

Communitynahe STI-Tests für MSM

- 3 IWWIT-Testwochen: Ergebnisse
- 8 Risikocheck: Wer für rektale Infektionen besonders gefährdet ist
- 9 Hinweise für die Prävention

Communitynahe STI-Tests für MSM

Liebe Leserin, lieber Leser,

jeder zehnte schwule Mann, der sich hierzulande auf STI untersuchen lässt, ist von einer rektalen Tripper- oder Chlamydieninfektion betroffen. Die wenigsten wissen jedoch davon. Diese Erkenntnis aus der PARIS-Studie des Robert-Koch-Instituts (RKI) ist nun durch die Erfahrungen der Testprojekte der Aidshilfen bestätigt worden.

In den diesjährigen Testwochen der IWWIT-Kampagne wurden erstmals neben den üblichen HIV- und Syphilis-Tests auch Analabstriche angeboten. Viele Männer nahmen dieses Angebot an.

In diesem HIVreport berichten wir über die Erfahrungen mit den Abstrichuntersuchungen und die Ergebnisse der Auswertung.

Die hohe Prävalenz von STI im Analbereich von Männern, die Sex mit Männern haben, (MSM) bestätigt auch die aktuelle Veröffentlichung von Axel Schmidt et al. Die Wissenschaftler werteten Daten der europaweit durchgeführten Europäischen MSM-Internet-Survey (EMIS) aus und verglichen europäische Großstädte hinsichtlich des Zugangs zu STI-Screenings für MSM.

Das bemerkenswerte Ergebnis: Deutschland hinkt im europäischen Vergleich hinterher, wenn es um die Zugänglichkeit und Qualität von STI-Testungen geht.

Mit besten Grüßen

Armin Schafberger
Steffen Taubert

Inhalt

IWWIT-Testwochen.....	3
Ergebnisse im Vergleich mit der PARIS-Studie	3
Land-Chlamydien und Kleinstadt-Gonokokken: weniger Unterschied als gedacht.....	7
Risikocheck: Wer für rektale Infektionen besonders gefährdet ist	8
Hinweise für die Prävention.....	9
EMIS: Viele Infektionen werden übersehen	9
Literatur	12
Impressum	13

IWWIT-Testwochen

Vom 1. April bis zum 17. Mai 2013 fanden im Rahmen der IWWIT-Kampagne der Deutschen AIDS-Hilfe bundesweite Testwochen für schwule Männer und andere MSM statt. Erstmals wurde der Schwerpunkt auf Analabstrichuntersuchungen auf Gonokokken (GO) und Chlamydien (CT) gelegt.

Rektale bakterielle Infektionen bei MSM ...

- ... **erhöhen das HIV-Infektions-Risiko** um ein Mehrfaches.
- ... **sind häufig:** In der [PARIS-Studie](#) des RKI wurde bei 11,6 %, in den IWWIT-Testwochen bei 10,2 % der untersuchten MSM eine rektale Infektion mit Gonokokken oder Chlamydien diagnostiziert.
- ... **verlaufen in 90 % der Fälle symptomlos** und werden ohne Screening übersehen.

Insgesamt beteiligten sich bundesweit 30 Aidshilfen und 35 Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdiensts (zum Teil in Kooperation) mit insgesamt 48 Testangeboten. Die Koordination erfolgte durch die Niedersächsische AIDS-Hilfe.

Über 900 schwule und andere MSM ließen sich beraten und testen. 1170 Abstriche (Nukleinsäurenachweise) oder Harnuntersuchungen

PARIS-Studie

(Pharyngeal And Rectal Infection Screening)

Das Robert-Koch-Institut wertete zwischen August 2009 und Dezember 2010 Abstrichuntersuchungen von Rektum, Rachen und Harnröhre von 2247 MSM aus 22 Praxen/Kliniken aus. Mit diesem Screening entdeckten die Ärzte eine Vielzahl symptomloser Gonokokken- und Chlamydieninfektionen, die sie sonst nicht diagnostiziert hätten.

auf Chlamydien und Gonokokken wurden durchgeführt.

Während der Testwochen wurden die Abstriche in den Projekten kostenlos angeboten. Finanziert wurde dies durch Unterstützung durch das Unternehmen Gilead, durch kommunale und Landesmittel sowie durch die Deutsche AIDS-Hilfe.

Ergebnisse im Vergleich mit der PARIS-Studie

Selbstabnahme

Analer abstrich: Die Selbstabnahme wurde nach Anleitung von fast allen Männern gut angenommen und problemlos durchgeführt.

Pharyngealer abstrich: Der Abstrich muss hinten im Rachen entnommen werden – eine Selbstabnahme ist aufgrund des Würgereflexes problematisch. In den meisten Projekten wurden die Pharyngalabstriche vom Projektpersonal abgenommen.

Rektale Infektionen

Die Prävalenz rektaler Chlamydien- und/oder Gonokokkeninfektionen betrug 10,2 % und war deutlich höher als erwartet.

Zum Vergleich: Die Prävalenz dieser bakteriellen Infektionen betrug in der PARIS-Studie in den Jahren 2009–2010 11,6 %.

Jeder zehnte schwule Mann in der PARIS-Studie und den IWWIT-Testwochen hat eine rektale bakterielle Infektion.

Die PARIS-Studie wurde vor allem in Schwerpunktpraxen, Klinikambulanzen und Gesundheitsämtern durchgeführt, das heißt, der Anteil HIV-positiver MSM betrug fast ein Viertel (23 %), und bei HIV-positiven MSM kommen diese rektalen Infektionen häufiger vor (siehe unten).

In die Testeinrichtungen der Aidshilfen und Gesundheitsämter kommen hingegen fast ausschließlich HIV-negative Männer – sie kommen schließlich vor allem zum HIV-Test. In ca. 1 % der Fälle ist der HIV-Test in den Aidshilfeprojekten dann positiv. Über exakte Zahlen zum HIV-Status genau dieser 900 Männer verfügen wir nicht, da im Rahmen der Evaluation der Testwochen die HIV-Test-Ergebnisse nicht zentral erhoben wurden.

Aus San Francisco und dem Vereinigten Königreich sind ähnlich hohe Prävalenzen rektaler und pharyngaler Infektionen bekannt (Kent 2005; Benn 2007).

Die Prävalenz rektaler Infektionen war in den IWWIT-Testwochen ähnlich hoch wie in der PARIS-Studie – obwohl sich die Zielgruppen (zum Beispiel hinsichtlich des HIV-Status) voneinander unterschieden.

		IWWIT-Testwochen (DAH)	PARIS-Studie (RKI)
Zeitraum		1,5 Monate: 1. April bis 19. Mai 2013	15 Monate: August 2009 bis Dezember 2010
Art der Datenerhebung		Evaluation mit einfacher Erhebung der Ergebnisse	Studie
Zahl der MSM		900	2247
HIV-Status		fast keiner HIV-positiv (ca. 1–2 %)	mindestens 515 HIV-positiv (23 %)
Teilnehmende Einrichtungen		Aidshilfen und Gesundheitsämter (n = 48)	HIV-Schwerpunkt-Praxen, Klinikambulanzen, Gesundheitsämter und Aidshilfen (n = 22)
Schwerpunkt der Abstriche		anal	anal und pharyngal
Nukleinsäuretest		vorwiegend Aptima Combo2	ausschließlich Aptima Combo2
Prävalenz	rektal	10,2 %	11,6 %
	pharyngal	3,8 %	6,7 %
	urethral	6,1 %	5,0 %

Tab. 1: Vergleich zwischen IWWIT-Testwochen und PARIS-Studie

Pharyngale Infektionen

Mit 3,8 % ist die Prävalenz pharyngaler Infektionen niedriger als in der PARIS-Studie. Die niedrigere Prävalenz geht vor allem auf die niedrigere Prävalenz von Gonokokkeninfektionen zurück; die Zahl pharyngaler Chlamydieninfektionen ist ähnlich hoch. Diese Aussage ist jedoch nur eingeschränkt gültig: Aufgrund der Fokussierung auf Analabstriche wurden in den IWWIT-Testwochen nur 288 Pharyngalabstriche vorgenommen.

Infektionen der Harnwege

Mit 6,1 % ist der Anteil der positiven Befunde der Harnuntersuchungen und Abstriche aus

der Harnröhre hoch – sogar höher als in der PARIS-Studie (siehe Tab. 2). Allerdings geht das Ergebnis auf nur 117 Untersuchungen zurück – hier kann also auch der Zufall im Spiel sein.

Dass urethrale Chlamydieninfektionen in beiden Erhebungen häufiger sind als Gonokokkeninfektionen, überrascht nicht: Gonokokkeninfektionen zeigen in der Harnröhre des Mannes in 90 % der Fälle Symptome, Chlamydieninfektionen nur zu ca. 50 %. Wer infolge einer urethralen Gonokokkeninfektion Symptome hat (Brennen, Ausfluss), geht fast immer als Akutpatient in eine Arztpraxis oder Klinikambulanz und nicht zu den Testwochen.

	rektal		rektal + pharyngal (Pooling)	pharyngal		urethral/Harn	
	IWWIT	PARIS	IWWIT	IWWIT	PARIS	IWWIT	PARIS
Anzahl (n)	666	2050	96	288	2197	115	685
Positive Befunde insgesamt	10,2 %	11,6 %	9,4 %	3,8 %	6,7 %	6,1 %	5,0 %
Gonokokken	3,4 %	4,6 %	4,2 %	2,4 %	5,5 %	2,3 %	1,9 %
Chlamydien	7,4 %	8,0 %	7,3 %	1,4 %	1,5 %	5,8 %	3,4 %

Tab. 2: Ergebnisse der IWWIT-Testwochen und der PARIS-Studie im Detail

Gonokokken oben, Chlamydien unten

Aus anderen Studien ist bekannt, dass Gonokokken eine gewisse Präferenz für den Rachen haben – und Chlamydien für die Rektalschleimhaut.

Hier ist es nicht anders: Sowohl bei den Männern in den IWWIT-Testwochen als auch bei denen in der PARIS-Studie kommen im Rachen häufiger Gonokokken als Chlamydien vor, im Rektum und auch in der Harnröhre häufiger Chlamydien als Gonokokken.

Pooling von Proben

In zwei Berliner Projekten wurden Anal- und Pharyngalabstriche „gepoolt“, das heißt, beide Abstriche wurden in einem Röhrchen ins Labor gesendet.

- **Vorteil:** Die Kosten halbieren sich. Für die Therapie ist es nicht relevant zu wissen, ob die Bakterien pharyngal oder anal beheimatet sind.
- **Nachteil:** Im Rahmen einer Evaluation oder Studie kann man die Infektion keinem Infektionsort zuordnen (siehe Tab. 2).

Die Ergebnisse der gepoolten Proben der 96 Berliner Klienten gehen daher nicht in die Berechnung der Prävalenz rektaler Infektionen ein.

Die Prävalenz von Gonokokken/Chlamydien der gepoolten Proben aus Berlin liegt mit 9,4 % erwartbar höher als die Berliner Prävalenz rektaler Infektionen (6,6 %).

Das RKI setzt nun im Rahmen der SMA-Studie (SMA = Schwule Männer und Aids) auf ein differenzierteres Poolingverfahren: Die zwei oder drei Proben eines Klienten werden erst im Labor gepoolt. Wenn die gepoolte Probe positiv ausfällt, werden die Einzelproben nachuntersucht, um Angaben zum Infektionsort machen zu können.

Regionale Unterschiede

Zur Berechnung der Prävalenz in einzelnen Städten ist es erforderlich, ausreichend große Fallzahlen zu haben – dazu werden Projekte bzw. Städte zu Gruppen zusammengefasst:

- **Berlin:** vier Projekte (Berliner Aids-Hilfe, Pluspunkt, Fixpunkt und Mann-O-Meter), Prävalenz: 6,6 %
- **München:** Münchner Aids-Hilfe (n = 69), Prävalenz: 16 % und **Hamburg:**

Hein & Fiete in Kooperation mit CASA blanca (n = 111), Prävalenz: 12,6 %

- **Alle anderen Einrichtungen** erreichen einzeln maximal 25 Rektalabstriche. Eine Einzelauswertung nach Prävalenz ist aufgrund der geringen Zahl nicht sinnvoll. Gepoolt beträgt die Prävalenz 10,2 %.

Orte	n	Prävalenz rektaler CT/GO-Inf.
Berlin	181	6,6 %
München + Hamburg	180	13,9 %
Alle anderen Orte Augsburg, Bochum, Braunschweig, Bremen, Bremerhaven, Darmstadt, Dortmund, Emden, Flensburg, Freiburg im Breisgau, Fulda, Gießen, Göttingen, Halle, Hanau und Main-Kinzig-Kreis, Hannover, Heidelberg, Hildesheim, Kaiserslautern, Karlsruhe, Kassel, Kiel, Mannheim, Marburg, Nürnberg, Offenbach, Osnabrück, Pforzheim, Potsdam, Regensburg, Kreis Rottweil, Saarbrücken, Kreis Stormarn, Trier, Tübingen, Wiesbaden, Wilhelmshaven	305	10,2 %

Tab. 3: Berlin, Hamburg + München und andere Orte im Vergleich

Einwohner	Orte	n	Prävalenz rektaler CT/GO-Inf.
Metropolen: > 1 000 000	Berlin, München, Hamburg, Hannover (Region)	386	9,6 %
Mittlere Städte: 250 000–1 000 000	Dortmund, Bremen, Nürnberg, Karlsruhe, Hanau und Main-Kinzig-Kreis, Bochum, Offenbach, Saarbrücken, Freiburg im Breisgau, Mannheim, Hildesheim, Wiesbaden, Gießen	120	12,5 %
Kleinere Städte: < 250 000	Göttingen, Braunschweig, Marburg, Kiel, Augsburg, Kas- sel, Kreis Stormarn, Halle, Fulda, Tübingen, Flensburg, Re- gensburg, Potsdam, Osnabrück, Heidelberg, Darmstadt, Kreis Rottweil, Pforzheim, Bremerhaven, Trier, Kaiserslautern, Wilhelmshaven, Emden	160	10,0 %

Tab. 4: Prävalenz rektaler Gonokokken- oder Chlamydieninfektionen nach Einwohnerzahl bei den IWWIT-Testwochen; Quelle Einwohner: www.citypopulation.de, Schätzung 12/2012

Auffällig ist die relativ niedrige Prävalenz in Berlin (6,6 %) gegenüber vergleichbaren Großstädten wie Hamburg und München (zusammen 13,9 %). Alle Projekte in den drei Städten zeichnen sich durch Szenenähe aus. Allerdings bieten die Projekte in München und Hamburg Rektalabstriche schon seit längerer Zeit an; die vier Berliner Projekte haben die Abstriche zusätzlich zu ihrem HIV/Syphilis/Hepatitis-C-Angebot in den Testwochen zum ersten Mal für MSM angeboten.

Dies könnte den Unterschied erklären, denn aus München und Hamburg wissen wir, dass es einige Zeit dauert, bis Männer mit höherem Risiko das Angebot annehmen – dies spricht dafür, Abstrichuntersuchungen dauerhaft niedrigschwellig anzubieten.

Land-Chlamydien und Kleinstadt-Gonokokken:

weniger Unterschied als gedacht

Gruppiert man die Rektalabstrichergebnisse nach der Einwohnerzahl des Ortes bzw. Kreises, zeigt sich, dass zwischen den Metropolen (> 1 000 000 Einwohner), mittleren Städten (250 000–1 000 000) und kleineren Städten (< 250 000 Einwohner) kein relevanter Unterschied in der Prävalenz rektaler Gonokokken- oder Chlamydieninfektionen besteht (siehe Tab. 4).

Allerdings scheint es in kleineren Städten und ländlichen Regionen schwerer zu sein, MSM für Abstrichuntersuchungen zu gewinnen. Je größer die Stadt und vor allem je szenenäher die Einrichtung ist, desto besser werden die Angebote angenommen

Risikocheck: Wer für rektale Infektionen besonders gefährdet ist

Welche Männer haben eher rektale oder pharyngale Infektionen als andere? Lässt sich die Gruppe, die Rektal- (oder andere) Abstriche am dringendsten braucht, besser eingrenzen?

Die Ergebnisse der PARIS-Studie des RKI geben auf diese Fragen einige Antworten. In der Studie wurden die Faktoren errechnet, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einer rektalen oder pharyngalen bakteriellen Infektion verbunden waren (siehe Tab. 5).

Partnerzahlen: je höher die Partnerzahl, desto höher das Risiko. Bei mehr als zehn Partnern in den letzten sechs Monaten steigt das Risiko

rektaler Infektionen fast auf das Dreifache (OR = 2,95), das Risiko pharyngaler Infektionen fast auf das Fünffache (OR = 4,96).

HIV-Status: Eine bekannte HIV-Infektion ist mit einer 1,6-fach höheren Wahrscheinlichkeit einer rektalen Infektion und einer 1,78-fach höheren Wahrscheinlichkeit einer pharyngalen Infektion verbunden.

Sexualpraktiken: Ungeschützter aufnehmender Analverkehr in der Anamnese bedeutet ein 1,54-fach höheres Risiko (im Vergleich zu geschütztem Analverkehr). Differenzierte Fragen nach anderen Sexualpraktiken zeigten keine Assoziationen – das heißt allerdings nicht, dass diese Sexualpraktiken kein Infektionsrisiko darstellen: In anderen Studien gab es abweichende Ergebnisse.

PARIS-Studie: Risikocheck	OR (95 % CI) und p-Wert	
	Rektale Infektion	Pharyngale Infektion
Alter (in Jahren, kontinuierlich)	0,97; < 0,001	0,90; 0,0400
HIV-Infektion (prävalent)	1,6; 0,008	1,78; 0,006
Zahl der Partner in den letzten sechs Monaten (ein Partner = Referenz)		
2–5	1,85; 0,016	–
6–10	2,10; 0,009	2,88; 0,006
≥ 11	2,95; < 0,001	4,96; < 0,001
URAI	1,54; 0,010	-----
Andere Sexualpraktiken	PRAI, UIAI, PIAI, rez. Anilingus, rez. Fisting, Speichel als Gleitmittel nicht statistisch signifikant	ROI, Ejakulation in den Mund, aktiver Anilingus nicht statistisch signifikant
Ahnungslosigkeit: „weiß nicht, ob Speichel als Gleitmittel“	1,90; 0,004	-----

Tab. 5: Wahrscheinlichkeiten/Chancenverhältnisse einer rektalen oder pharyngalen GO- oder CT-Infektion in der PARIS-Studie. Multivariate log. Regression. URAI = ungeschützter aufnehmender Analverkehr (Unprotected Receptive Anal Intercourse); PRAI = geschützter aufnehmender Analverkehr (Protected Receptive Anal Intercourse); UIAI = ungeschützter eindringender Analverkehr (Unprotected Insertive Anal Intercourse); PIAI = geschützter eindringender Analverkehr (Protected Insertive Anal Intercourse); ROI = aufnehmender Oralverkehr (Receptive Oral Intercourse); OR = Quoten- oder Chancenverhältnis (Odds Ratio). Je weiter der Wert vom Wert 1 abweicht, desto stärker ist der Zusammenhang zwischen den zwei Merkmalen.

Alter: Je jünger der Mann ist, desto eher ist mit einer Gonokokken-/Chlamydieninfektion zu rechnen. Mit jedem Lebensjahr mehr sinkt die Wahrscheinlichkeit einer Infektion, für pharyngale Infektionen (OR 0,9) stärker als für rektale (OR 0,97).

Speichel: Gonokokken und Chlamydien im Rachen können ein Reservoir für Infektionen von Harnröhre und Rektum darstellen. Speichel als Gleitmittel könnte ein Risiko einer rektalen Infektion sein – das wurde durch die Studie allerdings nicht bestätigt. Dafür war die Antwort „weiß nicht, ob der Partner Speichel als Gleitmittel verwendet hat“ mit einer fast doppelt so hohen Wahrscheinlichkeit einer Infektion verbunden. Wahrscheinlich, vermutet das RKI, ist dies jedoch eher eine Aussage darüber, ob sich der Befragte überhaupt zuverlässig an die Übertragungssituation erinnern kann.

Armin Schafberger

Hinweise für die Prävention

Die wichtigste Frage zur Klärung des Risikos einer rektalen oder pharyngalen Infektion ist die nach der Partnerzahl!

Ansonsten gilt:

- Junge MSM sind stärker betroffen.
- HIV-positive MSM sind stärker betroffen.
- Die differenzierte Frage nach Sexualpraktiken zur Klärung des Risikos ist bezüglich rektaler und pharyngaler Gonokokken-/Chlamydieninfektionen relativ nutzlos. (Dies gilt **nicht** für die Klärung des HIV-Risikos!)
- Gonokokken- und Chlamydieninfektionen bei MSM sind so häufig – und so häufig symptomlos –, dass zu regelmäßigen Tests zu raten ist. Die Deutsche AIDS-Hilfe empfiehlt sexuell aktiven MSM jährlich einen Test auf HIV, Syphilis und Gonokokken/Chlamydien, bei mehr als zehn Partnern einen zusätzlichen Test auf Syphilis und Gonokokken/Chlamydien.

EMIS: Viele Infektionen werden übersehen

In Deutschland erhalten schwule Männer, die sich auf Geschlechtskrankheiten testen lassen, in aller Regel keine ausreichende Diagnostik. Dies ist eines der Ergebnisse der jetzt [veröffentlichten Auswertung](#) einer Onlinebefragung Schwuler in Europa (Schmidt et al. 2013 Comparison of the performance of STI screening services for gay and bisexual men across 40 European cities)

Zentral ging es den Wissenschaftlern bei dieser Datenauswertung darum herauszufinden, wie gut die Diagnostik und das Screening von STI bei MSM in Europa funktionieren. Dazu verglichen sie die Aussagen von MSM aus unterschiedlichen europäischen Städten und fokussierten die Fragen:

- Wie häufig werden STI-Untersuchungen durchgeführt?
- Welche diagnostischen Maßnahmen beinhaltet eine STI-Untersuchung?
- Wie ist der Zugang zu STI-Tests: Sind schwule Männer über Testmöglichkeiten ausreichend informiert?

EMIS: größte Onlinebefragung von MSM

Die Datenbasis der Auswertung ist die europäische Onlinebefragung EMIS, die von Juni bis August 2010 in sozialen Medien und auf schwulen Datingportalen in 25 Sprachen und 38 europäischen Ländern beworben und durchgeführt wurde. An der Onlinebefragung nahmen europaweit über 180 000 Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten teil. Die Studie ist damit weltweit die bislang größte Studie zu Männern, die Sex mit Männern haben.

Nach und nach werden die Daten nun unter unterschiedlichen Fragestellungen ausgewertet. In der Studie ging es den Wissenschaftlern darum, die Qualität und Quantität von STI-Screenings zu erkunden. Dazu werteten sie

diejenigen Fragen des Onlinefragebogens aus, die sich mit der STI-Diagnostik beschäftigen.

Beispiele der ausgewerteten Fragen:

„Wurde Ihnen in den letzten 12 Monaten eine Blutprobe als Teil einer Untersuchung auf andere Sexuell übertragbare Infektionen entnommen?“

„Haben Sie (...) eine Urinprobe (...) abgegeben?“

„Wurde (...) etwas in Ihre Penisöffnung eingeführt (Harnröhrentupfer/-abstrich)?“

„Wurde (...) etwas in Ihren Anus eingeführt (Rektaltupfer/-abstrich)?“

In die Auswertung flossen nur valide Datensätze aus Städten mit über 500 000 Einwohnern ein, aus denen mindestens 300 Männer Fragebogen ausgefüllt hatten. Insgesamt werteten die Wissenschaftler die Angaben von 52 430 Männern aus.

Extreme Unterschiede beim Zugang zur STI-Testung

Der Zugang zu STI-Test-Angeboten wurde mithilfe der Frage gemessen, ob die MSM über kostenlose oder bezahlbare Testmöglichkeiten informiert waren. Am besten schnitt Kopenhagen ab (dort hatten nur 3,5 % keinen Zugang), gefolgt von Städten im Vereinigten Königreich (Manchester, Birmingham, London). Am wenigsten gut erreicht waren Männer in Istanbul. Hier hatten über 65,8 % der MSM keinen Zugang zu STI-Diagnostik.

Wie gut werden MSM auf STI untersucht?

Hinsichtlich der Häufigkeit des STI-Screenings gab es europaweit enorme Unterschiede: Lie-

ßen sich in Istanbul nur 8,9 % der Befragten einmal im Jahr auf STI untersuchen, war es in Amsterdam rund die Hälfte aller MSM. Grundsätzlich, so die Autoren der Studie, werden jüngere und ältere Männer durch STI-Screenings schlechter erfasst als die Generation zwischen 25 und 39.

Deutschland bestenfalls im Mittelfeld

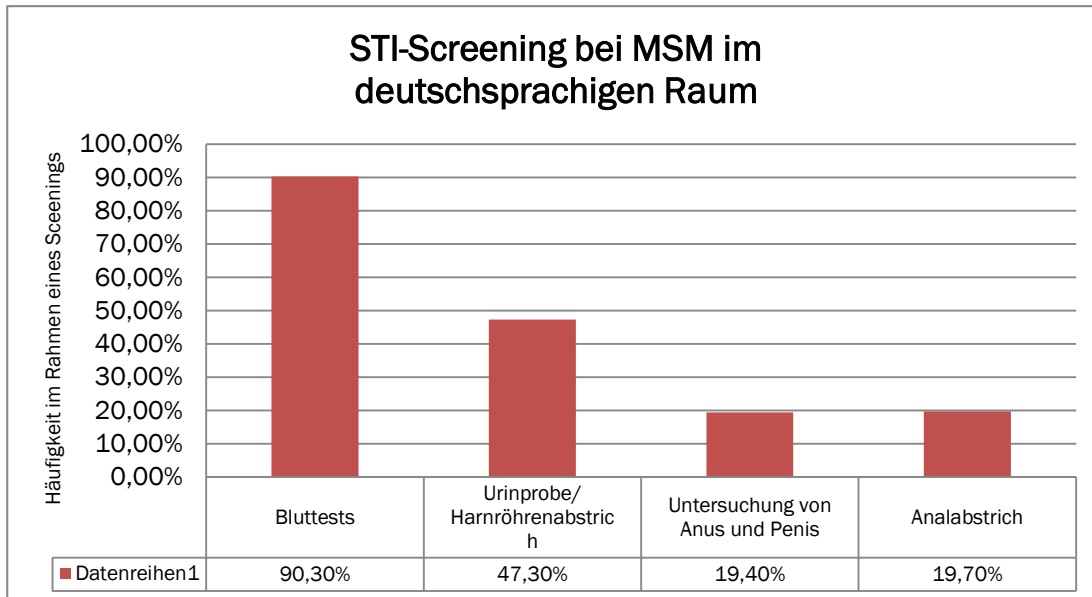
Hamburg, München und Berlin liegen mit Screeningraten von 26–30 % innerhalb von zwölf Monaten bestenfalls im europäischen Mittelfeld, und wenn getestet wird, dann in aller Regel nur auf HIV und Syphilis. Inspektionen von Penis und Anus sind im deutschen Angebot ebenso Raritäten wie Analabstriche. Das bedeutet, dass eine rektale bakterielle Infektion mit hoher Wahrscheinlichkeit übersehen wird.

In einer anderen aktuellen Veröffentlichung des Bundesgesundheitsamts werteten Schmidt und Marcus EMIS-Daten (n = 29 962) zur STI-Testung nach unterschiedlichen Großstädten im deutschsprachigen Raum aus (Schmidt & Marcus 2013).

Das Ergebnis: In keiner einzigen deutschsprachigen Großstadt wurden auch nur annähernd so gute Testquoten erreicht wie in den ausgewerteten Städten des Vereinigten Königreichs oder in Amsterdam.

Situation in Deutschland

Wenn eine STI-Untersuchung im deutschsprachigen Raum durchgeführt wurde, berichteten die MSM von den folgenden Untersuchungen (die Prozentangabe ist der Median der deutschsprachigen Großstädte):



Quelle: Schmidt & Marcus 2013: 1614

Analabstriche eher selten

Analabstriche werden in vielen europäischen Ländern seltener angeboten als andere - Untersuchungen. Dies ist auch in Deutschland nicht anders. Allerdings zeigen die EMIS-Daten, dass es auch anders gehen kann, zum Beispiel im Vereinigten Königreich, in Amsterdam oder in einigen Städten Skandinaviens (eine Auswahl):

Münster	7,40%
Hamburg	15,70%
München	16,60%
Berlin	24,60%
Leipzig/Halle	26,40%

...

Kopenhagen	40,20%
Oslo	61,30%
London	71,50%
Amsterdam	72,40%

Quelle: Schmidt & Marcus 2013: 1612 und Schmidt et al. 2013

Untersuchung eines MSM ein Analabstrich durchgeführt. Dies verwundert, zumal es den Gesundheitseinrichtungen in anderen Schwulenmetropolen wie Amsterdam oder London gelingt, über 70 % der MSM, die sich einem STI-Screening unterziehen, auch auf rektale bakterielle Infektionen zu untersuchen.

Wissenschaftler vermuten, dass viele STI übersehen werden

Der Unterschied zu Großstädten wie Amsterdam, London oder Manchester schreibt sich auch bei den anderen Untersuchungsformen fort. Besonders auffällig wird der Unterschied dort, wo es ans Eingemachte geht: Untersuchungen von Penis und Anus sind bei uns besonders selten.

Die Autoren schlussfolgern aus ihren Daten, dass STI, vor allem anal-genitale Warzen sowie rektale Gonokokken- und Chlamydieninfektionen, bei MSM in Deutschland erheblich unterdiagnostiziert sind.

Selbst in einer Schwulenhochburg wie Berlin wird gerade mal bei jeder vierten STI-

Empfehlungen für die STI-Diagnostik bei MSM

Die Autoren empfehlen, die bestehenden Testangebote im deutschsprachigen Raum besser zu kommunizieren und weiter auszubauen. Als sinnvoll erachten sie, die Aktivitäten von Testprojekten und regionalen Gesundheitsämtern/Zentren für sexuelle Gesundheit zu stärken.

Für MSM fordern sie regelmäßige Screeninguntersuchungen auf STI, angepasst an die jeweilige Partnerzahl. Hierfür sollte ein Minimalstandard der STI-Diagnostik bei MSM definiert werden. Da Blutuntersuchungen nicht geeignet sind, zum Beispiel rektale, urethrale oder pharyngale Infektionen zu diagnostizieren, sollten entsprechende Abstrich- oder Harnuntersuchungen die Diagnostik ergänzen.

Ärztinnen und Ärzte sollten in der Fähigkeit weitergebildet werden, vorurteilsfrei über Sexualität zu sprechen. Schmidt und Marcus regen an, eine eigene Abrechnungsziffer für Beratungen über die sexuelle Gesundheit einzuführen.

Den Knackpunkt sehen die Autoren der Studie bei den Kosten von STI-Screenings. Nicht in allen Testprojekten ist die STI-Diagnostik kostenlos oder gegen eine geringe Kostenbeteiligung zu erhalten. Schmidt und Marcus sehen deshalb die „dringende Notwendigkeit, niedrigschwellige und den sexuellen Praktiken von MSM angepasste STI-Untersuchungs-Angebote zu etablieren, um die sexuelle Gesundheit von MSM nachhaltig zu verbessern“.

Steffen Taubert

Literatur

Benn, P. D. et al.: Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoea infection and the sexual behaviour of men who have sex with men. *Sex Transm Infect* 2007, 83:106–112.

Dudareva-Vizule, S. et al.: Prevalence of pharyngeal and rectal Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoea infections among MSM in Germany. *Sex Transm Infect* 2013, 0:1–6. doi:10.1136/sextrans-2012-050929.

Kent, C. K. et al.: Prevalence of Rectal, Urethral, and Pharyngeal Chlamydia and Gonorrhoea Detected in 2 Clinical Settings among Men Who Have Sex With Men: San Francisco, California, 2003. *CID* 2005; 41(01.07.):67–74.

Schmidt, A. J. et al.: Comparison of the performance of STI Screening Services for gay and bisexual men across 40 European cities: results from the European MSM Internet Survey. *Sex Transm Infect* 2013, 0:1–8. doi:10.1136/sextrans-2012-050973.

Schmidt, A. J. & Marcus, U.: Defizite in den Angeboten zur STI-Diagnostik für Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualekontakten in deutschsprachigen Städten; Ergebnisse des Europäischen MSM-Internet-Surveys (EMIS). *Bundesgesundheitsblatt* 2013, 56:1609–1618.

Impressum

Herausgeber

Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Wilhelmstraße 138, 10963
Berlin
Fon: (030) 690087 0, Fax: (030) 690087 42
www.aidshilfe.de

V. i. S. d. P.

Armin Schafberger, Steffen Taubert
hivreport@dah.aidshilfe.de

Texte

Armin Schafberger, Arzt, MPH
Steffen Taubert, Dipl.-Psychologe

Bestellung

www.hivreport.de
Spendenkonto der Deutschen AIDS-Hilfe e. V.
Kto.-Nr. 220 220 220, Berliner Sparkasse
BLZ 100 500 00

Lektorat:

Martin Heiderich

Hinweis

Die genannten Verfahren, Medikamente, Inhaltsstoffe und Generika werden ohne Rücksicht auf die bestehende Patentlage mitgeteilt. Geschützte Marken sind nicht immer als solche gekennzeichnet; es darf daher nicht angenommen werden, dass es sich bei den verwendeten Bezeichnungen um freie Marken handelt.

Die Deutsche AIDS-Hilfe übernimmt keine Gewähr für die Richtigkeit der Angaben und haftet nicht für Schäden durch etwaige Irrtümer. Wir raten unseren Leser_innen, auf die Fachinformationen und Beipackzettel der Hersteller zurückzugreifen.