiver Chlamydien-Befunde war damit höher als in der PARIS-Studie. Innerhalb dieses Sentinels ist davon auszugehen, dass ein hoher Anteil von MSM erfasst wurde. Der größte Teil der Proben kam aus Regionen mit einem hohen Anteil an MSM wie Köln und Berlin. Die Rektalabstriche (99 %) kamen fast ausnahmslos aus Berlin.

Eine weitere Studie, die sich ausschließlich mit der Chlamydien-Infektion befasst, kommt aus Nordrhein-Westfalen.¹¹ Hier wurde allen, die einen anonymen HIV-Test in einem Gesundheitsamt wünschten, ein Test auf eine Chlamydien-Infektion angeboten. Männer wurden mittels einer Urinprobe getestet. Ein Analabstrich wurde nicht angeboten. Bei MSM wurde eine Infektionsrate von 3,5 % ermittelt. Die vergleichsweise geringe Rate könnte sich durch die fehlenden Analabstriche erklären. Allerdings findet sich auch hier eine hohe Rate positiver Befunde ohne Symptome (84 % bei MSM).

Zu etwas anderen Daten kommt die deutschlandweite Wiederholungsbefragung bei MSM "Schwule Männer und HIV/AIDS".¹² Hier wurden MSM in verschiedenen Internetforen rekrutiert und per Internet persönlich befragt. Es handelt sich hier also nicht um die Auswertung diagnostischer Befunde innerhalb des medizinischen Systems, sondern um Ergebnisse einer Befragung. Nicht alle Teilnehmer hatten sich jemals in ihrem Leben einem Test auf STI unterzogen. Dennoch ist der Anteil HIV-positiver Teilnehmer mit 9 % (1.437 Personen) relativ hoch. Innerhalb der letzten 12 Monate hatten sich 30 % aller Teilnehmer auf STI untersuchen lassen. Abhängig vom Serostatus, vom Zeitabstand zum letzten HIV-Test beziehungsweise abhängig von einem fehlenden HIV-Test unterscheidet sich der Anteil derer, die auf STI untersucht wurden. HIV-infizierte Personen wurden mit 81 % mit Abstand am häufigsten in den letzten 12 Monaten auf STI untersucht. Personen mit einem aktuell negativen HIV-Test wurden dagegen in diesem Zeitrahmen nur zu 53 % auf andere STI untersucht, solche mit einem älteren Test sogar nur zu 8 % und diejenigen, die nicht getestet waren nur zu 5 %. Ausgewertet werden die Daten hier in der Regel getrennt nach "*HIV-positiv Getesteteten*" und "*nicht oder negativ Getesteteten*". Die HIV-infizierten Teilnehmer haben bei allen STI deutlich höhere Raten als Teilnehmer ohne oder mit einem negativen HIV-Test. Bei den Personen mit einer HIV-positiven Diagnose hatten 8,4 % eine Gonorrhoe und 8,7 % Chlamydien, während die Personen ohne oder mit einem negativen HIV-

⁹ Dudavera et al. 2011

¹⁰ RKI 2014

¹¹ Lallemand et al. 2016

¹² Drewes und Kruspe 2016



Test einen Anteil von 1,4 % positiven Befunden bei beiden Infektionen aufwiesen. Schlussfolgerung aus dieser Studie ist, dass einerseits häufigere Partnerwechsel zu häufigeren STI führen, dass aber andererseits auch unter Konstanthaltung der Partnerzahlen zwischen HIV-Infizierten auf der einen Seite und negativ oder nicht Getesteten auf der anderen Seite Unterschiede in den Diagnoseraten bestehen bleiben. Die Unterschiede dürften auf geringere Testmöglichkeiten zurückzuführen sein. Die Autoren gehen daher davon aus, dass die Verbreitung von STI unterschätzt wird.

Infektionen mit Gonorrhoe und Chlamydien können häufig unbemerkt verlaufen. Dort wo Tests durchgeführt werden, sind Gonorrhoe und Chlamydien bei MSM relativ verbreitet. Die Möglichkeiten solche Tests durchzuführen sind lückenhaft und nicht ausreichend zugänglich. Unbehandelte Infektionen führen zu einer weiteren Verbreitung dieser Infektionen und zu einer Erhöhung des Risikos einer HIV-Infektion.



Methode

Im September 2012 startete die AIDS/STD Beratung des Gesundheitsamtes Bremen mit dem Angebot, sich mithilfe eines Analabstrichs auf Chlamydien und Gonorrhoe testen zu lassen. Mittels der Polymerase Chain Reaction (PCR) können diese Infektionen zuverlässig diagnostiziert werden. Auf der Basis der zusammengetragenen Informationen war das Ziel, Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten zu motivieren, sich einer erweiterten Diagnostik zu unterziehen, sexuell übertragbare Infektionen behandeln zu lassen und in der Folge weitere Infektionen zu reduzieren. Dies immer auch im Hinblick auf eine Reduzierung von HIV-Infektionen, denn andere STI erhöhen das Risiko einer HIV-Infektion.

Die Diagnostik auf Chlamydien und Gonorrhoe wurde in das Angebot der Beratungsstelle integriert. Für MSM umfasst das kostenlose und anonymisierte Angebot schon seit langen Jahren neben einer umfänglichen Beratung zu STI eine Diagnostik auf HIV, Syphilis und auf Hepatitis B, die anhand einer Blutentnahme ermittelt wird. Auf Hepatitis B wird nur bei Bedarf getestet, wenn eine Impfung fehlt oder diese fraglich ist, oder wenn die letzte Impfung länger als 10 Jahre zurückliegt. Der Analabstrich auf Chlamydien und Gonorrhoe sollte von den jeweiligen Personen selbst durchgeführt werden.

Nach diesem Abstrich erhielten die Teilnehmer einen anonymisierten Fragebogen, den sie – auf freiwilliger Basis – ausfüllen konnten. Die Befragung sollte klären, wer aus welchen Gründen dieses Angebot nutzt, ob STI-Tests bereits früher in Anspruch genommen wurden, ob es bereits STI-Diagnosen in der Vergangenheit gab und welche Risiken aktuell bestehen. Der Fragebogen enthielt daher Fragen zu folgenden Themen:¹³

- Sozialdaten wie Geburtsjahr, Schulabschluss, Geburtsland und Dauer des Aufenthalts in Deutschland
- Zugang zur Beratungsstelle
- Gründe für die Wahl des Gesundheitsamtes
- Gründe für den Test und Testanlass
- frühere STI-Tests und Diagnosen im Lebensverlauf
- Hepatitis-B-Impfungen
- Anzahl sexueller Partner innerhalb der letzten 12 Monate
- Sexualpraktiken innerhalb der letzten 12 Monate
- Akzeptanz des Analabstrichs
- Anregungen und Kritik.

Alle 393 Personen, die im Zeitraum September 2012 bis Mitte Mai 2016 einen Selbstabstrich auf GO und Chlamydien durchführten, also im Verlauf von knapp 4 Jahren, erhielten einen Fragebogen. 23 Personen (5,9 %) füllten den Fragebogen nicht aus, so dass 370 Personen in die Auswertung aufgenommen wurden.

Bei der Auswertung der Fragebögen wurden die verschiedenen Antwortkomplexe zunächst für alle Teilnehmer ausgewertet. Für vier ausgewählte Nutzergruppen – Erstnutzer, Migranten, Perso-

¹³ siehe Fragebogen im Anhang



nen mit höherer Partnerfrequenz und Altersgruppen – wurden auffällige Ergebnisse am Ende noch einmal zusammengefasst und teilweise um zusätzliche Auswertungen ergänzt. Dadurch konnten Besonderheiten einzelner Teilnehmergruppen, die für den Zugang zur Beratungsstelle oder für die Beratung und das Risikomanagement der Teilnehmer bedeutsam sind, präziser herausgearbeitet werden.



Effekte des neuen Angebots auf die AIDS/STD Beratung

Um beurteilen zu können, welchen Effekt das erweiterte STI-Screening für MSM auf die Nutzung der Beratungsstelle hatte, und welche Diagnosen im Studienzeitraum ermittelt wurden, werden diese beiden Aspekte der Auswertung der Befragung vorangestellt.

Nutzung des Angebots durch MSM im Studienzeitraum

Auf die Nutzung der Adressatengruppe wirkte sich das Angebot sehr positiv aus. Die Kontakte stiegen im Zeitraum 2012 bis 2016 von insgesamt 80 auf 179 um mehr als das Doppelte (siehe Abbildung 1).

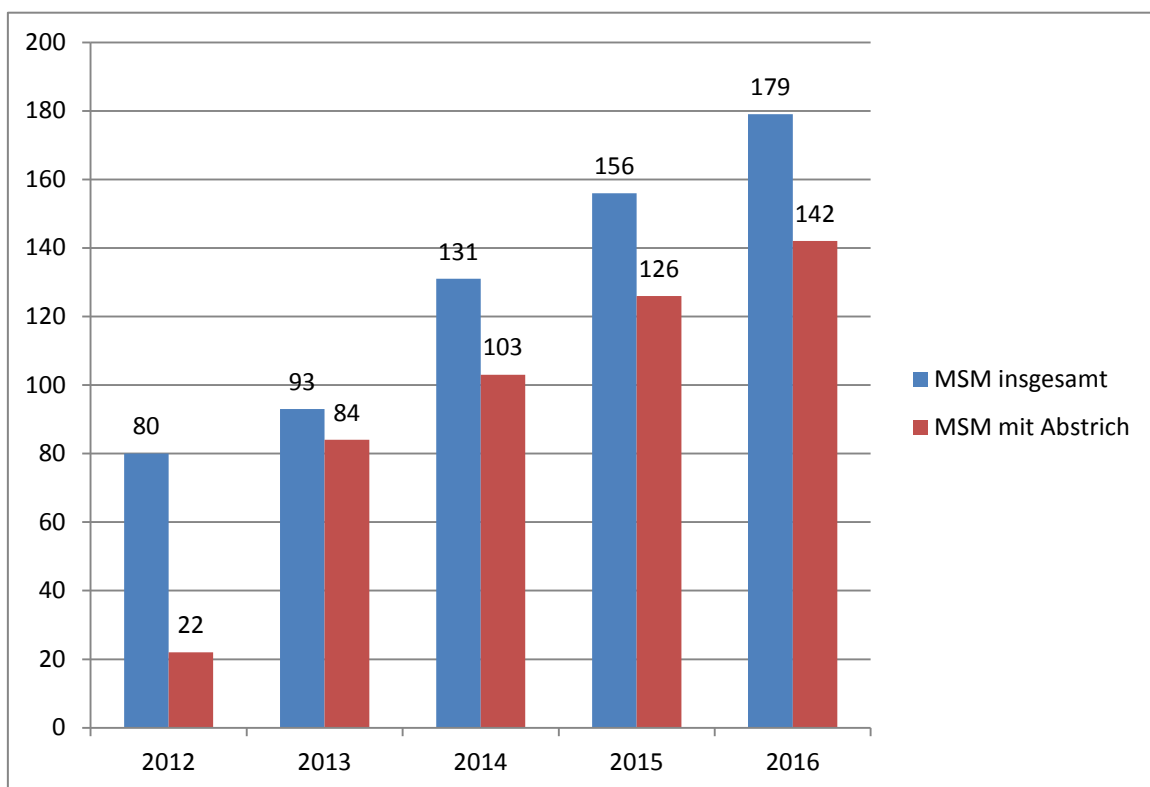


Abbildung 1: Inanspruchnahme der AIDS/STD Beratung durch MSM im Zeitverlauf 2012 bis 2016. Männer, die einen Analabstrich durchführten.

Daten: Gesundheitsamt Bremen

Den Analabstrich auf Chlamydien und Gonorrhoe nutzten mehr als drei Viertel aller, die sich in der Beratung als MSM zu erkennen gaben. Bei Personen, die keinen passiven Analverkehr hatten, ist ein Analabstrich nicht sinnvoll. Die Erreger befinden sich in aller Regel an den Eintrittsregionen. Ein Abstrich der Harnröhre, des Rachens oder ein Urintest wird im bisherigen Rahmen nicht angeboten.



Diagnosen von MSM mit Analabstrich im Studienzeitraum

Von allen 393 Personen, die im Studienzeitraum einen Selbstabstrich auf GO und Chlamydien durchführten, wurden die STI-Diagnosen festgehalten. Sie sind im Folgenden zusammengefasst. Knapp ein Drittel (30 %) aller 393 Teilnehmer, die sich am Chlamydien und GO-Screening beteiligten, hatten keine Immunität gegen Hepatitis B. Alle Teilnehmer, die nicht sicher wussten, dass sie geimpft waren, wurden auf Hepatitis-B-Infektionen oder auf einen Impftiter untersucht. Im Untersuchungszeitraum wurden weder akute noch chronische Hepatitis-B-Infektionen gefunden.

Der Anteil HIV-positiver Teilnehmer mit 2 % bis dahin nicht bekannter HIV-Infektion ist relativ hoch. Relativ hoch ist auch der Anteil der Teilnehmer mit anderen STI, insbesondere mit Chlamydien-Infektionen von 10 %.

Jeder zehnte Screening-Teilnehmer war mit Chlamydien infiziert.

Tabelle 2: Diagnosen beim Screening in der AIDS/STD Beratung (n=393), Angaben in Prozent
Daten: Gesundheitsamt Bremen

Test auf	positiv/ akut	unklarer Befund	Immunität	ausgeheilt	negativ	kein Test
HIV	2,0	0,0	-	-	95,9	2,0
Hepatitis-B-Status	0,0	0,3	17,0	2,8	30,0	49,9
Syphilis-Status	2,0	0,8	-	3,8	85,2	8,1
Chlamydien	9,9	0,8	-	-	85,2	0,0
Gonorrhoe	3,6	0,8	-	-	90,3	0,0

Unter dem Aspekt der Verbreitung und Häufung von STI ist interessant, dass von 8 HIV-infizierten Personen nur 3 keine weiteren Infektionen hatten. Die Hälfte der HIV-Infizierten hatte eine akute Syphilis-Infektion. Bei 2 Personen wurden insgesamt 3 verschiedene Infektionen diagnostiziert.

Soweit Daten zu den jeweiligen STI vorliegen, passen die in der AIDS/STD Beratung erfassten Infektionen durchaus in den Rahmen anderer Studienergebnisse. Insgesamt bestätigen sie eine relativ hohe Prävalenz von STI bei MSM. Dies ist im Zusammenhang mit HIV-Infektionen epidemiologisch bedeutsam, da STI die Empfänglichkeit für HIV-Infektionen erhöhen und umgekehrt HIV-Infektionen die Empfänglichkeit für andere STI. Dieser Effekt ist auch bei den hier entdeckten Diagnosen deutlich zu sehen. Die Diagnostik und die damit verbundene Behandlung bietet jedoch die Möglichkeit, weitere Verbreitungen zu verhindern.



Ergebnisse der Umfrage

Zuerst wurden die soziodemographischen Daten der Befragten ausgewertet, um ein Bild über die Nutzer des Screening-Angebots zu erhalten. Anschließend wurde der Frage nachgegangen, über welche Informationskanäle der Zugang zum Gesundheitsamt erfolgte und welche Motive für die Nutzung ausschlaggebend waren. In einem weiteren Schritt stand die Fragestellung im Vordergrund, welchen Risiken die Adressatengruppe ausgesetzt war. Dazu wurde das Sexualverhalten, die Impfquote bei Hepatitis B, die bisherige Inanspruchnahme von STI-Tests sowie STI-Diagnosen im Lebensverlauf betrachtet. Am Ende wurden die Ergebnisse für spezifische Nutzergruppen nochmals zusammengefasst und soweit sinnvoll, durch gesonderte Auswertungen ergänzt.

Soziodemographische Daten

Die 370 befragten Männer waren zum Zeitpunkt der Untersuchung zwischen 17 und 70 Jahren alt, der mittlere Wert (Median) betrug 29 Jahre. Knapp die Hälfte der Teilnehmer war im Alter zwischen 21 und 30 Jahren. Jünger als 21 Jahre waren nur 6 %. In der Tendenz sinkt der Anteil der Teilnehmer mit steigendem Alter, über 50 Jahre waren nur noch 9 % (siehe Abbildung 2).

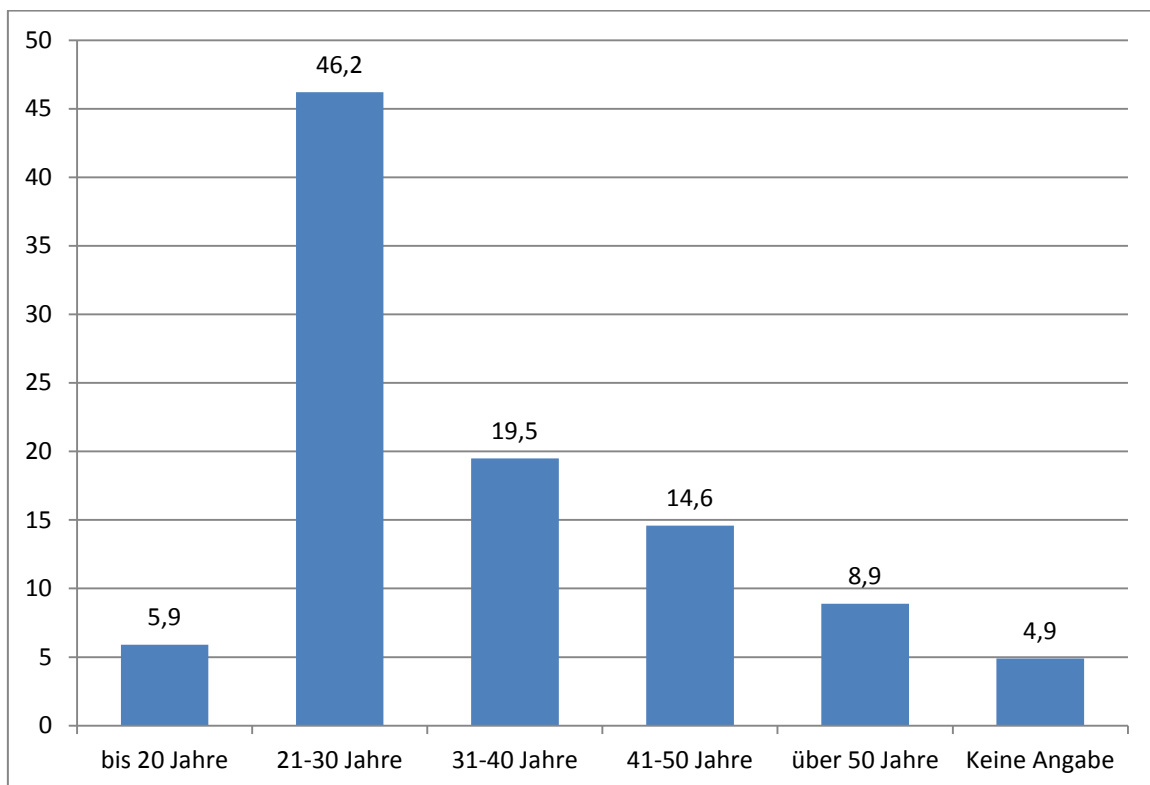


Abbildung 2: Verteilung nach Altersgruppen in Prozent.

Daten: Gesundheitsamt Bremen



In der Regel werden im Gesundheitssystem präventive Angebote von Migranten weniger gut angenommen als von Personen ohne Migrationshintergrund. Ihr Anteil ist bei dieser Befragung mit 23,8 % (88 Personen) im Ausland Geborenen relativ hoch. Ihr Anteil ist außerdem höher als bei einer früheren Befragung der Beratungsstelle, in der der Migrationsanteil aller Befragten bei 18 % lag.¹⁴ Auch im Vergleich zur Online-Befragung von Drewes und Kruspe¹⁵, bei der nur 3,7 % Migranten erreicht wurden, ist hier der Anteil relativ hoch.

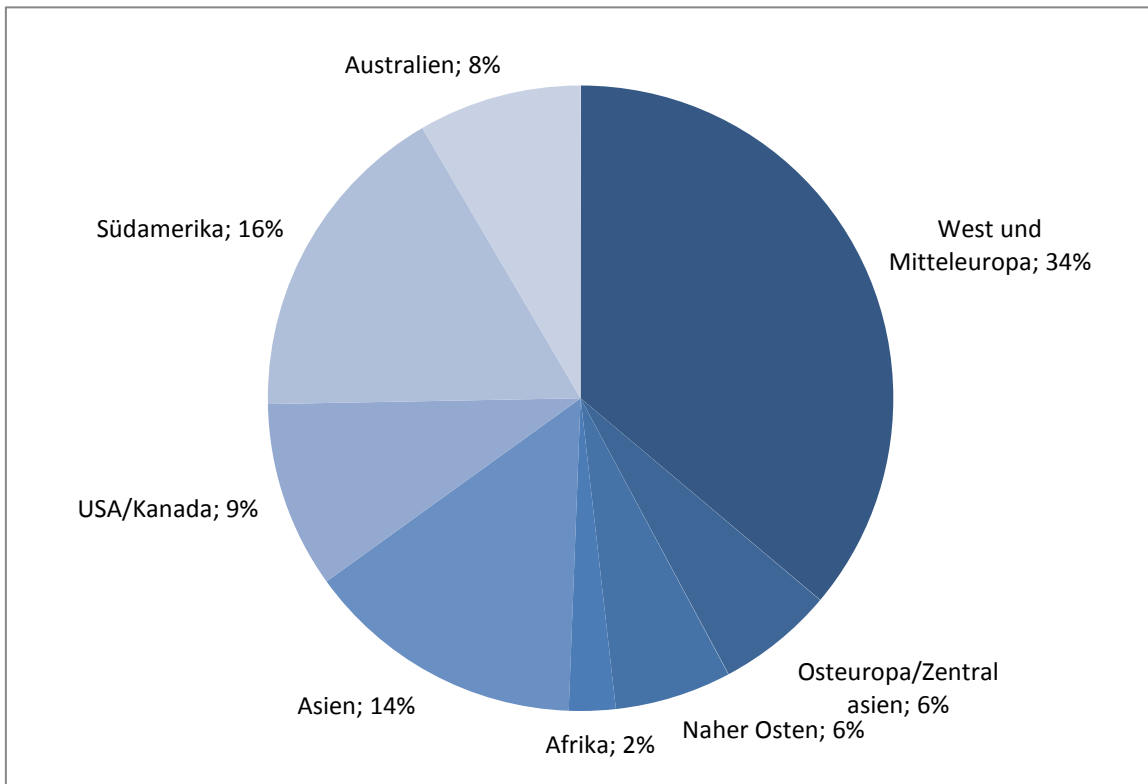


Abbildung 3: Im Ausland geborene Teilnehmer, Verteilung auf Herkunftsregionen (n=87)

Daten: Gesundheitsamt Bremen

Dennoch erreicht der Migrantenanteil in der Beratungsstelle nicht den Anteil, der ihrem Bevölkerungsanteil entsprechen würde. Im Jahr 2015 hatten in der Stadt Bremen Jahren 32,9 %¹⁶ aller Männer in den Altersgruppen 18 bis 70 Jahren einen Migrationshintergrund. Diese Altersgruppe entspricht den an der Befragung teilnehmenden Männern. Migranten verschiedener Communities schecken möglicherweise eher als Deutsche davor zurück, sich als Männer auszugeben, die Sex mit Männern haben.

Der größte Teil der Migranten kam aus West und Mitteleuropa gefolgt von Südamerika und Asien (siehe Abbildung 3).

Die im Ausland geborenen Teilnehmer waren etwas jünger als die in Deutschland geborenen (Median 28 Jahre versus 30 Jahre).

¹⁴ Jung 2010

¹⁵ Drewes und Kruspe 2016

¹⁶ Statistisches Landesamt Bremen; Eigene Berechnungen.



Der Bildungsgrad der Teilnehmer war wie bei nahezu allen Screening-Angeboten relativ hoch (siehe Tabelle 3). 70 % geben an Abitur, Fachhochschulreife oder einen Hochschulabschluss zu haben. Bei Migranten ist der Anteil derer mit akademischem Abschluss mit 83 % signifikant höher.¹⁷ In einer früheren Befragung der AIDS/STD Beratung von 2009¹⁸ hatten 74 % der MSM einen höheren Bildungsgrad. Während der "IWWIT-Testwochen 2009 gaben 68 % einen höheren Bildungsgrad an.¹⁹ In der online-Befragung von Drewes und Kruspe²⁰ lag 2013 der Anteil mit einem höheren Bildungsgrad bei 62 % der Teilnehmer. Die Bedingungen bei den Testwochen sind vergleichbar mit denen in der Beratungsstelle. Die Internet-basierte Befragung dagegen – ohne Testmöglichkeiten, mit ihrem gänzlich anderen Zugang – erleichtert es möglicherweise Personen mit geringerem Bildungsniveau teilzunehmen. Wobei auch bei dieser Befragung der Anteil gut gebildeter Personen relativ hoch ist. In der Bevölkerung liegt der Anteil der Männer mit Fachhochschulreife oder Abitur in den Altersgruppen 20 bis 65 Jahren mit bei 36 % deutlich darunter.²¹

Tabelle 3: Bildungsgrad der Teilnehmer, Angaben in Prozent.
Daten: Gesundheitsamt Bremen

Schulabschluss	Deutschland (n=268)	Ausland (n=88)	Gesamt (n=370)
noch Schüler	1,9	2,3	1,9
Hauptschule	8,6	3,4	7,0
Realschule	18,7	8,0	15,4
Abitur/Fachhochschulreife	35,1	29,5	32,4
Hochschulabschluss	34,3	53,4	37,6
andere Abschlüsse	0,4	2,3	0,8
Keine Angaben	1,1	1,1	4,9
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Zugang zur Beratungsstelle im Gesundheitsamt

Etwas mehr als die Hälfte fand über das Internet Zugang zur Beratungsstelle, zwei von fünf Personen kamen über persönliche Empfehlungen (siehe Abbildung 4). Die Relevanz persönlicher Empfehlungen ist gegenüber vorhergehenden Untersuchungen der Beratungsstelle zwar rückläufig, aber immer noch von hoher Bedeutung. Andere Medien oder Empfehlungen spielen eine untergeordnete Rolle. Ärztinnen und Ärzte weisen nur selten auf die Möglichkeit des kostenlosen und anonymisierten Screenings hin. Hierfür kommen mehrere Gründe in Frage: Entspre-

¹⁷ bei einem Signifikanzniveau von $p=0,05$

¹⁸ Jung 2010

¹⁹ Drewes et al. 2010

²⁰ Drewes und Kruspe 2016

²¹ Statistisches Bundesamt (2016)



chende Risiken werden in der Arztpraxis nicht angesprochen, das Angebot ist den Ärztinnen und Ärzten nicht bekannt, oder sie nutzen die Möglichkeit, ein entsprechendes Screening als eine sogenannte IGEL-Leistung (individuelle Gesundheitsleistung) direkt mit den Patienten abzurechnen.

Interessant ist, dass die Bedeutung des Internets als Informationsmedium deutlich und in relativ kurzer Zeit zugenommen hat. Bei einer Befragung im Jahr 2001, die alle Nutzerinnen und Nutzer der AIDS/STD Beratung erfasste²², hatten sich nur 4,2 % der Befragten über das Internet informiert, während 47,7 % persönliche Empfehlungen von Freunden oder Bekannten erhalten hatten. In einer späteren Umfrage 2009²³, die ebenfalls alle Nutzerinnen und Nutzer erfasste, informierten sich bereits 34,6 % über das Internet und 53,1 % kamen über persönliche Empfehlungen. In der jetzigen Befragung informiert sich bereits die Hälfte über das Internet. Das Telefonbuch hat als Informationsmedium weitgehend ausgedient. 2001 nutzten noch 20 % dieses Informationsmedium, 2009 waren es noch 5,2 %. In der aktuellen Befragung spielt das Telefonbuch mit einem Anteil von 1,1 % praktisch keine Rolle mehr.

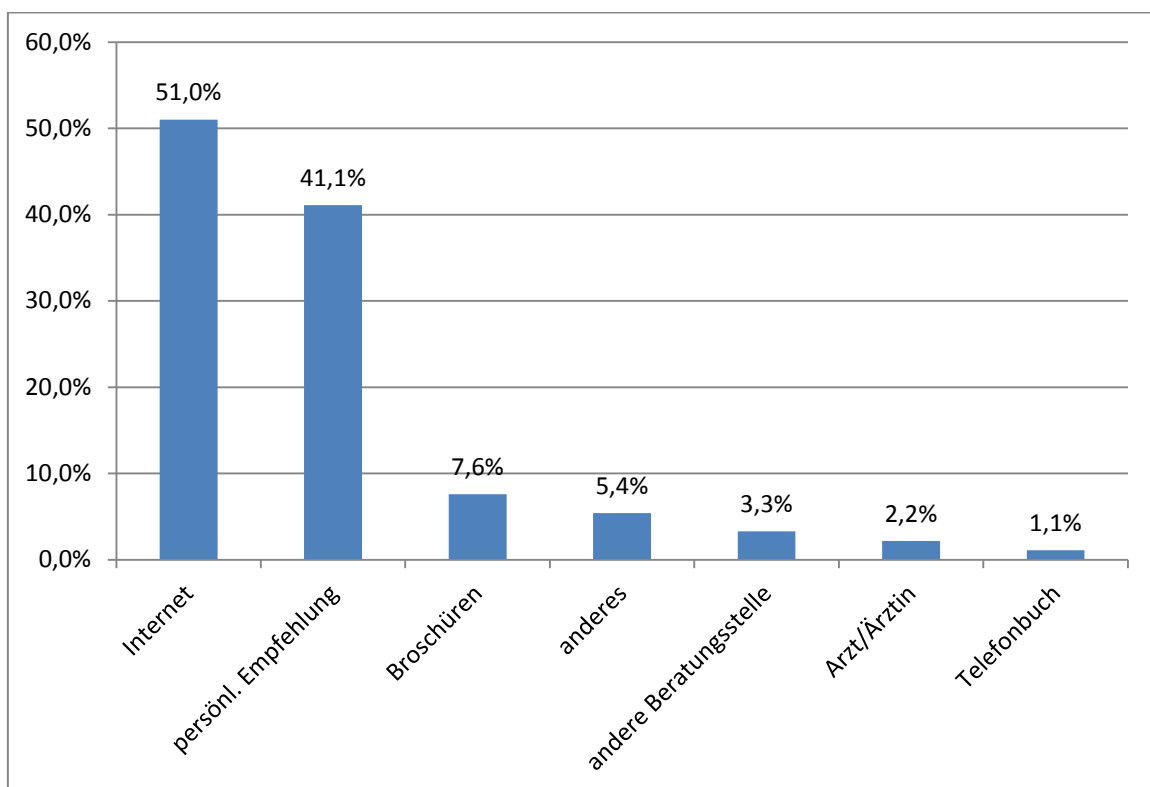


Abbildung 4: Zugang zur AIDS/STD Beratung (Mehrfachnennungen, Prozent bezogen auf die Personenzahl, 367 Personen mit 410 Antworten).

Daten: Gesundheitsamt Bremen

²² Jung 2002

²³ Jung 2010

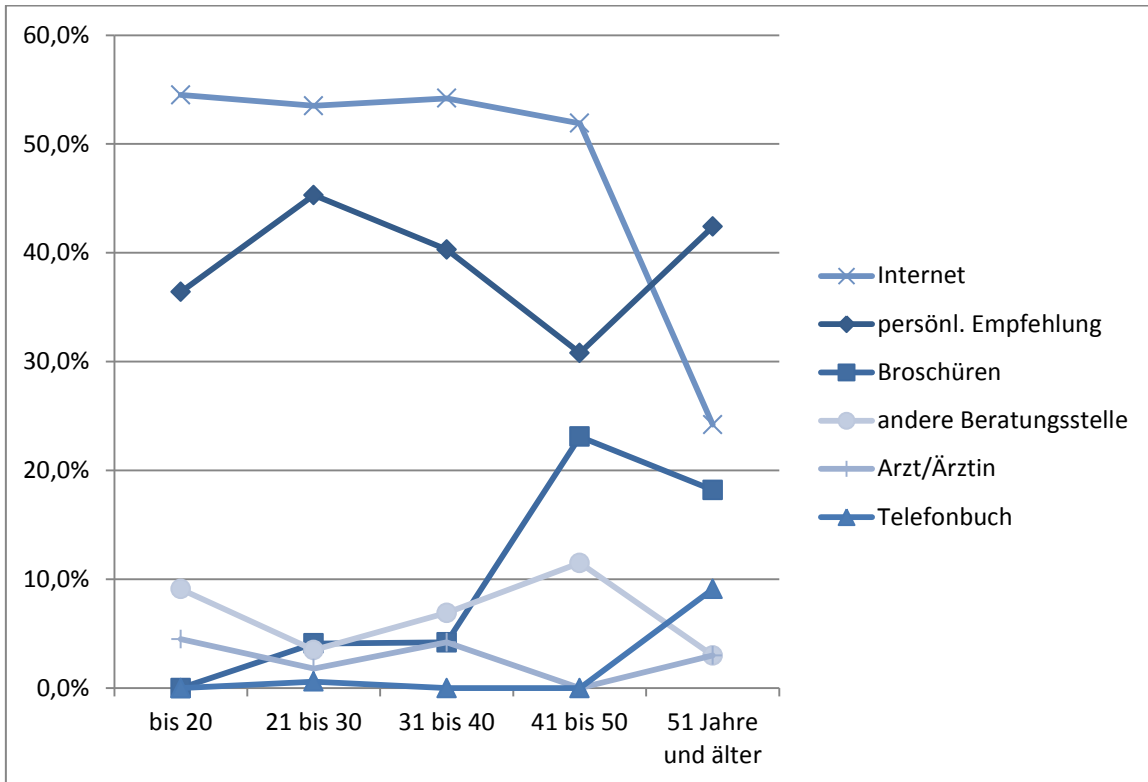


Abbildung 5: Zugang nach Altersgruppen zur AIDS/STD Beratung (Mehrfachnennungen, Prozent bezogen auf die Personenzahl, 349 Personen mit 392 Antworten).
Daten: Gesundheitsamt Bremen

Hinsichtlich der Zugangswege zeigt sich eine deutliche Altersabhängigkeit (siehe Abbildung 5). Die älteste Gruppe der über 50-Jährigen informierte sich am seltensten über das Internet (24,2 % bei den über 50-Jährigen, 53,5 % bei den 21 bis 30-Jährigen), das Telefonbuch hat nur noch in dieser Gruppe eine gewisse Relevanz. Außerdem beziehen die beiden älteren Gruppen vergleichsweise häufig Informationen aus Broschüren. Für die Jüngeren haben Telefonbuch und Broschüren keine oder fast Bedeutung mehr.



Gründe für den Test im Gesundheitsamt

Bei den Überlegungen den Test im Gesundheitsamt durchzuführen, spielen in der Regel mehrere Gründe eine Rolle (siehe Abbildung 6). Die Möglichkeit der kostenlosen Untersuchung ist der häufigste Grund für die Entscheidung, das STI-Screening im Gesundheitsamt durchzuführen, dicht gefolgt von der anonymen Durchführung der Tests. Die spezifische Diagnostik auf Chlamydien und Gonorrhoe wird als dritthäufigster Grund – ebenfalls von mehr als der Hälfte der Befragten – genannt. Etwas mehr als jeder Dritte kommt zudem, weil ihm die Beratung wichtig ist. Das wird unterstützt durch einzelne Kommentare im Fragebogen wie

"Mitarbeiter sind hier qualifizierter", "fachliche Kompetenz" und "you are the specialists"

Etwas mehr als jeder vierte kommt lieber ins Gesundheitsamt als in eine Arztpraxis:

"Ich finde es besonders besser bei Euch als ich mich beim allgemeinen Arzt fühlte"

"Stressfreier als bei meinem Arzt"

"Weil ich weiß, dass ich hier bei den sensiblen Themen nicht verurteilt werde. Ein Arzt wertet gleich."

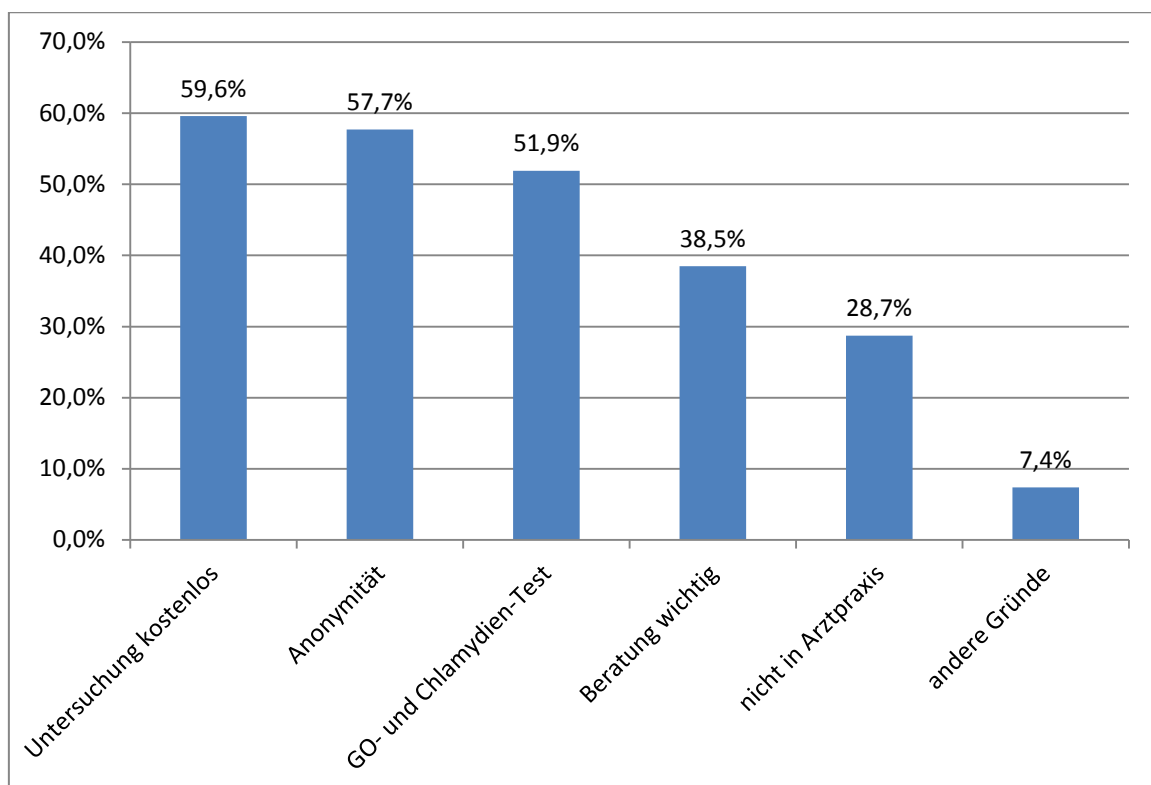


Abbildung 6: Gründe für den Test im Gesundheitsamt Bremen (Mehrfachnennungen, Prozent bezogen auf die Personenzahl, 366 Personen mit 892 Antworten).

Daten: Gesundheitsamt Bremen

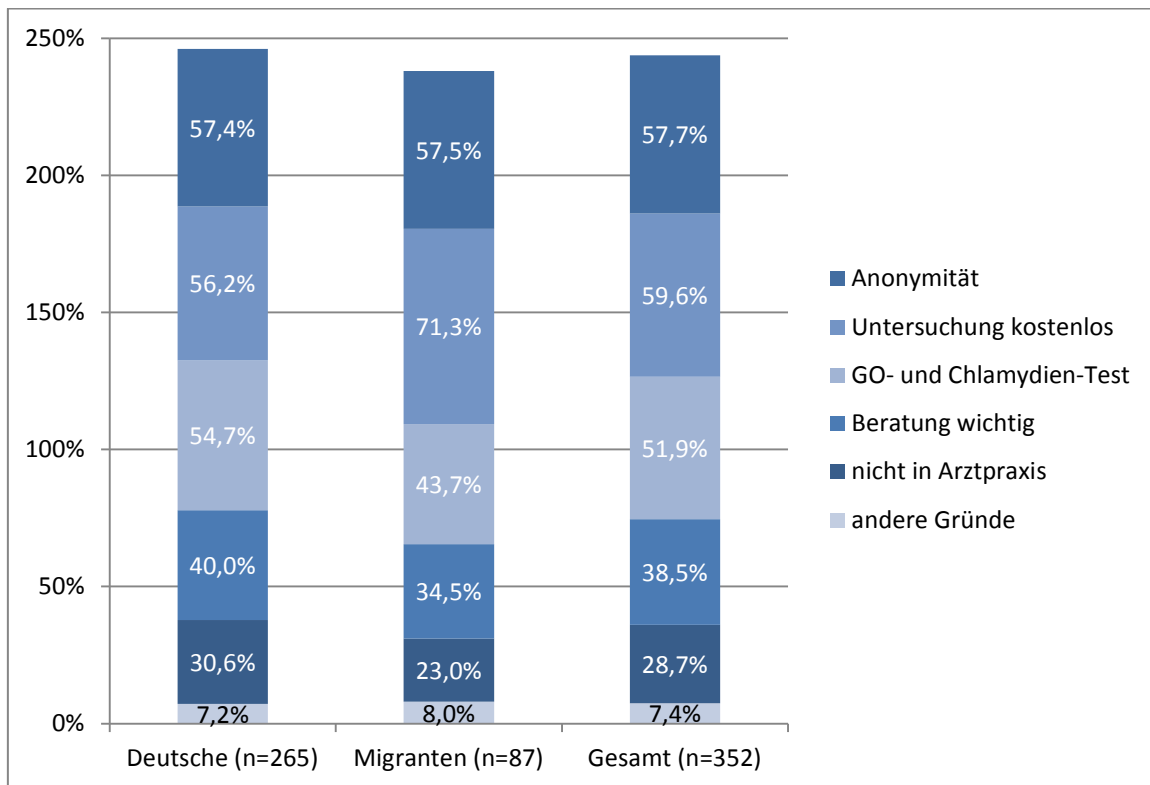


Abbildung 7: Gründe für den Test im Gesundheitsamt Bremen (Mehrfachnennungen, Prozent bezogen auf die Personenzahl, 352 Personen mit 809 Antworten).

Daten: Gesundheitsamt Bremen

Wird der Geburtsort zum Vergleich herangezogen, fällt auf, dass für Migranten die Kostenlosigkeit mit 71,3 % für die Entscheidung, die Untersuchungen im Gesundheitsamt zu machen, sehr wichtig war. Die Anonymität stand auch für sie – wie bei den in Deutschland geborenen Teilnehmern – an zweiter Stelle (siehe Abbildung 7).

Weshalb gerade jetzt Test

Knapp die Hälfte der Befragten kam wegen aktueller Risiken zum STI-Test in die Beratungsstelle (siehe Abbildung 8). Etwas weniger als die Hälfte nutzte die Möglichkeit einer routinemäßigen Testung. Der Beginn einer neuen Partnerschaft wurde als Motiv nur von jedem fünften Teilnehmer genannt. 8,7 % gaben eine aktuelle STI-Infektion des Partners als Anlass für den aktuellen Test an. Wird die online-Befragung von Drewes und Kruspe²⁴ als Bezug genutzt, so sind auch dort die beiden häufigsten Motive – wenn auch mit geringerer Wertung – Routinetests (37 %) und Risikosituationen (36 %), allerdings in umgekehrter Reihenfolge.

Bei den Anlässen für den aktuellen Test unterschieden sich die in Deutschland geborenen von den im Ausland geborenen Teilnehmern vor allem bei der Partnerdiagnose auf STI (Tabelle 4). Migranten nannten dies als Anlass für den aktuellen Test fast doppelt so häufig wie in Deutschland Geborene. Angesichts der relativ kleinen Zahl von Migranten ist nicht auszuschließen, dass dieser Unterschied dem Zufall geschuldet ist und daher statistisch nicht bedeutsam ist.

²⁴ Drewes und Kruspe 2016

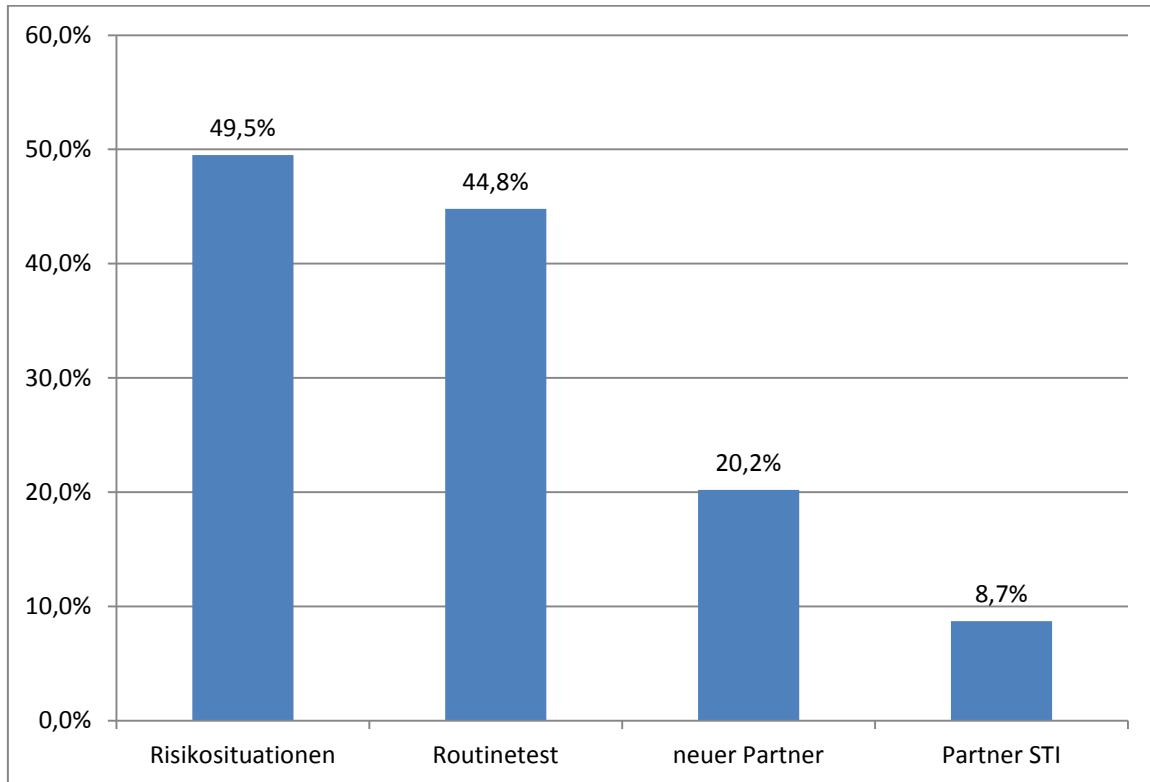


Abbildung 8: Anlass für den aktuellen STI-Tests (Mehrfachnennungen, Prozent bezogen auf die Personenzahl, 366 Personen mit 466 Antworten).

Daten: Gesundheitsamt Bremen

Tabelle 4: Anlass für die aktuellen STI-Tests gruppiert nach Geburtsland (Mehrfachnennungen, Prozent bezogen auf die Personen, 352 Personen mit 466 Antworten).

Daten: Gesundheitsamt Bremen

Anlass	Deutschland		Ausland		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Partner STI	18	6,8	11	12,6	32	8,7
Routinetest	120	45,3	40	46,0	164	44,8
neuer Partner	60	22,6	14	16,1	74	20,2
Risikosituationen	135	50,9	38	43,7	181	49,5
andere Anlässe	9	3,4	5	5,7	15	4,1
Anzahl der Antworten	342	129,1	108	124,1	466	127,3
Anzahl der Personen	265	100,0	87	100,0	366	100,0



Sexualverhalten

Die Partnerzahl der Teilnehmer in den letzten 12 Monaten war relativ hoch. Die durchschnittliche Zahl der Sexualpartner lag bei 8,6. Fast die Hälfte (45,8 %) der Befragten hatte mehr als 5 Partner, einer von fünf Männern (20,4 %) hatte mehr als 10 Partner (siehe Abbildung 9). Werden diese Ergebnisse mit der online-Befragung von Drewes und Kruspe²⁵ verglichen, liegen diese Partnerzahlen etwas über denen, die dort HIV-negative Personen oder noch nicht getestete angaben. Diese berichteten zu 16 % mehr als zehn Sexualpartner innerhalb des vergangenen Jahres, feste Sexualpartner nicht mitgerechnet; bei HIV-positiven Männern waren es sogar 44 %. Signifikante Unterschiede zeigen sich beim Vergleich der Männer, die in Deutschland oder im Ausland geboren wurden (siehe Abbildung 9). Bei Migranten liegt die durchschnittliche Partnerzahl bei 10 Personen, bei in Deutschland Geborenen bei 8 Personen. Migranten gaben doppelt so häufig eine Partnerzahl von mehr als 10 Personen in den letzten 12 Monaten an (16,3 % versus 32,2 %).

In der online-Befragung von Drewes und Kruspe²⁶ zeigt sich unter den negativ getesteten und den nicht getesteten Teilnehmern eine altersabhängige Zunahme der Zahl der Sexualpartner. Ältere Teilnehmer gaben häufiger Partnerwechsel an als jüngere. Eine Auswertung für HIV-Positive lag nicht vor. Ein klarer Alterstrend zeigte sich hier jedoch nicht. Die höchste durchschnittliche Partnerzahl nannte die Altersgruppe der 21 bis 30-Jährigen mit 9,9 Partnern.

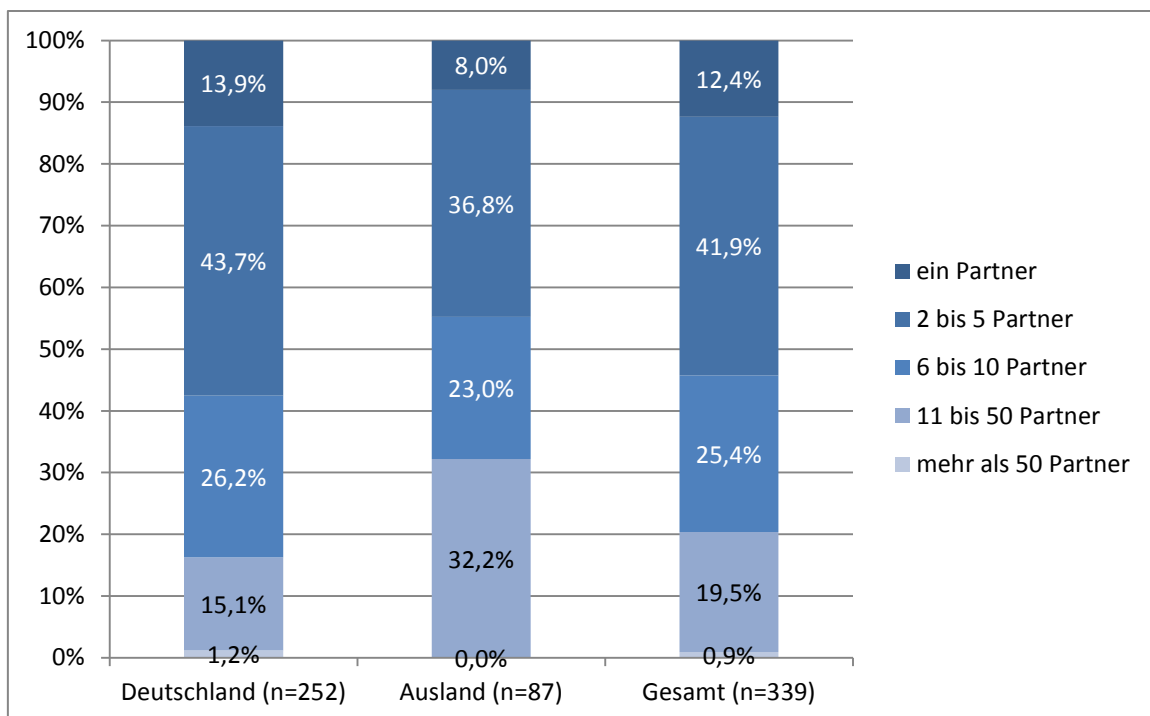


Abbildung 9: Anzahl der Sexualpartner innerhalb der letzten 12 Monate, gruppiert, aufgegliedert nach Geburtsregionen Deutschland oder Ausland (n=339).

Daten: Gesundheitsamt Bremen

²⁵ Drewes und Kruspe 2016

²⁶ Drewes und Kruspe 2016



Bei den Angaben zum Sexualverhalten wurden interessanterweise am häufigsten risikoarme Sexualpraktiken (Oralsex ohne Sperma in den Mund) genannt (siehe Abbildung 10). Etwas weniger als die Hälfte nannte passiven Analverkehr ohne oder mit gerissenem Kondom. Gleichzeitig haben aber alle Teilnehmer einen Analabstrich gemacht, der letztendlich nur sinnvoll ist, wenn tatsächlich passiver Analverkehr stattgefunden hat. Fast genauso häufig wurde aktiver Analverkehr ohne oder mit gerissenem Kondom genannt. Sexualpraktiken mit möglichen Verletzungen wurden nur selten angegeben.

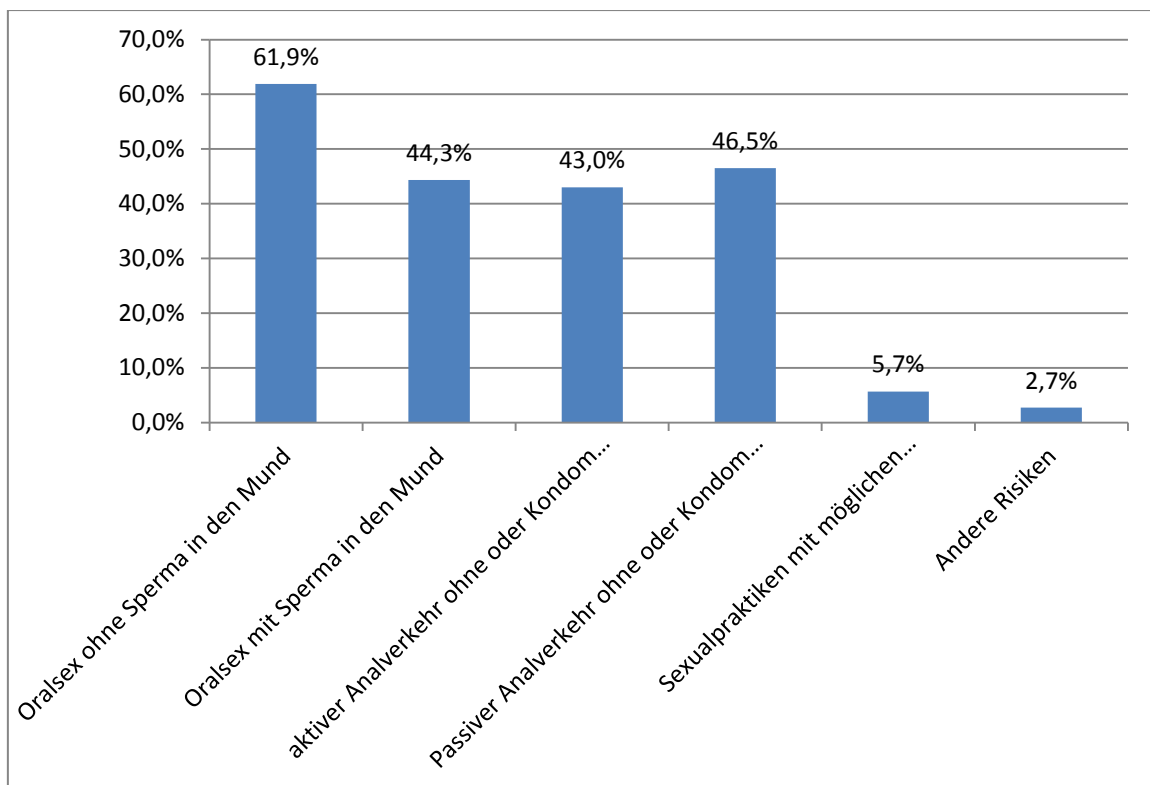


Abbildung 10: Sexualpraktiken in den letzten 12 Monaten (Mehrfachnennungen 370 Teilnehmende mit 755 Antworten).

Daten: Gesundheitsamt Bremen

Warum eine Diagnostik gewünscht wird, für die objektive Gründe nicht benannt werden, muss letztendlich Spekulation bleiben, zumal der Fragebogen unabhängig vom Beratungsgespräch im Rahmen der Tests ausgefüllt wird. Bei genaueren Nachfragen im Beratungsgespräch sind Risiken jedoch nicht immer eindeutig auszuschließen. Sexualpraktiken, wie beispielsweise das sogenannte "Dippen", bei dem der Analverkehr nicht vollständig ausgeführt wird, bergen ein Infektionsrisiko für Chlamydien und Gonorrhoe. Die Erfahrung in der Beratungsstelle zeigt zudem, dass trotz nicht genanntem Analverkehr, Infektionen im Analbereich gefunden werden. Nicht jeder mag freizügig über seine Sexualpraktiken sprechen. Nicht auszuschließen ist allerdings, dass dieses Angebot genutzt wird, um Risiken weitestgehend auszuschließen. In der Hoffnung, dass – egal wie – vorhandene Infektionen gefunden werden. Im Beratungsgespräch ist es sinnvoll hervorzuheben, dass dieses Angebots nur bei passivem Analverkehr effektiv ist. Gleichzeitig sollte



jedoch respektiert werden, dass dieser Test gewünscht wird, auch wenn nicht eindeutig geklärt werden kann, ob passiver Analverkehr stattgefunden hat.

Hepatitis-B-Impfung

Die Rate derer, die gegen Hepatitis B geimpft waren und dies auch wussten, war ähnlich hoch wie in einer früheren Befragung bei MSM.²⁷ Damals gaben 48,6 % der Befragten an, geimpft zu sein. In der aktuellen Befragung machte die Hälfte aller Teilnehmer diese Angabe, ein knappes Drittel wusste nicht, ob sie geimpft waren (siehe Tabelle 5). Migranten nannten eine Impfung gegen Hepatitis B signifikant seltener oder wussten nicht, ob sie geimpft waren.

Im Gegensatz zu der früheren Befragung des Gesundheitsamtes²⁸ zeigten sich in verschiedenen Altersgruppen bei der Impfquote nur geringe Schwankungen (50,7 % bis 57,6 %). Eine Ausnahme bildete die jüngste Altersgruppe der bis 20-Jährigen, die mit 20 Personen zugleich auch die kleinste Gruppe bildete. Hier gaben nur 30,0 % an, geimpft zu sein. Dies ist etwas verwunderlich, da es sich um die Gruppe handelt, die – zumindest bis zum vollendeten 18. Lebensjahr – ohne Begründung Zugang zu einer kostenlosen Impfung hätte.

Tabelle 5: Hepatitis-B-Impfungen.
Daten: Gesundheitsamt Bremen

Geburtsland	Deutschland		Ausland		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	142	54,0	39	44,8	187	50,5
nein	52	19,8	12	13,8	69	18,6
weiß nicht	69	26,2	36	41,4	108	29,2
Keine Antwort					6	1,6
Gesamt	263	100,0	87	100,0	370	100,0

Ein klares Bild zur Impfsituation ergibt sich aus den Daten zum Hepatitis-B-Screening, das bei MSM durchgeführt wird, die angeben nicht geimpft zu sein oder dies nicht zu wissen (siehe Abschnitt: Diagnosen von MSM mit Analabstrich im Studienzeitraum). Fast jeder Dritte Screening-Teilnehmer hatte keine Immunität gegen Hepatitis B, obwohl die Ständige Impfkommission eine Impfung für Hepatitis A und B auch für Erwachsene mit häufig wechselnden Sexualpartnern empfiehlt²⁹ und damit die Gesetzlichen Krankenkassen in der Pflicht sind, die Kosten für die Impfungen zu übernehmen.

²⁷ Jung 2010

²⁸ Jung 2010

²⁹ Robert Koch-Institut 2016a



Wissen um den HIV-Status der Sexualpartner

Die Teilnehmer wurden gefragt, ob einer ihrer Sexualpartner HIV-positiv war. Diese Frage war weder mit safer-sex-Praktiken verknüpft, noch damit ob die Partner ausreichend therapiert und somit nicht mehr infektiös waren. Das Wissen um die HIV-Infektion eines Partners ist nicht ausreichend aussagefähig als Risikoindikator, da beispielsweise Menschen mit einer frischen HIV-Infektion oft nicht wissen, dass sie infiziert sind, sie aber zu diesem Zeitpunkt der Infektion deutlich infektiöser sind als zu einem späteren. Diese Frage kann daher nur Auskunft darüber geben, wie häufig die Teilnehmer Sex mit Partnern hatten, die ihre HIV-Infektion bekannt gegeben hatten. 11,4 % nannten einen HIV-positiven Sexualpartner.

Häufigkeit von STI-Tests

Für ein Viertel der Teilnehmer war der aktuelle Test in der AIDS/STD Beratung der erste Test auf STI, fast die Hälfte hatte sich bereits mehrmals auf STI testen lassen (siehe Abbildung 11). Die Unterschiede zwischen den im Ausland und den in Deutschland Geborenen waren nicht signifikant. In der online-Befragung von Drewes und Kruspe lag der Anteil der Personen, die bis dato noch nie einen STI-Test durchführen ließen, bei 51 %.

Auch wenn die Beratungsstelle nicht alle ohne STI-Test erreicht, kann es als Erfolg verbucht werden, dass das niedrigschwellige Angebot in erheblichem Umfang Personen erreicht, die sich bislang noch nicht auf STI testen ließen.

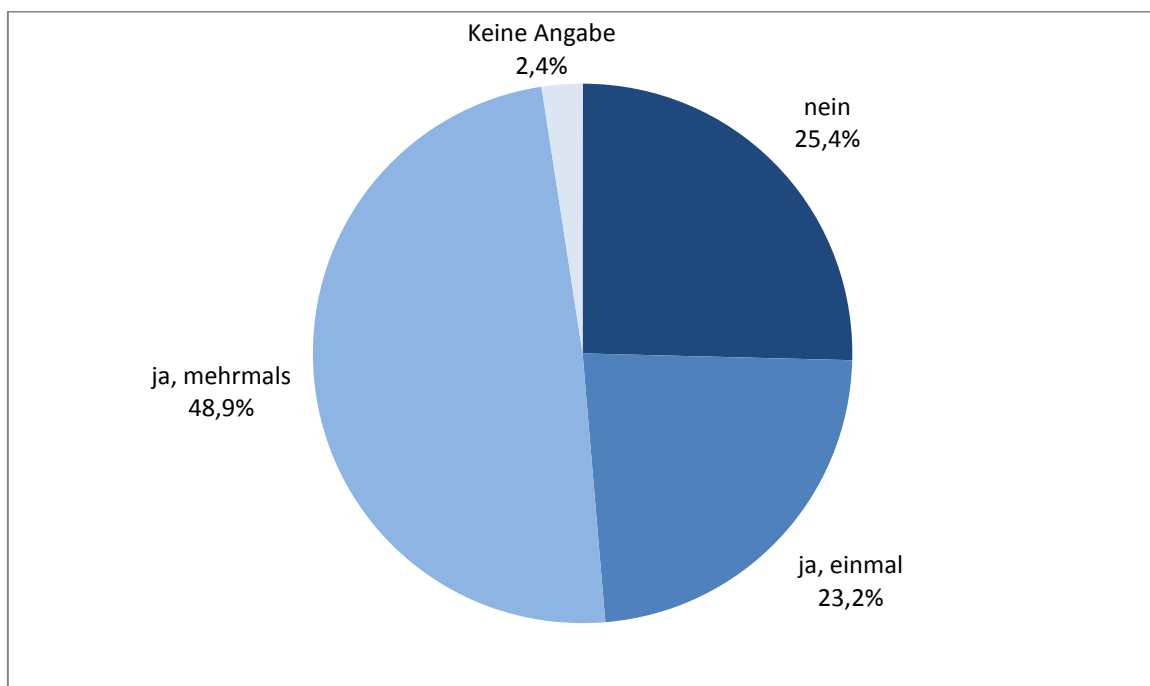


Abbildung 11: STI-Tests vor den jeweiligen Tests im Gesundheitsamt (Lebenszeit-Prävalenz) (n=370).

Daten: Gesundheitsamt Bremen



Der HIV-Antikörpertest wurde unter allen STI-Tests mit zwei Dritteln der Befragten am häufigsten durchgeführt (siehe Tabelle 6). Mit deutlichem Abstand folgten Untersuchungen auf Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydien. Untersuchungen auf Genital- und Analwarzen nannten noch knapp ein Fünftel. Am seltensten wurden Untersuchungen auf Trichomonaden genannt.

Um einen Überblick über die Testfrequenzen in der Vergangenheit zu erhalten, wurden die Teilnehmer mit STI-Tests in der Vergangenheit (267 Personen) nach der jeweils letzten Diagnostik befragt. Ausgewertet wurden die drei häufigsten Testverfahren (siehe Abbildung 12). Knapp die Hälfte (45,3 %) ließ sich im Abstand von höchstens einem Jahr erneut auf HIV testen, beim Syphilis-Test waren dies etwas weniger als ein Drittel (30,4 %) und beim Chlamydien-Test waren es etwas mehr als ein Viertel (26,6 %).

Tabelle 6: Gesamtzahl der STI-Untersuchungen in der Vergangenheit (Lebenszeit-Prävalenz), Anteil der jeweiligen Untersuchungen bei allen Teilnehmern (n=370, Mehrfachnennungen n=819) und Anteil der jeweiligen Untersuchungen bezogen auf diejenigen, die eine Untersuchung durchführten (n=267).

Daten: Gesundheitsamt Bremen

Untersuchung	Anzahl	Alle Teilnehmer (Anteil in Prozent)	Teilnehmer mit STI-Test (Anteil in Prozent)
HIV	244	65,9	91,4
Syphilis	144	38,9	53,9
Gonorrhoe	122	33,0	45,7
Chlamydien	113	30,5	42,3
Hep C	96	25,9	36,0
Genital oder Analwarzen	63	17,0	23,6
Trichomonaden	37	10,0	13,9
Teilnehmer mit STI-Tests	267	72,2	100,0
Alle Teilnehmer	370	100,0	

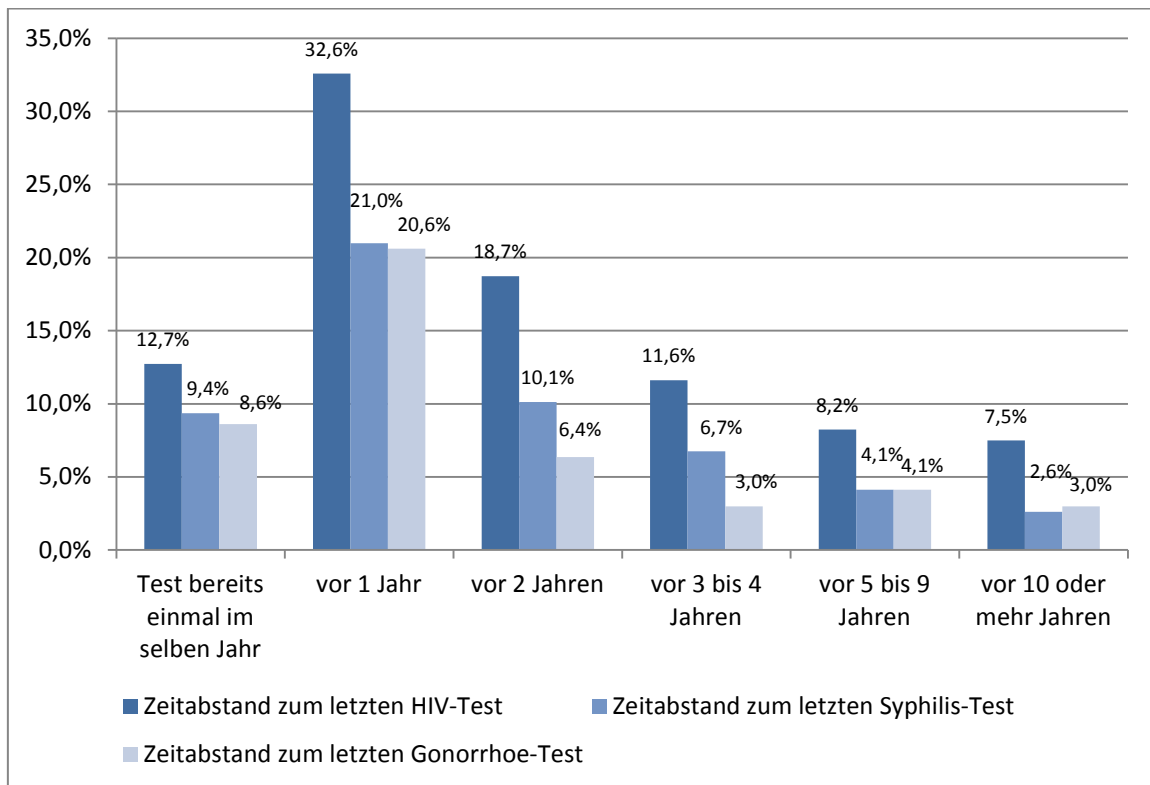


Abbildung 12: Zeitabstände zum letzten Test bei den Teilnehmer, die früher schon STI-Tests durchgeführt hatten (n=267).

Daten: Gesundheitsamt Bremen

Hier bestätigt sich, was in den Motiven zum Test bereits sichtbar wurde, nämlich dass sich ein relevanter Teil der Teilnehmer (27 % bis 45 %) regelmäßig testen lässt. Bei sich wiederholenden Risiken ist dies vernünftig, entweder weil Safer-Sex-Regeln nicht eingehalten wurden oder weil trotz konsequenter Kondomnutzung und ohne Austausch von Körperflüssigkeiten, Infektionsrisiken für STI wie beispielsweise Syphilis nicht ausgeschlossen werden können. Die Deutsche AIDS-Hilfe empfiehlt daher für schwule Männer regelmäßige jährliche oder halbjährliche STI-Testungen – abhängig von der Häufigkeit der Partnerwechsel.³⁰

³⁰ Deutsche AIDS-Hilfe 2017a



Diagnosen auf STI im Lebenslauf

Tabelle 7: Häufigkeit von positiven Diagnosen bei STI-Tests in der Vergangenheit.

Daten: Gesundheitsamt Bremen

STI-Diagnostik jemals	Anzahl	Alle Teilnehmer (Anteil in Prozent)	Teilnehmer mit STI-Test (Anteil in Prozent)
keine STI-Tests jemals	94	25,4	
STI-Test ohne Diagnosen	173	46,8	64,8
bisher eine STI-Diagnose	58	15,7	21,7
bereits mehrmals STI-Diagnosen	36	9,7	13,5
Keine Angabe	9	2,4	3,4
Alle Teilnehmer mit STI-Test	267		100,0
Alle Teilnehmer	370	100	

Tabelle 8: Diagnosen auf STI in der Vergangenheit.

Daten: Gesundheitsamt Bremen

Diagnose	Anzahl	Alle Teilnehmer (Anteil in Prozent)	Teilnehmer mit STI-Test (Anteil in Prozent)
Diagnose Gonorrhoe	50	13,5	18,7
Diagnose Warzen	37	10,0	13,9
Diagnose Syphilis	23	6,2	8,6
Diagnose Hepatitis C	1	0,3	0,4
Diagnose HIV	0	0,0	0,0
Diagnose Trichomonaden	0	0,0	0,0
Alle Teilnehmer mit STI-Test	267	72,2	100,0
Alle Teilnehmer	370	100,0	138,6

25,4 % aller Befragten hatten schon ein oder mehrmals eine STI-Diagnose erhalten (siehe Tabelle 7). Bei denen, die schon einmal einen STI-Test durchgeführt hatten, betrug der Anteil 35,2 %. Unterschiede zwischen Migranten und in Deutschland geborenen Teilnehmern erwiesen sich als statistisch nicht relevant.³¹

³¹ bei einem Signifikanzniveau von $p=0,05$



Am häufigsten wurde in der Vergangenheit Gonorrhoe diagnostiziert, gefolgt von Warzen und Syphilis (siehe Tabelle 8). Hepatitis C wurde als Diagnose nur einmal genannt. Trichomonaden und HIV wurden nicht berichtet. HIV-Infizierte Personen werden in der Regel bei den behandelnden Schwerpunkt-Ärztinnen und -Ärzten ausreichend versorgt und suchen daher die Beratungsstelle nicht mehr zu diagnostischen Zwecken auf. Dass keine Trichomonaden-Diagnosen genannt wurden, könnte auf die häufig fehlende Symptomatik und die fehlende Diagnostik zurückgeführt werden.

Bei jedem vierten Teilnehmer wurde bereits einmal oder mehrfach STI im Leben festgestellt. Bei einer relativ jungen Gruppe und einer gewissen Untererdeckung symptomloser STI, kann davon ausgegangen werden, dass STI hier relativ häufig vorkommen.

Spezifische Nutzergruppen

Im Folgenden werden die bisherigen Ergebnisse für die Adressatengruppen Migranten und ältere Nutzer noch einmal zusammengefasst und die Erstnutzer und die Männer mit hoher Partnerfrequenz noch etwas genauer betrachtet. Die Ergebnisse sind schematisch in Abbildung 13 zusammengefasst.

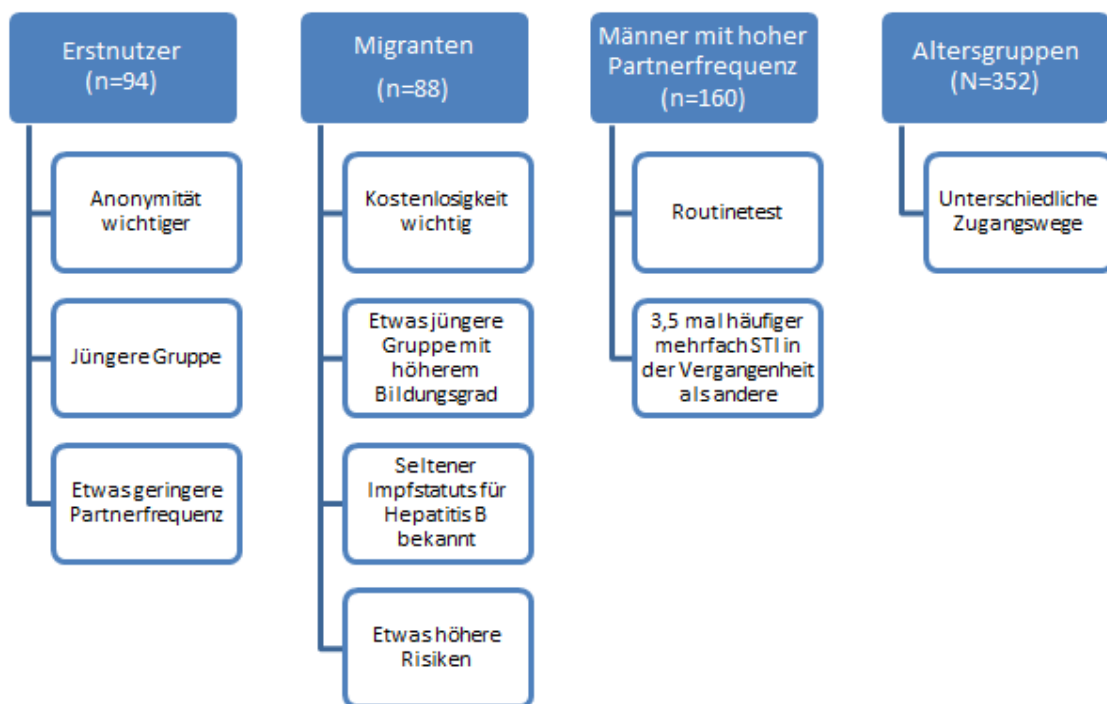


Abbildung 13: Ausgewählte Nutzergruppen



ERSTNUTZER

Diejenigen, die die AIDS/STD Beratung für den ersten STI-Test in ihrem Leben aufsuchten (94 Personen), fallen vor allem dadurch auf, dass sie die jüngste Nutzergruppe waren, und dass sie gegenüber den anderen Befragten mit 5,1 Sexualpartnern die geringste Partnerzahl für die vergangenen 12 Monate angaben (versus 9,8 bei allen Mehrfachnutzern). Der Altersmedian liegt in dieser Gruppe bei 25 Jahren versus 31 Jahren. Die Altersspanne erstreckte sich allerdings von 17 bis 70 Jahren.

Dieser Nutzergruppe war die Anonymität des Angebots mit 62,8 % etwas wichtiger als den Teilnehmern, die zum wiederholten Mal einen STI-Test durchführten (55,1 %).

Insgesamt hat die Gruppe der Erstnutzer aufgrund der geringeren Partnerfrequenz etwas geringere Infektionsrisiken. Da es sich um eine überwiegend junge Gruppe handelt, ist für sie – ganz im Sinne der primären Prävention – der niedrighschwellige und anonyme Testzugang ein Einstieg zu qualifizierter Information über Schutzmöglichkeiten und zugleich ein Einstieg für zukünftige Tests bei möglichen Risiken.

MIGRANTEN

Migranten waren insgesamt etwas jünger und hatten etwas häufiger eine höhere Bildung.

Sie nannten gegenüber den in Deutschland geborenen Teilnehmern eine durchschnittlich höhere Zahl an Sexualpartnern. Sie gaben doppelt so häufig wie in Deutschland Geborene an, mehr als zehn Sexualpartner in den letzten 12 Monaten gehabt zu haben. Zum Test kamen sie häufiger, weil ein Partner eine akute STI hatte. Zugleich wussten sie seltener, ob sie gegen Hepatitis B geimpft sind.

Die Kostenlosigkeit des Angebots war für sie als Grund für die Wahl der Beratungsstelle wichtiger (71,3 % aller Migranten) als für die in Deutschland geborenen Männer.

Die Gruppe der Migranten hat aufgrund ihrer höheren Partnerfrequenz etwas höhere Risiken. Das niedrighschwellige und kostenlose STI-Testangebot in der AIDS/STD Beratung bieten ihnen offensichtlich gute Zugangsmöglichkeiten, so dass vorhandene STI rechtzeitig entdeckt und behandelt werden können. Dies gewährleistet wiederum die Reduzierung weiterer Infektionen.

Da diese Gruppe zudem vermutlich eine niedrigere Durchimpfungsrate bei Hepatitis B hat, sind für sie die Information und der Zugang zu Impfmöglichkeiten gegen Hepatitis A und B besonders wichtig.

MÄNNER MIT HOHER PARTNERFREQUENZ

Männer mit häufig wechselnden Sexualkontakten (mehr als 5 Partnern in den letzten 12 Monaten) nutzten in der Vergangenheit deutlich häufiger STI-Tests als die mit seltenerem Partnerwechsel (siehe Tabelle 9). Gleichzeitig hatten sie in der Vergangenheit 3,5 mal so häufig mehr-



mals STI-Diagnosen. Sie nannten auch am häufigsten einen Routinecheck als Grund für den aktuellen Test (57,5 % gegenüber 34,6 % bei allen Teilnehmern mit weniger Sexualpartnern).

Bei Männern mit hoher Partnerfrequenz zeigt sich, dass die Präventionsbotschaften für regelmäßige STI-Tests bei häufig wechselnden Partnern ankommen. Zugleich bestätigt sich aber anhand früherer STI-Diagnosen, dass es sich hier um eine Gruppe mit relativ hohem Risiko für STI handelt.

Tabelle 9: Männer mit häufigerem und weniger häufigem Partnerwechsel im Vergleich bei der der Nutzung von STI-Tests und bei Häufigkeit von STI-Diagnosen in der Vergangenheit.
Daten: Gesundheitsamt Bremen

Test und Diagnosehäufigkeit ³²	Anzahl sexueller Kontakte (Anteil in Prozent)	
	bis zu 5 Partnern (n=189)	mehr als 5 Partner (n=157)
bislang kein STI-Test	32,3	17,2
STI-Test ohne Diagnosen	46,0	50,3
bisher eine STI-Diagnose	16,9	15,9
bereits mehrmals STI-Diagnosen	4,8	16,6
	100,0	100,0

ÄLTERE MÄNNER/JÜNGERE MÄNNER

Während die jüngeren Männer den Weg in die Beratungsstelle überwiegend über das Internet oder über persönliche Empfehlungen finden, fällt bei älteren Männern auf, dass sie noch eher über Broschüren angesprochen werden können und etwas weniger durch das Internet.

Befunde zu höheren Partnerzahl in höheren Altersgruppen, bestätigten sich hier nicht.

Die unterschiedlichen Zugangswege für verschiedene Altersgruppen sollten bei der Werbung für das Angebot berücksichtigt werden.

Auffällig zwischen verschiedenen Altersgruppen war außerdem, dass die Jüngsten – allerdings eine sehr kleine Gruppe – am seltensten angaben, gegen Hepatitis B geimpft zu sein. Dies ist insofern bemerkenswert, als es sich hier um eine Gruppe handelt, die relativ leicht Zugang zu kostenlosen Impfungen gehabt hätte oder noch hat. Hier bedarf es möglicherweise intensiverer Beratungen bei Jugendlichen in Arztpraxen, aber auch einer offensiveren Aufklärung von Risiken über Hepatitis B beim Sexualkundeunterricht in Schulen.

³² Das Signifikanzniveau lag hier bei p=0,000



Fazit

Das erweiterte Angebot eines Analabstrichs auf Chlamydien und Gonorrhoe für Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben, in der AIDS/STD Beratung des Gesundheitsamtes Bremens kann als erfolgreiche Präventionsstrategie zur Reduzierung von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) bezeichnet werden. Das Angebot erreicht eine Adressatengruppe mit relativ hohen Risiken für STI. Die Inanspruchnahme konnte in etwas mehr als 4 Jahren verdoppelt werden. Da es sich bei Chlamydien und Gonorrhoe um häufig symptomarme Infektionen handelt, die im deutschen Medizinsystem eher unterversorgt sind, leistet die Beratungsstelle mit der Diagnostik und Behandlung einen wichtigen Beitrag zur Reduzierung von Neuinfektionen bei STI. Rechtzeitige Diagnostik und Behandlung trägt zur individuellen Prävention ebenso bei wie zur Verhinderung der Weitergabe an andere. HIV-Infektionen und andere STI beeinflussen sich gegenseitig. HIV-Infektionen begünstigen das Eindringen anderer Erreger, und andere STI wiederum erleichtern das Eindringen von HIV.

Männer, die bislang noch nie einen STI-Test durchgeführt hatten, werden durch dieses Angebot gut erreicht. Diese Gruppe spielt bei der Weitergabe von HIV-Infektionen eine wichtige Rolle. Das Robert Koch-Institut geht davon aus, dass circa 15 % der Menschen mit einer HIV-Infektion bislang noch nicht getestet wurden.³³ Gerade diese Männer können die HIV-Infektion weitergeben, da sie aufgrund fehlender Behandlung infektiöser als bereits Getestete sein können.

Der Migrantenanteil ist im Vergleich zu anderen Befragungen ebenfalls relativ hoch. Dieses Ergebnis ist positiv zu bewerten und auch auf die derzeit gute sprachliche Diversität in der Beratungsstelle (englisch und französische Sprachkenntnisse vorhanden) sowie auf die Bereitstellung von Dolmetschern zurückzuführen. Der hohe Bildungsgrad dieser Gruppe macht jedoch deutlich, dass Männer mit niedrigem Bildungsgrad bei Migranten noch weniger als bei Deutschen erreicht werden. Obwohl dieses Phänomen auch andere Beratungs- und Präventionsangebote betrifft, ist hier eine deutliche Lücke in der Versorgung zu sehen. Darüber, wie und mit welchen Angeboten diese Adressatengruppen angesprochen und erreicht werden können, muss weiter reflektiert werden. Bisher fehlen hier allerdings geeignete Modellprojekte, aus denen sich Anregungen gewinnen lassen könnten.

Wie in vorhergehenden Befragungen fallen die nicht ausreichenden Impfraten bei Hepatitis B auf. Dies trifft insbesondere auf Migranten zu. Sowohl für Hepatitis A wie auch für Hepatitis B besteht Aufklärungsbedarf in Schulen und bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Die Risiken für diese beiden Hepatitiden sind für Menschen mit häufig wechselnden Partnern und beim Analsex relativ hoch. Aktuell berichtet das Robert Koch-Institut über einen Hepatitis A-Ausbruch in Berlin³⁴, der auch auf Impflücken zurückzuführen ist. Die Ständige Impfkommission empfiehlt schon seit langem für Personen mit häufig wechselnden Sexualpartnern eine entsprechende Impfung auch im Erwachsenenalter. Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt die Kosten. Die AIDS/STD Beratung bietet zu Hepatitiden ebenfalls bereits seit vielen Jahren Aufklärung und Information an. Zusätzlich wird MSM, die nicht wissen, ob sie geimpft sind, eine Diagnostik zur Immunität gegen Hepatitis B angeboten.

³³ Robert Koch-Institut 2016b

³⁴ Robert Koch-Institut 2017



Für die Zukunft ist zudem zu überlegen, ob eine Erweiterung des Screenings zumindest um Urinproben oder Urethralabstriche auf Chlamydien und Gonorrhoe sinnvoll wäre, um Infektionen auch bei Männern zu erfassen, die keinen passiven Analverkehr hatten. Bislang können in diesen Fällen Infektionen nicht diagnostiziert werden.

Nicht unerwähnt bleiben soll, dass das bisherige Angebot natürlich mehr Kosten für Labordiagnostik und Behandlungen verursacht und mehr Arbeitskraft benötigt als zuvor. Mit diesem Mehreinsatz können aber sexuell übertragbare Infektionen rechtzeitig erkannt und behandelt werden, und somit weitere Infektionen verhindert werden. Dadurch werden insgesamt Behandlungskosten minimiert.



Abbildung 14: Zusammengefasstes Fazit



Literatur

- Deutsche AIDS-Hilfe (2017a). HIV- und STI-Tests. Informationen und Standards 2017. Berlin.
- Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.) (2017b). Sexuell übertragbare Infektionen. Berlin.
- Drewes J, Kruspe M. Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.) (2016). Schwule Männer und HIV/AIDS 2013. Schutzverhalten und Risikomanagement in den Zeiten der Behandelbarkeit von HIV. Berlin.
- Drewes J, Sadlowski N, Kleiber D (2010). Evaluation der IWWIT-Testwochen. Ausgewählte Ergebnisse. Vortrag auf der 70. Sitzung des Bund-Länder-Gremiums zur Koordinierung von Maßnahmen der AIDS-Aufklärung, Warnemünde 22. April 2010.
- Dudareva S, Haar K, Jansen K und Marcus U. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011). PARIS: Ergebnisse des "Pharyngeal And Rectal Infection Screening". HIV&more 4/2011
- Dudareva-Vizule S et al. (2014): Prevalence of pharyngeal and rectal Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections among men who have sex with men in Germany. Sex Transm Infect 90 (1): 46-51
- European Centre for Disease Prevention and Control (Hrsg.) (2013). [The European Men-Who-Have-Sex-With-Men. Internet Survey. Findings from 38 countries.](#) [17.10.2016]
- Jung F (2002). Nachgefragt ... 2000/2001. Ergebnisse einer Umfrage. "NutzerInnen" zum HIV-Antikörpertest. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.). Bremen.
- Jung F (2010). Der HIV-Antikörpertest im Gesundheitsamt Bremen. Die Nutzer/innen antworten. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.). Bremen.
- Lallemant A, Bremer V, Jansen K, Nielsen S, Münstermann D, Lucht A, Tiemann C (2016). Prevalence of Chlamydia trachomatis infection in women, heterosexual men and MSM visiting HIV counselling institutions in North Rhine-Westphalia, Germany – should Chlamydia testing be scaled up?. [BMC Infectious Diseases 16:610](#) [07.11.2016]
- Marcus U, Schmidt A J, Kollan C, Hamouda O (2009). The denominator problem: Estimating MSM-specific incidence of sexually transmitted infections and prevalence of HIV using population sizes of MSM derived from Internet surveys. [BioMedCentral Public Health 9:181](#) [22.05.2017]
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014). Chlamydia trachomatis Untersuchungen bei Männern. Ergebnisse des Laborsentinelns für 2008-2013. Epidemiologisches Bulletin 38: 373-380
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2016a). Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) am RKI 2016/2017. Epidemiologisches Bulletin 34: 301-340
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2016b). Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin 45: 497-509
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2017). Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. Epidemiologisches Bulletin 13: 118-120
- Schmidt A J, Marcus U (2013). Defizite in den Angeboten zur STI-Diagnostik für Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten in deutschsprachigen Städten. Ergebnisse des Europäischen MSM-Internet-Surveys (EMIS). Bundesgesundheitsblatt 56: 1609-1618
- Schmidt AJ, Hickson F, Marcus U, THE EMIS network (2012). [Deficits in Targeted STI-Testing For Gay & Bisexual Men in 34 major European cities. Results from the European MSM Internet Survey \(EMIS\)](#) [17.10.2016]
- Statistisches Bundesamt (2016). Hochrechnung anhand der Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus 2011. Wiesbaden 2016 (Stand: 27.04.2016)



Ausgewählte Berichte des Gesundheitsamtes

- Armuts- oder Arbeitsmigration - Übertragbare Infektionen bei Sexarbeiterinnen.

GBE-Bericht 06/2016

- Streetwork-Studie Bremen: Chlamydien und Gonorrhö bei Sexarbeiterinnen.

GBE Praxisbericht 05/2016

- Meldepflichtige sexuell übertragbare Infektionen (STI) in Bremen 2015.

GBE INFO 03/2016

- Geschlecht oder Zielgruppe? Prävention sexuell übertragbarer Infektionen.

GBE-Bericht 04/2013

- Zugangsschwellen senken – Sexarbeiterinnen auf dem Weg ins Gesundheitsamt Bremen

GBE-Praxisbericht 09/2010.

Die Berichte stehen alle auf der Homepage des Gesundheitsamtes unter Publikationen zur Verfügung: [Gesundheitsamt Bremen | Publikationen](#)



Glossar

Chlamydien³⁵

Chlamydien (Bakterien) gehören zu den häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen (STI) in Deutschland. Die Infektion erfolgt meist symptomlos oder symptomarm. Unerkannte oder unzureichende Infektionen können zu Unfruchtbarkeit führen. Sie erhöhen außerdem das Risiko einer HIV-Übertragung. Kondome reduzieren das Übertragungsrisiko erheblich.

Gonorrhoe

Gonorrhoe, auch Tripper genannt, sind Bakterien. Es handelt sich dabei um eine der weltweit häufigsten STI. Im Rachen oder im Rektum verläuft die Gonorrhoe fast immer ohne Symptome. Bei einer genitalen Infektion ist ein eitriger Ausfluss charakteristisch. Genitale Infektionen führen bei knapp der Hälfte der Frauen und bei 90% der Männer zu Symptomen. Unbehandelt können sie das HIV-Übertragungsrisiko erhöhen. Kondome reduzieren das Übertragungsrisiko erheblich.

Hepatitis A

Hepatitis A wird fäkal-oral übertragen, in der Regel über Lebensmittel und Trinkwasser, aber auch über Kontakt- und Schmierinfektionen. Hepatitis A kann eine akute Leberentzündung zur Folge haben, verläuft jedoch nicht chronisch. Eine Impfung kann eine Infektion verhindern.

Hepatitis B

Hepatitis B wird über Blut und Körperflüssigkeiten übertragen. Hauptübertragungswege sind sexuelle Kontakte und intravenöser Drogengebrauch. Bei Erwachsenen mit intaktem Immunsystem verlaufen 5% bis 10% der Infektionen chronisch. Daraus kann sich ein Leberzirrhose (Schrumpfung) oder auch Leberkrebs entwickeln. Bei HIV-Infizierten entwickelt sich häufiger eine chronische Hepatitis B. Eine Impfung kann eine Infektion verhindern.

Hepatitis C

Hepatitis C wird durch Blut übertragen. Es handelt sich daher nicht um eine klassische STI. Mehr als drei Viertel aller Infektionen verlaufen ohne ausgeprägte Beschwerden. Unbehandelte Infektionen verlaufen in der Mehrzahl chronisch und führen nach Jahren oder Jahrzehnten zu Leberzirrhose oder Leberkrebs. Eine chronische Hepatitis C kann in über 90% geheilt werden.

HIV

Human Immunodeficiency Virus = menschliches Abwehrschwäche Virus. Die Übertragung erfolgt überwiegend über sexuelle Kontakte. Es handelt sich hier um eine relativ schwer übertragbare Infektion, die nicht heilbar, aber behandelbar ist. Eine rechtzeitig begonnene und konsequent durchgeführte Behandlung führt auch dazu, dass Menschen mit einer HIV-Infektion nicht

³⁵ Alle Informationen zu STI sind dem Band der Deutschen AIDS-Hilfe 2017b zu sexuell übertragbaren Infektionen entnommen (6. Auflage).



mehr infektiös sind. Voraussetzung hierfür ist, dass die Viruslast mindestens 6 Monate unter der Nachweisgrenze liegt. Schutz vor die Infektion bieten, Safer Sex, Kondome und eine erfolgreiche Behandlung.

Infektiosität

Ansteckungsfähigkeit

Inzidenz

Anzahl der Neuerkrankungen einer Krankheit in einer Population (beispielsweise die Bevölkerung in Deutschland, in der Regel pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) während eines definierten Zeitraums. In der Regel wird ein Jahr als Bezug genommen.

MSM

Männer, die Sex mit Männern haben. Steht auch für solche Männer, die sich selbst nicht als homo- oder bisexuell bezeichnen würden.

Prävalenz

Epidemiologisches Maß für die Häufigkeit einer Krankheit. Die Prävalenz gibt an, wie viele Personen in einer definierten Bevölkerungsgruppe (Population) zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder innerhalb eines Zeitraums (Periodenprävalenz) an einer bestimmten Krankheit leiden.

STI

STIs ist die Abkürzung für sexual transmitted infection. Die Übersetzung lautet: Sexuell übertragbare Ansteckungen, früher auch Geschlechtskrankheiten genannt.

Syphilis

Syphilis (auch Lues, Lues venerea oder harter Schanker genannt) ist eine bakterielle STI. Sie ist weltweit verbreitet und leicht übertragbar. Sie verläuft in mehreren Stadien und betrifft den gesamten Organismus. Unbehandelt kann sie schwerwiegende zum Teil lebensbedrohliche Folgen haben. Syphilis begünstigt die HIV-Übertragung. Syphilis ist gut mit Antibiotika behandelbar und heilbar.

Trichomoniasis

Trichomonas vaginalis oder urogenitalis ist ein einzelliges Geißeltierchen. Es handelt sich dabei um eine der häufigsten STI. Bei Frauen verläuft die Infektion bei einem Viertel symptomlos, bei Männern fast immer. Bei Frauen kann eine unbehandelte Infektion Unfruchtbarkeit verursachen. Das Risiko einer HIV-Infektion wird erhöht. Die Behandlung erfolgt mit Antibiotika. Ein Kondom reduziert das Übertragungsrisiko erheblich.



Anhang

Fragebogen



Lieber Besucher,

unterstützen Sie uns mit der Beantwortung dieses Fragebogens. Wir wollen unsere Arbeit an Ihren Bedürfnissen ausrichten. Wir möchten daher gerne wissen, warum Sie unser Angebot nutzen.

Die Beantwortung der Fragen ist selbstverständlich freiwillig. Bitte tragen Sie Ihren Namen **nicht** in den Fragebogen ein. Niemand soll feststellen können, wer welche Angaben gemacht hat. Ihre Angaben werden nach den Vorschriften des BrEMISchen Datenschutzgesetzes behandelt.

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen im Geschäftszimmer in die dafür gekennzeichnete Box.

Vielen Dank!

Das Team der AIDS/STD Beratung



1. Wie sind Sie auf unsere Beratungsstelle aufmerksam geworden?

- Durch ...
- persönliche Empfehlung von Verwandten/Bekanntem/Freund/Freundin
 - Broschüren
 - Telefonbuch
 - Internet
 - Arzt/Ärztin
 - andere Beratungsstellen
 - anderes _____

2. Warum haben Sie sich entschlossen, zu uns ins Gesundheitsamt zu kommen?

(mehrere Antworten möglich)

- Weil
- ich nicht in eine Arztpraxis gehen möchte
 - mir die Anonymität (Beratung ohne Namensnennung) wichtig ist
 - mir die Beratung wichtig ist
 - die Untersuchungen hier kostenlos sind
 - ich auch auf Tripper (Gonorrhö) und Chlamydien untersucht werden möchte
 - andere Gründe: _____

3. Wieso möchten Sie gerade jetzt eine Untersuchung?

- Mein Partner/einer meiner Partner hat/te eine sexuell übertragbare Erkrankung
- Routinetest
- Ich habe einen neuen Partner/in und wir wollen auf Kondom verzichten
- Ich hatte eine oder mehrere Risikosituationen
- andere Gründe: _____



4. Haben Sie sich schon mal auf sexuell übertragbare Erkrankungen testen lassen?

- Nein → weiter bei Frage 6
Ja, einmal
Ja, mehrmals

Syphilis	wann zuletzt	ca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Jahr		
Tripper (Gonorrhö)	wann zuletzt	ca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Jahr		
Chlamydien	wann zuletzt	ca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Jahr		
Trichomonaden	wann zuletzt	ca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Jahr		
Genital- oder Analwarzen	wann zuletzt	ca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Jahr		
Hepatitis C	wann zuletzt	ca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Jahr		
HIV	wann zuletzt	ca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Jahr		

5. Sind bei Ihnen schon mal sexuell übertragbare Erkrankungen festgestellt worden?

- Nein → weiter bei Frage 6
Ja, einmal
Ja, mehrmals

Syphilis	wann zuletzt festgestellt	ca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Jahr		
Tripper (Gonorrhö)	wann zuletzt festgestellt	ca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Jahr		
Chlamydien	wann zuletzt festgestellt	ca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Jahr		
Trichomonaden	wann zuletzt festgestellt	ca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Jahr		
Genital- oder Analwarzen	wann zuletzt festgestellt	ca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Jahr		
Hepatitis C	wann festgestellt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Jahr		
HIV	wann festgestellt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Jahr		



6. Sind Sie gegen Hepatitis B geimpft?

- Nein
Ja
Weiß ich nicht

7. Mit wie vielen Männern hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte?

→ falls sie in den letzten 12 Monaten **keine sexuellen Kontakte mit Männern** hatten, weiter bei Frage 10

Mit Männern
Anzahl

8. Welche der folgenden Sexualpraktiken hatten Sie beim Sex mit Männern in den letzten 12 Monaten?

(mehrere Antworten möglich)

- Kein ungeschützter Sex (Oral/Anal) → weiter bei Frage 10
Oralverkehr ohne Sperma in Ihrem Mund
Oralverkehr mit Sperma in Ihrem Mund
Aktiven Analverkehr ohne Kondom oder Kondom gerissen
Passiven Analverkehr ohne Kondom oder Kondom gerissen
Sexualpraktiken mit möglichen Verletzungen (Fisten/SM)
Andere riskante Situationen _____

9. Wußten Sie, ob Ihr oder einer Ihrer Sexualpartner, mit dem oder mit denen Sie Sex hatten, HIV infiziert war/en?

- Nein, wusste ich nicht
Ja, ich wusste es



Zuletzt bitten wir Sie noch um einige Angaben zu Ihrer Person:

10. Ihr Geburtsjahr?

11. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- Ich bin noch Schüler
- Ich habe keinen Abschluss
- Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss
- Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule (POS)
- Abitur/Fachhochschulreife
- Hochschulabschluss
- Anderen, welchen? _____

12. Sind Sie in Deutschland geboren?

Ja → weiter bei Frage 13

Nein
↓

In welchem Land sind Sie geboren? _____

Seit wann leben Sie in Deutschland?
Jahr

13. War es für Sie in Ordnung, den Abstrich selbst durchzuführen?

Ja

Nein

14. Wenn Sie noch Anregungen oder Kritik haben, nutzen Sie bitte den Platz hier:

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!