



AWMF-Register Nr.	059/006	Klasse:	S1
--------------------------	----------------	----------------	-----------

Leitlinie

STI/STD – Beratung, Diagnostik und Therapie

Beteiligte Fachgesellschaften und Institutionen:

Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG)

Robert-Koch Institut (RKI)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG)

AutorInnen:

Viviane Bremer, Robert Koch-Institut, Berlin; Norbert Brockmeyer, Klinik für Dermatologie und Venerologie, Zentrum für Sexuelle Gesundheit, Bochum; Judith Coenenberg, Klinik für Dermatologie und Venerologie, Zentrum für Sexuelle Gesundheit, Bochum; Karin Haar, European Centre for Disease Prevention and Control ECDC, Berlin; Ruth Hörnle, Gesundheitsamt Mitte, Berlin; Udo B. Hoyme, Helios Klinikum, Erfurt; Heiko Jessen, Gemeinschaftspraxis Jessen, Berlin; Wolfgang Kiehl, Infektionsepidemiologe, Panketal; Elisabeth Köhler, Gesundheitsamt, Untersuchungs- und Beratungsstelle für sexuell übertragbare Infektionen, Frankfurt am Main; Johanna Körber, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg; Matthias Kuske, Deutsche Aids-Hilfe, Berlin; Susanne Kuttner-May, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Münster; Harriet Langanke, Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit, Köln; Aspasia Manos, Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten und Aids, Gesundheitsamt Leipzig; Thomas Meyer, Universitätsklinikum,

Hamburg- Eppendorf; Stine Nielsen, Robert Koch-Institut, Berlin; Heidrun Nitschke, Fachdienst STI und sexuelle Gesundheit, Gesundheitsamt Köln; Astrid Platzmann-Scholten, Aids/STD Beratungsstelle, Kreisgesundheitsamt Recklinghausen; Anja Potthoff, Klinik für Dermatologie und Venerologie, Bochum; Heinrich Rasokat, Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie der Uniklinik Köln; Helmut Schöfer, Klinik für Dermatologie und Venerologie, Universitätsklinikum Frankfurt; Armin Schafberger, Deutsche Aids-Hilfe, Berlin; Petra Spornraft-Ragaller, Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Universitätsklinikum, Dresden; Elfriede Steffan, spi Research, Berlin; Waltraud Throm, Aids-STI-Beratung Gesundheitsamt Heidelberg/Rhein-Neckar-Kreis; Gisela Walter, Centrum für Aids und Sexuell übertragbare Krankheiten, Hamburg; Carmen Zedlack, Gemeinschaftspraxis Jessen, Berlin

Leitlinienkoordination: Norbert Brockmeyer, Elisabeth Köhler, Thomas Meyer

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	1
2. Beratung	2
2.1 Grundlagen: Kompetenz und Fachwissen	2
2.1.1 Beratung ist Kommunikation	2
2.1.2 Zugang und Rahmenbedingungen	3
2.2 Fachwissen der Beratenden	4
2.2.1 Medizinisches Fachwissen	4
2.2.2 Psychosoziales Fachwissen	5
2.2.3 Epidemiologisches Fachwissen	5
2.2.4 Zusammenhänge zwischen individueller Gesundheit und gesellschaftlicher Verantwortung	6
2.3 Beratung konkret	7
2.3.1 Anlässe für STI-Beratung	7
2.3.2 Ziele der STI-Beratung	7
2.3.3 Allgemeine Bestandteile einer STI-Beratung	8
2.4 Beratung in besonderen Situationen	10
2.4.1 Anlass: Abklärung von Symptomen	10
2.4.2 Anlass: Abklärung eines möglichen Risikos	10
2.4.3 Anlass: Risiken unter epidemiologischem Aspekt	12
2.4.3.1 Zur Beratung von SexarbeiterInnen	12
2.4.3.2 Zur Beratung von MSM	13
2.4.3.3 Zur Beratung von Jugendlichen und jungen Erwachsene bis zum Alter von 25 Jahren	14
2.4.3.4 Zur Beratung von Menschen, die Drogen konsumieren	15
3. Impfberatung und -prophylaxe	15
3.1 Impfung gegen Hepatitis A	15
3.2 Impfung gegen Hepatitis B	15
3.3 Impfung gegen HPV-Infektionen	16
4. Diagnostik	17
4.1 Klinische Diagnostik	17
4.1.1 Vorgehen bei bestimmten Symptomen	18
4.1.2 Diagnostische Empfehlungen für konkrete Konstellationen	19
4.1.3 Diagnostik bei Risiken unter epidemiologischem Aspekt	20
4.1.3.1 SexarbeiterInnen	20
4.1.3.2 MSM	21
4.1.3.3 Jugendliche und junge Erwachsene bis zum Alter von 25 Jahren	22
4.1.3.4 Drogengebrauchende Menschen	22
4.2 Labordiagnostik	22
5. Ausblick	26
6. Anhang	27
6.1 Adressen Referenzzentren und Konsiliarlaboratorien für bestimmte Erreger	27
6.2 Adressen für sexarbeitspezifische Anlaufstellen und Informationsmaterial in Deutschland	27
6.3 MSM-spezifische Kontaktadressen	28
6.4 Genutzte Quellen/Literaturhinweise	29
6.5 Gesetzliche und weitere Regelungen mit Relevanz für die Beratung, Diagnostik und Therapie von STI	31
6.5.1 Infektionsschutzgesetz (IfSG)	31
6.5.2 Hinweise auf weitere Gesetze oder Regelungen, die ggf. zu berücksichtigen sind	31
7. Glossar	34

1. Einleitung

Um die sexuelle Gesundheit zu fördern, zu bewahren und wiederherzustellen, kommt der Beratung zu sexuell übertragbaren Infektionen (STI) – inklusive HIV – besondere Bedeutung zu, und zwar sowohl im Hinblick auf die Prävention als auch im Zusammenhang mit Diagnostik und Therapie.

Die Sektion Sexuelle Gesundheit der [Deutschen STI-Gesellschaft](#) (DSTIG) hat es daher übernommen, Empfehlungen speziell für die Beratung zu sexuell übertragbaren Infektionen zu entwickeln.

Die DSTIG akzeptiert den Begriff „sexuelle Gesundheit“ im Sinne der Definitionen der [Weltgesundheitsorganisation](#) (WHO) und der [World Association for Sexual Health](#) (WAS). Sie hat bereits ein Leitbild zur sexuellen Gesundheit entwickelt. Das vorliegende Papier knüpft an diese Definitionen und Positionen an. Insbesondere dient die UN-Menschenrechtscharta von 1948 („Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren“) als ethische Grundlage der Beratungspraxis.

Zielpersonen des Wirkens sind alle Menschen, die – aus welchen Gründen auch immer – Situationen mit einem Infektionsrisiko für STI erlebt haben, erleben oder erleben könnten. Diese werden im Folgenden als Ratsuchende bezeichnet. Das Handeln von Medizin und Gesellschaft strebt danach, diese Personen bestmöglich zu betreuen (Beratung, Diagnostik, Therapie) und das Zustandekommen von STI bestmöglich zu verhüten (Prävention, Prophylaxe). Die individuellen Situationen und unterschiedlichen Risiken erfordern differenziertes Handeln.

Präventionsangebote für Schulklassen und Jugendgruppen, aufsuchende Sozialarbeit z.B. für SexarbeiterInnen sind erforderlich, jedoch nicht Gegenstand dieser am Individuum orientierten Beratungsempfehlungen.

Die vorliegenden Empfehlungen wenden sich an alle mit der Beratung zu STI befassten Personen in Praxis und Klinik, in öffentlichen Einrichtungen wie auch in Nichtregierungsorganisationen (NGO).

Aus den hier vorgelegten Empfehlungen der „Sektion sexuelle Gesundheit“ können Standards für die Beratung zu STI abgeleitet werden. Gemeinsam mit den von der Sektion bereits vorgelegten Papieren „Standards in der Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten“ und „Indikatoren als Instrumente zum Beschreiben, Planen und Evaluieren“ soll so ein Beitrag zur Verbesserung der sexuellen Gesundheit in Deutschland geleistet werden.

Mit der Veröffentlichung dieser Empfehlungen zur STI-Beratung soll die Diskussion in der Fachöffentlichkeit und die Umsetzung von Empfehlungen auf nationaler Ebene befördert werden.

Diese Empfehlungen sind nicht als abgeschlossenes Werk zu verstehen. Beratung – wie auch Diagnostik und Therapie – müssen sich an den aktuellen epidemiologischen und sozialen Bedingungen und den sich wandelnden Erkenntnissen orientieren. Die Empfehlungen sind daher laufend zu überprüfen und anzupassen.

2. Beratung

2.1 Grundlagen: Kompetenz und Fachwissen

Der Begriff „Beratung“ wird in unterschiedlichen Zusammenhängen für verschiedene Vorgänge benutzt. Hier ist die Kommunikation mit Ratsuchenden gemeint, die deren Selbstverantwortung und Handlungsfähigkeit im Umgang mit STI und entsprechenden Risikosituationen stärken und erweitern soll. Grundvoraussetzungen für das Gelingen einer Beratung sind, dass die Beratung aus freier Entscheidung angenommen wird (Freiwilligkeit) und die Beratenden in ihrer fachlichen Rolle (Kompetenz) akzeptiert werden.

Zum Prinzip von Freiwilligkeit und Einverständnis gehört auch die Möglichkeit, auf Fragen nicht zu antworten oder den Kontakt auf jeder Stufe der Beratung abbrechen.

2.1.1 Beratung ist Kommunikation

Menschen, die in der Beratung zu STI tätig sind, müssen die Grundlagen gelingender Kommunikation kennen, nicht zuletzt, weil Themen wie Sexualität mit Tabus besetzt sind. Eine theoretische Grundlage für die Beratung bietet insbesondere das Konzept der *Family Health International* für die HIV-Testberatung (*VCT Toolkit*)¹. Danach ermöglicht eine non-direktive Gesprächsführung, mit offenen Fragen und verstärkenden Antworten, die Raum für Reflexion und Entwicklung lässt – über eine Aneignung neuen Wissens hinaus – Verhaltensänderungen.



Abbildung 1: Beratung ist Kommunikation

¹ *Family Health international* (2004), *VCT Toolkit. HIV Voluntary Counseling and Testing. A Reference Guide for Counselors and Trainers.*

Für das Gelingen einer Beratung sind wichtig:

- Ergebnisoffenheit
- Akzeptieren des oder der Ratsuchenden, Empathie
- Nur wenn die ratsuchende Person sich akzeptiert fühlt, kann sie sich öffnen und ihr Verhalten reflektieren. Dies ist Voraussetzung für Verhaltensveränderungen. Eine Person kann unabhängig von ihrem Verhalten akzeptiert werden.
- Kongruenz und Authentizität der Beratenden
- Fühlen sich die Beratenden unbewusst mit einem Beratungsthema unwohl, kann sich dies auf die Ratsuchenden übertragen. Die Reflexion eigener Einstellungen z.B. zur Sexualität ist deshalb für alle Beratenden Voraussetzung für das Gelingen von Beratung.
- Offene, nicht wertende Fragen z. B. zum Sexualverhalten, aktives Zuhören und zugewandte Aufmerksamkeit der Beratenden laden zum Gespräch ein.
- Die Sprache sollte für die Ratsuchenden angemessen und verständlich sein
- Ein kurzes Zusammenfassen (Paraphrasieren) hilft, das Verständnis zu überprüfen; wichtige Mitteilungen oder Botschaften sollten bei Bedarf wiederholt werden.
- Bei Bedarf sollten qualifizierte DolmetscherInnen oder Sprach-/IntegrationsmittlerInnen hinzugezogen werden.
- Ggf. sollte schriftliches Material verfügbar sein, das zur Vertiefung von Information genutzt werden kann.

2.1.2 Zugang und Rahmenbedingungen

Beratungsangebote werden eher angenommen, wenn sie niedrigschwellig und lohnend für die Ratsuchenden oder eines Rates Bedürftigen sind. Das Beratungsangebot sollte ihnen entsprechend bekannt gemacht werden.

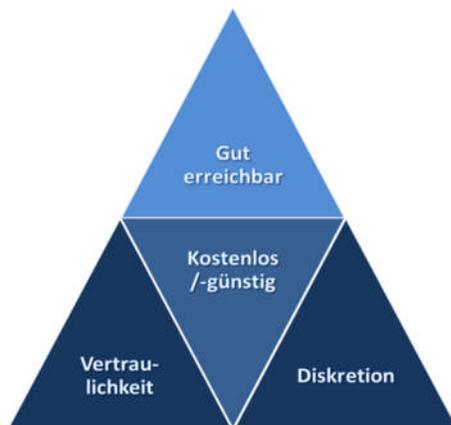


Abbildung 2: Zugang und Rahmenbedingungen

Entsprechend muss Beratung, einschließlich ihres Settings,

- kostenlos oder -günstig angeboten werden,
- örtlich und zeitlich gut zu erreichen sein,
- den Bedürfnissen der zu Beratenden in Hinblick auf Vertraulichkeit (Anonymität) und Diskretion (Privatsphäre) entsprechen.

2.2 Fachwissen der Beratenden

Voraussetzung für eine qualifizierte Beratung ist, dass die Beratenden über ausreichendes Fachwissen und Empathie verfügen. Sie müssen ihre eigenen Grenzen erkennen und ggf. an entsprechend qualifizierte Stellen weiterleiten können.

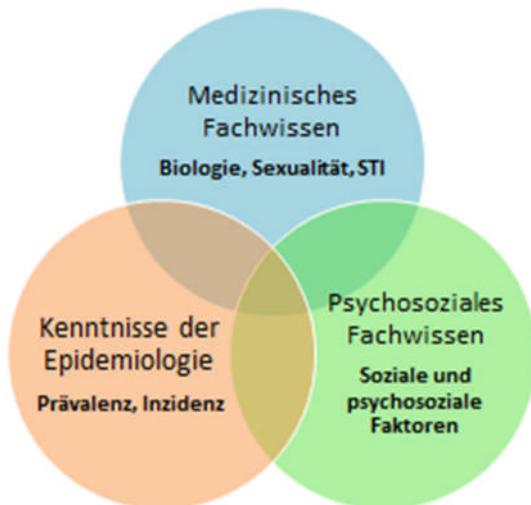


Abbildung 3: Fachwissen der Beratenden

Das für die STI-Beratung notwendige Fachwissen setzt sich zusammen aus

- dem medizinischen Wissen (Biologie, Sexualität, STI),
- dem psychosozialen Verständnis für Sexualität und STI,
- sowie aus Kenntnissen der Epidemiologie.

Zudem ist es wichtig, sich der Zusammenhänge zwischen individueller Gesundheit und gesellschaftlicher Verantwortung bewusst zu sein (vgl. Abschnitt 2.2.3.).

Das Fachwissen muss stets dem aktuellen Stand entsprechen.

2.2.1 Medizinisches Fachwissen

Zum anatomisch-physiologischen und medizinischen Fachwissen zu Sexualität und STI gehören vor allem:

- **Grundlagenwissen zur Biologie des Menschen:**
Welche Körperfunktionen und -regionen spielen in welchem Zustand (z. B. beschnittener Penis, jugendliche Cervix etc.) bei welchen sexuellen Handlungen eine Rolle? Welche Besonderheiten bestehen bei Männern, Frauen, Trans- bzw. Interpersonen?
- **Grundlagenwissen zu Sexualität:**
Wie wird Sexualität gelebt und gestaltet (Lebensphasen, sexuelle Lebenswelten, Orientierungen und Praktiken)?
- **Grundlagenwissen zu STI:**
Welche Eigenschaften haben die einzelnen Erreger? Welche Symptome und Folgen sind mit ihnen verbunden? Wie ansteckend sind sie, wie lange dauert es bis zum Auftreten erster Krankheitssymptome und welche Übertragungswege existieren bei welchen Praktiken für welche Beteiligten? Welche Komplikationen sind möglich? Wie sehen Therapie und ggf. unerwünschte Wirkungen aus? Welche Schutzmöglichkeiten (Prävention und Prophylaxe) bestehen?

2.2.2 Psychosoziales Fachwissen

Das Wissen um die verschiedenen Formen von Sexualität ist die Grundlage für das Verstehen von psychosozialen Zusammenhängen bei STI.

Beratende müssen sich unterschiedlicher Lebenswelten und Milieus bewusst sein (Jugendszenen, schwules Leben, Leben in der Sexarbeit, Genderfragen, Migrationszusammenhänge, Drogengebrauch etc.), über Grundlagenwissen dazu verfügen und diese Lebenswelten ggf. im Beratungsgespräch ansprechen können.

Relevante soziale und psychosoziale Faktoren im Zusammenhang mit einer Beratung zu STI sind:

- Herkunft, Bildung, Alter, soziales Milieu
- kulturelle und religiöse Normen und Werte, einschließlich Einstellungen zu sexuellen Orientierungen sowie Partnerschafts- und Familienkonzepte,
- Gewalterfahrung,

psychische Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen. All diese Faktoren haben Auswirkungen auf

- den Zugang zu ärztlicher Versorgung,
- den Umgang mit Untersuchungsverfahren und möglichen Therapieempfehlungen,
- den Umgang mit einer STI-Diagnose (Angst, Scham, Kommunikation in der Partnerschaft; Umgang mit möglichen Komplikationen und Folgen, z. B. hinsichtlich Kinderwunsch und beruflichen Perspektiven),
- das Entwickeln individueller Risikoreduktionsstrategien.
- Kooperation
- Kenntnis der Möglichkeiten
- Kenntnis von spezialisierten Einrichtungen

Mit dem erforderlichen ganzheitlichen Ansatz werden in einigen Fällen die Grenzen der Möglichkeiten einer Einrichtung erreicht. Beratende sollten deshalb, spezialisierte Einrichtungen und deren Möglichkeiten kennen und mit diesen kooperieren, um auf die Bedürfnisse der Ratsuchenden zugeschnitten qualifiziert weiter verweisen zu können.

Wichtig sind z.B. spezialisierte Einrichtungen für

- Krisenintervention und Psychotherapie (z.B. bei Angststörungen, Sexualstörungen),
- Partnerschaftsprobleme, Ehe- und Familienberatung,
- Fachberatung für SexarbeiterInnen, MigrantInnen etc.,
- Beratungsstellen für Opfer sexualisierter Gewalt,
- Schwangerschaftskonfliktberatung,
- Aids-Hilfen und andere Einrichtungen für Menschen mit HIV/Aids,
- Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen z.B. für Lesben, Schwule, Trans- und Intersexuelle,
- soziale Dienste.

2.2.3 Epidemiologisches Fachwissen

Für eine kompetente Beratung sollten die Beratenden ebenfalls Grundkenntnisse der Epidemiologie aufweisen. So ist es wichtig, die in Deutschland zu Sexualverhalten und STI verfügbaren Daten zu kennen und interpretieren zu können. Die Beratenden sollten mit epidemiologischen Grundbegriffen wie Inzidenz und Prävalenz vertraut sein. Außerdem sollten sie mit den folgenden Parametern vertraut sein und diese bei der Beratung berücksichtigen.

- Aktuelle Daten zum Vorkommen von STI in Deutschland
- Kenntnis wichtiger aktueller Publikationen zu STI
- Sensitivität, Spezifität sowie Bedeutung des positiven prädiktiven Vorhersagewertes von HIV/STI-Tests
- Übertragungswahrscheinlichkeit bei ungeschützten Sexualkontakten und bestimmten Praktiken, Wirkung von Schutzmaßnahmen.

Dieses Wissen ist Voraussetzung, um zu Übertragungsrisiken nicht nur realitätsnah, sondern auch evidenzbasiert zu beraten.

2.2.4 Zusammenhänge zwischen individueller Gesundheit und gesellschaftlicher Verantwortung

Menschen, die sich mit einer STI angesteckt haben, sind davon sowohl als Individuum als auch als Mitglied der Gesellschaft betroffen. Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung lindert Symptome und verringert das Risiko von Komplikationen. Dies gilt auch für nicht heilbare chronisch verlaufende STI wie eine HIV-Infektion, genitalen Herpes oder infektiöse Hepatitiden. Menschen mit STI profitieren individuell von einer möglichst frühzeitigen Diagnose und Therapie. Dennoch trifft jeder Mensch die Entscheidung für eine Behandlung als eigenverantwortliches Individuum freiwillig.

Gleichzeitig trägt jeder Mensch als Mitglied der Gesellschaft soziale Verantwortung für seinen Mitmenschen und sollte seine SexualpartnerInnen möglichst vor einer STI-Infektion schützen. Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung verringert das Risiko weiterer Infektionen. Auch steigt bei einer bestehenden Infektion das Risiko für weitere STI, z.B. Syphilis und HIV-Infektion. Dies kann mit schwerwiegenden individuellen und gesundheitlichen Folgen und mit hohen Folgekosten für die Gesellschaft einhergehen.

Beratende sollten sich des Spannungsfeldes bewusst sein, um im Beratungsgespräch angemessen damit umgehen zu können.

2.3 Beratung konkret

Eine Beratung sollte sorgfältig den individuellen Bedarf der Ratsuchenden ermitteln und deren individuelle und soziale Ressourcen berücksichtigen. Umfang und Inhalt von STI-Beratungen werden daher unterschiedlich sein.

2.3.1 Anlässe für STI-Beratung

Beratung im Zusammenhang mit STI erfolgt aus unterschiedlichen Anlässen. Unabhängig vom Anlass sind die in Abschnitt 2.1. und 2.2. dargestellten Grundlagen und die von der DSTIG verabschiedeten Standards der STI-Prävention zu berücksichtigen.

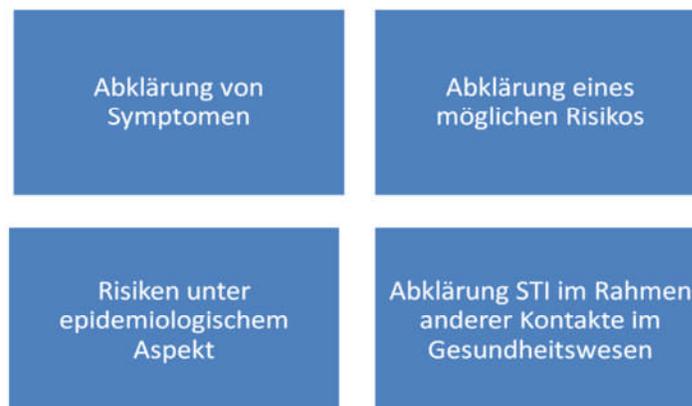


Abbildung 4: Anlässe für Beratung

Es lassen sich vier Szenarien von Beratungsanlässen unterscheiden, die im Abschnitt 2.4. einzeln ausgeführt werden:

- eine Person will Symptome abklären, die im Zusammenhang mit einem möglichen Risiko stehen können (vgl. Abschnitt 3 Diagnostik und Abschnitt 4 Therapie),
- eine symptomlose Person möchte eine mögliche Risikosituation abklären,
- eine Person gehört einer Struktur oder einem Netzwerk mit bekannter erhöhter STI-Prävalenz an,
- in einer Situation, in der kein STI-spezifischer Versorgungsauftrag besteht (z.B. Schwangerschaftsabbruch, Verschreibung von Kontrazeptiva, Opfer sexualisierter Gewalt, Aufsuchen eines Arztes/einer Ärztin aus anderen Gründen), sollen Ratsuchende auf STI und deren Prävention angesprochen und ggf. eine Diagnostik durchgeführt werden.

Hinter dem von Ratsuchenden gelegentlich geäußerten Wunsch nach „allgemeiner Information zu STI“ steht oft ein konkretes Risiko oder dessen Vermutung. Beratung sollte hier weder unnötige Ängste schüren noch am konkreten Fall vorbei laufen.

In allen Fällen sollten auch Ängste oder Phobien der Ratsuchenden berücksichtigt werden.

2.3.2 Ziele der STI-Beratung

Bei jeder STI-Beratung ist es erforderlich, sich über die Ziele der Beratung Klarheit zu verschaffen und dabei auch an möglicherweise unterschiedliche Ziele der Beteiligten zu denken:

- Was sind die Bedürfnisse der Ratsuchenden?
 - Information, Heilung, Entlastung? (vgl. Abschnitt 2.3.1 „Anlässe“)
- Was brauchen die Ratsuchenden aus der Sicht der Beratenden?

- akut und perspektivisch?
- Untersuchung? Screening? Diagnose? Therapie?
- Wissensvermittlung (z.B. Information zu Körperfunktionen oder Genitalhygiene, Erklärung von Übertragungswegen) auch zur Einschätzung ihres Infektionsrisikos?
- Verhaltensempfehlungen für jetzt oder später (Prävention)? Weiterführende psychosoziale Beratung, Krisenintervention, Psychotherapie?

Zudem gibt es weitere Ziele, beispielsweise:

- den Schutz Dritter (z.B. von SexualpartnerInnen),
- epidemiologische Fragen,
- Abrechnungs-/Kostenübernahmefragen.

Die Beratenden müssen sich bewusst sein, dass die zuletzt genannten Ziele oft zwar den Interessen von Public Health entsprechen, aber weniger dem unmittelbaren Bedürfnis der Ratsuchenden selbst.

2.3.3 Allgemeine Bestandteile einer STI-Beratung

Vor Beginn einer Beratung soll der zeitliche Rahmen geklärt sein, damit sich sowohl Ratsuchende als auch Beratende darauf einstellen können. Sollte mehr als die geplante Zeit benötigt werden, kann ein Folgetermin vereinbart oder qualifiziert weiterverwiesen werden.

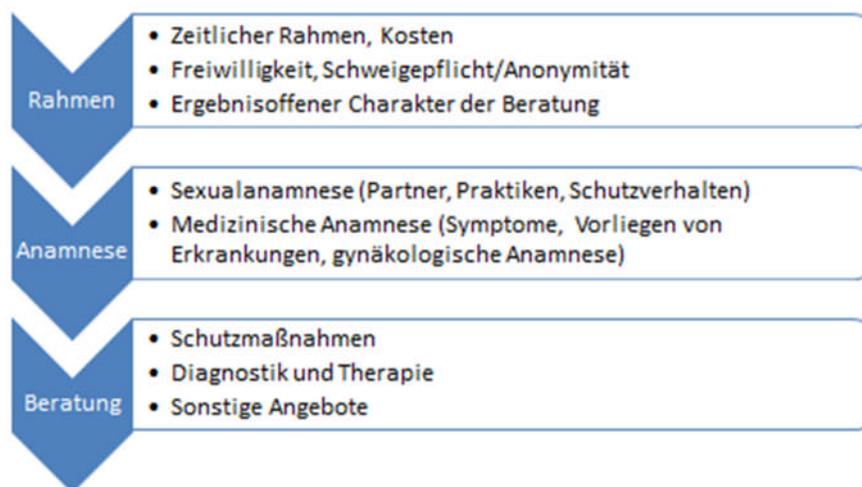


Abbildung 5: Bestandteile einer Beratung

Zu Beginn der eigentlichen Beratung soll allen Beteiligten

- die Freiwilligkeit der Beratung,
- die Bindung an die Schweigepflicht oder die Anonymität,
- der Charakter der ergebnisoffenen Beratung (z.B. Untersuchung/Test sind keine absoluten Ziele)

bewusst sein.

Ebenso soll möglichst zu Anfang der Beratung geklärt werden, ob und an welcher Stelle Kosten entstehen und wer diese ggf. trägt.

Die zu Beginn der Beratung stattfindende Anamnese ist von größter Bedeutung. Sie ist auch vom Anlass (vgl. Abschnitt 2.3.1) abhängig. In aller Regel gilt es zunächst, das (vermutete) Risiko einzuschätzen. Dabei helfen Informationen z.B.

- zu sexuellen Praktiken, Schutzmaßnahmen, Zeitpunkt eines evtl. Risikos, Anzahl und Art von SexualpartnerInnen, Sexarbeit (anbietend oder nachfragend),
- zur STI-Prävalenz im Umfeld bezogen auf Geschlecht, Alter, Herkunft (Lebenswelt) der Ratsuchenden und der PartnerInnen.

Relevante Informationen im Rahmen der medizinischen Anamnese sind:

- Symptome der ratsuchenden Person, ggf. symptomfreies Intervall; ggf. Symptome der PartnerInnen,
- Vorliegen chronischer STI und sonstiger Erkrankungen, medizinischer Risiken und Allergien; Impfstatus (Hepatitis und HPV),
- Bei Frauen: Zyklus, Verhütung, Schwangerschaft(en).

Sollte eine Beratung zur Diagnostik erforderlich sein, sind folgende Inhalte relevant:

- Ablauf, Umfang, Aussagekraft/Grenzen von Untersuchungen,
- mögliche Folgen eines positiven Befundes (z.B. Therapieoptionen).

Unabhängig vom Ergebnis einer Untersuchung könnte die Ergebnismitteilung im Sinne einer Post-Test-Beratung genutzt werden, über Verhaltensänderungen der Ratsuchenden (Schutzmaßnahmen, ggf. erforderliche Einschränkungen, Genitalhygiene) zu sprechen.

Im Falle eines positiven Befundes muss die Beratung auf Therapiemöglichkeiten und Unterstützungsangebote hinweisen und diese bei Bedarf vermitteln. Beratung und ggf. Untersuchung von PartnerInnen kann auch bei einem negativen Befund erfolgen oder empfohlen werden.

In der Frage der Partnerdiagnostik muss im Einzelfall differenziert vorgegangen werden und unterschieden werden entsprechend der jeweiligen Leitlinien. Unter Berücksichtigung des individuellen Verhaltens (z.B. Adhärenz, Sexualverhalten), der spezifischen Eigenschaften des Erregers (z.B. Kontagiosität, Inkubationszeit, Sensibilität des Nachweises) sowie der spezifischen Therapiemöglichkeiten inklusive deren Nebenwirkungspotential (siehe 5.4).

Informationsmaterialien sollten die Beratung ergänzen (z.B. Printmedien, Bildtafeln, Modelle, Internet).

2.4 Beratung in besonderen Situationen

Abhängig vom Anlass variieren Art und Umfang von Beratung sowie von Diagnostik (s. Systematik in Abschnitt 2.3.1: Symptomabklärung, Risikosituation, Risikoverhalten, STI-ferne Situation).

Beratung erfordert je nach Kontext und Setting (z. B. Schule, Jugendeinrichtungen, aufsuchend in Sexbetrieben oder auf der Straße, MSM oder Sexarbeiterinnen) situativ angepasste und unterschiedliche Herangehensweisen.

2.4.1 Anlass: Abklärung von Symptomen

Wenn eine Symptomatik abgeklärt werden soll, stehen zunächst medizinische Aspekte im Vordergrund. Dennoch sind auch psychosoziale Aspekte, wie z.B. moralische Entlastung, Ängste, Scham oder Schuldgefühle, dabei wesentlich.

Zu berücksichtigen sind

- die Bedürfnisse der ratsuchenden Person
 - schnell geheilt bzw. beschwerdefrei zu werden,
 - keine Folgen zu erleiden,
 - zu erfahren, ob es sich um eine STI oder eine sonstige Ursache handelt,
 - ggf. PartnerInnen nicht zu gefährden,
 - Risiken künftig zu vermeiden
- und die Ziele der Beratenden
 - Ursache der Symptomatik zu finden, mögliche STI-Erreger zu identifizieren,
 - richtig zu behandeln,
 - weitere Infektionen zu verhindern und
 - künftige Risiken zu verringern.

Symptome, die bei entsprechenden Risikosituationen auf eine STI hinweisen können (s. Abschnitt 4.1.1), sind:

- Dysurie mit oder ohne urethralen Fluor,
- vaginaler Fluor,
- Ulcus (anogenital, oral),
- sonstige Hautveränderungen in der Anogenitalregion,
- Ausschlag (sog. „rash“, Erythem),
- Lymphknotenschwellung im Leistenbereich,
- azyklische vaginale Blutungen / Kontaktblutung,
- Unterbauchschmerzen (pelvic pain) bei Frauen, mit und ohne Dyspareunie,
- anorektales Syndrom (rektale Blutung, Defäkationsschmerz, Sekretion).

2.4.2 Anlass: Abklärung eines möglichen Risikos

STI verlaufen je nach Erreger und Infektionsort in unterschiedlicher Häufigkeit – 30 bis 90 Prozent – symptomfrei. Symptome werden auch nicht immer mit einem Risiko in Verbindung gebracht bzw. nicht wahrgenommen oder verdrängt. Nicht immer liefern deswegen Symptome den Anlass für eine STI-Beratung.

Oft geben auch bestimmte Situationen oder Erlebnisse, in denen ein Risiko für eine STI liegt oder vermutet wird Anlass für eine STI-Beratung. Dabei sind alle Formen und Praktiken intimer Kontakte zu bedenken (nicht nur vaginaler, analer und oraler Verkehr, sondern z. B. auch Sextoys, Fingerspiele, etc.).

Im Verlauf der Beratung ist es wichtig, gemeinsam mit dem oder der Ratsuchenden die Wahrscheinlichkeit und die Gewichtung des vermuteten Risikos abzuschätzen und den Aufwand an Diagnostik und speziellen Empfehlungen differenziert darauf abzustimmen.

Anlässe für eine Beratung zu Risiken, Diagnostik, Therapie und Prävention können z. B die folgenden Szenarien sein

- eine gesicherte oder vermutete STI-Diagnose bei PartnerIn,
- ein vermuteter oder tatsächlicher sexueller Kontakt des Partners/der Partnerin mit Anderen ,
- ungeschützte sexuelle Kontakte im Zusammenhang mit Sexarbeit,
- ungeschützte sexuelle Kontakte mit Menschen, die aus Ländern mit hoher STI-Prävalenz stammen,
- ungeschützter sexuelle Kontakte bei örtlich vermehrtem Vorkommen einer bestimmten STI,
- regelmäßig ungeschützte sexuelle Kontakte mit mehreren PartnerInnen,
- Beginn einer neuen Partnerschaft,
- sexuelle Praktiken mit Verletzungsrisiko, wie z.B. BDSM, Fisten,
- Nutzung von „Sextoys“,
- erzwungene sexuelle Kontakte,
- vor geplanten Eingriffen im Zervix-Bereich, wie z. B. Legen eines IUP, Schwangerschaftsabbruch,
- vor Verfahren zur künstlichen Befruchtung,
- Schwangerschaft,
- Gebrauch von Drogen oder Stimulanzien mit Kontrollverlust (Slammen).

Solche Situationen können sehr emotional besetzt sein. Risiken werden daher oft sowohl massiv überschätzt als auch verdrängt. Dies gilt ganz besonders für individuell oder gesellschaftlich tabuisierte Situationen. Der Wunsch nach „Untersuchung auf STI“ steht hier nicht selten für das Bedürfnis nach Entlastung von Schuldgefühlen.

Davon abhängig ist zu klären, ob

- eine konkrete Diagnostik empfohlen, direkt oder zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt oder aber davon abgeraten und diese sogar verweigert wird,
- Aufmerksamkeit für bestimmte Beschwerden (*Symptom-Awareness*) geweckt bzw. intensiviert wird,
- eine Impfprophylaxe oder andere Maßnahmen zur Reduktion von Risiken empfohlen werden,
- eine HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP) kurzfristig angeboten oder für weitere potenzielle Risiko-Situationen dazu beraten wird,
- eine HIV-Preexpositionsprophylaxe (PreP) empfohlen wird,
- auf andere Beratungs- oder Therapieangebote verwiesen wird.

Zentrale Aufgabe der Beratung ist neben der Bearbeitung des aktuellen Risikos die Unterstützung beim Umgang mit den eigenen sexuellen Wünschen (z. B. erfüllend erlebte Sexualität, Coming-Out,

Monogamie-Norm etc.). Wichtig und hilfreich sind außerdem Informationen zu tatsächlichen Infektionsrisiken und wenn notwendig weitere Unterstützungsmöglichkeiten.

2.4.3 Anlass: Risiken unter epidemiologischem Aspekt

Das Risiko für eine STI-Infektion ist abhängig von Sexualpraktiken, biologischen Faktoren wie Alter oder Geschlecht, der Anzahl von Sexualkontakten mit unterschiedlichen PartnerInnen und der epidemiologischen Situation wie z.B. einem erhöhten Vorkommen von STI bei den SexualpartnerInnen. Diese Faktoren sind nicht nur in der Beratung relevant, sondern auch bei Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen.

Für die Systematik dieser Empfehlungen werden in den folgenden Abschnitten vier epidemiologische Szenarien unterschieden:

- Sexarbeit,
- Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), unabhängig von ihrer Selbstdefinition (homo-, bi-, transsexuell),
- Menschen, die in ihrer jungen Lebensphase ungeschützte sexuelle Kontakte haben (Jugend und frühes Erwachsenenalter),
- drogengebrauchende Personen.

Darüber hinaus wird unter epidemiologischen Aspekten eine gezielte Beratung und Diagnostik bei den folgenden anamnestischen Hinweisen empfohlen:

- gesicherte STI-Diagnose bei PartnerIn,
- Personen aus einem Netz mit (aktuell) erhöhter STI-Prävalenz,
- Personen mit riskantem Sexualverhalten in einer lokalen Ausbruchssituation,
- Personen, die aus Ländern mit einer erhöhten STI-Prävalenz eingereist sind und/oder deren SexualpartnerInnen.

Bei Beschwerden (s. Abschnitt 4.1.1) muss selbstverständlich immer eine symptomorientierte Diagnostik und Differentialdiagnostik erfolgen.

2.4.3.1 Zur Beratung von SexarbeiterInnen

SexarbeiterInnen sind Personen, die gelegentlich oder regelmäßig Geld oder andere Gegenwerte im Austausch für sexuelle Dienste erhalten. Sexarbeit findet meist als sexuelle Dienstleistung von Frauen für Männer und von Männern für Männer statt. SexarbeiterInnen haben per se kein höheres Ansteckungsrisiko mit STI als andere Personen in vergleichbaren Lebenssituationen mit vergleichbarer Partnerzahl und sexuellen Praktiken.

Sexarbeit ist meist von der Mehrheitsgesellschaft abgegrenzt und oft diskriminiert, die Tätigkeit in der Sexarbeit ist meist sehr schambesetzt. Außerhalb spezieller Angebote wird im ärztlichen Kontakt und auch in anderen Beratungskontexten nur sehr selten darüber gesprochen und gesundheitliche Risiken werden selten realistisch eingeschätzt. Der Zugang zum medizinischen Regelsystem ist oft versperrt, z.B. durch fehlende Krankenversicherung oder geringe finanzielle Ressourcen oder mangelnde Sprachkompetenz.

SexarbeiterInnen sind oft überdurchschnittlich mobil. Dies erschwert Beratungsbeziehungen und stellt besondere Anforderungen an Einrichtungen, an das Erstgespräch, die Erstuntersuchung und an die ggf. notwendige Therapie.

Erhöhte Infektionsrisiken können sich ergeben aufgrund

- der Arbeitsbedingungen in unterschiedlichen Settings von Sexarbeit (wie Straße, Appartement, Club, Saunabetrieb, Massagesalon, Dominastudio, Bordell, Haus- und Hotelbesuche, Begleitservice, Pornostudio etc.),
- des Einflusses von BetreiberInnen und Konkurrenz,
- der sexuellen und Hygienepraktiken.

Die Anamnese sollte bei SexarbeiterInnen ergänzt werden durch Fragen nach der Arbeitsstätte, den Arbeitsbedingungen und den kommerziell ausgeübten Sexpraktiken. Daneben sind auch die privaten Beziehungen von Bedeutung. Über die für jede Beratung zu STI wichtigen Punkte hinaus sollten in der Beratung von SexarbeiterInnen folgende Themen angesprochen werden:

- Verhandlungsführung mit Kunden, Abgrenzung, Techniken zur Vermeidung riskanter, unangenehmer, schmerzhafter Praktiken,
- Bedeutung regelmäßiger Untersuchungen auf STI,
- bei Sexarbeitern die sehr hohe Prävalenz von STI bei MSM,
- bei Sexarbeiterinnen: Methoden der Menstruations- und Genitalhygiene, angemessene Antikonzeptionsmethoden und deren Auswirkungen auf Ansteckungsrisiken.

Beratung von SexarbeiterInnen sollte folgende mögliche Probleme kennen, thematisieren und ggf. angemessen vermitteln können:

- Auswirkungen der Sexarbeit auf private Beziehungen und private Sexualität,
- Gewalt durch Kunden,
- die eigene sexuelle Orientierung (hetero-, homosexuell) und die sich daraus eventuell ergebenden Probleme für das eigene Selbstbild.

Empfehlungen zur Diagnostik s. Abschnitt 4.1.3.1.

Empfehlungen zu Impfungen s. Abschnitt 3.

2.4.3.2 Zur Beratung von MSM

Der Begriff „MSM“ bezeichnet Männer, die sexuelle Kontakte mit Männern haben. Dies geschieht unabhängig von ihrer Selbstdefinition als schwul, bisexuell oder heterosexuell mit gelegentlichen gleichgeschlechtlichen Kontakten. Eine offen gelebte schwule oder bisexuelle Identität ist für viele Männer immer noch erst nach einer teils schwierigen Auseinandersetzung mit eigenen Erwartungen und Rollenbildern oder denen des sozialen Umfeldes („Coming-Out“) möglich oder wird zum Teil gar nicht angestrebt.

Entscheidend für die Einschätzung des Risikos für den Erwerb einer STI ist grundsätzlich nicht die sexuelle Identität, sondern der (gleich-) geschlechtliche sexuelle Kontakt. Ausschlaggebend sind konkrete Faktoren wie die ausgeübten Sexualpraktiken, die Anzahl der Sexualpartner, der Einsatz von Stimulantien und anderen Substanzen etc. Beratung soll den bewussten Umgang mit den individuellen sexuellen Wünschen fördern, da nur dann Risiken realistisch eingeschätzt werden können und ein persönliches Risikomanagement gestaltet werden kann.

Die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung mit einer STI kann aufgrund einer zum Teil hohen Prävalenz in Subgruppen von MSM deutlich erhöht sein.

Hierfür sind folgende Gründe maßgeblich:

- Analverkehr stellt im Vergleich zu anderen Sexualpraktiken sowohl für den aktiven wie für den passiven Partner aus anatomisch-physiologischen Gründen ein erhöhtes Risiko dar.

- Bei einer analen Lokalisation der STI erfolgt im Gegensatz zu einer Manifestation am männlichen Genitale die Diagnose oft deutlich später und die infektiöse Phase ist deswegen länger.
- Manche MSM- haben eine hohe Zahl sexueller Kontakte mit verschiedenen Partnern in kurzen Zeiträumen oder konsumieren psychoaktive Substanzen, die das sexuelle Leistungsvermögen bzw. Erleben steigern und die Wahrnehmung verzerren können.

Voraussetzung für eine gelingende Beratung (s. Abschnitt 2.1.1.1.) ist einerseits die Kenntnis spezifischer Lebenswelten von MSM, andererseits ein nicht-wertender Umgang mit dem individuellen Ratsuchenden und seinem spezifischen (Risiko-) Verhalten.

Empfehlungen zur Diagnostik s. Abschnitt 4.1.3.2.

Empfehlungen zu Impfungen s. Abschnitt 3.

2.4.3.3 Zur Beratung von Jugendlichen und jungen Erwachsene bis zum Alter von 25 Jahren

Jugend als Phase der Suche auch nach sexueller Identität ist oft mit einer erhöhten Risikobereitschaft verbunden. Junge Menschen sind meist mobiler als Erwachsene, sowohl räumlich wie in ihren sozialen Beziehungen.

Mädchen und junge Frauen tragen wegen der besonderen immunologischen Situation ein höheres Risiko zervikaler Infektionen mit Chlamydia trachomatis. Die Erstinfektion mit HPV erfolgt meist in den ersten Jahren sexueller Aktivität. Eine frühe Kohabitarche gilt als Risikofaktor für eine persistierende HPV-Infektion und spätere Dysplasie.

Der Informationsstand und das Schutzverhalten von jungen Menschen in Deutschland werden im Vergleich zu Ländern ohne Angebote zur sexuellen Bildung oder mit einer rigiden Sexualmoral als hoch eingeschätzt.

Für die Beratung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen gelten folgende allgemeine Ziele:

- Neugier auf Information wecken, entängstigend wirken,
- sexuelles Experimentieren als normalen Bestandteil von Reifungsprozessen betrachten,
- zu selbstbestimmtem und verantwortlichem Umgang mit sich und PartnerInnen ermutigen,
- Jugendsexualität nicht auf medizinische Fragen beschränken,
- Schwellenangst vor ärztlicher Versorgung senken,
- Möglichkeiten weiterführender Beratung eröffnen, z.B. zur Unterstützung einer Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Orientierung.

Zur Umsetzung dieser Ziele sind hilfreich

- ein jugendgerechtes Angebot, ggf. spezielle Jugendsprechstunden
- die Möglichkeit, geschlechtergetrennt zu beraten,
- ärztliche Gesprächsangebote für Jugendliche, nicht nur in gynäkologischen Praxen.

Schulen und Jugendeinrichtungen sollten eine Brückenfunktion bei der Überleitung in spezialisierte Beratung wahrnehmen.

Empfehlungen zur Diagnostik s. Abschnitt 4.1.3.3.

Empfehlungen zu Impfungen s. Abschnitt 3.

2.4.3.4 Zur Beratung von Menschen, die Drogen konsumieren

Drogengebrauch kann das Risiko erhöhen, sich mit einer STI anzustecken.

Je nach Substanz und Dosis können Drogen (z. B. Alkohol, Amphetamine, Kokain, Opiate)

- Libido, sexuelles Leistungsvermögen und Erleben steigern,
- die Wahrnehmung von Risiken, die Bereitschaft und die Fähigkeit, sich zu schützen, verringern,
- die Wahrnehmung von Symptomen verringern.

Durch bestimmte Konsumformen (z. B. intravenös, intranasal, Slammen) können STI-Erreger übertragen werden, wie HIV, Hepatitis B und C, Syphilis.

Wenn sexuelle Dienstleistungen zur Finanzierung des Konsums dienen, kann ein hoher Beschaffungsdruck dazu führen, dass auf Schutzmaßnahmen verzichtet wird.

Pharmakologische Nebenwirkungen des Konsums können die Übertragung von STI begünstigen (z. B. Atrophie der Scheidenhaut durch Störung des Hormonhaushaltes bei Opiatkonsum).

In jeder Beratung zu STI sollte deswegen auch der Konsum von legalen und illegalen Drogen angesprochen werden.

3. Impfberatung und -prophylaxe

Impfungen gehören zu den wirksamsten Maßnahmen in der Prävention übertragbarer Krankheiten. Zu einer STI-Beratung gehören deswegen auch Empfehlungen zur Impfprophylaxe und je nach Setting das Angebot einer Überprüfung des Impfstatus.

3.1 Impfung gegen Hepatitis A

Die Impfung gegen Hepatitis A ist eine Indikationsimpfung für Personen mit einem Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung (speziell bei oral-analen Praktiken).

Bei Migranten, Personen mit längerem Aufenthalt in Endemiegebieten und vor 1950 Geborenen sind sehr oft schützende Antikörper gegen Hepatitis A vorhanden, so dass sich eine Impfung erübrigt. Daher wird für diesen Personenkreis eine prävakzinale Bestimmung des Anti-HAV-IgG empfohlen.

Bei Personen mit einem Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung wird eine Auffrischung empfohlen, wenn keine schützenden Antikörper nachgewiesen werden.

Impfschema:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ▪ Monovalenter Impfstoff: | 2 Impfungen im Abstand von 6-12 Monaten |
| ▪ Bivalenter Hepatitis A/B-Impfstoff: | 2 Impfungen im Abstand von 4 Wochen, dritte Impfung nach 6 Monaten |

3.2 Impfung gegen Hepatitis B

Die Impfung gegen Hepatitis B ist eine Standardimpfung für Kinder und Jugendliche. Sie ist eine Indikationsimpfung für erwachsene Personen mit hoher Infektionsgefährdung, die im Kindes- oder Jugendalter nicht geimpft wurden. Dazu zählen auch sexuelle Risiken wie wechselnde SexualpartnerInnen oder Sexualkontakte zu HBs-Ag-TrägerInnen sowie ggf. auch Risiken bei Reisen außerhalb Europas.

Die Übernahme der Kosten durch die Versicherungsträger ist bei diesen Indikationen allerdings nicht immer gesichert.

Eine routinemäßige serologische Testung zum Ausschluss einer vorbestehenden HBV-Infektion vor Impfung gegen Hepatitis B ist nicht notwendig. Eine Impfung von bereits HBV-infizierten Personen kann gefahrlos durchgeführt werden, ist allerdings wirkungslos. Eine serologische Testung kann in bestimmten Situationen sinnvoll sein (z. B. aus Kostengründen, zur Vermeidung unnötiger Impfungen, bei hohem anamnestischen Expositionsrisiko wie beispielsweise bei HBsAg-positiven SexualpartnerInnen).

Impfschema:

- Monovalenter Impfstoff: 2 Impfungen im Abstand von 4 Wochen, dritte Impfung nach 6 Monaten,
- Bivalenter Hepatitis A/B-Impfstoff: 2 Impfungen im Abstand von 4 Wochen, dritte Impfung nach 6 Monaten.

Gemäß der Empfehlung der STIKO sollte eine Kontrolle des Impferfolges (HBs-AK) 4–8 Wochen nach Abschluss der Grundimmunisierung für Personen mit einem Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung durchgeführt werden.

Auffrischimpfungen sind abhängig von dem nach Abschluss der Grundimmunisierung erreichten Antikörperwert:

- HBs-Ak >100 IE/l: Anti-HBs-Kontrolle nach 10 Jahren; Auffrischimpfung wenn Anti-HBs < 100 IE/l bei Fortbestehen des Infektionsrisikos
- HBs-Ak <100 IE/l: Wiederimpfung mit erneuter Anti-HBs Kontrolle.

Bei Nichtansprechen wird eine erneute Impfung empfohlen (maximal 3 Nachimpfungen).

3.3 Impfung gegen HPV-Infektionen

Die Impfung gegen Infektionen mit dem Humanen Papillomavirus (HPV) ist eine Standardimpfung für alle Mädchen und junge Frauen ab 12 bis zum vollendeten 17. Lebensjahr. Zur Prävention von HPV-Infektionen und HPV-Folgeerkrankungen ist eine abgeschlossene Grundimmunisierung vor dem ersten Geschlechtsverkehr am effektivsten.

Frauen, die zum von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Zeitpunkt (12-17 Jahre) keine Impfung gegen HPV erhalten haben, können ebenfalls von einer Impfung gegen HPV profitieren. Es liegt in der Verantwortung des Arztes, nach individueller Prüfung von Nutzen und Risiko der Impfung seine Patientinnen auf der Basis der Impfstoffzulassung darauf hinzuweisen. In den USA wird die HPV-Impfung auch Jungen und Männern im Alter von 9-26 Jahren zur Prävention genitaler Warzen empfohlen. In Deutschland ist der tetravalente Impfstoff für beide Geschlechter ab dem 9. Lebensjahr zugelassen. Die STIKO spricht gegenwärtig keine Impfeempfehlung für Jungen und Männer aus, bei Impfung müssen die Kosten selbst getragen werden. Die Sächsische Impfkommission (SIKO) empfiehlt bereits die Impfung von männlichen Jugendlichen (12-17 Jahre).

- Tetravalenter Impfstoff (Typ 6,11,16,18): 2 Impfungen im Abstand von 2 Monaten, dann dritte Impfung nach 6 Monaten
- Bivalenter –Impfstoff (Typ 16,18): 2 Impfungen im Abstand von 4 Wochen, dann dritte Impfung nach 6 Monaten.

Die Dauer der Immunität und dementsprechend die Notwendigkeit einer Auffrischimpfung ist derzeit noch nicht geklärt.

4. Diagnostik

Zur Abklärung, ob eine STI vorliegt, sind klinische und labordiagnostische Untersuchungen erforderlich. Die folgenden Empfehlungen ergänzen und konkretisieren vorhandene Leitlinien zu einzelnen Erregern oder klinischen Syndromen.

4.1 Klinische Diagnostik

Der Umfang der klinischen Untersuchung orientiert sich primär an der Wahrscheinlichkeit, mit der sich eine STI in der entsprechenden Körperregion manifestiert. In erster Linie sind dies, bei vaginalem Verkehr der Urogenitaltrakt, bei rezeptivem Analverkehr die Analregion, sowie bei rezeptivem Oralverkehr der Mund-Rachen-Raum und sekundär auch andere Regionen.

Aus diesem Grund richtet sich die klinische Untersuchung nach dem Geschlecht, den sexuellen Praktiken, den berichteten Symptomen und dem konkreten Risiko:

Untersuchung einer Frau:

- Inspektion Vulva, Perineum, Perianalregion, Palpation Leisten,
- SpekulumEinstellung zur Inspektion von Vagina und Portio, Kolposkopie,
- bimanuelle Palpation des inneren Genitale,
- Inspektion perianal, ggf. rektale Untersuchung,
- zusätzlich ggf. Inspektion weiterer Regionen (Mund, Rachen) sowie der Haut.

Untersuchung eines heterosexuellen Mannes:

- Inspektion des Penis nach Retraktion des Präputium und des Skrotum,
- Palpation Leisten, Skrotum,
- Inspektion perianal, ggf. rektale Untersuchung,
- zusätzlich ggf. Inspektion weiterer Regionen (Mund, Rachen) sowie der Haut.

Untersuchung eines MSM:

- Inspektion des Penis nach Retraktion des Präputium und des Skrotum,
- Palpation Leisten, Skrotum,
- Inspektion perianal und rektale Untersuchung,
- Inspektion der Haut am Stamm,
- Inspektion Mund, Rachen.

Bei Transsexuellen erfolgt die Untersuchung je nach anatomischen Bedingungen (wie bei MSM oder bei einer Frau), d. h. bei Neovagina auch Inspektion mit Spekulum.

Im Rahmen der klinischen Untersuchung werden Proben entnommen (s. Abschnitt 4.2 Labordiagnostik).

4.1.1 Vorgehen bei bestimmten Symptomen

In der folgenden Tabelle sind die wichtigsten Leitsymptome von STI sowie häufige Differenzialdiagnosen skizziert. Die Wahrscheinlichkeit, mit der bestimmte Erreger in Betracht kommen und damit der Umfang der Labordiagnostik im Einzelfall, sind in hohem Maße abhängig von klinischem Befund, Alter, Geschlecht und Sexualanamnese. Aus diesem Grund sollte der Diagnostik immer ein ausführliches Beratungsgespräch vorangehen.

Achtung: Es ist immer zu bedenken, dass viele Infektionen ohne Symptome verlaufen!

Symptome	Mögliche STI-Erreger	Andere mögliche Krankheitsbilder
Dysurie mit oder ohne urethralen Fluor	<i>Chlamydia trachomatis</i> Serovar D-K, <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , Mykoplasmen, Ureaplasmen, Herpes simplex-Virus; <i>Candida</i> spp.	Harnwegsinfektion mit anderen Erregern (z.B. <i>Streptococcus pyogenes</i>), EBV, Adenoviren, externe Dysurie bei Hautläsionen (s. a. anogenitales Ulcus) oder mechanischer Reizung,, Harnwegskonkremente
Vaginaler Fluor	<i>Chlamydia trachomati</i> Serovar D-K s, <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Candida</i> spp.*	bakterielle Vaginose, hormonell bedingt vermehrter Fluor, vaginale <i>Candida</i> -Infektionen**, Kolpitis und Zervizitis durch andere Erreger (Streptokokken), vaginale Fremdkörper, genitale Malignome
Anogenitales Ulcus	<i>Treponema pallidum</i> , Herpes simplex-Virus 1 und 2, <i>Haemophilus ducreyi</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> Serovar L 1-3	Verletzungen, Kratzartefakte, z. B. bei chronischem Analekzem, Mykosen, chronische Analfissur, M. Behçet oder andere ulzerierende Dermatosen
Sonstige Hautveränderungen in der Anogenitalregion	Papeln: humane Papillomviren (HPV), <i>Treponema pallidum</i> , Krätzmilben (<i>Sarcoptes scabiei</i>), Molluscum-Virus Bläschen: Herpes simplex-Virus 1 und 2, <i>Treponema pallidum</i> Exkoriationen: Krätzmilben, Filzlaus (<i>Phthirus pubis</i>)	Chronische Ekzeme, Mykosen, Lichen ruber, Psoriasis (mit Rhagade), Impetigo contagiosa, atopische Dermatitis, Lichen sclerosus, fixe Arzneimittelexantheme, sonstige Dermatosen, Marisken, Präkanzerosen und Tumoren
Ausschlag (sog. „rash“)	<i>Treponema pallidum</i> , HIV, Krätzmilben (<i>Sarcoptes scabiei</i>)	Virusinfektionen, Arzneimittelexantheme, sonstige Dermatosen
Lymphknotenschwellung im Leistenbereich	<i>Treponema pallidum</i> , Herpes simplex-Virus 1 und 2, <i>Haemophilus ducreyi</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> Serovar L 1-3, <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , HIV	Lymphome, andere Malignome, Infektionen und Tumoren im Bereich der unteren Extremität Infektiöse Mononukleose (inguinale Mitbeteiligung)
Azyklische vaginale Blutung/Kontaktblutung	<i>Chlamydia trachomatis</i> Serovar D-K, <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , vaginale <i>Candida</i> -Infektion	Hormonell bedingte dysfunktionale Blutung, bakterielle Vaginose, Kolpitis und Zervizitis durch andere Erreger (Streptokokken), vaginale Fremdkörper, genitale Malignome insbesondere Zervixkarzinom
Unterbauchschmerzen (pelvic pain) bei Frauen, mit und ohne Dyspareunie	<i>Chlamydia trachomatis</i> Serovar D-K, <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	PID (<i>pelvic inflammatory disease</i>) durch andere Erreger, Adhäsionen, benigne Neubildungen, genitale Malignome, extragenitale Erkrankungen, psychosomatische Erkrankung
Anorektales Syndrom (rektale Blutung, Defäkationsschmerz, Sekretion)	<i>Treponema pallidum</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> Serovar D-K und L1-L3, <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , Humane Papillomviren (HPV)	Analfissur, anale Verletzung, Hämorrhoidalleiden, M. Crohn, Colitis ulcerosa, Malignom

4.1.2 Diagnostische Empfehlungen für konkrete Konstellationen

Grundsätzlich sollte der Impfstatus von Hepatitis B geprüft werden und ggf. eine Impfung empfohlen werden.

Unabhängig vom Vorliegen von Symptomen gelten für konkrete Konstellationen folgende Empfehlungen, wobei selbstverständlich die Ansteckungsrelevanz der jeweiligen Sexualpraktiken zu berücksichtigen ist.

- **häufig wechselnde heterosexuelle Kontakte (zehn und mehr im Jahr) sowie heterosexuelle Kontakte zu PartnerInnen aus Regionen mit hoher STI-Prävalenz**

Untersuchung beim Mann:

- HIV-Serologie
- Syphilis-Serologie
- Chlamydien- und Gonorrhoe-Diagnostik
- weitere erregerspezifische Diagnostik nur bei Symptomen

Untersuchung bei der Frau:

- HIV-Serologie
- gynäkologische Untersuchung
- Chlamydien- und Gonorrhoe-Diagnostik
- weitere erregerspezifische Diagnostik je nach Symptomen und klinischem Befund

- **Frau mit sexuellen Kontakten zu MSM:**

- HIV-Serologie
- Syphilis-Serologie
- Chlamydien- und Gonorrhoe-Diagnostik
- gynäkologische Untersuchung
- weitere erregerspezifische Diagnostik je nach Symptomen und klinischem Befund

- **Kontakte zu PartnerInnen, die injizierend oder intranasal Drogen konsumieren**

Bei heterosexuellen Kontakten zu PartnerInnen, die injizierend oder intranasal Drogen konsumieren, sollte zusätzlich eine Hep C-Serologie angeboten werden.

- **Frau oder Mann als Opfer sexualisierter Gewalt:**

Hier kann auf detaillierte Empfehlungen anderer Fachgesellschaften und anerkannter Institutionen zurückgegriffen werden, z. B. auf die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin und die Dokumentation des [Frauennotrufs Frankfurt](http://www.frauennotruf-frankfurt.de/fileadmin/redaktion/pdf/FRAUENNOTRUF-FFM-sexualisierte-Gewalt-Dokubogen.pdf).²

² <http://www.frauennotruf-frankfurt.de/fileadmin/redaktion/pdf/FRAUENNOTRUF-FFM-sexualisierte-Gewalt-Dokubogen.pdf>

4.1.3 Diagnostik bei Risiken unter epidemiologischem Aspekt

4.1.3.1 SexarbeiterInnen

Die folgenden Empfehlungen beziehen sich auf Frauen, die Sexarbeit ausüben. Für männliche Sexarbeiter entsprechen die Empfehlungen zum Screening denen bei MSM (s. Abschnitt 4.1.3.2).

Sexarbeiterinnen ohne Symptome einer STI sollte eine den anamnestischen Risiken und den jeweiligen Sexualpraktiken angepasste STI-Untersuchung alle 3-6 Monate in folgendem Umfang angeboten werden:

Erstuntersuchung:

- **Klinische Untersuchung** (s. Abschnitt 4.1.)
- **Labordiagnostik:**
 - Vaginalabstrich Nativpräparat mit KOH und NaCl,
 - Zervixabstrich hitzefixiert und gefärbt (Methylenblau, ggf. Gram),
 - Gonorrhoe-Kultur (Abstrichorte nach Sexualpraktik),
 - Chlamydien-NAAT (Abstrichorte nach Sexualpraktik),
 - Zytologischer Abstrich der Zervix, möglichst auch Kolposkopie,
 - Syphilis-Serologie,
 - Immunstatus Hepatitis B (Anti-HBc, ggf. Impftiter),
 - HIV-Serologie,
 - Hepatitis-C-Serologie bei injizierendem oder intranasalem Drogenkonsum sowie bei besonders verletzungsträchtigen Sexualpraktiken.

Eine zweite Konsultation mit Befundinterpretation und erneuter Beratung sollte nach spätestens einer Woche erfolgen, dann sollte je nach Antikörpertiter auch die Grundimmunisierung Hepatitis B begonnen werden.

Untersuchungen im Abstand von 3-6 Monaten:

- klinische Untersuchung (s. Abschnitt 4.1.)
- **Labordiagnostik:**
 - Vaginalabstrich Nativpräparat mit KOH und NaCl,
 - Zervixabstrich hitzefixiert und gefärbt (Methylenblau, ggf. Gram),
 - Gonorrhoe-Kultur (Abstrichorte nach Sexualpraktik),
 - Chlamydien-NAAT (Abstrichorte nach Sexualpraktik)
 - Syphilis-Serologie.

Zusätzliche Untersuchung alle 12 Monate:

- Angebot HIV-Test,
- Zytologie der Zervix, möglichst auch Kolposkopie oder HPV-Diagnostik alle 3 Jahre,
- Hepatitis-C-Serologie bei injizierendem und intranasalem Drogenkonsum sowie bei besonders verletzungsträchtigen Sexualpraktiken (BDSM).

Für Frauen in der Sexarbeit erfordert die allgemeine epidemiologische Situation in Deutschland aktuell keine engeren Screening-Intervalle. Im Einzelfall können sowohl längere oder kürzere Intervalle in Abhängigkeit z. B. von Alter, Sexualpraxis oder regionalen Ausbrüchen sinnvoll sein.

4.1.3.2 MSM

Sexuell aktiven MSM ohne Symptome einer STI sollten die folgenden STI-Untersuchungen inkl. Beratung mindestens alle 6 bis 12 Monate (bei anamnestisch höherem Risiko alle 3 bis 6 Monate) angeboten werden:

Erreger	Empfohlene Tests	Weitere Maßnahmen/Erläuterungen
HIV	Antikörpertest (frühestens nach 6 Wochen)	ggf. NAAT Antigen Test (frühestens nach 2 Wochen) ggf. PCR bei Symptomen
<i>Treponema pallidum</i> (Syphilis)	Inspektion und Antikörpertest	
Hepatitis-A-Virus	Impfstatus klären, ggf. Serologie	ggf. Impfen
Hepatitis-B-Virus	Impfstatus klären, ggf. Serologie	ggf. Impfen
Hepatitis-C-Virus	Serologie	Aufklärung über Infektionswege, ggf. NAAT
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Kultur: Abstrich von Urethra, Rektum und Oropharynx NAAT: Abstrich von Urethra, Rektum* und Oropharynx*, auch Erststrahlurin	
<i>Chlamydia trachomatis</i>	NAAT: Abstrich von Urethra, Rektum* und Oropharynx* sowie Erststrahlurin	Bei HIV-Infektion ggf. Differenzierung in Serovare D-K; L1-L3
HSV	Inspektion (genital und perianal)	NAAT-Screening wird nicht empfohlen
HPV	Inspektion (genital und perianal) und Proktoskopie	Je nach Risiko und bei HIV-Infizierten: PAP-Abstrich (Glans und Anus). Wenn Abstrich positiv ggf. HRA (<i>High Resolution Anoscopy</i>) und Biopsie. NAAT-Screening wird nicht empfohlen. ggf. Impfen

*derzeit nicht zugelassen (siehe Abschnitt 4.2 "Labordiagnostik")

4.1.3.3 Jugendliche und junge Erwachsene bis zum Alter von 25 Jahren

Im Hinblick auf einzelne Erreger wird als Screening und Impfprophylaxe empfohlen:

- *Chlamydia trachomatis* Serovar D-K -Screening:
 - jährliches Screening aller sexuell aktiven Mädchen und Frauen bis 25 Jahre (analog des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 13.9.2007)
- Impfung gegen HPV 16 und 18 , bzw. zusätzlich 6 und 11:
 - Impfung für Mädchen bis zum 18. Lebensjahr möglichst vor der Kohabitarche,
 - junge Männer sollten mit einem Vierfach-Impfstoff geimpft werden. Insbesondere bei gleichgeschlechtlicher sexueller Orientierung (Kosten werden in der Regel nicht übernommen).Einzelheiten zur HPV-Impfung s. Abschnitt 3.3.
- Hepatitis-B-Prophylaxe:
 - Prüfung des Impfstatus und falls nicht oder unvollständig geimpft, Grundimmunisierung oder Komplettierung, ggf. Auffrischimpfung.Einzelheiten zur Hepatitis-B-Impfung s. Abschnitt 5.2.

4.1.3.4 Drogengebrauchende Menschen

Unabhängig von jeweils individuellen sexuellen Risiken und zusätzlich zu der unter 4.1.3.1 bis 4.1.3.3 beschriebenen Diagnostik werden für Menschen, die bei injizierend oder intranasal Drogen konsumieren, folgende serologische Untersuchungen empfohlen:

- Hepatitis B und C-Serologie
- HIV-Serologie
- Syphilis-Serologie.

Bei negativer Hepatitis-B-Serologie sollte die Grundimmunisierung angeschlossen werden. Bei anhaltendem Risiko sollte auch nach erfolgreicher Grundimmunisierung der Impftiter nach 10 Jahren kontrolliert und ggf. eine Auffrischimpfung erfolgen.

Die Frequenz des Screening richtet sich nach dem Konsumverhalten, mindestens einmal im Jahr, ggf. auch öfter.

4.2 Labordiagnostik

Die vorliegende Tabelle soll einen leicht anwendbaren Leitfaden darstellen. Sie entspricht den derzeitigen Standards (Stand: März 2014), erhebt aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Bei speziellen Fragestellungen oder Untersuchungen sollte vorab eine fachliche Beratung durch das Labor in Anspruch genommen werden. Diagnostikleitlinien sollen beachtet werden.

Stand: März 2014

STI	Diagnostisches Verfahren	Untersuchungsmaterial	Transport und Laborbedingungen
Bakterielle Vaginose	Klinisch-mikroskopisch; 3 von 4 Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Homogener nicht entzündlicher Ausfluss • pH der Vaginalflüssigkeit >4 • Fischgeruch des Ausflusses vor oder nach 10% KOH • <i>Clue cells</i> (Gram oder Methylenblau Färbung) 	Vaginalabstrich	
Candida-Infektion, vulvovaginale Candidiasis	Klinisch-mikroskopischer oder kultureller Nachweis von Hefen (Sabouraud Agar)	Vulvovaginalabstrich, Abstrich von Glans	Transportmedium (Stewart's u.a.)
Infektion durch <i>Chlamydia trachomatis</i> (Serovare D-K)	Nukleinsäure Amplifikationstest (NAAT)	Abstrich (zervikal, urethral, , anal, konjunktival, pharyngeal), Erststrahlurin	Abstrich in Transportmedium oder eingetrocknet ohne Medium verschicken Urin längerfristig bei 4° C lagern
Lymphogranuloma venereum (LGV) (Infektion durch <i>Chlamydia trachomatis</i> der Serovare L1 - L3)	NAAT plus Genotyp-Bestimmung	Abstrich, Gewebe, Punktat,	Abstrich in Transportmedium oder eingetrocknet ohne Medium verschicken Gewebe in physiol. NaCl
Ulcus molle (Chancroid) (<i>Haemophilus ducreyi</i>)	Kultur (Spezialmedien), PCR	Abstrich/Gewebe	Keine Routine Diagnostik; Speziallaboratorien
Hepatitis A	Serologie	Serum	
Hepatitis B	1. Serologie 2. NAAT (bei bekannter Infektion zur Abklärung der Virusaktivität und Infektiösität)	Serum Serum, EDTA Blut	
Hepatitis C	1. Serologie (zusätzlich NAAT bei V.a. akute Hepatitis C sowie bei HIV-Positiven) 2. NAAT bei bekannter Infektion zur Abklärung der Virusaktivität und Infektiösität	Serum Serum, EDTA Blut	

STI	Diagnostisches Verfahren	Untersuchungsmaterial	Transport und Laborbedingungen
HIV-Infektion	<ol style="list-style-type: none"> 1. NAAT (bei bekannter Infektion zur Abklärung der Virusaktivität und Infektiosität) 2. Antigen Test (frühestens nach 2 Wochen) 3. Antikörper Test (frühestens nach 6 Wochen) <p><i>Bei positivem Ergebnis immer Bestätigungstest!</i></p>	<p>Serum</p> <p>Serum, EDTA Blut</p>	
HPV-Infektion	<p>Klinisch (Condylomata), Kolposkopie, Essigsäuretest</p> <p>NAAT, Hybrid Capture (nicht in der Routine bei unter 30-jährigen immunkompetenten Frauen!)</p>	Abstrich, Gewebe	<p>Abstrich in Transportmedium oder in Medium für LBC verschicken</p> <p>Gewebe in physiol. NaCl</p>
HSV-Infektion	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klinisch 2. NAAT (bei unklarem klinischen Befund) 	Abstrich, Gewebe	<p>Abstrich in Transportmedium oder eingetrocknet ohne Medium verschicken</p> <p>Gewebe in physiol. NaCl</p>
Granuloma inguinale	Mikroskopie (Giemsa-Färbung)	Abstrich, Gewebe	Keine Routine-Diagnostik; Speziallaboratorien
Mycoplasma-Infektion (Infektionen durch <i>M. genitalum</i> , <i>M. hominis</i> , <i>U. urealyticum</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kultur (spezielle Kulturmedien, z.B. PPLO Broth, Mycoplasmen Agar), 37°C 2. NAAT 	<p>Abstrich (zervikal, urethral, vulvovaginal)</p> <p>Prostatasekret, Morgenurin</p> <p>Abstrich (wie Kultur), Erststrahlurin</p>	<p>Spezielle Transportmedien (z.B. SP2 oder Amies)</p> <p>Abstrich in Transportmedium oder eingetrocknet ohne Medium verschicken</p>
Gonorrhoe (Infektion durch <i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mikroskopie 2. Kultur (Selektivmedien, 5-10 % CO₂, 35-37°C, 70-80 % rel. Luftfeuchtigkeit) plus ggf. biochemische/molekulare Identifizierung; Resistenzanalyse 3. NAAT 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abstrich (wie Kultur) 2. Abstrich (zervikal, urethral, l, anal, konjunktival, pharyngeal) 3. Abstrich (wie Kultur), Erststrahlurin 	<p>Abstrich in Transportmedium</p> <p>Abstrich in Transportmedium oder eingetrocknet ohne Medium verschicken</p> <p>Spezielle Transportbedingungen für Kultur (z.B. Amies, Stuart Copan M40)</p>
STI	Diagnostisches Verfahren	Untersuchungsmaterial	Transport und Laborbedingungen
Syphilis (Infektion durch <i>Treponema</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serologie <p>Screening: TPHA, TPPA oder Immunoessay</p>	Serum	

<i>pallidum</i>)	Bestätigung: FTA-Abs, EIA, Westernblot Aktivität: VDRL, RPR, Cardiolipin KBR, IgM AK Test 2. NAAT (bei Epithelläsion und Verdacht auf Frühphase der Infektion) 3. Dunkelfeldmikroskopie (bei Epithelläsion und Verdacht auf Frühphase der Infektion) 4. Histologie	Abstrich, Gewebe aus Epithelläsion Reizsekret aus Ulkus des Primäraffekts oder aus Effloreszenzen Hautbiopsie	Abstrich in Transportmedium oder eingetrocknet ohne Medium verschicken Abstrich in Transportmedium Aus formalinfixiertem Material
Trichomoniasis (Infektion durch <i>Trichomonas vaginalis</i>)	Mikroskopie (Nativpräparat, Dunkelfeld oder Phasen-contrast), Kultur, NAAT	Abstrich vaginal bzw. urethral, Urinsediment	Mikroskopie und Kultur muss umgehend durchgeführt werden, kein Transport möglich NAAT bei Proben, die nicht sofort untersucht werden können

Pharyngeale oder/und anale Abstrichuntersuchungen werden zum Nachweis von Gonorrhoe/Chlamydien-Infektion/HSV-Infektion in Abhängigkeit von riskanten Sexualpraktiken eingesetzt. Für kommerzielle NAAT aus pharyngealem oder analem Abstrichmaterial gibt es derzeit noch keine Zulassung. Das analysierende Labor muss demnach eine entsprechende Validierung gemäß den Qualitätssicherungsstandards vorgenommen haben. Insbesondere bei pharyngealer Gonokokken-Testung mittels NAAT ist die Möglichkeit falsch-positiver Befunde aufgrund von apathogenen Neisserien im Rachen zu beachten.

5. Ausblick

Die Sektion Sexuelle Gesundheit der DSTIG verweist an dieser Stelle auf eine Reihe von Aufgaben, die sich auf diesem Feld bundesweit ergeben. Als besonders wichtig werden angesehen:

- das Sicherstellen einer personellen und materiellen Infrastruktur, die eine Weiterverbreitung sexuell übertragbarer Infektionen bestmöglich verhindert
- allgemeine und spezifische Information und Aufklärung zu STI und ihrer Verhütung, Berücksichtigen des Themenkreises in der Gesundheitserziehung
- die Gewährleistung eines breiten und niederschweligen kostenfreien Angebotes zu Beratung, Untersuchung und Behandlung von STI
- Ausführungsbestimmungen für den § 19 des Infektionsschutzgesetzes, um ein bundesweites Netz an Beratungsstellen innerhalb der Gesundheitsbehörden sicherzustellen
- das Erarbeiten und Realisieren von Regelungen, die eine noch effizientere Surveillance der STI in Deutschland garantieren
- die Vereinheitlichung länderspezifischer Regelungen zu Meldeverfahren und Angeboten des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)
- eine enge Kooperation von ÖGD, ÄrztInnen in Niederlassung oder Klinik und den NGOs
- die Sensibilisierung der ÄrztInnenschaft für die Themen Beratung, Diagnostik und Therapie von STI/HIV sowie sexuelle Gesundheit
- die Gründung eines Gremiums zur weiteren Abstimmung, regelmäßigen Aktualisierung und Anpassung der Empfehlungen.

6. Anhang

6.1 Adressen Referenzzentren und Konsiliarlaboratorien für bestimmte Erreger

Beratung und Spezialdiagnostik bei speziellen Infektionserregern ist in bestimmten Referenzzentren, Konsiliarlaboratorien oder Einrichtungen mit besonderer Kompetenz verfügbar (Stand März 2013, Ansprechpartner und Einrichtungen können wechseln).

Erreger	Ansprechpartner / Laboratorien
HIV (Nationales Referenzzentrum für Retroviren)	Prof. Dr. Oliver T. Keppler Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Institut für medizinische Virologie Paul-Ehrlich-Str. 40, 60596 Frankfurt/Main Tel.: 069-6301-5219 http://www.kgu.de/index.php?id=164
HPV (Nationales Referenzzentrum für Papillom- und Polyomaviren)	Prof. Dr. Herbert Pfister Universitätsklinikum Köln Institut für Virologie Fürst-Pückler-Str. 56, 50935 Köln Tel.: 0221-478-39 01 / -39 03 http://virologie.uk-koeln.de/nationales-referenzzentrum
Treponema pallidum (Konsiliarlabor)	Prof. Dr. Hans-Jochen Hagedorn Labor Krone Siemensstr. 40, 32105 Bad Salzuflen Tel.: 05222-8076-143 http://www.laborkrone.de/konsiliarlabor/treponema.php
Chlamydia trachomatis (Konsiliarlabor)	Prof. Dr. Eberhard Straube Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena Institut für Medizinische Mikrobiologie Erlanger Alle 101, 07747 Jena Tel.: 03641-9393500 http://www.mibi.uk-j.de/Konsiliarlabor_f%C3%BCr_Chlamydien.html
Neisseria gonorrhoeae (Konsiliarlabor)	Prof. Dr. Peter Kohl Vivantes Klinikum Neukölln Klinik für Dermatologie und Venerologie Rudower Str. 48, 12351 Berlin Tel.: 030-130-14-3601 http://www.vivantes.de/vivantes-leben-in-berlin/knk/derma/konsiliarlabor-gonokokken/
Herpes simplex- Virus (Konsiliarlabor)	Prof. Dr. Andreas Sauerbrei Universitätsklinikum Jena Institut für Virologie und Antivirale Therapie Hans-Knöll-Str. 2, 07745 Jena Tel.: 03641-9395700 http://www.virologie.uniklinikum-jena.de/Konsiliarlabor.html
Mykoplasmen (Konsiliarlabor)	Prof. Dr. Enno Jacobs Medizinische Fakultät der TU Dresden Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene Fetscherstraße 74, 01037 Dresden Tel.: 0351-458-65 50 http://tu-dresden.de/die_tu_dresden/fakultaeten/medizinische_fakultaet/inst/mib/diagnostik/Konsiliarlabore/Mykoplasmen/index_html

6.2 Adressen für sexarbeitspezifische Anlaufstellen und Informationsmaterial in Deutschland

- TAMPEP-Website für die Unterstützung von Sexarbeiterinnen: www.services4sexworkers.eu

- Psychologische Beratung in Deutschland:
<http://www.services4sexworkers.eu/s4swi/services/social-service/name/Psychological+counselling> (Stand: April 2010).
- Beratungsstellen für STI/HIV der Gesundheitsämter:
<http://www.services4sexworkers.eu/s4swi/services/country/?name=Germany>
- Informationen für SexarbeiterInnen in verschiedenen Sprachen: www.aidshilfe.de
- Dachverband der Beratungsstellen für SexarbeiterInnen: <http://www.bufas.net/>

Es existiert allerdings gegenwärtig kein ständig aktualisiertes Verzeichnis aller verfügbaren Beratungsstellen.

6.3 MSM-spezifische Kontaktadressen

Über die Beratungsstellen der Aids-Hilfen können sämtliche regionalen Kontaktadressen abgerufen werden:

www.aidshilfe.de

www.iwwit.de

6.4 Genutzte Quellen/Literaturhinweise

- Banaschak S, K. Gerlach, D. Seifert, B. Bockholdt, H. Graß. Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin auf der Grundlage der Empfehlungen der Schweizer Rechtsmedizin. Zeitschrift für Rechtsmedizin 2011;21(5): 483-488.
- Basisanforderungen an die STI-Versorgung in Nordrhein-Westfalen, Mitglieder des Arbeitskreises „Sexuelle Gesundheit in NRW“ (liegt im Entwurf vor, Stand 14.4.09)
- Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch sowie der Mutterschaftsrichtlinien: Screening auf genitale *Chlamydia-trachomatis*-Infektionen bei Frauen. BAnz. Nr. 239 (S 8326) vom 21.12. 2007
- Beratungsleitlinien (Stand 25.11.03) und zielgruppenbezogene inhaltliche Beratungshilfen für Frauen und Männer (Stand 3/09), am Gesundheitsamt Essen im Rahmen eines Landesprojektes erarbeitet
- Bignell C, FitzGerald M, and *Guideline Development Group: UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults*, 2011 Int J STD AIDS 2011; 22:541-547.
- *CDC. Recommended immunization schedules for persons 0 through 18 years. United States 2010.* MMWR 2010; 58 (51&52).
- *CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines*, 2010. MMWR 59,RR-12:1-112.
- *Clinical Guidelines for the Management of STIs Among Priority Populations; The Royal Australian College of Physicians 2004*
- <http://dstig.de/index.php/literaturleitlinienlinks/leitlinien>
- *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Chlamydia control in Europe.* Stockholm 2009, ISBN 978 92-9193-165-1
- Fachliche Empfehlungen zu den Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit/ Aids-Beratung § 19 IfSG, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Stand 12.11.2004
- *Family Health international (2004), VCT Toolkit. HIV Voluntary counseling and Testing. A Reference Guide for Counselors and Trainers.*
- <http://www.frauennotruf-frankfurt.de/fileadmin/redaktion/pdf/FRAUENNOTRUF-FFM-sexualisierte-Gewalt-Dokubogen.pdf>
- Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostituierten (Prostitutionsgesetz - ProstG). BGBl Vol. 1, 2001:3983.
- Giuliano AR, Palefsky JM, Goldstone S, Moreira ED Jr, Penny ME, Aranda C, Vardas E, Moi H, Jessen H, Hillman R, Chang YH, Ferris D, Rouleau D, Bryan J, Marshall JB, Vuocolo S, Barr E, Radley D, Haupt RM, Guris D: *Efficacy of quadrivalent HPV vaccine against HPV Infection and disease in males*, *N Engl J Med.* 2011 Feb 3;364(5):401-11.
- *Government of Western Australia. Department of Health. Public Health. STI Screening Recommendations for high-risk populations.* <http://silverbook.health.wa.gov.au/> Stand 14.5.2012
- Grundlagen für die STD-Arbeit in Nordrhein-Westfalen, B. Menze, C. Bietau, S. Esser, Stand 5.1.04
- Mitteilungen der Sächsischen Impfkommision, Erweiterung der Empfehlung zur Impfung gegen Infektionen durch Humane Papillomaviren (HPV-Impfung) auf Frauen vom 19. bis zum 26. Lebensjahr, Ärzteblatt Sachsen, 1/2011.

- *MMWR Recomm Rep.* 2010; 17; 59(RR-12): 1-110.
- *National management guidelines for sexually transmissible infections, Sexual Health Society of Victoria* 2008, Australia, ISBN 978-0-9805925-0-4.
- *NYC Health. STI Screening guidelines* 2010.
<http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/std/sti-screening-guidelines.pdf>, Stand 14.5.2012
- *Queensland Government. Sexual Health, HIV/AIDS and viral hepatitis. Testing people at risk.*
<http://www.health.qld.gov.au/sexhealth/hp/treatrisk.asp>, Stand 14.5.2012
- Public Health Agency of Canada. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/guide-lignesdir-eng.php>, Stand 14.5.2012
- Radcliffe KW (ed.): *European Branch of the International Union against Sexually Transmitted Infection and the European Office of the World Health Organization. European STD Guidelines.* Int J STD AIDS. 2001 Oct;12 Suppl 3.
- RKI: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut, Stand: August 2012. *Epid. Bull.* 2012; 30: 283-310.
- Schöfer H. Syphilis. In: Schöfer H, Bauer-Beger S (Hrsg.) *Derma-Net-Online.de*. Kap.2.7.1
www.derma-net-online.de/buch/kapitel2_7/Kap_2_7_1.pdf
- Sektion „Sexuelle Gesundheit“ der DSTIG, Arbeitsgruppe Prävention: „Standards in der Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten“ . *Epid. Bull.* 2010; 35: 351-354.
- *Sexually transmissible infections in gay men action group. STI testing guidelines for MSM* 2010.
<http://www.stigma.net.au/stitesting.html>, Stand 14.5.2012
- Standards und Perspektiven in der Aids-Arbeit und-Koordination vor dem Hintergrund des Infektionsschutzgesetzes (IfSG), Arbeitskreis der Aids-KoordinatorInnen und -fachkräfte in NRW, Stand: 16-9.2008
- Standards zur HIV-Beratung und -Testung (klassischer HIV-Test und HIV-Schnelltest), Empfehlungen nach § 7 ÖGDG und §§ 3,19 IfSG, Landesgesundheitsamt Baden-Württembergs, Stand: Februar 2010
- SIKO: Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen, Stand Januar 2013
- WHO. *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002.* Geneva: WHO, 2006.
- Wilson DP, Heymer KJ, Anderson J, O'Connor J, Harcourt C, Donovan B. *Sex workers can be screened too often: A costeffectiveness analysis in Victoria, Australia. Sexually Transmitted Infections* 2010;86(2):117-25.

6.5 Gesetzliche und weitere Regelungen mit Relevanz für die Beratung, Diagnostik und Therapie von STI

6.5.1 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG), das am 1.1.2001 in Kraft getreten ist, legt in §3 und §19 die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) hinsichtlich der Sicherstellung von Prävention, Beratung, Diagnostik und Therapie von STI fest. Die Paragraphen 6-10 enthalten die Bestimmungen zu Meldepflichten.

• § 3 IfSG: Prävention durch Aufklärung

Die Information und Aufklärung der Allgemeinheit über die Gefahren übertragbarer Krankheiten und die Möglichkeiten zu deren Verhütung sind eine öffentliche Aufgabe. Insbesondere haben die nach Landesrecht zuständigen Stellen über Möglichkeiten des allgemeinen und individuellen Infektionsschutzes sowie über Beratungs-, Betreuungs- und Versorgungsangebote zu informieren.

• § 19 IfSG: Aufgaben des Gesundheitsamtes in besonderen Fällen

(1) Das Gesundheitsamt bietet bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten und Tuberkulose Beratung und Untersuchung an oder stellt diese in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen sicher. Diese sollen für Personen, deren Lebensumstände eine erhöhte Ansteckungsgefahr für sich oder andere mit sich bringen, auch aufsuchend angeboten werden und können im Einzelfall die ambulante Behandlung durch einen Arzt des Gesundheitsamtes umfassen, soweit dies zur Verhinderung der Weiterverbreitung der sexuell übertragbaren Krankheiten und der Tuberkulose erforderlich ist. Die Angebote können bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten anonym in Anspruch genommen werden, soweit hierdurch die Geltendmachung von Kostenerstattungsansprüchen nach Absatz 2 nicht gefährdet wird.

(2) Die Kosten der Untersuchung und Behandlung werden getragen:

1. von den Trägern der Krankenversicherung nach dem fünften Abschnitt des dritten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, falls die Person bei einer Krankenkasse nach § 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist,

2. im Übrigen aus öffentlichen Mitteln, falls die Person die Kosten der Untersuchung oder Behandlung nicht selbst tragen kann; des Nachweises des Unvermögens bedarf es nicht, wenn dieses offensichtlich ist oder die Gefahr besteht, dass die Inanspruchnahme anderer Zahlungspflichtiger die Durchführung der Untersuchung oder Behandlung erschweren würde.

Wenn bei der Untersuchung oder der Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit der Kostenträger noch nicht feststeht, werden die Kosten vorläufig aus öffentlichen Mitteln übernommen. Der Kostenträger ist zur Erstattung verpflichtet.

6.5.2 Hinweise auf weitere Gesetze oder Regelungen, die ggf. zu berücksichtigen sind

► Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB)

► Das Prostitutionsgesetz

Das Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostituierten (Prostitutionsgesetz - ProstG), das am 1.1.2002 in Kraft getreten ist, regelt, dass sexuelle Handlungen, die gegen Entgelt stattfinden, nicht mehr sittenwidrig sind.

▪ **§ 1:**

Sind sexuelle Handlungen gegen ein vorher vereinbartes Entgelt vorgenommen worden, so begründet diese Vereinbarung eine rechtswirksame Forderung. Das Gleiche gilt, wenn sich eine Person, insbesondere im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses, für die Erbringung derartiger Handlungen gegen ein vorher vereinbartes Entgelt für eine bestimmte Zeitdauer bereithält.

► **Das Strafgesetzbuch (StGB)**

▪ **§ 180a StGB „Ausbeutung von Prostituierten“:**

(1) Wer gewerbsmäßig einen Betrieb unterhält oder leitet, in dem Personen der Prostitution nachgehen und in dem diese in persönlicher oder wirtschaftlicher Abhängigkeit gehalten werden, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer

1. einer Person unter achtzehn Jahren zur Ausübung der Prostitution Wohnung, gewerbsmäßig Unterkunft oder gewerbsmäßig Aufenthalt gewährt oder
2. eine andere Person, der er zur Ausübung der Prostitution Wohnung gewährt, zur Prostitution anhält oder im Hinblick auf sie ausbeutet.

▪ **§181a StGB „Zuhältereie“:**

(1) Mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer

1. eine andere Person, die der Prostitution nachgeht, ausbeutet oder
2. seines Vermögensvorteils wegen eine andere Person bei der Ausübung der Prostitution überwacht, Ort, Zeit, Ausmaß oder andere Umstände der Prostitutionsausübung bestimmt oder Maßnahmen trifft, die sie davon abhalten sollen, die Prostitution aufzugeben, und im Hinblick darauf Beziehungen zu ihr unterhält, die über den Einzelfall hinausgehen.

(2) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer die persönliche oder wirtschaftliche Unabhängigkeit einer anderen Person dadurch beeinträchtigt, dass er gewerbsmäßig die Prostitutionsausübung der anderen Person durch Vermittlung sexuellen Verkehrs fördert und im Hinblick darauf Beziehungen zu ihr unterhält, die über den Einzelfall hinausgehen.

(3) Nach den Absätzen 1 und 2 wird auch bestraft, wer die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Handlungen oder die in Absatz 2 bezeichnete Förderung gegenüber seinem Ehegatten vornimmt.

▪ **§ 184a StGB** regelt die „Ausübung der verbotenen Prostitution“ (an bestimmten Orten oder Tageszeiten) und **§ 184b StGB** die „Jugendgefährdende Prostitution“ (Verbot der Prostitution in der Nähe von Schulen oder in Einrichtungen oder Häusern, in denen sich unter 18-Jährige aufhalten).

▪ **§ 203 StGB „Verletzung von Privatgeheimnissen“:**

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
3. Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Rechtsanwalts-, Patentanwalts-, Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,
4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist.

4a. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,

5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder

6. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen Verrechnungsstelle anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als (...)

2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,

3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,

(...)

6. Person, die auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Geheimhaltungspflicht bei der Durchführung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfaßt worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.

(...)

(4) Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.

(5) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.

7. Glossar

Adhärenz	Ausmaß in dem das Verhalten einer Person mit den mit dem Therapeuten vereinbarten Empfehlungen übereinstimmt
BDSM	„Bondage & Discipline, Dominance & Submission, Sadism & Masochism“, Gruppe von meist sexuellen Verhaltensweisen, die u. a. mit Dominanz und Unterwerfung, spielerischer Bestrafung sowie Lustschmerz oder Fesselungsspielen in Zusammenhang stehen können.
DSTIG	Deutsche STI-Gesellschaft, Gesellschaft zur Förderung der sexuellen Gesundheit
Dyspareunie	Sexuelle Funktionsstörung, bei der Schmerzen beim Geschlechtsverkehr auftreten
Dysplasie	Sichtbare Missbildung oder Fehlbildung eines Organismus, Körperteils, Organs oder Gewebes
Dysurie	Erschwertes und/oder schmerzhaftes Ablassen des Harns
Fisten	Faustverkehr, sexuelle Praktik, bei der mehrere Finger bis hin zu mehreren Händen in die Vagina oder den Anus eingeführt werden
Fluor	Fluor genitalis oder Ausfluss, vermehrter, meist unblutiger Sekretabgang aus dem weiblichen Genitale
PEP	HIV-Postexpositionsprophylaxe - Maßnahmen nach möglichem Kontakt mit HIV-Erregern, um deren Ausbruch zu verhindern oder deren Verlauf abzumildern
PreP	HIV-Pre-expositionsprophylaxe (PreP) - Vorbeugende Medikamenteneinnahme zur Verminderung des Risikos einer HIV-Übertragung
HPV	Infektion mit dem Humanen Papillomavirus
HSV	Herpes-simplex-Virus
Inzidenz	Maßzahl über die Anzahl der Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum
IUP	Intrauterinpressar, Medizinprodukt zur Empfängnisverhütung, das in die Gebärmutter eingesetzt wird, ugs. Spirale
Kohabitarche	Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs
Lebenswelten	Persönliches Umfeld, Welt in der sich jemandes Leben abspielt, beeinflusst durch Faktoren wie Herkunft, Bildung, Alter und soziales Milieu
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
NAAT	Nukleinsäureamplifikationstest
Negativer prädiktiver Vorhersagewert	- Parameter zur Einschätzung der Aussagekraft von medizinischen Testverfahren, gibt an, wie viele Personen, bei denen eine bestimmte Krankheit mittels eines Testverfahrens nicht festgestellt wurde, auch tatsächlich gesund sind
Neovagina	Chirurgisch konstruierte Vagina bspw. aufgrund von Scheidenaplasie

NGO Nichtregierungsorganisation

ÖGD Öffentlicher Gesundheitsdienst

PCR Polymerase- Kettenreaktion, enzymabhängiges Verfahren zur Vervielfältigung bestimmter Gen-Sequenzen innerhalb einer vorliegenden DNA-Kette

PID Pelvic inflammatory disease

Positiver prädiktiver Vorhersagewert - Parameter zur Einschätzung der Aussagekraft von medizinischen Testverfahren, gibt an, wie viele Personen, bei denen eine bestimmte Krankheit mittels eines Testverfahrens festgestellt wurde, auch tatsächlich krank sind

Prävalenz Krankheitshäufigkeit, Kennzahl die aussagt, wie viele Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt einer bestimmten Gruppe definierter Größe an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind

Ratsuchende Personen, die ihre Selbstverantwortung und Handlungsfähigkeit im Umgang mit sexuell übertragbaren Infektionen und entsprechenden Risikosituationen stärken und erweitern wollen

Sensitivität Fähigkeit eines Tests tatsächlich Kranke als krank zu erkennen. Je höher die Sensitivität eines Tests, desto sicherer erfasst er die Erkrankung.

Sexarbeit Tätigkeit in der Sexindustrie, vor allem sexuelle Dienstleistungen von Frauen für Männer und von Männern für Männer

Sextoys Sexspielzeuge, Objekte oder Geräte zur Unterstützung des sexuellen Vergnügens

Sexuelle Gesundheit - Laut WHO die „Integration somatischer, emotionaler, intellektueller und sozialer Aspekte sexuellen Seins auf eine Weise, die positiv bereichert und Persönlichkeit, Kommunikation und Liebe stärkt. Grundlegend für dieses Konzept sind das Recht auf sexuelle Information und das Recht auf Lust.“

SIKO Sächsische Impfkommision

Slammen Injektion von in Wasser aufgelöstem Crystal Meth, Mephedron oder einer Kombination der Drogen

Spezifität Fähigkeit eines Tests, tatsächlich Gesunde als gesund zu identifizieren

STD Sexuell übertragbare Krankheiten

STI Sexuell übertragbare Infektionen

STIKO Ständige Impfkommision

Symptomic Awarness - Aufmerksamkeit , Bewusstheit für bestimmte Beschwerden

TPHA Treponema-Pallidum-Hämagglutinations-Assay, Suchtest auf Infektion mit Syphilis

TPPA Treponema-pallidum-Partikel-Agglutination, mikrobiologischer Suchtest zum Screening auf Antikörper gegen Treponema pallidum, den Erreger der Syphilis.

Trans-/ Interpersonen - Weichen von der zugewiesenen sozialen Geschlechterrolle bzw. den sozialen Geschlechtsmerkmalen ab; Menschen, die genetisch, und/ oder anatomisch und

hormonell nicht eindeutig dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zugeordnet werden können

WAS

World Association for Sexual Health

WHO

Weltgesundheitsorganisation

Ulcus

Geschwür, Defekt der Haut bis in den Bereich der Dermis oder tiefer bzw. der Schleimhaut durch alle Wandschichten

Verfahren zur Konsensbildung

Im Vorfeld wurde im nominalen Gruppenprozess die Festlegung der Ziele besprochen, sowie die Vorgehensweise (Arbeits- und Gruppenteilung) diskutiert. Hier wurde das erste Leitlinienmanuskript erstellt. Die zu konsentierenden Empfehlungen wurden Abschnittsweise präsentiert, durch alle Beteiligten kommentiert und ergänzt. Die Kommentare wurden durch den Moderator im Umlaufverfahren für eine Vorabstimmung zusammengefasst und anschließend debattiert. Abschließend wurde über jede Empfehlung und alle Alternativen abgestimmt. Entsprechend der Delphi-Technik wurde dann der Entwurf per E-Mail an alle Vertreter der einbezogenen Fachgesellschaften versandt, diskutiert und ergänzt. In die Leitlinie wurden nur Empfehlungen aufgenommen, die bei den Leitliniengruppentreffen konsentiert wurden und auch beim weiteren E-Mail Austausch mit den anderen Leitliniengruppenmitgliedern nicht auf Ablehnung stießen.

Erstellungsdatum:

07/2015

Überarbeitung von:

Nächste Überprüfung geplant:

07/2020

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

© Deutsche STI-Gesellschaft

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online