

Sexuell übertragbare Infektionen – Thema für die Hausarztpraxis?

Sexually Transmitted Infections – an Issue for Family Practitioners?

Karen Voigt¹, Jeannine Schübel¹, Petra Spornraft-Ragaller², Antje Bergmann¹, Henna Riemenschneider¹

Hintergrund: Seit Mitte der 1990er Jahre werden in Europa (und weltweit) sexuell übertragbare Infektionen (STI) zunehmend als globales Gesundheitsproblem thematisiert. In Deutschland sind deutlich steigende STI-Inzidenzen seit einigen Jahren zu beobachten. Das Ausmaß des Nichtwissens um STI ist in der deutschen Bevölkerung groß. Ein Großteil der STI wäre durch konsequente Prävention vermeidbar. Der Artikel fokussiert auf die Einschätzung von STI-Kompetenz, -Beratung und -Testung in Hausarztpraxen.

Methoden: Im Rahmen einer Pilotstudie erfolgte eine schriftliche Befragung bei hausärztlich tätigen Teilnehmern des Jahreskongresses der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin im Juni 2016. Der vierseitige Fragebogen fokussierte auf die Selbsteinschätzungen der STI-Beratungskompetenz, des STI-Beratungsverhaltens und des STI-Testungsverhaltens. Die Daten wurden mit SPSS 23.0 erfasst und mittels deskriptiver Analyseverfahren ausgewertet.

Ergebnisse: 47 (62 % Frauen) von 63 hausärztlich tätigen Kongressteilnehmern beteiligten sich an der Befragung. Fast alle Befragten (98 %) bestätigten, Patienten präventiv zum Thema Sexualverhalten/STI zu beraten, wobei 43 % sich als unzureichend ausgebildet fühlten, um Patienten zu STI zu beraten. 36 % gaben an, mehr als die Hälfte der Patienten mit STI-Diagnose oder -Verdacht an spezialfachärztliche Kollegen oder den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu verweisen. In den letzten 12 Monaten führten 74 % der Hausärzte mind. einen HIV-Test, 64 % mind. einen Chlamydien-Test, 30 % mind. einen Gonorrhö-Test und 11 % mind. einen Syphilis-Test durch.

Schlussfolgerungen: Bei den Studienteilnehmern besteht Bedarf an hausärztlicher Fort-/Weiterbildung zum Thema Sexualverhalten/STI, die auf fachliche, aber auch kommunikative Beratungskompetenzen sowie auf patienten- und arztseitige Tabuisierung und Stigmatisierung fokussieren sollte. Aufgrund steigender STI-Inzidenzen ist es wichtig, dass Hausärzte risikogruppenspezifische Beratung, Testung und Therapie anbieten, um STI zu verhindern, früh zu erkennen, zu behandeln und dadurch Neuinfektionen zu vermeiden.

Schlüsselwörter: Sexuell übertragbare Erkrankungen; Primärversorgung; Prävention

Background: Since the middle of the 1990s, sexually transmitted infections (STI) have been discussed increasingly as a global health problem in Europe (and worldwide). In Germany, significantly increasing STI incidence rates have been observed since several years. The degree of ignorance regarding STI is high in the German population. Much of the STI could be avoided by a systematic prevention. This article focuses on relevance of STI counseling and testing in family practices and the assessment of family practitioners (FP) own STI advisory skills.

Methods: Our survey was carried out with FPs at the annual congress of the SGAM in June 2016. The four-page questionnaire focused on the self-assessment of STI counseling expertise, STI counseling behavior and STI testing behavior. Descriptive data analysis was done using SPSS 23.0.

Results: 47 (of which 62 % were women) of 63 FPs participated in the survey and were included in the analysis. Nearly all respondents (98 %) confirmed preventive counseling regarding sexual behavior/STI, whereas 43 % felt being insufficiently trained to counsel patients about STI. 36 % stated that they refer more than half of their patients with STI diagnosis or STI suspicion to medical specialists/public health services. 74 % of FPs made at least one HIV test, 64 % ≥ one chlamydia test, 30 % ≥ one gonorrhea test and 11 % ≥ one syphilis test in the last 12 months.

Conclusions: There is a visible need for further education/advanced training for the participating FPs regarding the topics of sexual behavior/STI, which should focus on knowledge but also on communicative counseling skills and the patient- and physician-sided taboo and stigma. Due to rising STI incidences, it is important that FPs offer risk-group-specific counseling, testing and treatment to detect and treat STI early and thereby also to avoid new infections.

Keywords: sexually transmitted diseases; primary care; prevention

¹ Bereich Allgemeinmedizin/Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“, Technische Universität Dresden

² Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“, Technische Universität Dresden

Peer reviewed article eingereicht: 01.07.2016, akzeptiert: 09.08.2016

DOI 10.3238/zfa.2017.0032-0038

Hintergrund

Seit Mitte der 1990er Jahre werden in Europa (und weltweit) sexuell übertragbare Infektionen (STI) zunehmend als globales Gesundheitsproblem thematisiert [1]. STI-Inzidenzraten variieren zwischen den Ländern auch in Abhängigkeit von Versorgungsstrukturen der Gesundheitssysteme, z.B. Zugang zu STI-Testungen, verwendete diagnostische Labormethoden oder Meldepflicht einzelner STI [2]. In Deutschland sind deutlich steigende STI-Inzidenzen zu beobachten [3]. So stiegen z.B. die Inzidenzraten von in Sachsen gemeldeten Chlamydien-Infektionen (es besteht in Deutschland ausschließlich in Sachsen Meldepflicht) insbesondere unter jungen Erwachsenen innerhalb von zehn Jahren von 26,3/100.000 Einwohner (2003) auf 102,0/100.000 Einwohner (2012) [4]. Auch die Inzidenzraten von Gonorrhö (auch Tripper) erhöhten sich in Sachsen von 6,8/100.000 Einwohner (2003) auf 13,7/100.000 Einwohner (2011) [5]. Die Inzidenzraten von Syphilis (auch Lues) stiegen deutschlandweit insbesondere bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), seit 2010 an. 2014 lag die Inzidenz bundesweit bei 7,1/100.000 Einwohner [6]. Die Inzidenzen von HIV halten sich seit ca. 2005 auf einem annähernd stabilen Niveau. 2014 lag die Gesamtzahl der Neuinfektionen bei ca. 3.200 Fällen, davon 72 % bei MSM [7]. Bei allen STI ist von einer hohen Dunkelziffer von bereits infizierten Menschen auszugehen, einerseits aufgrund längerer symptomfreier Latenzzeiten oder symptomfreier Infektionsverläufe, andererseits aufgrund fehlender oder eingeschränkter Zugänge zum medizinischen Versorgungssystem.

STI können langfristig Gesundheit und Lebensqualität beeinträchtigen und mit weiterführenden ernsthaften Konsequenzen wie Unfruchtbarkeit, Folgeerkrankungen oder sogar Tod verbunden sein. Nicht bemerkte, nicht diagnostizierte bzw. nicht therapierte STI erhöhen das Risiko der Ansteckung der Sexualpartner* und ggf. (ungeborener) Babys der Infizierten. Das Ausmaß des Nichtwissens um STI, deren Folgen und Möglichkeiten der Verhütung ist in der

Merkmals	Ausprägung	Häufigkeit
Spezialisierung	Facharzt für Allgemeinmedizin	85 %
	Facharzt für Innere Medizin	2 %
	Arzt in Weiterbildung (Allgemeinmedizin)	11 %
Geschlecht	weiblich	62 %
	männlich	38 %
Alter	< 40 Jahre	36 %
	40–49 Jahre	26 %
	> 50 Jahre	38 %
Studienabschluss vor ...	< 10 Jahre	30 %
	10–20 Jahre	23 %
	> 20 Jahre	47 %
Gemeindegröße	< 5.000 Einwohner	26 %
	5.000–50.000 Einwohner	45 %
	50.001–100.000 Einwohner	6 %
	> 100.000 Einwohner	23%

Tabelle 1 Stichprobenbeschreibung

deutschen Bevölkerung groß [3, 8]. Ein Großteil der STI ist vermeidbar [9]; Aufklärung, Präventionsberatung und niedrigschwellige Testungsangebote sind dafür notwendige Maßnahmen. Die gesellschaftlich verwurzelte Tabuisierung der Themen Sexualität und STI-Diagnosen, die häufig mit Stigmatisierungen einhergehen, erschweren Aufklärung und Versorgung [10]. Hausärzte übernehmen als Primärversorger parallel zu anderen Fachärzten und öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD) eine wichtige Rolle bei Prävention, Diagnostik und Behandlung von STI. Es liegen nur wenige publizierte Daten zur Rolle des Hausarztes bei diesem Thema in Deutschland vor. Eine 2008 durchgeführte Befragung von 110 Hausärzten in Kiel und Umgebung bestätigte, dass das Thema STI durchaus ein hausärztliches Handlungsfeld sei. Jedoch berichteten etwa zwei Drittel der Befragten, dass sie sich beim Ansprechen des Themas Sexualität mäßig bis sehr unsicher fühlten. Die Mehrheit (87 %) der befragten Hausärzte schätzt sich zu diesem Thema durch das Studium als unzureichend ausgebildet ein [11], was auch Ergebnissen internationaler Studien entspricht [12–14]. Eine belgische Studie thematisierte darüber hinaus

Peinlichkeit und Ängste bei Ansprechen von Sexualitäts- und STI-Themen auf Hausarzt- und Patientenseite als relevante Gründe der Vernachlässigung dieses Themas in der Patientenberatung [13]. Die vorliegende Publikation fokussiert auf die Fragen, ob und inwiefern STI-Beratung und -Testung aktuell in sächsischen Hausarztpraxen erfolgen und ob sich die Hausärzte dafür adäquat vorbereitet einschätzen.

Methoden

Im Rahmen einer Pilotstudie wurde eine schriftliche Befragung zu STI-Beratung und -Testung in der Hausarztpraxis durchgeführt. Ziele der Pilotstudie bestanden a) in der Testung der Anwendbarkeit und Verständlichkeit des selbst entwickelten Fragebogens sowie b) in der Erhebung erster Ergebnisse. Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über inhaltliche Ergebnisse der Pilotstudie.

Der vierseitige Fragebogen wurde in Kooperation von Mitarbeitern des Bereichs Allgemeinmedizin und der Klinik und Poliklinik für Dermatologie der TU Dresden entwickelt. Der Fragebogen umfasste neben der Abfrage der sozio-

* Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die getrennte Nennung beider Geschlechter verzichtet. Sofern nicht anderweitig beschrieben, sind stets beide Geschlechter gemeint.

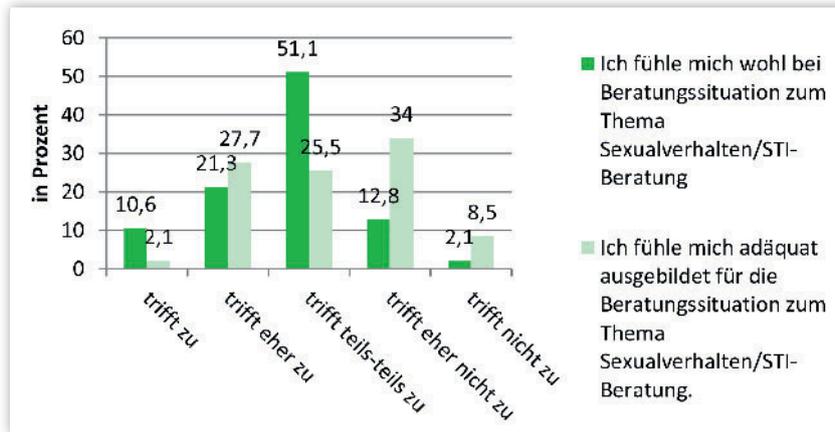


Abbildung 1 Selbsteingeschätzte Beratungskompetenz

demografischen Angaben die Selbsteinschätzungen der STI-Beratungskompetenz, des STI-Beratungsverhaltens und des STI-Testungsverhaltens. Konkrete Nachfragen zu Test- und Diagnosehäufigkeiten wurden hinsichtlich HIV, Chlamydien, Gonorrhö und Syphilis gestellt. Der Fokus lag dabei auf STI, die üblicherweise nicht im Fokus sonstiger Beratungen (z.B. Impfberatung oder Reiseberatung zu Hepatitis B und C) stehen. Die Befragung erfolgte beim Jahreskongress der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) im Juni 2016 in Lichtenwalde/Sachsen. Alle anwesenden praktizierenden niedergelassenen Ärzte oder Ärzte in Weiterbildung waren eingeladen, sich zu beteiligen. Der Fragebogen wurde in Papierform verteilt und konnte ausgefüllt in bereitstehende Boxen eingeworfen werden. Die Teilnehmer wurden auf dem Fragebogen schriftlich informiert, dass das Ausfüllen des Fragebogens einer Teilnahmebestätigung entspricht. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig, alle Angaben wurden anonymisiert erhoben. Um die Anonymität in dieser kleinen selektiven Stichprobe zu gewährleisten, wurden Alter und Gemeindegröße in Kategorien erfasst und bei Fragen zum Facharzt nur in Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin und anderer Facharzt unterschieden. Die Daten wurden mit SPSS 23.0 erfasst und mittels deskriptiver Analyseverfahren ausgewertet. Die Prüfung von Verteilungsunterschieden erfolgte bei zwei Subgruppen mit dem Chi²-Anpassungstest, bei mehr als zwei Subgruppen aufgrund der kleinen Stichprobe mit dem Z-Test.

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung der teilnehmenden Ärzte

Von 63 angemeldeten hausärztlich tätigen Kongressteilnehmern füllten 47 (75 %) den Fragebogen aus. Die Studienteilnehmer (Tab. 1) setzten sich überwiegend aus Fachärzten für Allgemeinmedizin zusammen. Der Anteil weiblicher Befragungsteilnehmer lag bei 62 %. Die Altersgruppen waren annähernd gleich verteilt. Bei fast der Hälfte der Befragten (47 %) lag der Abschluss des Medizinstudiums 20 und mehr Jahre zurück. Etwa die Hälfte der Hausarztpraxen der Befragten lag in eher kleinstädtischer und jeweils annähernd ein Viertel in ländlicher oder großstädtischer Region (Tab. 1).

Selbsteingeschätzte STI-Beratungskompetenz

Gefragt nach Fortbildungen zu STI in den letzten drei Jahren, gaben 55 % mind. eine und 45 % keinerlei Fortbildungsteilnahmen an. 30 % der teilnehmenden Ärzte bewerteten sich als adäquat ausgebildet, um Patienten zum Thema STI zu beraten, während 43 % auf ein (eher) unzureichendes STI-Wissen verwiesen (Abb. 1). Die Fortbildungsteilnahme in den letzten drei Jahren stand in keinem signifikanten Zusammenhang zur Selbsteinschätzung der eigenen Fachkompetenz STI. Signifikant mehr Ärztinnen (50 %) als Ärzte (21 %) schätzten sich als eher unzureichend ausgebildet ein (Z-Test, $p \leq 0,05$). Signifikant mehr Ärzte jünger als 40 Jahre (64,7 %) vs. älter 40 Jahre (31,0 %) gaben an, eher unzureichend für Beratungen zu Sexualverhalten und STI ausgebildet zu sein (Z-Test, $p \leq 0,05$). Stratifiziert nach Geschlecht ausgewertet, bestätigte sich ein signifikanter Altersunterschied bzgl. der Einschätzung der eigenen Fachkompetenz STI nur in der Gruppe der Ärztinnen (Z-Test, $p \leq 0,05$). 32 % der Ärzte gaben an sich im Großen und Ganzen in Beratungssituationen zu Sexualverhalten und STI wohlfühlen, 15 % negierten das (Abb. 1). Dabei gab es keine deskriptiven oder signifikanten Verteilungsunterschiede in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Berufsstatus oder Fortbildungsteilnahme in den letzten drei Jahren. Reichlich ein Viertel der Befragten gab an, mindestens manchmal Beratungssituationen zum Thema

Häufigkeit der STI-Beratung bei Patienten ...	bisher nie	selten	manchmal	überwiegend
... mit vermutetem Infektionsrisiko für STI unabhängig vom Beratungsanlass	23 %	47 %	26 %	2 %
... mit Beschwerden, die auf eine mögliche STI hin verweisen	4 %	45 %	17 %	32 %
... mit aktivem Wunsch einer Beratung zu STI	11 %	47 %	19 %	21 %
< 25 Jahre	19 %	32 %	17 %	30 %
25–40 Jahre	11 %	43 %	30 %	13 %
41–60 Jahre	34 %	45 %	13 %	4 %
> 60 Jahre	62 %	28 %	2 %	2 %

Tabelle 2 Anteil der Hausärzte, die STI-Beratung bei verschiedenen Patientengruppen durchführen

	Anzahl der STI-Tests in den letzten 12 Monaten				
	0	1–9	10–19	20–29	≥ 30
HIV	26 %	64 %	4 %	2 %	2 %
Chlamydien	36 %	49 %	6 %	4 %	2 %
Gonorrhö	70 %	21 %	6 %	0 %	0 %
Syphilis	89 %	11 %	0 %	0 %	0 %

Tabelle 3 Anteil der Hausärzte und Anzahl STI-Tests in den letzten 12 Monaten

Sexualverhalten/STI zu vermeiden, mehr als zwei Drittel vermeiden dies selten oder nie. Auch hier ergaben sich keine signifikanten oder deskriptiven Assoziationen mit Geschlecht, Alter, Berufsstatus oder Fortbildungsteilnahme in den letzten drei Jahren.

Beschreibung des Beratungsverhaltens bei STI

Fast alle Befragten (98 %) bestätigten, Patienten präventiv zum Thema Sexualverhalten/STI zu beraten: 72 % gaben an, dies seltener als monatlich, 26 % mindestens monatlich zu tun. Geschlecht, Alter, Berufsstatus und Fortbildung standen dabei in keinem Zusammenhang zur Beratungshäufigkeit. In Abhängigkeit von den Beratungsanlässen der Patienten ergaben sich leicht unterschiedliche Beratungshäufigkeiten. Etwa ein Drittel der Befragten gab an, Patienten immer zu STI zu beraten, wenn Beschwerden vorlagen, die auf eine mögliche STI verwiesen. Bei Patienten mit einem vermuteten Infektionsrisiko für STI unabhängig vom Beratungsanlass gaben 2 % der Ärzte an, immer eine STI-Beratung durchzuführen, 23 % taten das bisher nie. Für Patienten mit aktivem Wunsch für eine STI-Beratung bestätigten 21 % der Ärzte diese dann immer zu beraten, während es bei 11 % der Ärzte bisher nie zu einer STI-Beratung aufgrund aktiver Nachfrage des Patienten gekommen ist (Tab. 2). Bezüglich der Altersgruppen führten mehr Hausärzte STI-Beratungen häufiger bei jüngeren Altersgruppen durch: 47 % berieten manchmal oder immer zu STI bei den < 25-Jährigen und 43 % bei den 25- bis 40-Jährigen. Weniger als 20 % der Ärzte gaben an, schon einmal STI-Beratungen bei Patienten > 40 Jahre durchgeführt zu haben (Tab. 2). STI-Beratung bei Patienten, die käuflichen Sex nutz-

ten oder anboten, wurde von 21 % der Hausärzte durchgeführt. Die meisten gaben jedoch an, diese Patientengruppe seltener als monatlich zu beraten. Der Großteil der Hausärzte (89 %) gab an, Patienten mit STI-Diagnose oder -Diagnoseverdacht an spezialfachärztliche Kollegen im ambulanten Setting zu überweisen oder an den ÖGD zu verweisen. 36 % gaben an, mehr als die Hälfte dieser Patienten weiterzuschicken. Weder für Praxisortanbindung (Stadt oder Land) noch Geschlecht oder Einschätzung der eigenen Fachkompetenz war ein Zusammenhang zum Überweisungsausmaß festzustellen.

Selbstberichtete STI-Diagnostik und STI-Neudiagnosen

74 % der teilnehmenden Hausärzte führten in den letzten 12 Monaten mindestens einen HIV-Test durch (Tab. 3), 4 % bestätigten, mindestens eine HIV-Neudiagnose in den letzten 12 Monaten festgestellt zu haben (Tab. 4). Ein Test auf Chlamydien wurde von 64 % der Hausärzte mindestens einmal in den letzten 12 Monaten durchgeführt (Tab. 3). 75 % bestätigten mindestens eine Chlamydiendiagnose festgestellt zu haben (Tab. 4). Die Durchführung von Tests auf Gonorrhö und Syphilis wurde von weniger Hausärzten (30 % bzw. 11 %) angegeben (Tab. 3). 19 % bzw. 11 % der Hausärzte berichteten eine Diagnosestellung für Gonorrhö bzw. Syphilis in den letzten 12 Monaten (Tab. 4).

Diskussion

Die vorliegende Pilotstudie belegte für sächsische Hausärzte, die am SGAM-Jahreskongress teilgenommen hatten, dass fast alle (98 %) Patienten zu Sexualverhalten/STI beraten, wobei sich ein nicht

unerheblicher Anteil der Hausärzte, sich mit diesem Beratungsthema (eher) nicht wohlfühlte und als (eher) nicht adäquat ausgebildet einschätzte. Die Fragen zum diagnostischen Verhalten zeigte im Vergleich zu allen anderen in dieser Pilotstudie thematisierten STI eine höhere Sensibilisierung für HIV-Testung, und eine – auch angesichts der berichteten Häufigkeiten von Neuinfektionen in den letzten 12 Monaten – verbesserungswürdige Sensibilisierung für Tests auf Chlamydien.

Selbsteingeschätzte Beratungskompetenz zu STI

Dass sich mehr als zwei Drittel der befragten Hausärzte als nur teilweise oder eher nicht adäquat für die Beratung zum Thema Sexualität und STI ausgebildet einschätzten, verweist auf einen weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf, der auch in anderen Studien zu beobachten war [12–14]. Der Studie von Cedzich/Bosinski zufolge bewerteten 87 % der Hausärzte bereits die Ausbildung zu STI während des Studiums als unzureichend [11]. Der im Vergleich zu männlichen Hausärzten höhere Anteil von Hausärztinnen, die sich als eher nicht adäquat für die Beratung einschätzten, könnte mit den bekannten, generell kritischeren Selbstbewertungen eigener Kompetenzen bei Frauen zusammenhängen [15]. Es ist davon auszugehen, dass in der hausärztlichen Versorgung eher Männer im Fokus der STI-Beratung stehen, während Frauen mit entsprechenden Fragen/Symptomen eher zum Gynäkologen gehen oder überwiesen werden. Die dadurch für Hausärztinnen häufiger als bei den männlichen Kollegen gegebene gegengeschlechtliche Beratungssituation könnte ebenfalls Einfluss auf die Selbsteinschätzung genommen haben.

Selbsteingeschätztes Beratungsverhalten bei STI

Die von den Befragten berichtete Adressierung von STI-Beratung vor allem an jüngere Patientengruppen entspricht dem Risikoprofil von Chlamydieninfektionen. Die höchsten Inzidenzen für Chlamydien sind gegenwärtig bei Patienten zwischen 15 und 29 Jahren bekannt [4]. Hingegen sind bei Syphilis hohe Inzidenzraten auch in Altersgrup-

	Anzahl der STI-Diagnosen in den letzten 12 Monaten				
	0	1–9	10–19	20–29	≥ 30
HIV	96 %	2 %	2 %	0 %	0 %
Chlamydien	25 %	19 %	2 %	4 %	0 %
Gonorrhö	81 %	17 %	2 %	0 %	0 %
Syphilis	89 %	11 %	0 %	0 %	0 %

Tabelle 4 Anteil der Hausärzte und Anzahl STI-Diagnosen in den letzten 12 Monaten

pen bis 49 Jahre belegt [6]. Nicht jeder Patient wünscht beim Hausarzt von sich aus eine STI-Beratung. In der zitierten Studie von Cedzich/Bosinski gaben 40 % der Hausärzte an, das Thema Sexualität auf Anfrage der Patienten in der Sprechstunde zu thematisieren. Insofern lagen die 50 % der Ärzte, die manchmal oder immer Patienten zu STI beraten, wenn diese die STI-Prävention von sich aus thematisierten, nur wenig darüber. Die unterschiedlichen Frageninhalte beider Studien (patienteninitiiertes Thema Sexualität vs. patienteninitiierte STI-Beratung) ließen nur einen groben Vergleich zu. Bei der Arbeit von Cedzich/Bosinski 2010 zeigten sich Hinweise auf eine Genderabhängigkeit der Beratung zum Thema Sexualität, wonach männliche Patienten eher von männlichen Ärzten und in der Umkehrung weibliche Patienten lieber von weiblichen Ärzten beraten werden möchten. Diese Geschlechtsspezifika wurde in der vorliegenden Pilotstudie jedoch nicht erhoben.

Fast alle Hausärzte bestätigten, dass sie Patienten mit STI-bezogenen Beratungsanlässen zu STI beraten. Immerhin 23 % der Hausärzte geben an, dass sie noch nie Patienten zu STI beraten hätten, auch wenn sie einen STI-Verdacht unabhängig vom Beratungsanlass des Arztbesuches hatten. Da es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Beratungs- und Überweisungsverhalten gab, könnten Tabuisierung des Themas Sexualität und STI, vielleicht auch unzureichendes Wissen zu STI, aber auch Kommunikationskompetenzen ein tabubeladenes Thema anzusprechen, das hausärztliche Beratungsverhalten erklären. Mehr als 50 % der Hausärzte fühlen sich mit Beratungssituationen zum Thema Sexualität/STI nur teilweise oder eher gar nicht wohl, was auf die noch immer be-

stehende Tabuisierung des Themas verweist. Um Versorgung zu verbessern und vor allem auch Aufklärung und Prävention voranzubringen, ist die Tabudurchbrechung dieses Themas wichtig [10]. Gezielte Fortbildungs- bzw. Lehrveranstaltungen für medizinisches Personal bzw. Medizinstudierende, aber auch die öffentliche Thematisierung der Prävention und die Entstigmatisierung von STI (vgl. die aktuelle BZgA-Kampagne „LIEBESLEBEN“) sind dafür notwendige Maßnahmen.

Der hohe Anteil der Ärzte, die Patienten mit STI-Verdacht oder -Diagnose an andere Fachärzte oder den ÖGD verweisen, könnte damit erklärt werden, dass es einerseits begründete Ursachen für eine Überweisung gibt, etwa bei therapiebedürftigen Patienten mit HIV oder Patienten mit fortgeschrittener Syphilis mit Bedarf weiterführender Diagnostik oder Therapie. Andererseits werden Patienten auch an den ÖGD weitergeleitet, um einen entsprechenden STI-Test ohne eigene Kostenbeteiligung, z.B. als Screening-Maßnahme oder bei neuem Partner durchführen zu können. Die Kosten eines STI-Tests beim Hausarzt werden nur bei begründetem Verdacht von den Krankenkassen übernommen. Weiterhin könnten die thematisierten Kompetenzprobleme mit STI bei einigen Hausärzten für die Weiterleitung der Patienten an andere Fachärzte/ÖGD ursächlich sein. Hausärzte können die Primärdiagnostik für STI durchführen, unkomplizierte STI sind auch durch den Hausarzt behandelbar. Chlamydien, Gonorrhö oder Frühsyphilis bedürfen z.B. nicht zwingend einer Überweisung an andere Fachärzte. Insbesondere bei schwierig zugänglicher fachspezialisierter Versorgung ist die hausärztliche Versorgung von STI wichtig, um Patienten eine frühzeitige Versorgung zu ermöglichen.

Im Rahmen des Präventionsauftrages gehört die Beratung zur Prävention von STI zum hausärztlichen Aufgabenfeld. Es gibt Hinweise, dass Hausärzte schon durch kurze Beratungsgespräche Patienten zur Kondomnutzung motivieren und damit STI-Neuerkrankungen vermieden werden können [16]. Ein 2014 für die US Preventive Services Task Force erstelltes systematisches Review zur STI-Beratung in der Primärversorgung belegte, dass zeitintensivere STI-Beratungsinterventionen (> 2 Stunden) durch den Hausarzt die STI-Inzidenzen bei Heranwachsenden (Adoleszenten) und Erwachsenen reduzierte [17]. Ob und inwiefern zeitintensive STI-Beratung durch den Hausarzt im deutschen Gesundheitssystem zu leisten ist, muss an anderer Stelle diskutiert werden. Ergebnissen einer australischen Studie zufolge, ist die Mehrheit der jüngeren Patienten (18–25 Jahre) für Gespräche mit Hausärzten über sexuelle Orientierung/ Partner und sicheren Sex offen. Dies ist insofern von Bedeutung, da ein Alter < 25 Jahre bei sexuell aktiven Menschen als Risikofaktor für viele STI gilt [18] und der Hausarzt in dieser Altersgruppe der jungen Erwachsenen meist „neuer“ primärmedizinisch betreuender Arzt (nach Wechsel vom Kinderarzt) ist.

Selbstberichtete STI-Diagnostik und STI-Neudiagnosen

Beim Abgleich von Testungs- und Diagnosehäufigkeiten war in der Pilotstudie zu beobachten, dass drei Viertel der Hausärzte in den letzten 12 Monaten mind. einen HIV-Test durchgeführt hatten, jedoch nur 4 % eine HIV-Diagnose gestellt hatten. Dies lässt darauf schließen, dass offenbar ein Bewusstsein für die Notwendigkeit eines HIV-Screenings in der hausärztlichen Versorgung besteht. Die durch umfassende Aufklärungskampagnen seit den 1990er Jahren, aber auch durch die hohe Krankheitslast im Falle einer folgenden AIDS-Erkrankung bedingte hohe Aufmerksamkeit trägt vermutlich zu der im Vergleich zu anderen STI sichtbar höheren Testhäufigkeit bei. Anders zeigt sich das Testungs-Diagnosenverhältnis bei Chlamydien: Nur 64 % der Hausärzte berichteten mind. eine Chlamydientestung in den letzten 12 Monaten, während 75 % mind. eine Neudiagnose angaben, vermutlich als Ergebnis

Dr. rer. medic. Dipl.-Soz. Karen Voigt MPH ...



... ist seit 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Dresdner Bereich für Allgemeinmedizin, leitet und koordiniert den zugehörigen Forschungsbereich. Arbeitsschwerpunkte: Versorgungsforschung in der hausärztlichen Versorgung, Gesundheitsförderung/Public Health; Mitglied des DFG-Netzwerkes „Gesund durchs Medizinstudium?!“ – GeduMed.NET

von durch ÖGD oder andere Fachärzte durchgeführter Testung. Da die Prävalenz von Chlamydieninfektionen im Vergleich zu HIV in der Bevölkerung wesentlich höher ist, verweist der geringere Anteil von Hausärzten, die auf Chlamydien testen (im Gegensatz zu HIV) auf eine eher symptomorientierte Vorgehensweise. Im Kontext steigender Inzidenzen sollte das bereits vom Gemeinsamen Bundesausschuss empfohlene Chlamydien-Screening in Risikogruppen stärker auch in den hausärztlichen Fokus gerückt und als abrechenbare Leistung definiert werden. Das Chlamydien-Screening ist bisher nur für Frauen bis zum 25. Lebensjahr beim Gynäkologen einmal jährlich vorgesehen und abrechenbar [8, 19].

Methodenkritik

Die Ergebnisse dieser Pilotstudie geben erste Hinweise zu selbsteingeschätzter STI-Kompetenz und Beratungs- sowie Testungsverhalten, die in einer größeren repräsentativen Stichprobe zu prüfen sind. In der vorliegenden Pilotstudie waren keine signifikanten Zusammenhänge zwischen selbsteingeschätzter Beratungskompetenz und berichteten Beratungs-/Testungsverhalten zu beobachten. Dies sollte in einer größeren Stichprobe geprüft werden, da die Stichprobe der vorliegenden Pilotstudie zu klein war, um wenigstens moderate Zusammenhänge zu entdecken. Da kein vali-

diertes Befragungsinstrument zum Thema medizinische hausärztliche Versorgung von STI vorliegt, wurde ein selbstentwickelter Fragebogen eingesetzt, der Limitierungen bzgl. Verständlichkeit, Reliabilität und Validität aufweisen kann. Bei Interpretation von Befragungsergebnissen zu Tabuthemen muss berücksichtigt werden, dass Menschen sozial erwünscht antworten können [20]. Die Ergebnisse der Pilotstudie reihen sich jedoch annähernd in Ergebnisse anderer Studien zum Thema ein, sodass entweder kein starker Effekt der sozialen Erwünschtheit oder zumindest der gleiche wie bei den anderen Studien vorlag. In der Folgebefragung wird der Effekt durch entsprechende Kontrollinstrumente methodisch stärker kontrolliert werden.

Schlussfolgerungen

Bei der Mehrheit der Studienteilnehmer besteht ein sichtbarer Bedarf an hausärztlicher Fort- und Weiterbildung zum Thema Sexualverhalten/STI. Entsprechende Fortbildungsveranstaltungen sollten sowohl fachliche, aber auch kommunikative Beratungskompetenzen stärken, nicht zuletzt auch um patienten- und arztseitiger Tabuisierung und Stigmatisierung entgegenzuwirken. Bereits im Medizinstudium sollte das breite Spektrum der STI thematisiert und die Bedeutung der Prävention her-

vorgehoben werden. Während für HIV eine hohe Sensibilisierung der Hausärzte berichtet wird, scheinen die in der Bevölkerung wesentlich häufiger vorkommenden Chlamydien weniger im Fokus der hausärztlichen STI-Diagnostik zu sein. Aufgrund steigender Inzidenzen ist es wichtig, dass auch Hausärzte risikogruppenspezifische Beratung, Testung und Therapie anbieten, um im Rahmen ihrer präventiven Aufgaben STI zu verhindern, früh zu erkennen, zu behandeln und dadurch Neuinfektionen zu vermeiden. Durch die Prävention und Früherkennung von STI beim Hausarzt wäre ein niedrigschwelliger Zugang gerade auch für männliche Patienten gegeben. Notwendig dafür wäre aber, die Kostenübernahme von Risikogruppenbezogenen STI-Screeningtests oder STI-Beratungsgesprächen in den Leistungskatalog von Hausärzten (aber auch spezialärztlicher Versorger, z.B. Venerologen, Infektiologen) als abrechenbare Leistung aufzunehmen. Darüber hinaus sind umfassende Aufklärungskampagnen in der Bevölkerung weiterhin notwendig, insbesondere in den Risikogruppen Adoleszenter und junger Erwachsener, um über STI, Ansteckungswege und Präventionsmöglichkeiten aufzuklären, das Thema zu „enttabuisieren“ und niedrigschwellige Versorgungswege aufzuzeigen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. Dipl.-Soz. Karen Voigt MPH
Bereich Allgemeinmedizin/MK3
Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“
der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Tel.: 0351 45812203
Karen.Voigt@uniklinikum-dresden.de

Literatur

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Sexually transmitted infections in Europe 2013. Surveillance Report. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2015
2. Ozolins D, D'Elia MM, Lowndes CM, Unemo M. Diagnostics, surveillance and management of sexually transmitted infections in Europe have to be improved: lessons from the European Conference of National Strategies for Chlamydia Trachomatis and Human Papillomavirus (NSCP conference) in Latvia, 2011. JEADV 2013; 27: 1308–11
3. Corsten C, von Rügen U. Prävention sexuell übertragbarer Infektionen (STI) in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 2013; 56: 262–8
4. Robert Koch Institut. Chlamydia trachomatis – Laborsentinel. Epidemiol Bull 2013; Nr. 46: 469–76
5. Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen. Epidemiologische Aspekte bei Neisseria gonorrhoeae- und Chlamydia trachomatis-

- Infektionen unter besonderer Berücksichtigung der Meldedaten aus Sachsen. LUA-Mitteilungen 2012; 4: 22–9
6. Robert Koch Institut. Weiterer starker Anstieg der Syphilis bei MSM in Deutschland im Jahr 2014. Epidemiol Bull 2015; Nr. 49: 515–27
 7. Robert Koch Institut. Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland, Stand Ende 2014. Epidemiol Bull 2015; Nr. 45: 475–86
 8. Gille G, Klapp C, Diedrich K, et al. Chlamydien – eine heimliche Epidemie unter Jugendlichen. Prävalenzbeobachtung bei jungen Mädchen in Berlin. Dtsch Arztebl 2005; 102: 28–29
 9. Fuchs W, Brockmeyer NH. Sexuell übertragbare Infektionen. JDDG 2014; 12: 451–65
 10. Badura-Lotter G. Sexuell übertragbare Krankheiten. Die Bedeutung von Stigma und Tabu für die Versorgungsrealität. Urologe 2014; 53: 548–56
 11. Cedzich DA, Bosinski HA. Sexualmedizin in der hausärztlichen Praxis: gewachsenes Problembewusstsein bei nach wie vor unzureichenden Kenntnissen. Sexuologie 2010; 17: 135–47
 12. Markham WA, Bullock AD, Matthews P, Firmstone VR, Kelly S, Field SJ. Sexual health care training needs of general practitioner trainers: a regional survey. J Fam Plan Reprod Health Care 2005; 31: 213–8
 13. Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, et al. Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus. Fam Pract 2003; 20: 11–5
 14. Matthews P, Fletcher J. Sexually transmitted infections in primary care: a need for education. Br J Gen Pract 2001; 51: 52–6
 15. Kolip P. Medizin hat ein Geschlecht: Zufriedenheit mit der Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte. In: Böcken J, Braun B, Landmann J (Hrsg.). Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2009: 102–20
 16. Kamb ML, Fishbein M, Douglas JM Jr, et al. Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial. JAMA 1998; 280: 1161–7
 17. O'Connor EA, Lin JS, Burda BU, Henderson JT, Walsh ES, Whitlock EP. Behavioral sexual risk-reduction counseling in primary care to prevent sexually transmitted infections: a systematic review for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2014; 161: 874–83
 18. Meyers D, Wolff T, Gregory K, et al. USPSTF recommendations for STI screening. Am Fam Physician 2008; 77: 819–24
 19. Mund M. Chlamydien screening gemäß G-BA-Richtlinien. Was müssen Frauenärzte beachten? Frauenarzt 2011; 52: 652–3
 20. Krumpal I. Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. Qual Quant 2013; 47: 2025–47



DEGAM-Forschungskurs – Basis-Modul 3./4.2.2017

Institut für Allgemeinmedizin, Technische Universität München,
Orleansstr. 47, 81667 München

Programm Freitag 3.2.2017, 9–17.30 Uhr

- Forschungsfragen stellen – das passende Studiendesign finden
- Statistik von Nicht-Statistikern für Nichtstatistiker I – Daten eingeben und zusammenfassen
- Ist die Intervention wirksam? Randomisierte und nicht-randomisierte Studien
- Da kommt ja überall etwas anderes raus! Metaanalyse

Samstag 4.2.2017, 9–15 Uhr

- Statistik von Nicht-Statistikern für Nichtstatistiker II – Konfidenzintervalle, Signifikanztests, Regressionen und andere Abenteuer
- Ist der Patient krank oder gesund? Diagnostische Studien
- Die Tausendssassas für viele Fragen: Querschnittsstudien, Kohortenstudien

Zielgruppe: Ärzte und andere Wissenschaftler, insbesondere wissenschaftliche Mitarbeiter von Instituten für Allgemeinmedizin, die eigene Forschungsvorhaben durchführen oder durchführen wollen, aber bisher nur begrenzte oder sogar keine Forschungserfahrung haben

Dozenten: Prof. Dr. Antonius Schneider, Prof. Dr. Klaus Linde
(Institut für Allgemeinmedizin, TU München)

Kursgebühr: 160 €

Weitere Informationen/Anmeldung: www.am.med.tum.de/degam-forschungskurs-2014