

# Angebote der Beratungsstellen zu sexuell übertragbaren Infektionen und HIV und diesbezügliche Datenerhebung in deutschen Gesundheitsämtern im Jahr 2012

## Ist eine einheitliche Datensammlung möglich?

In Deutschland werden sexuell übertragbare Infektionen (STI) von niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen, in Klinikambulanzen, von freien Trägern (wie z. B. der Aids-Hilfe) oder von den STI/HIV-Beratungsstellen der Gesundheitsämter diagnostiziert und behandelt. Seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Jahr 2001 sind Infektionen mit Chlamydien und Gonorrhö-Erkrankungen nicht mehr meldepflichtig [1]. Daten zu STI wurden vom Robert Koch-Institut (RKI) zwischen 2003 und 2009 in einer Sentinel-Surveillance erhoben [2, 3]. An dieser Surveillance beteiligten sich viele STI/HIV-Beratungsstellen der Gesundheitsämter. Sie führten, verglichen mit anderen Gesundheitseinrichtungen, routinemäßig häufiger Screenings von Hochrisikopopulationen durch, sodass sie – außer für *Trichomonas vaginalis* – die höchsten STI-Untersuchungszahlen aufwiesen [2].

Im Jahr 2010 führte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Befragung zum STI/HIV-Testangebot an Gesundheitsämtern und in Aids-Hilfen in Deutschland durch [4]. Diese Studie zeigte, dass viele Gesundheitsämter zusätzlich zur HIV-Beratung und HIV-Testung auch eine STI-Beratung und STI-Testung anbieten. Sie sammeln routinemäßig wichtige epidemiologische Daten, wie z. B. zur Anzahl der untersuchten

Personen, zur Anzahl der Diagnosen sowie auch soziodemografische und einige Verhaltensdaten über die Personen, die zum Test und zur Beratung kommen [5, 6]. Zum Teil werden diese Daten an die Landesbehörde übermittelt und gemeinsam mit anderen Daten auf Landesebene berichtet – z. B. in Berlin [7], Baden-Württemberg [8] oder in Sachsen [9]. Diese Informationen werden jedoch auf sehr unterschiedliche Weise erhoben, beispielsweise anhand unterschiedlicher STI/HIV-Indikatoren und mittels unterschiedlicher Erhebungsinstrumente. Aus diesem Grund ist eine optimale Nutzung dieser Daten für den Vergleich zwischen einzelnen Gesundheitsämtern oder Bundesländern sowie für die Berichterstattung auf Bundesebene derzeit nicht möglich. Ein Zusammenfassen dieser Daten würde es erlauben, die jetzigen Beratungsangebote und Datenerhebungskapazitäten darzustellen. Zudem würde die Standardisierung der gesammelten STI/HIV-Informationen eine STI/HIV-Datensammlung auf Bundesebene ermöglichen. Eine solche Datensammlung, die einige Indikatoren für sexuelle Gesundheit in Deutschland umfasst (Indikatorenkatalog der DSTIG), wäre von großem Nutzen, um Präventionsstrategien kontinuierlich an den Bedarf anzupassen und zu verbessern [10].

Ziel des hier vorgestellten Projekts war es, sowohl einen Überblick über die gegenwärtigen Angebote der STI/HIV-Beratungsstellen zu erhalten als auch zu untersuchen, welche Möglichkeiten dort bestehende STI/HIV-Datensammlungen bieten und ob eine Vereinheitlichung der in den Gesundheitsämtern erhobenen STI/HIV-Daten möglich ist. Im Anschluss an diese Befragung wurde vom RKI ein Konzept entwickelt, das der potenziellen Vereinheitlichung und Zusammenführung der erhobenen STI/HIV-Daten dient.

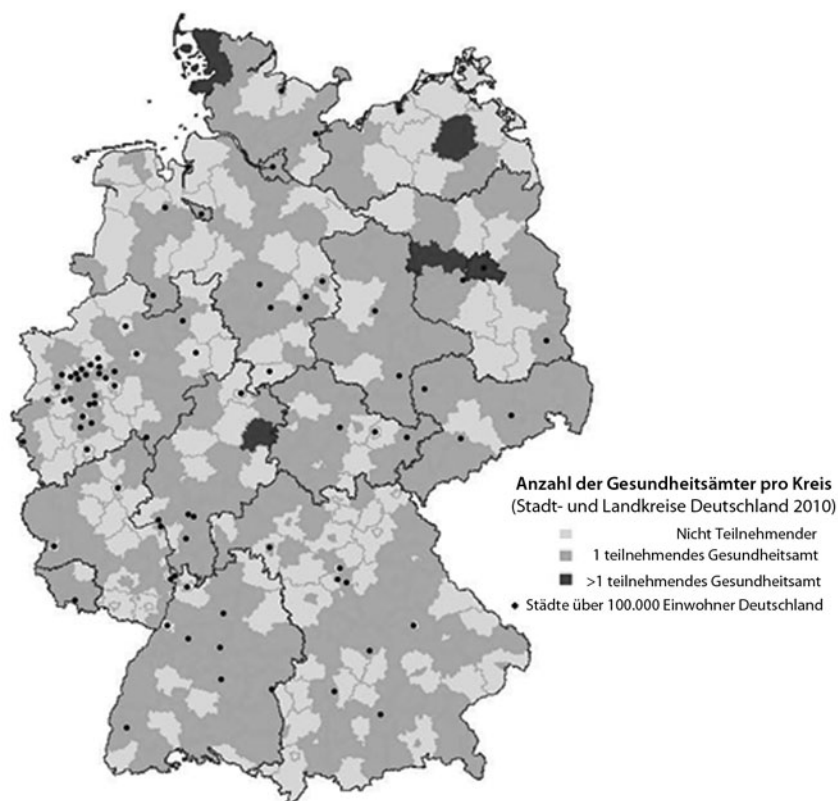
### Methoden

#### Einschlusskriterien

In die Studie wurden alle Gesundheitsämter eingeschlossen, die im Jahr 2011 eine STI/HIV-Testungen angeboten haben.

#### Entwicklung des Fragebogens

Es wurde ein Fragebogen entwickelt, um Informationen zu folgenden Aspekten zu erheben: Art der Sprechstunde, Struktur der Klientel, Angebotsprofil und Art der Datenerhebung. Nach einer Pilotstudie wurde die endgültige Version des Fragebogens mittels Adobe® Acrobat® erstellt.



**Abb. 1** ▲ Geografische Darstellung der 250 an der Studie teilnehmenden Gesundheitsämter nach Kreis, Deutschland, 2012

Die angebotenen Sprechstunden wurden den folgenden 3 Kategorien zugeordnet: HIV-, STI- und kombinierte Sprechstunde. Die Gesundheitsämter sollten die Struktur ihrer Klientel auf Basis der Zahlen aus dem Jahr 2011 schätzen. Es wurde zwischen 4 Transmissionskategorien unterschieden: i.v.-DrogenkonsumentInnen; Männer, die Sex mit Männern haben (nicht prostituiert); SexarbeiterInnen; Heterosexuelle (nicht prostituiert). Anschließend wurde nach den im Gesundheitsamt durchgeführten Präventionsaktivitäten, den vorhandenen Testangeboten und der Möglichkeit zu gynäkologischen Untersuchungen gefragt. Erfasst wurde, ob und wie die Gesundheitsämter ihre Daten erheben und übermitteln. Anschließend wurde die Verfügbarkeit von Daten zu den folgenden 4 Kategorien erfragt: soziodemografische Indikatoren, Indikatoren zur medizinischen Versorgung, Laborindikatoren und Anzahl der Neuinfektionen/Neuerkrankungen (Verfügbarkeit der Daten zur Anzahl der Untersuchungen und zu den positiven Ergebnissen).

### Kommunikation mit den Bundesländern und Gesundheitsämtern

Da im Jahr 2010 zum gleichen Thema eine Befragung durch das Bund-Länder-Gremium zur Koordinierung der Maßnahmen der Aids-Aufklärung stattgefunden hatte, wurden die Aids-Koordinatoren in den 16 Bundesländern identifiziert und um Zustimmung zur Studie gebeten. Des Weiteren wurden die Koordinatoren gebeten, dem RKI Informationen über bereits existierenden Strukturen der STI/HIV-Datenerhebung und des Melde- oder Berichtssystems zukommen zu lassen. Falls verfügbar, wurde die letzte vorliegende Zusammenfassung bzw. der letzte Bericht als Muster für die Jahresstatistik an das RKI übermittelt.

Die Gesundheitsämter wurden durch die Landesstellen/Ministerien der Bundesländer per E-Mail kontaktiert und gebeten, den Fragebogen auszufüllen und zurückzusenden. Die Fragebögen wurden direkt an das RKI übermittelt. Zwei Erinnerungen wurden durch die Landesstellen/

Ministerien zugeschickt. Bei Nachfragen wurden die Gesundheitsämter direkt telefonisch kontaktiert. Der Erhebungszeitraum umfasste die Monate April und Mai 2012.

### Datenauswertung

Die Daten wurden mit STATA® 12.0 (StataCorp LP, College Station, TX, USA) ausgewertet. 2010 gaben 374 Gesundheitsämter an, HIV-Tests anzubieten [4]. Diese Anzahl wurde als Nenner zur Berechnung der Rückmeldungsanteile benutzt. Die Art der Sprechstunden wurde 3 Kategorien zugeordnet: keine spezielle Sprechstunde, getrennte STI- und HIV-Sprechstunde und kombinierte STI-/HIV-Sprechstunde. Die Klientel wurde in 2 Gruppen eingeteilt: 1. Gruppe: die „STI-Klientel“ aller Gesundheitsämter mit getrennt auswertbaren Daten für die STI-Sprechstunde, und 2. Gruppe: die „andere Klientel“ der Gesundheitsämter mit auswertbaren Daten für die getrennte HIV-Sprechstunde, für eine kombinierte STI-/HIV-Sprechstunde oder ohne spezielle Sprechstunde. Falls das durchschnittliche Alter als Altersgruppe eingegeben wurde, wurde der Mittelwert der Altersgruppe berechnet. Für jede Klientel wurde der Mediananteil der Transmissionskategorie berechnet. Die Angaben zur Transmissionskategorie wurden nicht berücksichtigt, wenn die Summe <90% oder >110% war. Für kontinuierliche Variablen wurde der Median zusammen mit dem Inter-Quartil-Abstand (IQR) und für kategoriale Variablen der Anteil berechnet. Die Mediane wurden mit dem Kruskal-Wallis-Test, die Anteile mittels eines Chi-Square-Tests verglichen. Die Karte wurde mit RegioGraph® 11 (GfK GeoMarketing GmbH, Bruchsal, Germany) dargestellt.

Die erhobenen Informationen wurden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Der Datenschutzbeauftragte des RKI wurde vor Studienbeginn zu Fragen des Datenschutzes und zur Informationsfreiheit hinzugezogen.

## Ergebnisse

### Rückmeldung

Bis zum 31.05.2012 wurden an das RKI 251 von 374 versandten Fragebögen zurückgeschickt; das entspricht einer Rückmeldequote von 67%. Ein Gesundheitsamt wurde von der Studie ausgeschlossen, da es kein STI/HIV-Testangebot angab. Der Anteil der Rückmeldungen lag zwischen 49% (26/53) in Nordrhein-Westfalen und 92% (12/13) in Sachsen. Für beide Gesundheitsämter in Bremen und das Gesundheitsamt Hamburg lagen Antworten vor. Die geografische Verteilung der Rückmeldungen auf Kreisebene zeigt **Abb. 1**. In 6 Kreisen nahm mehr als ein Gesundheitsamt teil; diese Kreise sind in der Abbildung in dunkelblau dargestellt.

### Art der Sprechstunde, Anzahl von Klienten/Monat, Stadt/Landkreis

Insgesamt gaben 122 (49%) teilnehmende Gesundheitsämter an, eine kombinierte Sprechstunde anzubieten. Von ihnen boten 26 (21%) sowohl eine kombinierte Sprechstunde als auch eine zusätzliche HIV- und/oder STI-Sprechstunde an. In 77 (31%) Gesundheitsämtern gab es eine getrennte Sprechstunde, in 64 von diesen (83%) gab es nur eine HIV-Sprechstunde. In 51 (20%) Gesundheitsämtern wurde keine spezielle Sprechstunde für HIV und/oder STI angeboten, sondern nur eine allgemeine.

166 (67%) Gesundheitsämter gaben an, 1 bis 25 Klienten pro Monat zu betreuen, während 26 (10%) mehr als 100 Klienten monatlich betreuten.

73 (29%) der teilnehmenden Gesundheitsämter befanden sich in einem Stadtkreis. Fast ausschließlich in Stadtkreisen lokalisiert waren vor allem die Gesundheitsämter mit mehr als 100 Klienten pro Monat. Eine kombinierte Sprechstunde wurde in 60% der Gesundheitsämter in Stadtkreisen bzw. in 44% der Gesundheitsämter in Landkreisen angeboten. Zwischen den Gesundheitsämtern in Stadt- und Landkreisen fand sich kein Unterschied hinsichtlich des Angebotes an getrennten HIV- bzw. STI-Sprechstunden. Hingegen zeigte sich, dass 7%

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:922–929 DOI 10.1007/s00103-013-1763-9  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

M. Altmann · S. Nielsen · O. Hamouda · V. Bremer

## Angebote der Beratungsstellen zu sexuell übertragbaren Infektionen und HIV und diesbezügliche Datenerhebung in deutschen Gesundheitsämtern im Jahr 2012. Ist eine einheitliche Datensammlung möglich?

### Zusammenfassung

Beratungsstellen der deutschen Gesundheitsämter zu sexuell übertragbare Infektionen (STI) und HIV sammeln routinemäßig Daten. Ziel des hier beschriebenen Projekts war es, einen Überblick über die gegenwärtigen Angebote der STI/HIV-Beratungsstellen und die diesbezügliche Datensammlung zu erhalten sowie zu untersuchen, ob die Datenerhebung vereinheitlicht werden kann. Mittels eines elektronischen Fragebogens wurden alle Gesundheitsämter im April und Mai 2012 über ihr Angebotsprofil, die Struktur der Klientel und über ihre Vorgehensweise bei der Datenerhebung im Jahr 2011 befragt. Insgesamt wurden von 374 Fragebögen 250 gültige Fragebögen (67%) zurückgeschickt. Die Hälfte der teilnehmenden Gesundheitsämter hatte ein integriertes Beratungsangebot für HIV und STI; 20% führten eine aufsuchende Arbeit bei Sexarbeiterinnen und anderen Gruppen durch. Ein HIV-Test wurde in allen befragten Gesundheits-

ämtern, ein Test auf Hepatitis B und C in 62% bzw. 56%, ein Test auf Syphilis in 56%, auf Gonorrhö in 28% und auf Chlamydien in 27% der Gesundheitsämter angeboten. Eine gynäkologische Untersuchung war in 13% von ihnen möglich. 98% der Gesundheitsämter gaben an, Daten zu ihrer Klientel zu erheben; zwei Drittel von ihnen dokumentierten diese Daten nur auf Papier. Eine Auswertung und Übermittlung der Daten an die Landesebene wurden von 77% bzw. 58% der Gesundheitsämter angegeben. Die Vereinheitlichung der erhobenen STI/HIV-Daten wäre für viele Gesundheitsämter ohne großen zusätzlichen Aufwand umsetzbar. Dies würde das Erstellen einer STI/HIV-Jahresstatistik auf kommunaler, Landes- und Bundesebene ermöglichen.

### Schlüsselwörter

STI · HIV-Beratungsstelle · Gesundheitsamt · Datenerhebung

## Activities related to STIs and HIV and data collection in German local health authorities, 2012. Can we harvest the data?

### Abstract

In Germany, local health authorities (LHA) offering counseling and testing for sexually transmitted infections or human immunodeficiency virus (STI/HIV) routinely collect data. The study's objective was to get an overview of the activities and data collected by the LHA so as to investigate the possibility of harvesting these data at a national level. We performed a cross-sectional survey among all LHA with STI/HIV counseling and testing by using an electronic questionnaire with information on the type of STI/HIV services offered, groups reached, and data collected. Among the 374 LHA, 250 (67%) responded. Half of them offered common counseling for STI and HIV; 20% conducted outreach work among sex workers and other groups. While HIV tests were available in all LHA, 62

and 56% also offered hepatitis B and C testing, respectively. Other available tests included syphilis (56%), gonorrhoea (28%), and chlamydia (27%). Only 13% of LHA offer gynecological examinations. While 98% of LHA reported collecting data, two thirds of these records were paper-based. Although 77% analyzed their data, 58% reported their data to the regional level. Standardization of the STI/HIV data seems feasible for most of the LHA. This would allow annual statistics to be compiled at municipal, regional, and national levels.

### Keywords

Sexually transmitted infection · HIV counseling · Local health authorities · Data collection

der Gesundheitsämter in Stadtkreisen und 26% der Gesundheitsämter in Landkreisen überhaupt keine spezielle HIV-/STI-Sprechstunde anboten.

### Struktur der Klientel

Es konnten 2 Gruppen von Klientel differenziert werden: die „STI-Klientel“ aus der STI-Sprechstunde, und die „andere Klientel“ aus allen anderen Sprech-

**Tab. 1** Struktur der Klientel mit Blick auf demografische Charakteristika und Transmissionskategorien unter 250 Gesundheitsämtern, 2012

Charakteristik	STI-Klientel	Andere Klientel	p-Wert
	Median (IQR), n <sup>a</sup>	Median (IQR), n <sup>a</sup>	
Geschlecht, Anteil Männer	41 (9–60), 78	60 (50–64), 238	<0,001
Alter, Jahr	30 (25–32), 71	30 (28–33), 236	0,088
Anteil mit schwieriger sprachlicher Verständigung	15 (2–50), 75	2 (1–5), 221	<0,001
Anteil ohne Krankenversicherung	10 (1–60), 61	1 (0–5), 158	<0,001
<b>Transmissionskategorien</b>			
I.v.-DrogenkonsumentInnen	1 (0–1), 45	1 (0–3), 209	0,743
MSM (nicht prostituiert)	8 (3–23), 49	11 (5–19), 215	0,019
SexarbeiterInnen	20 (2–63), 45	1 (0–3), 209	<0,001
Heterosexuelle (nicht prostituiert)	49 (23–84), 45	86 (76–93), 209	<0,001

IQR Inter-Quartil-Range. <sup>a</sup>Anzahl von Gesundheitsämtern mit auswertbarer Information.

**Tab. 2** Angebotsprofil nach Stadt-/Landkreis mit Blick auf die Präventionsarbeit und das Testangebot unter 250 Gesundheitsämtern, 2012

Angebotprofil	Total (N=250)	Stadtkreis (N=73)	Landkreis (N=177)	p-Wert
	% (n <sup>a</sup> )	% (n <sup>a</sup> )	% (n <sup>a</sup> )	
<b>Präventionsarbeit</b>				
Aufsuchende Arbeit SexarbeiterInnen	18 (46)	46 (34)	7 (12)	<0,001
Aufsuchende Arbeit andere Gruppe	22 (54)	38 (28)	15 (26)	<0,001
Aktivitäten in Schulbereich	78 (193)	73 (53)	79 (140)	0,266
Andere Öffentlichkeitsarbeit	71 (177)	75 (55)	69 (122)	0,310
Hepatitis-Impfung	29 (71)	40 (29)	24 (42)	0,011
<b>Testangebot</b>				
HIV	100 (250)	100 (73)	100 (177)	
Hepatitis B	62 (154)	75 (55)	56 (99)	0,004
Hepatitis C	59 (147)	68 (50)	55 (97)	0,046
Syphilis	56 (139)	78 (57)	46 (82)	<0,001
Gonorrhö	28 (70)	49 (36)	19 (34)	<0,001
Chlamydien	27 (67)	47 (34)	19 (33)	<0,001
<b>Gynäkologische Untersuchung</b>	13 (32)	30 (22)	6 (10)	<0,001

Unter anderem MSM, Jugendgruppen, Migranten. <sup>a</sup>Anzahl der Gesundheitsämter mit dem jeweiligen Angebot.

stunden. Unter der STI-Klientel war der Anteil an Männern geringer als unter der anderen Klientel (■ Tab. 1). Zwischen beiden Klientelgruppen wurde kein Unterschied in der Altersstruktur gefunden. Der Anteil an Personen mit schwieriger sprachlicher Verständigung und ohne Krankenversicherung war bei der STI-Klientel höher als bei der anderen Klientel. In beiden Klientelgruppen wurden KlientInnen mit heterosexuellen Kontakten als häufigste Transmissionskategorie angegeben; ihr Anteil war in der anderen Klientel höher als in der STI-Klientel. SexarbeiterInnen stellen mit 20% einen größeren Anteil in der STI-Klientel, es handelt sich bei ihnen hauptsächlich um Frauen.

### Angebotsprofil

Mit Blick auf die Präventionsarbeit führten 78% der Gesundheitsämter Aktivitäten im Schulbereich und 71% andere Öffentlichkeitsarbeit durch (■ Tab. 2). Aufsuchende Arbeit, zu Sexarbeiterinnen als auch zu anderen Gruppen, wurde häufiger in den Stadt- als in den Landkreisen durchgeführt, ohne großen Unterschied in der geografischen Verteilung. Eine Hepatitis-Impfung wurde häufiger in den Stadtkreisen als in den Landkreisen angeboten, mit einem Gesamtanteil der Gesundheitsämter von 29%. Die geografische Darstellung zeigte, dass dieses Angebot besonders in Ostdeutschland verfügbar war.

**Tab. 3** Sammlung, Prüfung, Auswertung und Übermittlung der Daten unter 250 Gesundheitsämtern, 2012

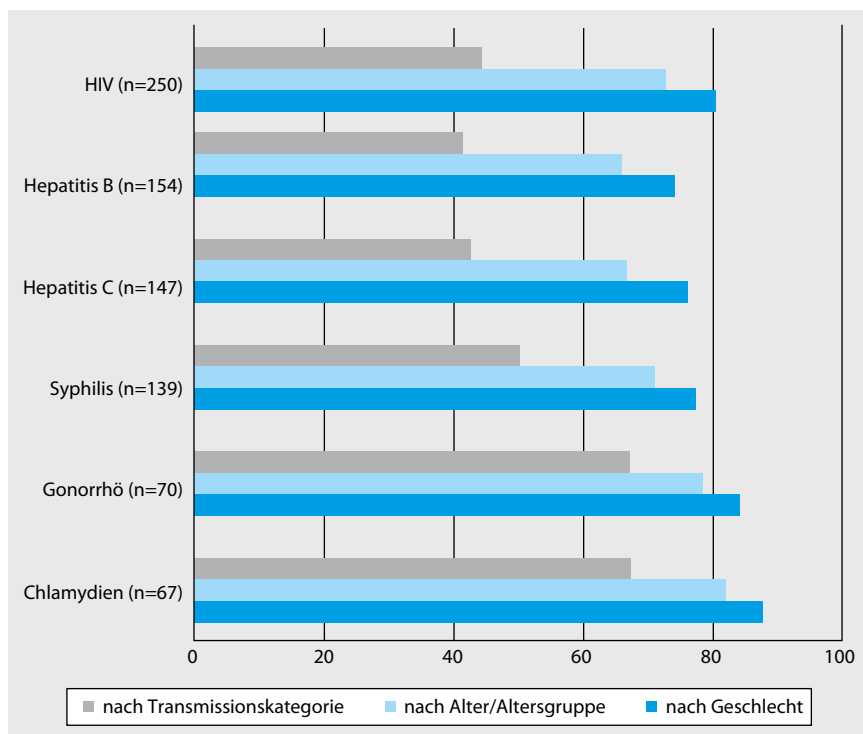
Datenerhebung	Anzahl	Anteil (%)
Sammlung	244	98
<i>Davon mit dem folgenden Format</i>		
Nur Papier	167	68
Excel	45	18
Access	5	2
Andere <sup>a</sup>	27	11
<b>Prüfung der Daten</b>		
Plausibilität	82	33
Qualität	27	11
<b>Datenauswertung</b>	192	77
<i>Davon Frequenz der Auswertung</i>		
Jährlich	126	66
Monatlich	23	12
Andere	43	22
<b>Übermittlung (≥1 Institution), davon<sup>b</sup></b>	144	58
Ministerium	45	31
Landesgesundheitsamt	67	47
Kommune	32	22
Andere Institution <sup>c</sup>	32	22

<sup>a</sup>Unter anderem Epi-Info, Octoware TN. <sup>b</sup>Mehrfachangabe möglich. <sup>c</sup>Unter anderem Landesverwaltungsamt.

Die verfügbaren Testangebote wurden alle – abgesehen vom HIV-Testangebot – häufiger in den Stadtkreisen als in den Landkreisen angeboten (■ Tab. 2). An erster Stelle steht das HIV-Testangebot (in 100% der Gesundheitsämter), dann folgt der Test auf Hepatitis B, C und Syphilis (in 56 bis 62% der Gesundheitsämter) und an dritter Stelle schließlich der Test auf Gonorrhö und Chlamydien (28% bzw. 27% der Gesundheitsämter). 30% der Gesundheitsämter boten ausschließlich HIV-Testungen an. Testangebote für Gonorrhö und Chlamydien gab es vor allem in Baden-Württemberg. Eine gynäkologische Untersuchung wurde in 32 (13%) der Gesundheitsämter, insbesondere in den Großstädten angeboten.

Der Anteil der Gesundheitsämter, die mit einer Hepatitis-Testung zugleich auch eine Hepatitis-Impfung anboten, lag bei 41%. Von den Gesundheitsämtern, die Chlamydien/Gonorrhö-Tests anbieten, taten 44% dies zusammen mit einer gy-





**Abb. 2** ▲ Verfügbarkeit von Daten (in %) nach Erregern und soziodemografischen Indikatoren in den Gesundheitsämtern mit dem jeweiligen Testangebot, 2012

näkologischen Untersuchung. Insgesamt 94% der Gesundheitsämter boten sowohl Tests auf HBV als auch auf HCV an. Bei 91% der Gesundheitsämter, die Tests auf Chlamydien anboten, wurde auch ein Test auf Gonorrhö angeboten.

### Sammlung, Auswertung und Übermittlung der Daten

244 (98%) Gesundheitsämter gaben an, Daten zur Klientel zu erheben (■ **Tab. 3**). Zwei Drittel sammelten ihre Daten auf Papier und ein Drittel in elektronischer Form. Eine Auswertung der Daten wurde in 77% der Gesundheitsämter durchgeführt und fand in der Hälfte der Fälle in einem jährlichen Rhythmus statt. 58% der Gesundheitsämter übermittelten ihre Daten an verschiedene Institutionen, z. B. an das Landesgesundheitsamt oder ein Ministerium.

Die Anzahl der Klienten, die Anzahl der Besuche und die klinischen Untersuchungen wurden von 165 (54%) bzw. 101 (40%) und 49 (20%) Gesundheitsämtern erhoben. Am häufigsten (92%) wurde die Anzahl der serologischen Untersuchungen gesammelt. Häufig wurden auch An-

gaben zum Geschlecht (in 88% der Gesundheitsämter) und zu Alter/Altersgruppe der Klientel (in 79% der Gesundheitsämter) erhoben. Weiterhin wurden die Transmissionskategorie von 44% und der Grund für den Besuch eines Klienten von 30% der Ämter erhoben. Die anderen soziodemografischen Indikatoren (Vorstellungsründe, Migrationshintergrund, Nationalität und Geburtsland, Sprachkenntnisse, Krankenversicherung vorhanden) wurden in nicht mehr als 20% der Gesundheitsämter erhoben.

Die Art der erhobenen Daten hing von den Untersuchungsangeboten ab. In 90% der Gesundheitsämter wurden HIV-Daten erhoben. Daten zur Hepatitis- und Syphilis-Untersuchung wurden in 48% der Gesundheitsämter erhoben. Eine akute Hepatitis (B und C) wurde bei einem Viertel der Gesundheitsämter erhoben. Daten zu Gonorrhö und Chlamydien-Infektionen wurden von 25% der Gesundheitsämter erhoben.

In ■ **Abb. 2** werden für die Gesundheitsämter, die die jeweiligen Tests anbieten, die Möglichkeiten der Kombination dieser Daten mit soziodemografischen Daten dargestellt. Am häufigsten ver-

fugbar waren soziodemografische Daten über Patienten, die sich auf Chlamydien und Gonorrhö testen lassen. Wenig oder schlecht verfügbar waren die soziodemografischen Daten über Patienten, die sich auf Hepatitis testen lassen. Abhängig von den Angeboten des jeweiligen Gesundheitsamtes wären 3 Abstufungen für eine Auswertung und Weiterleitung von Daten denkbar:

1. Anzahl der HIV-Tests, davon positive Testergebnisse, differenziert nach Geschlecht und nach Alter/Altersgruppe (~80% der Gesundheitsämter und ~80% der Gesundheitsämter mit dem Angebot),
2. Anzahl von HIV-, Hepatitis- und Syphilis-Tests, davon positive Testergebnisse, differenziert nach Geschlecht, nach Alter/Altersgruppe und nach Transmissionskategorie (20–40% der Gesundheitsämter und ~80% der Gesundheitsämter mit dem Angebot für das Geschlecht/Alter und 40–50% für die Transmissionskategorien),
3. Anzahl der Gonorrhö- und Chlamydien-Tests, davon positive Testergebnisse, differenziert nach Geschlecht, Alter/Altersgruppe und nach Transmissionskategorie (~20% der Gesundheitsämter aber 70–80% der Gesundheitsämter mit dem Angebot).

### Diskussion

Die vorliegende Studie zeigt, dass die Hälfte der teilnehmenden Gesundheitsämter ein Beratungsangebot für HIV und STI integriert hat. In städtischen Gesundheitsämtern gab es mehr Angebote und KlientInnen als in Landkreisen. Fast alle Gesundheitsämter erfassten die Zahl der jährlich von ihnen durchgeführten Tests mit Informationen zum Alter und Geschlecht der KlientInnen. Die Studie zeigt, dass eine zunehmende Standardisierung der Datenerhebung in den einzelnen Gesundheitsämtern ein großes Potenzial für die Datenanalyse auf Landes- und Bundesebene eröffnen würde.

Die Studie enthält einige Einschränkungen. Der Nenner der Rückmeldungsanteile entstammt einer Studie aus dem Jahr 2010. Da es im Jahr 2011 in Mecklenburg-Vorpommern eine Kreisgebietsreform gab, weicht diese Zahl geringfügig

gig davon ab. Auch wurden die Definitionen, die in jedem einzelnen Gesundheitsamt verwendet wurden (z. B. der Altersstruktur, der Transmissionskategorie oder der Untersuchung), nicht abgefragt. Diese Definitionen oder Kategorien sollten in einem Workshop mit Fachpersonal aus dem ÖGD diskutiert werden. Die bestehenden Angebote wurden orientiert an der Art der Tests und nicht Erregerorientiert erfragt. Es ist daher möglich, dass einige vorhandene Angebote, besonders mit Blick auf Chlamydien und Gonorrhö, nicht erfasst wurden. Diese Informationen wurden jedoch teilweise über Nachfragen nacherhoben. Zudem wurde die Charakterisierung „Stadt- oder Landkreis“ als Surrogatmarker für städtische oder ländliche Umgebungen benutzt, obwohl es in einzelnen Landkreisen auch größere Städte gibt. Insgesamt befanden sich 71% der an der Studie teilnehmenden Gesundheitsämter in einem Landkreis, das entspricht einem Anteil von 73% aller Gesundheitsämter in Deutschland [11]. Da sich die Gesundheitsämter in den Stadt- und Landkreisen bezüglich ihrer Angebote stark voneinander unterscheiden, gehen wir jedoch davon aus, dass diese Einteilung sinnvoll und unsere Studie repräsentativ für Deutschland ist.

Kurz nach Inkrafttreten des IfSG zeigte eine Befragung der Gesundheitsämter, dass 34% von ihnen die Bereiche HIV- und STI-Beratung in einer Beratungsstelle zusammengefasst hatten [12]. In der hier vorgestellten Befragung waren es 15% mehr. Allerdings befanden sich im ersten Fall 35% der befragten Beratungsstellen in einem Landkreis, bei uns hingegen 71%. Da eine kombinierte Sprechstunde häufiger in Stadtkreisen als in Landkreisen durchgeführt wird, ist anzunehmen, dass STI-Beratungen in mehr als 15% der Beratungsstellen integriert wurden. Dies ist sehr begrüßenswert, da damit die Trennung zwischen HIV und STI ein Stück weit aufgehoben wurde.

Den größten Anteil der Klientel in den STI/HIV-Beratungsstellen der Gesundheitsämter stellten heterosexuelle Frauen und Männer. Der Grund hierfür liegt wahrscheinlich darin, dass die Gesundheitsämter anonyme und kostenlose HIV-Tests anbieten, die auch für die Allgemeinbevölkerung attraktiv sind.

Dies ist eine gute Gelegenheit, um diese Klientel über andere STI zu informieren und ggf. zu testen. Die i.v.-DrogenkonsumentInnen werden jedoch nur in einem geringen Maße erreicht. Einige Gesundheitsämter führten aber eine aufsuchende Arbeit für diese Zielgruppe durch und erreichen sie auf diese Weise gut. Es ist anzunehmen, dass DrogenkonsumentInnen von anderen Organisationen (z. B. Suchthilfe und Drogenhilfeeinrichtungen) hinsichtlich ihrer Sucht und Substitutionstherapie betreut werden. Wir wissen nicht, ob für DrogenkonsumentInnen ausreichend niedrigschwellige Angebote zur STI/HIV-Diagnostik vorhanden sind. Dennoch ist zu fragen, ob der ÖGD diese Zielgruppe besser erreichen könnte. Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), stellen in allen Sprechstunden ungefähr 10% der Klientel. Vor allem in den Gesundheitsämtern in Landkreisen sollten nicht stigmatisierende Beratungsstellen und Testangebote für diese Zielgruppe eine große Rolle spielen. In der STI-Klientel wurde ein größerer Anteil von SexarbeiterInnen betreut, was wahrscheinlich auf die spezielle STI-Sprechstunden für SexarbeiterInnen zurückzuführen ist. In unserer Studie lag der Anteil der Personen mit schwieriger sprachlicher Verständigung bzw. ohne Krankenversicherung insgesamt bei 26% bzw. 29%. Der Anteil an Frauen mit schwieriger sprachlicher Verständigung und ohne Krankenversicherung war in der STI-Klientel größer als in der anderen Klientel, was wahrscheinlich daran liegt, dass der Anteil von SexarbeiterInnen in dieser Gruppe höher ist. Auch die vom Robert Koch-Institut im Jahr 2010 durchgeführte KABP (Knowledge, Attitude, Behaviour, Practices)-Surv-STI-Studie unter Sexarbeiterinnen, die zur STI-Sprechstunde der Gesundheitsämter kamen, zeigte, dass bis zu 44% von ihnen keine Krankenversicherungen hatten und dass die Deutschkenntnisse bei 36% der befragten Frauen sehr gering waren [13]. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass die Gesundheitsämter für diese Gruppe eine große Bedeutung haben, da sie vom regulären Gesundheitssystem nicht erreicht wird und keinen Zugang zum Gesundheitswesen hat.

Der Vergleich der Ergebnisse unserer Studie mit den Ergebnissen der BMG-Befragung

aus dem Jahr 2010 [4] zeigte, dass sich die Zahl an Syphilis- und Hepatitis-Test-Angeboten im Zeitraum von 2010 bis 2012 um 10% erhöht hat. Im Gegensatz dazu blieb die Zahl an Gonorrhö- und Chlamydien-Testangeboten gleich. Diese beiden Tests werden häufig zusammen, aber nur selten kombiniert mit einem Syphilis-Test angeboten. Auch werden gynäkologische Untersuchungen nur selten angeboten. Jedoch sind gynäkologische Untersuchungen wichtig, um andere, nur klinisch nachweisbare STIs, wie etwa Kondylome, Herpes etc., zu erkennen. Im Kontext der sexuellen Gesundheit sollten sich Angebote nicht nur auf einzelne STI-Testungen beschränken, sondern sich auch auf andere Bereiche der sexuellen Gesundheit wie Verhütung, Schwangerschaft und Krebsvorsorge beziehen. Hier könnte man sich am Beispiel der britischen GUM-Kliniken orientieren [14, 15]. Das Angebot vieler GUM-Kliniken geht über die Diagnose von STI hinaus und schließt die Beratung und Versorgung zu verschiedenen anderen Aspekten der sexuellen Gesundheit ein, wie z. B. HIV, Verhütung, Impfung, Schwangerschaft oder sexuelle Gewalt. Durch einen konsequenten Ausbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie eine enge Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen, mit Aids-Hilfen und Kliniken können Angebote im Bereich der sexuellen Gesundheit geschaffen werden, die allen Menschen – also auch Menschen ohne eine Krankenversicherung – offen stehen.

Die hier vorgestellte Studie hat deutlich gemacht, dass 98% der befragten Gesundheitsämter ihre Daten sammeln. Es liegen hauptsächlich Daten zur Anzahl der durchgeführten Tests bzw. serologischen Untersuchungen vor und seltener zum Besuch, zur Klientel oder zu klinischen Untersuchungen. Aus diesem Grund wäre es sinnvoll, die Anzahl der durchgeführten Tests als Nenner zu nehmen. Diese Daten wurden jedoch zu zwei Dritteln nur in Papierform erhoben, sodass sie nicht direkt verfügbar sind und ihre Auswertung nur bedingt möglich ist. Dennoch werten 77% der befragten Gesundheitsämter ihre Daten aus, und 58% übermitteln sie an mindestens eine weitere Institution des ÖGD auf Landesebene. Die Ergebnisse zeigen, dass die gesammelten

**Tab. 4** Jahresstatistik-Muster für STI/HIV-Daten in Gesundheitsämtern Auszufüllen je nach vorhandenen Testangeboten (HIV, Hepatitis B und C, Syphilis, Gonorrhö und Chlamydien)

Exposition	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl Untersuchungen	Davon positiv	Anzahl Untersuchungen	Davon positiv	Anzahl Untersuchungen	Davon positiv
<b>Altersgruppe</b>						
<18						
18–24						
25–34						
35–49						
>49						
Unbekannt						
Gesamt						
<b>Transmissionskategorie<sup>a</sup></b>						
Männer, die Sex mit Männern haben						
SexarbeiterInnen						
I.v.-DrogenkonsumentInnen						
Heterosexuelle (nicht prostituiert)						
Andere Transmissionskategorie: _____						
Unbekannt						
Gesamt						

<sup>a</sup>Wenn eine Person mehreren Kategorien zugeordnet werden kann, ordnen Sie sie bitte in die zuerst genannte Kategorie ein. Beispiel: Sexarbeiterinnen, die Drogen konsumieren, werden unter „Sexarbeiterinnen“ eingeordnet

Daten in vielen Fällen gar nicht oder nur unvollständig weitergegeben und in dieser Form für die Analyse gesundheitspolitisch relevanter Aspekte genutzt werden.

Die in den Gesundheitsämtern gesammelten Daten könnten – gemeinsam mit anderen Daten – auf Landes- und Bundesebene dazu genutzt werden, um Positivenraten für die jeweils betrachteten Infektionen abzuschätzen. Mit ihrer Hilfe ließe sich auch klären, ob ein beobachteter Anstieg an positiven Testergebnissen darauf beruht, dass mehr Tests durchgeführt werden und sich das Testverhalten verändert hat oder ob tatsächlich ein Anstieg der Infektionsraten vorliegt. Ein Anstieg der Infektionsraten bei mehreren Gesundheitsämtern ließe sich auf Landesebene feststellen. Die in den Gesundheitsämtern gesammelten Daten könnten als Indikatoren für sexuelle Gesundheit genutzt werden. Mithilfe dieser Indikatoren könnten AnwenderInnen Fragen zur sexuellen und reproduktiven Ge-

sundheit sowohl der Gesamtbevölkerung als auch von Teilgruppen genauer beschreiben, Maßnahmen entwickeln und deren Wirksamkeit überprüfen [10]. Die vorliegenden soziodemografischen Informationen könnten wertvolle Hinweise für die STI/HIV-Prävention liefern, insbesondere für Menschen in besonderen Lebenslagen. Ein „ÖGD-Sentinel“ anhand der Jahresstatistik wäre ein weiterer wichtiger Baustein zur Verbesserung der STI-Datenlage in Deutschland. Zudem würde eine Vereinheitlichung der erhobenen STI/HIV-Daten die Rolle des ÖGD in der Versorgung dieser Infektionserkrankungen deutlicher und seine diesbezügliche Aktivität sichtbarer machen. An der Anzahl der Untersuchungen wird man ablesen können, inwieweit bestehende Angebote angenommen werden.

Auf Basis der in dieser Studie gewonnenen Erkenntnisse schlagen wir ein Muster für eine einheitliche STI/HIV-Jahresstatistik zur Nutzung durch die

Gesundheitsämter vor (■ Tab. 4). Dieser Vorschlag soll mit den Gesundheitsämtern und Landesstellen/-ministerien diskutiert und weiterentwickelt werden. Es wird vorgeschlagen, dass die Gesundheitsämter die in ■ Tab. 4 vorgegebene Excel-Datei einmal jährlich ausfüllen und sie an ihre Landesministerien und Landesstellen weiterleiten. Die Landesministerien würden diese Daten wiederum an das Robert Koch-Institut übermitteln. In den Bundesländern, in denen bereits eine Erfassung erfolgt, könnten die zuständigen Landesstellen ihre Daten in das vorgestellte Muster einfügen, um deren bundesweite Zusammenführung zu ermöglichen. Die Datenanalyse nach Bundesländern und für Gesamtdeutschland würde am Robert Koch-Institut durchgeführt werden. Die entsprechenden Ergebnisse sollten anschließend wieder an die Landesministerien zurückgemeldet werden, die sie dann wiederum an die Gesundheitsämter weiterleiten. Zum Auftakt würde das Robert Koch-Institut den Gesundheitsämtern eine Einführung zur Jahresstatistik anbieten. Für diejenigen, die ihre Daten bisher nur auf Papier sammeln, sollte zusätzlich ein einfaches Instrument zur Datensammlung und Datenauswertung zur Verfügung gestellt und beides während der Einführungsphase geübt werden.

## Fazit

**Eine Vereinheitlichung der erhobenen STI/HIV-Daten wäre für viele Gesundheitsämter ohne großen zusätzlichen Aufwand möglich. Sie würde es ermöglichen, eine STI/HIV-Jahresstatistik auf Kreis-, Landes- und Bundesebene zu erstellen. Um dies umzusetzen, ist jedoch die politische Unterstützung der Gesundheitsämter durch die jeweiligen Bundesländer erforderlich.**

## Korrespondenzadresse

**Dr. M. Altmann**  
Abteilung für Infektionsepidemiologie,  
Robert Koch-Institut  
DGZ Ring 1, 13086 Berlin  
altmannmathias@yahoo.fr

**Danksagung.** Zunächst und in erster Linie sei den Mitarbeitern aller Gesundheitsämter ganz herzlich dafür gedankt, dass sie neben ihrer beruflichen Tätigkeit an dieser Befragung teilgenommen haben. Wir bedanken uns bei Herrn Meyer (BZgA) und bei allen Mitgliedern des Bund-Länder-Gremiums zur Koordinierung von Maßnahmen der AIDS-Aufklärung für ihre Zusammenarbeit im Rahmen dieser Studie. Wir möchten uns bedanken für alle Telefonate und Gespräche, die uns gezeigt haben, in welchen unterschiedlichen komplexen Situationen sich die einzelnen Gesundheitsämter befinden können. Allen wünschen wir viel Erfolg in der zukünftigen Zusammenarbeit. Schließlich bedanken wir uns bei den zwei studentischen Hilfskräften, Frau Franziska Duchemin und Frau Christina Laußmann, die viele Telefonate und Gespräche geführt haben, und bei Kerstin Schönerstedt-Zastrau für das Korrekturlesen.

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

1. Bundesministerium der Justiz (2000) Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG)
2. Robert Koch-Institut (2010) Sechs Jahre STD-Sentinel-Surveillance in Deutschland – Zahlen und Fakten. *Epid Bul* 3:20–27
3. Bremer V, Marcus U, Hofmann A, Hamouda O (2005) Building a sentinel surveillance system for sexually transmitted infections in Germany, 2003. *Sex Transm Infect* 81:173–179
4. Bundesministerium für Gesundheit (2010) HIV- und STI-Testangebote bei Gesundheitsämtern und AIDS-Hilfen in Deutschland. (Daten nicht publiziert)
5. Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin (2011) Der öffentliche Gesundheitsdienst in Marzahn-Hellersdorf 2006–2010. <http://www.berlin.de/imperia/md/content/bamarzahn-hellersdorf/ba-beschlisse/2011/vzbbvv1437.pdf?start&ts=1313583357&file=vzbbvv1437.pdf>
6. Stadt Frankfurt am Main (2010) Jahresgesundheitsbericht: Epidemiologie und Prävention von Infektionskrankheiten in Frankfurt am Main. <http://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/Jahresgesundheitsbericht%202010.pdf>
7. Senatsverwaltung für Gesundheit Umwelt und Verbraucherschutz (2010) Bericht der Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung 2010 in Berlin. (Dokument nicht öffentlich)
8. Das Landesgesundheitsamt Aids- und STI-Beratung in Baden-Württemberg (2011) AIDS- und STI-Beratung. <http://www.gesundheitsamt-bw.de/ML/DE/Aids-STI-Beratung/Aids-STI/Seiten/AngelotderGesundheitsaemter.aspx>
9. Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen. Infektionsepidemiologischer Jahresbericht 2010 – über erfasste übertragbare Krankheiten im Freistaat Sachsen. [http://www.gesunde.sachsen.de/download/lu/LUA\\_HM\\_JB\\_Epid\\_2010.pdf](http://www.gesunde.sachsen.de/download/lu/LUA_HM_JB_Epid_2010.pdf)
10. Die Deutsche STI-Gesellschaft (2012) Sexuelle und reproduktive Gesundheit in Deutschland. Indikatoren als Instrumente zum Beschreiben, Planen und Evaluieren. Der Indikatorenkatalog der DSTIG. <http://dstig.de/aktuellespressekalender/119-veroeffentlichung-indikatorenpapier.html>
11. Statistisches Bundesamt (2012) Statistisches Jahrbuch Deutschland und Internationales (Verwaltungsgliederung Deutschlands 2011). [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2012.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2012.pdf?__blob=publicationFile)
12. Steffan EMR, Kraus M (2002) Gesundheitsämter im Wandel. Die Arbeit der Beratungsstellen für STDs und AIDS vor dem Hintergrund des neuen Infektionsschutzgesetzes (IfSG). <http://www.spi-research.eu/wp-content/uploads/2011/10/Gesundheits%C3%A4mter-im-Wandel.pdf>
13. Robert Koch-Institut (2012) Bericht: Workshop des Robert Koch-Instituts zum Thema STI-Studien und Präventionsarbeit bei Sexarbeiterinnen, 13.–14. Dezember 2011, Berlin 2012. [http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/S/STI/Studien/KABPsurvSTI/KABPsurvSTI\\_Bericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/S/STI/Studien/KABPsurvSTI/KABPsurvSTI_Bericht.pdf?__blob=publicationFile)
14. Deutsche STI-Gesellschaft DSTIG PDNB, Präsident der DSTIG (2011) Pressemitteilung zum Tag der Menschenrechte. <http://www.dstig.de/index.php/aktuellespressekalender/70-sexuelle-rechte-sind-menschenrechte>
15. Bremer V, Winkelmann C (2012) Sexuelle Gesundheit in Deutschland – Ein Überblick über existierende Strukturen und Verbesserungspotentiale. *Sexuologie* 19:93–104

## Neues Register für Lieferengpässe bei Medikamenten

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im April 2013 ein Online-Register für Medikamenten-Engpässe in Deutschland vorgestellt. Das Register ist beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte unter [www.bfarm.de/lieferengpaesse](http://www.bfarm.de/lieferengpaesse) frei zugänglich. Erfasst werden Lieferengpässe von Arzneimitteln, die voraussichtlich über mehr als 2 Wochen bestehen werden, und Situationen, in welchen die Nachfrage nach Medikamenten nicht mit angemessenen Mengen bedient werden kann.

Beispielsweise in der Krebstherapie gab es im Laufe der letzten 12 Monate Schwierigkeiten bei der Versorgung von Patienten mit Akuter Leukämie, Chronischer Leukämie, Brustkrebs und Tumoren des Magen-Darm-Traktes. Kritisch ist die Situation vor allem dann, wenn keine medikamentösen Alternativ-Medikamente zur Verfügung stehen und eine Verschlechterung der heute guten Behandlungschancen droht. „Dieses Register ist ein wichtiger erster Schritt im Umgang mit dem Problem der Lieferengpässe von Arzneimitteln in Deutschland“, so Prof. Mathias Freund von der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO). Das Register beruht zunächst auf freiwilligen Angaben. „Es ist zu hoffen, dass die pharmazeutischen Unternehmen ihrer gesellschaftlichen Verantwortung gerecht werden und die Öffentlichkeit umfassend über Lieferengpässe informieren. Wir begrüßen auch, dass das Ministerium die Versorgungssituation im Auge behalten will und gegebenenfalls zusätzliche Maßnahmen in Betracht zieht“, kommentiert Freund.

Quelle:

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V., [www.dgho.de](http://www.dgho.de)