FOGS

Wissenschaftliche Begleitung WIR-Zentrum (Phase 2)

Abschlussbericht zum Teilprojekt Situationsanalyse zu Partner*innen-Benachrichtigung bei STI in Deutschland

Förderkennz.: Kap. 1504 Titel 686 01
Laufzeit: 01.09.2018 – 31.12.2019

Gefördert durch:

Bundesministerium für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Martina Schu

Kristina Enders

Gianna Cannizzaro

Ulrike Grill

Dr. Peter Tossmann (Beratung)

Köln, im Januar 2020

Projektnummer: 941/2018

Vorhaben und Verantwortliche

Projekttitel: Situationsanalyse zu Partner*innen-Benachrichtigung bei STI in Deutschland

Förderkennzeichen: Kap. 1504 Titel 686 01

Laufzeit: 01.09.2018 – 31.12.2019

Fördersumme: 145.056,00 Euro

Projektleitung und -mitarbeitende:

Projektleitung Martina Schu
FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH
Hansaring 115, 50670 Köln
Tel.: 0221/973101-22, E-Mail: schu@fogs-gmbh.de

Seit dem 01.09.2018 arbeiteten Martina Schu und Kristina Enders (Sozialwissenschaftlerinnen) sowie Katharina Eisenbach (Psychologie, bis 15.09.2019) an dem Projekt. Der Weggang von Frau Eisenbach wurde durch die Mitarbeit von Gianna Cannizzaro (Sozialwissenschaftlerin, seit 01.09.2019) kompensiert. Das Team wurde unterstützt durch Janine Teuber, Ulrike Grill und Denise Volz (Master-Studentinnen), administrative Arbeiten lagen bei Anne Gehrmann.

Für die Durchführung der Interviews waren neben Teammitgliedern von FOGS und nach entsprechender Schulung eine Reihe meist standortnah lebender Fachkräfte tätig: Helena Aurich, Helle Bethke, Amelie Bührer, Stefan Hager, Sarah Sophia Kammans, Johanna Müllerschön, Tobias Ritschel und Lisa Schum.

Das Projekt wurde im Austausch mit delphi, Berlin (Dr. Peter Tossmann, Diplom-Psychologe) umgesetzt.

Inhaltsverzeichnis

Kap.		Seite
VORHABEN UND VERANTWORTLICHE		I
INHALTSVERZEICHNIS		II
DANKSAGUNG		1
ZUSAMMENFASSUNG		2
1	EINLEITUNG	3
1.1	Ziele des Projekts	3
2	ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODIK	5
2.1	Sekundäranalyse: Forschungserkenntnisse, Empfehlungen und Leitlinien	5
2.2	Datenerhebung	7
2.2.1	Expertengespräche mit Beschäftigten aus anonymen Teststellen	9
2.2.2	Befragung von Nutzer*innen anonymer Teststellen	10
2.3	Limitationen	11
3	DURCHFÜHRUNG ARBEITS- UND ZEITPLAN, ZIELERREICHUNG	11
4	ERGEBNISSE	17
4.1	Systematische Übersicht über Forschungserkenntnisse zu Methoden und Effekten von Partner*innen-Benachrichtigung in Deutschland und in anderen vergleichbaren Ländern	17
4.1.1	Rahmendaten	18
4.1.2	Verfahren der Partner*innen-Benachrichtigung	19
4.1.3	Leitlinien und ihre Umsetzung	22
4.1.4	Studienpopulation	24
4.1.5	Erhebungssettings	26
4.1.6	Effektivität der Benachrichtigungsverfahren	28
4.1.7	Akzeptanz und Barrieren	32
4.1.8	Zusammenfassende Beurteilung der vorliegenden Forschungserkenntnisse	35
4.2	Übersicht zu in Deutschland bestehenden Empfehlungen, Leitlinien zu Partner*innen-Benachrichtigung	37
4.3	Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung in anonymen Teststellen in Deutschland	38
4.3.1	Partner*innen-Benachrichtigung in der Praxis	39
4.3.2	Haltung und Einstellungen von Fachkräften zu Partner*innen-Benachrichtigung	47
4.4	Wahrnehmung und Akzeptanz von Partner*innen-Benachrichtigung auf Seiten der Nutzer*innen	50
4.4.1	Erfahrungen von Nutzer*innen mit (Beratung zu) Partner*innen-Benachrichtigung	55

4.4.2	Haltung und Einstellungen von Nutzer*innen zu Partner*innen-Benachrichtigung	59
4.4.3	Bedarf nach Beratung/Unterstützung zu Partner*innen-Benachrichtigung	64
5	DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND EMPFEHLUNGEN	69
6	GENDER MAINSTREAMING	76
7	VERBREITUNG UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT DER PROJEKTERGEBNISSE	78
8	PUBLIKATIONSVERZEICHNIS	78
9	LITERATUR	79
10	GLOSSAR	88
11	ANHANG	91
11.1	Standortauswahl	91
11.2	Instrumente	92
11.2.1	Fragebogen Berater*innen	92
11.2.2	Fragebogen Klient*innen	98
11.3	Effektivität der Methoden	106
11.4	Tabellen	112
11.5	Konzeptionelle Gedanken zur Partner*innen-Benachrichtigung im WIR	126
11.6	Fallvignetten	127
11.7	Erhebung geschlechtsspezifischer Merkmale im Checkpoint BLN	133

Tabellenverzeichnis

Tab.		Seite
Tab. 1:	Ziele des Projekts und Indikatoren der Zielerreichung	4
Tab. 2:	Wer wurde von Ihnen im letzten halben Jahr zu den Möglichkeiten der Partner*innen-Benachrichtigung (PB) beraten? (N = 45, Angaben in %)	41
Tab. 3:	Beratungssituationen im Kontext von Partner*innen-Benachrichtigung bei Personen mit einer diagnostizierten STI nach Häufigkeit (N = 45, Angaben in %)	43
Tab. 4:	Persönliche Merkmale der Klient*innen (N = 721, Angaben in %, außer Durchschnittsalter)	50
Tab. 5:	Sexualität und Beziehungsstatus der Klient*innen (N = 721, Angaben in %)	51
Tab. 6:	Testerfahrung und STI-Kenntnisse der Klient*innen (N = 721, Angaben in %)	52
Tab. 7:	Falls Sie Sexualkontakte über eine mögliche STI informieren würden: Würden Sie dazu in der Teststelle gerne beraten werden? Nach Merkmalen der Befragten und weiteren Faktoren (N = 601, Angaben in %, außer Durchschnittsalter)	65
Tab. 8:	Falls Sie Sexualkontakte über eine mögliche STI informieren würden: Würden Sie dazu in der Teststelle gerne beraten werden? Nach Art der Beziehung bzw. Sexualverhalten (N = 601, Angaben in %)	66
Tab. 9:	Standorte und Teststellen	91
Tab. 10:	Zentrale Befunde zur Effektivität der Benachrichtigungsverfahren nach Verfahren	106
Tab. 11:	Soziodemografische Merkmale nach Erfahrung „Wurde von Sexualkontakt über ein mögliches Ansteckungsrisiko informiert“ (N = 713)	112
Tab. 12	Soziodemografische Merkmale nach Erfahrung „Können Sie sich vorstellen, Ihre SK im Falle einer STI zu informieren?“ (N = 691)	113
Tab. 13:	Soziodemografische Merkmale nach Erfahrung „Ist/wäre eine Information über STI durch Sexualpartner*innen ein Grund für Sie, sich testen zu lassen?“ (N = 681)	115
Tab. 14:	Soziodemographische Merkmale nach Beratungswunsch „Würden Sie in der Teststelle gerne zu PB beraten werden?“ (N = 713)	116
Tab. 15:	Soziodemografische Merkmale nach Erfahrung „Wurden Sie von Berater*innen von Teststellen schon mal zu STI-Übertragungswegen und Re-Infektionsrisiken informiert?“ (N = 605)	118
Tab. 16:	Soziodemografische Merkmale nach Erfahrung „Wurden Sie schon mal von den Berater*innen der Teststellen über verschiedene Möglichkeiten zur Partner-benachrichtigung informiert?“ (N = 586)	119
Tab. 17:	Soziodemografische Merkmale nach Erfahrung „Kennen Sie STI-Heimtests zum selbst Zuhause durchführen?“ (N = 675)	121
Tab. 18:	Soziodemografische Merkmale nach Erfahrung „Käme ein STI-Heimtest für Sie in Frage?“ (N = 599)	122

Tab. 19: Die folgenden Aussagen zu sexuell übertragbaren Infektionen sind alle wahr. Wussten Sie das bereits? (n = 715, gruppiert in Prozent) 124
Tab. 20: Auf einer Skala von 1 bis 10: Wie gut fühlen Sie sich zum Thema Übertragungswege bzw. Reinfektionsrisiko informiert? (1 = sehr gut informiert und 10 = sehr schlecht informiert bzw. gruppiert in Prozent) 124

Abbildungsverzeichnis

Abb. Seite

Abb. 1: Sekundäranalyse wissenschaftlicher Erkenntnisse: Arbeitsschritte, Auswahlkriterien und finale Auswahl 6
Abb. 2: Erhebungsstandorte 8
Abb. 3: Tatsächlich realisierter Arbeits- und Zeitplan 16
Abb. 4: STI innerhalb der Studien nach Ländern 18
Abb. 5: Studienpopulationen (Betroffene) nach soziodemografischen Merkmalen und sexueller Orientierung 25
Abb. 6: Erhebungssettings der Studien 26
Abb. 7: Perspektiven innerhalb der Studien 27
Abb. 8: Übersicht über Studien zur Effektivität von Partner*innen-Benachrichtigung nach Verfahren 29
Abb. 9: Barrieren bzgl. Partner*innen-Benachrichtigung und -Mitbehandlung aus Sicht von Betroffenen bzw. Klient*innen 33
Abb. 10: Barrieren bzgl. Partner*innen-Benachrichtigung aus Sicht der Anbieter 34
Abb. 11: Wurde im letzten halben Jahr zu PB beraten? (N = 45) 40
Abb. 12: Informationsmaterialien zu STI-Übertragungswegen 44
Abb. 13: Zugangsschlüssel (Token) zum anonymen PB-Web-Tool des WIR in Bochum 45
Abb. 14: Formulierungshilfen für Gespräche zum Schutz vor HIV und anderen STI, iwwit-Kampagne 46
Abb. 15: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? (n = 21 ÖGD-Befragte und 24 aus NGO, Angaben in %) 48
Abb. 16: Kennen Sie STI-Heimtests zum selbst zu Hause durchführen? (N = 675) 54
Abb. 17: Käme ein STI-Heimtest für Sie in Frage? (N = 599) 55
Abb. 18: Wurden Sie schon jemals von einer/einem Sexualpartner*in benachrichtigt, dass die Möglichkeit einer sexuell übertragbaren Infektion besteht? (N = 713) 56
Abb. 19: Wurden Sie von Berater*innen von anonymen Teststellen schon mal zu STI Übertragungswegen und Re-Infektionsrisiken informiert? (N = 649) 57
Abb. 20: Wurden Sie schon mal von Fachkräften der Teststellen über Möglichkeiten zur Partner*innen-Benachrichtigung informiert? (N = 661) 58

Abb. 21: Können Sie sich vorstellen, Ihre Sexualkontakte der letzten sechs Monate im Falle einer STI zu informieren? (N = 691) 59
Abb. 22: Können Sie sich vorstellen, Sexualkontakte der letzten sechs Monate im Falle einer STI-Diagnose zu informieren? Nach Art der Sexualkontakte (N = 691, Angaben in %, Mehrfachnennungen möglich) 60
Abb. 23: Beispielhafte Zitate von Nutzer*innen zu Barrieren für die Benachrichtigung von Sexualkontakten 61
Abb. 24: Beurteilung des anonymen PB-Web-Tools durch die Interviewten (N = 169) 61
Abb. 25: Ist/wäre eine Information über STI durch die Sexualkontakte ein Grund für Sie, sich testen zu lassen? (N = 681) 63
Abb. 26: Originalaussagen von Nutzer*innen auf die Frage: Wie könnte Unterstützung aussehen? 64
Abb. 27: Falls Sie Sexualkontakte über eine mögliche STI informieren würden: Würden Sie dazu in der Teststelle gerne beraten werden? Nach Altersgruppen (N = 594, Angaben in %) 67
Abb. 28: Falls Sie Sexualkontakte über eine mögliche STI informieren würden: Würden Sie dazu in der Teststelle gerne beraten werden? Nach Art der Sexualkontakte (N = 601, Angaben in %; Mehrfachnennungen möglich) 67
Abb. 29: Falls Sie Sexualkontakte über eine mögliche STI informieren würden: Würden Sie dazu in der Teststelle gerne beraten werden? Nach ausgewählten Testroutinen (N = 435, Angaben in %) 68
Abb. 30: Falls Sie Sexualkontakte über eine mögliche STI informieren würden: Würden Sie dazu in der Teststelle gerne beraten werden? Nach sexueller Orientierung (N = 594, Angaben in %) 69
Abb. 31: Handlungsempfehlungen zur Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung (PB) 76
Abb. 32: Konzeptionelle Gedanken zur Partner*innen-Benachrichtigung (Stand April 2019, übermittelt durch Aidshilfe Bochum) 126
Abb. 33: Fragebogen PreP (Stand September 2019, übermittelt durch Checkpoint BLN) 133

Danksagung

Planung, Vorbereitung und Durchführung dieser Analyse wurden gemeinschaftlich mit zahlreichen Akteur*innen umgesetzt, deshalb möchten wir uns hier bei allen Mitwirkenden bedanken:

Die Durchführung der Erhebungen vor Ort war nur mit Unterstützung der anonymen Teststellen möglich. Deshalb möchten wir uns bei den Fachkräften in den Gesundheitsämtern, den Aidshilfen, den Checkpoints, bei CASAblanca, FIXPUNKT, Sub e. V. und WIR-Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin für die vertrauensvolle und stets gute Zusammenarbeit bedanken.

Ebenfalls bedanken möchten wir uns bei allen Wissenschaftler*innen und Praxisexpert*innen im In- und Ausland, die uns an ihren Erkenntnissen und Erfahrungen teilhaben ließen.

Unser großer Dank gilt allen Nutzer*innen, Klient*innen, die sich die Zeit genommen haben, mit uns über Erwartungen und Bedarfe zu sprechen und zum Teil sensible Fragen zu ihrer Sexualität und Partnerschaft zu beantworten.

Schließlich geht ein Dankeschön an das Bundesministerium für Gesundheit für die Förderung der Untersuchung und damit die Chance, das Thema zu vertiefen, in Austausch zu Praxis und Möglichkeiten der Partner*innenbenachrichtigung zu kommen und vor allem, die Nutzer*innenperspektive kennenzulernen.

Zusammenfassung

Verbesserungen bei der Information von Sexualkontakten über die Diagnose von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) sind Teil der Strategie der Bundesregierung zur Eindämmung von STI. In anderen Ländern werden unter variierenden Begriffen wie bspw. Partner Notification, Contact Tracing usw. unterschiedliche Verfahren praktiziert: von der Information hinsichtlich der Sinnhaftigkeit und dem Befähigen infizierter Personen, Sexualkontakte zu informieren, über die stellvertretende Benachrichtigung der Partner*innen durch die Fachkräfte der Testberatungsstelle bis hin zu Angeboten der Partner*innen-Mitbehandlung. Hauptunterscheidungsmerkmal ist die Verortung der Verantwortung für die Benachrichtigung. Ziel ist es immer, die betroffenen Sexualkontakte (zeitnah) in Diagnostik und ggf. Behandlung zu bringen, um Infektionsketten zu unterbrechen.

Während der internationale Forschungsstand deutliche Hinweise auf die Wirksamkeit von (Beratung zu) Partner*innen-Benachrichtigung (PB) liefert – je wirksamer, je strukturierter und kompetenter sie umgesetzt wird, lagen für Deutschland bislang keine Erkenntnisse vor. Es fehlte an einer Übersicht über bestehende Ansätze und konkrete Angebote zu PB bzw. zur Beratung zu PB. Das BMG förderte deshalb zwischen September 2018 und Dezember 2019 eine Studie, mittels derer Befragungen von 16 anonym arbeitenden Test- und Beratungseinrichtungen von ÖGD und NGO an acht Standorten zu deren PB-Praxis und von Nutzer*innen über deren Erwartungen und Bedarfe durchgeführt wurden.

Wie die Erhebungen für den bundesdeutschen Rahmen erstmals zeigen, sind Verfahren und Methoden zu PB, die über Informationen zu Re-Infektionsrisiken hinausgehen, bei anonymen Teststellen wenig verbreitet. Es konnten nahezu keine einrichtungsspezifischen Regelungen zur Umsetzung von PB identifiziert werden. Gleichwohl existieren in Deutschland sowohl übergreifend als auch STI-spezifisch geltende medizinische Leitlinien. Sie empfehlen – in der überwiegenden Mehrheit sehr knapp – PB und unterlegen dies nur in einem Fall mit konkreten Hinweisen zur Umsetzung (vgl. AWMF, 2018).
Zudem liegen trägerspezifische Leitlinien vor: aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW und von der DAH. PB kommt auch hier eine geringe Rolle zu. Vor diesem Hintergrund konzentriert sich die Beratung in anonymen Teststellen bei der Risikoanamnese auf die Ermittlung des diagnostischen Fensters und die Aufklärung zu (Re-)Infektionsrisiken. Eine aktive Beratung über verschiedene Möglichkeiten, Sexualkontakte zu informieren, sowie Motivation und Unterstützung dabei, findet selten statt. Das Thema wird vielfach erst dann aufgegriffen, wenn Ratsuchende von sich aus danach fragen. In ÖGD und NGO sowie bei den dort tätigen Fachkräften zeigen sich neben unterschiedlichen Kompetenzen auch divergierende Haltungen zu PB. Insbesondere findet die Übernahme von Public-Health-Aufgaben im ÖGD deutlich mehr Zustimmung als in NGO.

Knapp über die Hälfte der 721 befragten Klient*innen wurden schon einmal im Sinne der Prävention von Re-Infektionen zur Relevanz von PB beraten. Nur etwa ein Zehntel berichtet davon, konkret zu den Möglichkeiten zur PB infomiert bzw. zur Benachrichtigung von Sexualkontakten motiviert worden zu sein. Dennoch findet PB statt: Ein Drittel aller befragten Nutzer*innen gab an, mindestens schon einmal von einem Sexualkontakt über ein bestehendes Infektionsrisiko benachrichtigt worden zu sein.

Sowohl von Seiten der Fachkräfte wie der Nutzer*innen zeigt sich ein deutlicher Bedarf nach mehr (Beratung zu) Partner*innen-Benachrichtigung. Gewünscht werden aktive Ansprache, Beratung, ein strukturiertes Vorgehen, Regeln und Fortbildung dazu sowie hilfreiche Tools. Die Analyse zeigt zudem typische Barrieren, benennt erste Lösungsvorschläge und verweist auf weitere Handlungs- und Forschungsbedarfe.

1 Einleitung

Die Information von Sexualpartner*innen über die Diagnose von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) ist Teil der Strategie der Bundesregierung zur Eindämmung von STI (BMG, 2016). Weltweit und in Europa ist Partner*innen-Benachrichtigung (im Englischen hat sich der Begriff Partner Notification etabliert) ein wichtiger Bestandteil der Maßnahmen zur Bekämpfung von sexuell übertragbaren Krankheiten. Allerdings gibt es erhebliche Unterschiede in der Art und Weise, wie Partner*innen-Benachrichtigung umgesetzt wird (vgl. WHO, 2016; ECDC, 2013). Die Weltgesundheitsorganisation, das gemeinsame Programm der Vereinten Nationen (UN-AIDS) und die international agierende NGO International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI) empfehlen, dass die Partner*innen-Benachrichtigung auf freiwilliger Basis durchgeführt werden soll (vgl. WHO, 2016; Tiplica, 2015). In verschiedenen Nationalstaaten werden die Empfehlungen jedoch sehr unterschiedlich umgesetzt, von der Befähigung von Klientinnen und Klienten, ihre Sexualkontakte zu informieren, über die Bereitstellung von Tools, die die Benachrichtigung unterstützen sollen bis zur Identifikation und Information der jeweiligen Sexualkontakte durch die Fachkräfte der Testberatungsstellen (Notifizierung).

Bislang fehlte für die Bundesrepublik eine systematische Übersicht über bestehende Ansätze und konkrete Angebote sowie eine Befragung von anonym arbeitenden Test- und Beratungseinrichtungen zu deren Praxis sowie von Nutzer*innen über deren Erwartungen und Bedarfe.

1.1 Ziele des Projekts

Im Rahmen der dreijährigen Evaluation der Implementierungsphase des Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin (WIR) in Bochum wurde erstmalig zu Möglichkeiten und Evidenzen für Partner*innen-Benachrichtigung recherchiert (vgl. Schu et al., 2019). Die Ergebnisse verweisen zwar auf den Nutzen von Partner*innen-Benachrichtigung, doch konnte im Rahmen der Sekundäranalyse keine Studie zur Umsetzung aus Deutschland identifiziert werden, lediglich in einer Untersuchung werden mit Blick auf die Bereitschaft, Sexualkontakte zu benachrichtigen, Barrieren auf Seiten der Klienten (MSM) thematisiert (Schmidt & Marcus, 2011). Die Studien aus anderen Ländern sind sehr verschieden hinsichtlich der betrachteten Methoden, Zielgruppen und ihrer Aussagekraft, zudem sind die Rahmenbedingungen nicht immer umstandslos auf Deutschland übertragbar. In den letzten Jahren kamen verstärkt Studien zu neueren technologiegestützten Methoden hinzu.

In enger Abstimmung mit dem BMG wurde die wissenschaftliche Begleitung des WIR an dieser Stelle mit Blick auf die gesamtdeutsche Situation ausgeweitet. Die Untersuchung soll über Beschreibung und Analyse der IST-Situation hinaus auch das SOLL in den Blick nehmen und Bedarfe identifizieren – sei es nach Forschung und Evidenz oder nach Praktikabilität bzw. Möglichkeiten der Weiterentwicklung der praktischen Anwendung von Partner*innen-Benachrichtigung. Da davon auszugehen ist, dass sich Umsetzung, Haltungen und Methoden bei den verschiedenen heilbaren STI nicht prinzipiell unterscheiden, nimmt die Situationsanalyse exemplarisch drei verbreitete STI (Chlamydia trachomatis/Lymphogranuloma venereum, Gonorrhoe und Syphilis) in den Blick.

Im Fokus stehen anonyme Testmöglichkeiten, also im Wesentlichen die Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und von Einrichtungen in freier Trägerschaft, vielfach der örtlichen Aidshilfen (NGO). Für die – hier nicht zu betrachtende – Umsetzung im Rahmen (niedergelassener) Medizin wird angenommen, dass sie vor allem den Regelungen und der Finanzierung im Rahmen der GKV, der Gebührenordnung folgt.

Es geht also um eine zusammenfassende Darstellung und Einschätzung von:

- Richtlinien und Empfehlungen zu Partner*innen-Benachrichtigung in Deutschland
- Tatsächliche Praxis der Partner*innen-Benachrichtigung in Deutschland
- Fördernde und hemmende Faktoren für die Anwendung von Partner*innen-Benachrichtigung, insbesondere bzgl. der Akzeptanz bei den Betroffenen
- Bedeutung für die Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten im Sinne der oben genannten Ziele
- Neue Ansätze und Verfahren, insbesondere der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien

Die mit dem BMG abgestimmten konkreten Ziele der Untersuchung zeigt die folgende Tabelle (Tab. 1):

Tab. 1: Ziele des Projekts und Indikatoren der Zielerreichung

	Indikatoren zur Messung der Zielerreichung
Ziel	
Situationsanalyse zu Partner*innen-Benachrichtigung für drei exemplarische STI in Deutschland	Leitlinien, Daten, Berichte etc. zum Thema Partner*innen-Benachrichtigung bei drei STI sind gesichtet, ihre Umsetzung in die Praxis der Partner*innen-Benachrichtigung in Deutschland ist untersucht und Einschätzungen, Bewertungen, Bedarfe sind aus Sicht von Praktiker*innen der Partner*innen-Benachrichtigung (zunächst öff. Gesundheitsdienste und NGO) sowie Betroffenen eingeholt. Schlussfolgerungen und Empfehlungen sind diskussionsfähig aufbereitet.
Teilziele	
Systematische Übersicht über Forschungserkenntnisse zu Methoden und Effekten von Partner*innen-Benachrichtigung in Deutschland und in anderen vergleichbaren Ländern	Aussagen zur Evidenz und zu Forschungslücken entlang einzelner STIs (exemplarisch für Chlamydia trachomatis/Lymphogranuloma venereum, Gonorrhoe und Syphilis) liegen vor sowie ein Vergleich mit dem Kenntnisstand in anderen Ländern (EU, Australien, USA).
Übersicht zu in Deutschland bestehenden Empfehlungen, Leitlinien zu Partner*innen-Benachrichtigung in medizinischen und sozialen Bereichen	Aussagen zu empfohlenen Methoden, Detaillierungs- und Evidenzgrad entlang der definierten STI und je zuständigen Akteuren können getroffen werden.
Übersicht zu angewendeten PB-Verfahren	Es besteht eine Liste praxisorientierter Werkzeuge und Handreichungen zu Durchführung, Unterstützung, Dokumentation, Qualitätssicherung und Evaluation von Maßnahmen der Partner*innen-Benachrichtigung in Deutschland (z. B. SOPs, Formulare, Recall-Systeme, Clips, Broschüren). Auf eine Aufstellung möglicher Vorbilder in anderen Ländern kann zurückgegriffen werden. Eine Einschätzung zu Formen und Werkzeugen/Tools der erweiterten/intensivierten Partner*innen-Benachrichtigung in Deutschland lässt sich aus dem gesammelten Material ableiten.

	Indikatoren zur Messung der Zielerreichung
Analyse zu Einstellungen und Haltungen gegenüber Partner*innen-Benachrichtigung	Fördernde und hemmende Faktoren für die Anwendung von Partner*innen-Benachrichtigung wurden auf Seiten von Praktiker*innen (zunächst öff. Gesundheitsdienste und NGO) und Klient*innen eruiert (qualitativ/quantitativ) und sind strukturiert dargestellt.
Übersicht zur Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung	Es liegen Daten und Einschätzungen dazu vor, in welchem Umfang und auf welche Art Partner*innen-Benachrichtigung tatsächlich in Deutschland praktiziert wird. Es können Aussagen getroffen werden … → welche PB Verfahren im Rahmen des ÖGD und in einschlägigen Beratungssettings, z. B. durch die Aidshilfen, umgesetzt werden → welche Ansätze abgelehnt werden bzw. in Deutschland schwierig erscheinen → was hemmende und förderliche Aspekte sind → wo Weiterentwicklungsbedarf besteht.

2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Das Vorhaben wurde durch ein interdisziplinäres Team aus Sozialwissenschaft und Psychologie geplant und umgesetzt. Alle Arbeiten basieren auf den Standards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval, 2008).

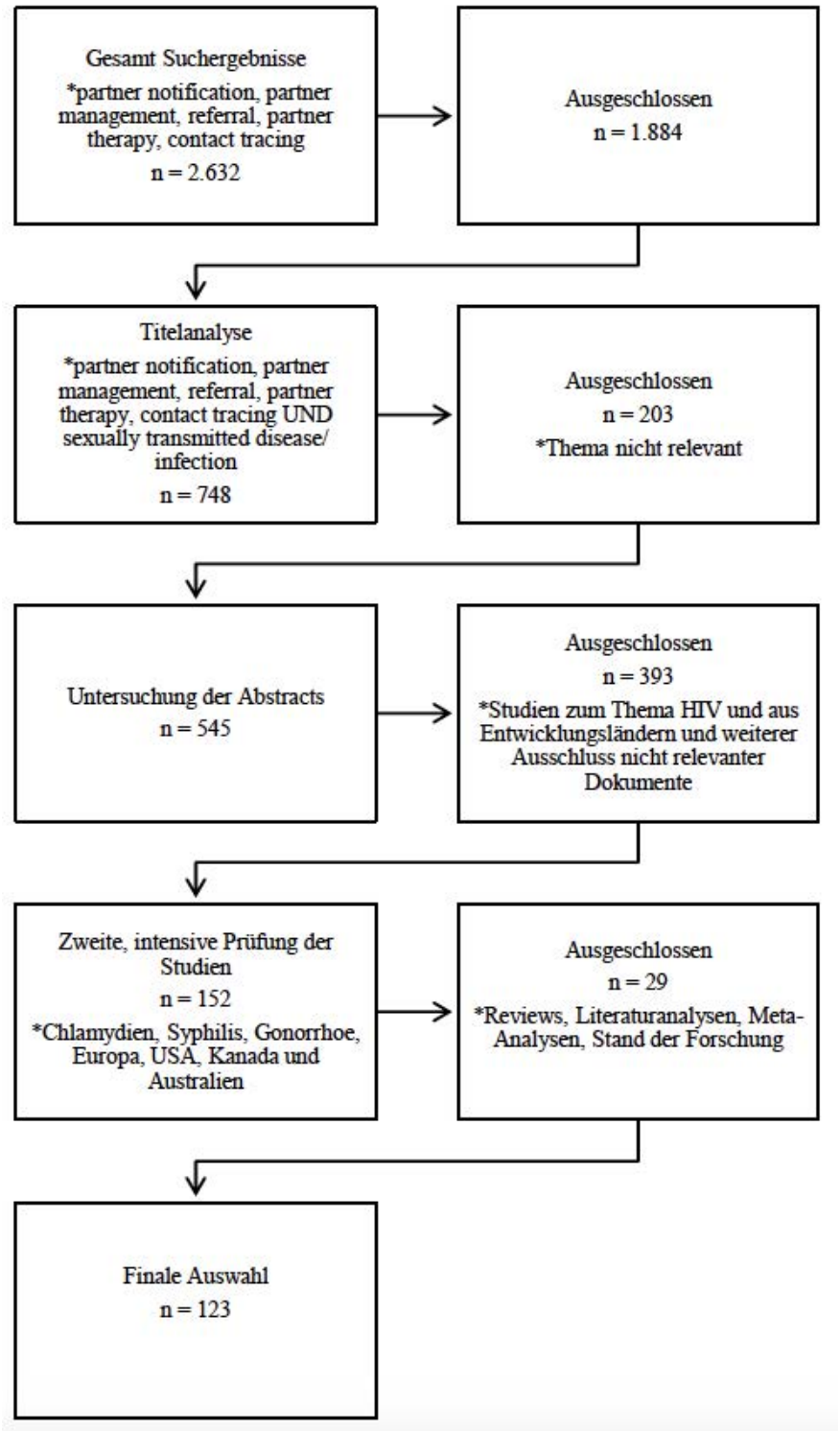
Es kam ein dreistufiges Verfahren zur Anwendung: Zu Beginn erfolgte eine systematische Literaturrecherche (2.1). Dabei ging es einerseits um Forschungsergebnisse zu Partner*innen-Benachrichtigung, Partnerinformation, Partner Notification u. ä. und andererseits um Empfehlungen und Leitlinien (mit Fokus auf Deutschland). Die Untersuchung der tatsächlichen Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung in Deutschland erfolgte zunächst qualitativ durch Einzel- und Gruppeninterviews in insgesamt 16 anonymen Teststellen an acht Orten. Im Nachgang an diese Gespräche wurde ein Fragebogen konzipiert, der an die in der Test-Beratung tätigen Mitarbeitenden ausgegeben wurde (2.2). Den größten Fokus legte die Untersuchung auf die Sicht der Nutzer*innen von anonymen Teststellen. In diesem Arbeitsschritt wurden ihre Erfahrungen und Bedarfe in den Mittelpunkt gestellt. Die Klient*innen der 16 teilnehmenden Einrichtungen wurden im Rahmen quantitativer und qualitativer Erhebungen befragt, mit welchen Ansprachen und welchen Strategien zu Partner*innen-Benachrichtigung sie bereits Erfahrungen gemacht haben und welche sie akzeptieren würden (2.2.2).

2.1 Sekundäranalyse: Forschungserkenntnisse, Empfehlungen und Leitlinien

Mit Blick auf das formulierte Ziel eine systematische Übersicht über Forschungserkenntnisse zu Methoden, Barrieren und Effekten von Partner*innen-Benachrichtigung bei STI in Deutschland und in anderen vergleichbaren Ländern zu generieren, wurde für die letzten zehn Jahre (Zeitraum 2009 bis 2018) eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Die systematische Suche wurde über den gesamten Projektzeitraum fortgesetzt, sodass auch aktuelle Veröffentlichungen berücksichtigt werden konnten.

Zunächst wurde auf Basis einschlägiger Publikationen zu STI und Partner*innen-Benachrichtigung die zugrundeliegende Begriffsdefinition gesichtet (z. B. ECDC, 2013; WHO, 2016) und eine Suchstrategie entwickelt. Die Recherchen wurden insbesondere in der Datenbank PubMed und weiteren relevanten Datenbanken durchgeführt. Die systematische Suche nach Studien mit dem Fokus Partner*innen-Benachrichtigung ergab für den festgelegten Zeitraum 2.632 Treffer. Abb. 1 illustriert die ausgeführten Arbeitsschritte:

Abb. 1: Sekundäranalyse wissenschaftlicher Erkenntnisse: Arbeitsschritte, Auswahlkriterien und finale Auswahl



Quelle: eigene Darstellung

Bei einer erweiterten Suche in Kombination mit den Schlagwörtern sexually transmitted disease, sexually transmitted infection, Syphilis, Gonorrhea, Chlamydia konnten 748 relevante Studien herausgefiltert werden. Studien, die sich ausschließlich mit der Partnerbenachrichtugung bei HIV-Infektionen auseinandersetzen, wurden auftragsgemäß nicht berücksichtigt. Von den 748 Studien wurden weitere 203 ausgeschlossen, da deren Thematiken – im Sinne des Forschungsauftrags – nicht relevant waren. Somit verblieben noch 545 Studien.

Schließlich wurden die Abstracts der verbleibenden 545 Studien vertieft mit Blick auf die Ergebnisse von Partnerbenachrichtigungsansätzen in Europa, Nordamerika und Australien speziell für die hier zu untersuchenden STI (Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien) überprüft.

Im Frühjahr 2019 werteten zwei Gutachterinnen den Volltext der ausgewählten Studien anhand vorgegebener Kriterien inhaltsanalytisch aus, sodass weitere nicht relevante Dokumente aus der Analyse exkludiert wurden. Anschließend verblieben 152 Dokumente in der Studiensammlung. Die Literaturangaben des finalen Studien-Sets wurden geprüft, sodass weitere für das Forschungsvorhaben relevante Studien in die Studiensammlung aufgenommen werden konnten.

Anschließend wurden Reviews o. ä. (n = 29) aus der Analyse exkludiert. Auf diese Weise sollte sichergestellt werden, dass die gleichen Forschungsergebnisse nicht mehrfach in der zu analysierenden Studiensammlung auftreten, sodass Verzerrungen der Analyseergebnisse aufgrund von Dopplungen auszuschließen sind. Im finalen Sample verblieben 123 Studien.

Diese final ausgewählten Studien wurden herangezogen, um eine systematische Übersicht der Forschungserkenntnisse zu Methoden und Effekten von Partner*innen-Benachrichtigung in Deutschland und vergleichbaren Ländern zu erstellen (vgl. Kapitel 4.1).

Zusätzlich erfolgte eine Dokumentenanalyse im Hinblick auf Empfehlungen und Leitlinien im medizinischen und sozialen Bereich zu STI und Partner*innen-Benachrichtigung in Deutschland. Entlang relevanter nationaler und internationaler Stellen (z. B. AWMF-Leitlinien, WHO, UNAIDS, IUSTI, ECDC, DAH, Gesundheitsämter der Länder) wurde eine Internetrecherche durchgeführt. Ergänzt wurde die Recherche durch Expertengespräche mit Beschäftigten anonymer Teststellen, um zu ermitteln, welche Leitlinien und Empfehlungen bekannt sind (Kapitel 4) und welche Relevanz sie für die Praxis und die Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung haben (vgl. Kapitel 4.3).

2.2 Datenerhebung

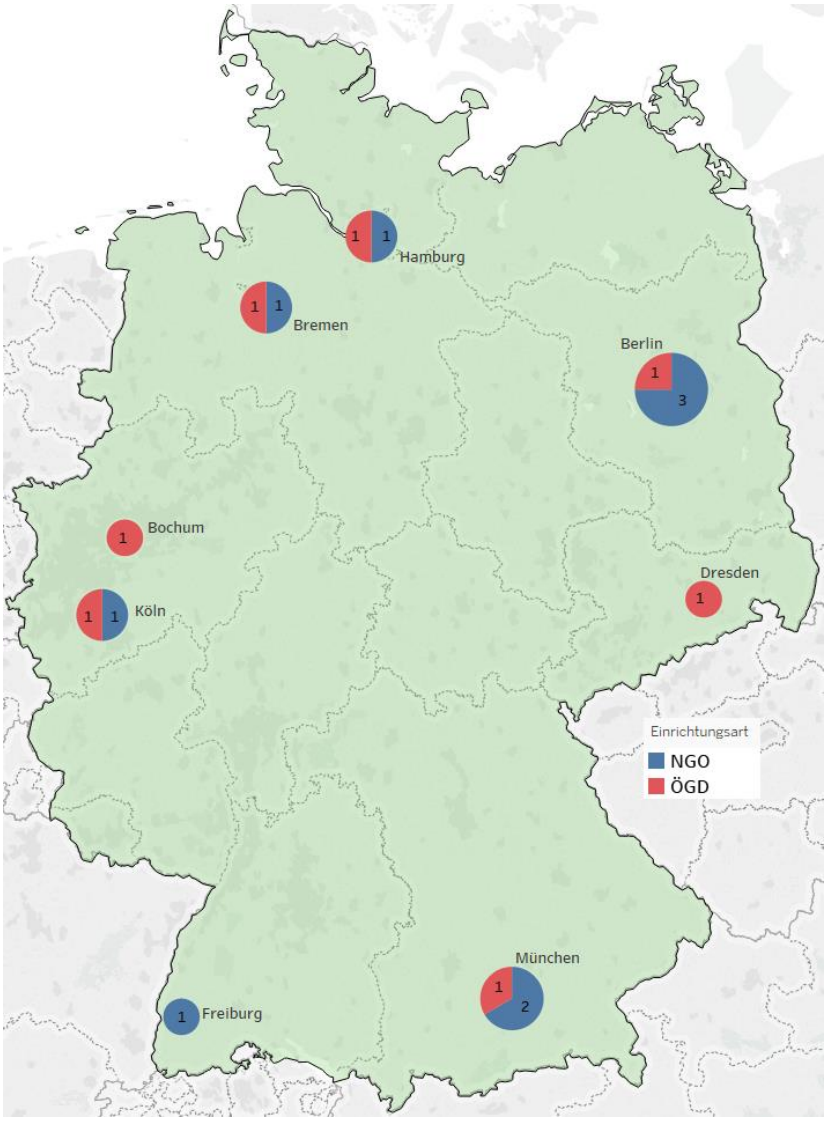
Antragsgemäß sollte die Untersuchung nicht repräsentativ angelegt werden, aber doch über insgesamt acht Standorte in Deutschland reichen, sodass verschiedene Belastungsschwerpunkte in Groß- und Mittelstädten betrachtet werden konnten. Gemeinsam mit Dr. Klaus Jansen (RKI) wurden neben Bochum als weitere mögliche Standorte identifiziert: Berlin, Bremen, Hamburg, Nürnberg, Dresden, Köln, Freiburg. Mit Projektstart folgte eine Recherche von Adress- und Kontaktdaten.

Letztlich wurde bei der Standortauswahl München statt Nürnberg einbezogen, um die Entwicklungen, die sich über die Implementierung des Selbsttestprojekts S.A.M. ergeben, mit abbilden zu können. Und als sich herausstellte, dass in Dresden nur das Gesundheits-

amt ein Testangebot vorhält, aber kein zweites Angebot (eines freien Trägers) besteht, wurde zusätzlich der Standort Leipzig kontaktiert. Insgesamt wurden 23 Teststellen angefragt. Für die Teststellen wurde ein Infoschreiben erarbeitet und per Email oder beim Fehlen einer persönlichen Emailadresse auf dem Postweg versandt. Im Nachgang wurden die Ansprechpersonen zusätzlich telefonisch kontaktiert. Fünf Einrichtungen lehnten die Studienteilnahme ab. Als Gründe wurden vor allem Ressourcenknappheit (personell, räumlich) angegeben; eine Einrichtung hatte Bedenken, dass die Studie das Anonymitätsversprechen und damit auch die Niedrigschwelligkeit des Testangebots gefährden könnte. Schließlich stellte sich bei einer Einrichtung im Rahmen des Erstgesprächs heraus, dass man dort gar keine HIV/STI-Tests durchführt (aber gleichwohl an einem Austausch zum Thema interessiert sei).

Im Ergebnis konnten alle gemeinsam mit dem RKI identifizierten Standorte plus München für die Untersuchung gewonnen werden (vgl. Kap. 11.1 im Anhang). Die folgende Abb. 2 zeigt die Verteilung der Standorte:

Abb. 2: Erhebungsstandorte



Mit allen 16 Einrichtungen (9 NGO, 7 ÖGD) konnte mindestens ein Gesprächstermin vereinbart werden.

2.2.1 Expertengespräche mit Beschäftigten aus anonymen Teststellen

Entlang der Ziele bzw. der Fragestellungen des Projekts und auf Grundlage der Literaturrecherche wurde ein Interviewleitfaden erarbeitet, der folgende Aspekte zu Partner*innen-Benachrichtigung (PB) umfasst:

- Strategien und Konzepte
- Leitlinien und Empfehlungen in verschiedenen Arbeitsfeldern
- PB-Verfahren (PB durch Indexperson, PB durch Fachkräfte, Partner*innen-Mitbehandlung)
- Beratungsstandards, Tools und Instrumente
- Vor- und Nachteile von Tools, Methoden
- Fördernde und hemmende Bedingungen in der Praxis
- Anonymität und Vertraulichkeit
- Organisation und Qualitätssicherung
- Rechtlicher Rahmen und Regelungen/Regelungsbedarfe
- Vorschläge und Handlungsempfehlungen

Zwischen Oktober 2018 und August 2019 wurden an acht Standorten (Berlin, Bochum, Bremen, Dresden, Freiburg, Hamburg, Köln, München) insgesamt 18 Gespräche geführt, die meisten persönlich vor Ort.

Sieben der 18 Gespräche waren Gruppentermine. Insgesamt konnten Gespräche mit 44 Personen (Berater*innen/Ärzt*innen) realisiert werden. Die leitfadengestützten Interviews waren freiwillig und anonym, die Gespräche wurden nicht auf Band aufgezeichnet, vielmehr dokumentierten die Interviewer*innen die Antworten auf Papier. Im Nachgang wurden diese Protokolle thematisch ausgewertet.

In qualitativen Gruppengesprächen zeigte sich, wie weit die Erfahrungen mit und die Meinungen zu Partner*innen-Benachrichtigung innerhalb einer Einrichtung auseinander gehen können. Um diese Einzelmeinungen einzufangen, wurde auf Basis der Expert*innengespräche für die in der Testberatung Beschäftigten ein standardisierter Fragebogen konzipiert, der nach konkreten Beratungssituationen sowie Einstellungen und Haltungen zu Partner*innen-Benachrichtigung fragt (vgl. Kap. 11.2.1 im Anhang). Der Fragebogen erhob über sieben Fragen mit diversen Unterfragen die Umsetzung von Beratung zu PB und dazu eingesetzte Tools, Beratungsthemen, Haltungen der Befragten zu PB sowie ihre Sicht auf die STI-bezogenen Kenntnisse von Nutzer*innen der Teststellen.

Die Fragebogen wurden an die 16 Einrichtungen ausgegeben. Die Teilnahme der Beschäftigten war freiwillig und erfolgte anonym. Bis zum Datenschluss Ende September 2019 lagen uns 43 ausgefüllte Fragebogen vor, wobei sich aus allen teilnehmenden Einrichtungen jeweils mindestens ein/e Mitarbeitende/r beteiligte. Die Antworten wurden kumuliert ausgewertet, sodass – wie zugesichert – keine Rückschlüsse auf die Einrichtungen möglich sind, aber dennoch Aussagen zur bundesdeutschen Situation zur Beratung zu Partner*innen-Benachrichtigung bei STI getroffen werden können.

2.2.2 Befragung von Nutzer*innen anonymer Teststellen

Zur Erarbeitung des Fragebogens für die Befragungen der Nutzer*innen von anonymen Teststellen wurden zunächst aktuelle Studien ausgewertet, die die Adressatenperspektive in den Blick nehmen und relevante Aspekte identifiziert. Der so entstandene Fragebogen wurde in explorativen Befragungen von Besucher*innen von Testberatungen getestet (fragebogengestützte Interviews) und anschließend finalisiert. Als Ergebnis des Pretests wurde ein zweigleisiges Verfahren umgesetzt: Zunächst war geplant, ausschließlich fragebogengestützte Interviews durchzuführen. Mit Blick auf die Reaktionen der Nutzer*innen bei den Pre-Tests (viele hatten ad hoc keine Zeit oder Lust zu einem Interview, zeigten sich aber sehr offen, einen Fragebogen zu bearbeiten) entschieden wir uns, sowohl einen Fragebogen zum Selbstausfüllen zu verteilen, um eine Reihe von Aspekten zum Thema schriftlich zu erheben, als auch persönliche Interviews zur Vertiefung der Themen durchzuführen.

Der Fragebogen umfasste schließlich 45 Fragen, darunter 14 Fragen zu Soziodemografie und Beziehungsstatus. Weitere Fragen galten dem eigenen Testverhalten, Sexual- und Risikoverhalten, Kenntnissen zu STI, Erfahrungen mit (Beratung zu) Partner*innen-Benachrichtigung und die eigene Bereitschaft dazu.

Im Untersuchungszeitraum (Juli 2019 bis September 2019) wurden an acht Standorten (Berlin, Bochum, Bremen, Dresden, Freiburg, Hamburg, Köln, München) über 16 Einrichtungen (9 x NGO und 7 x ÖGD) hinweg insgesamt 845 Nutzer*innen angesprochen und zur Befragung eingeladen. 442 Personen erhielten Fragebogen und Einladung im ÖGD, 404 in Teststellen von NGO. Insgesamt 721 Personen beteiligten sich an der Erhebung und füllten den Fragebogen aus, was einem sehr guten Rücklauf von 85,3 % entspricht. Der Rücklauf war im ÖGD mit 402 ausgefüllten Fragebogen (91,2 %) noch besser als in den verschiedenen beteiligten Teststellen in Trägerschaft von NGO (319, 79,0 % Rücklauf), sodass im Studiensample die Klientel des ÖGD mit einem Anteil von 55,8 % leicht überwiegt.

Mit insgesamt 169 Befragungsteilnehmenden (23,4 %) konnte zusätzlich ein etwa 30-minütiges leitfadengestütztes Interview realisiert werden. In den Gesprächen wurden die Fragen nach den Erfahrungen mit Partner*innen-Benachrichtigung (PB) sowie Einstellungen und Haltungen gegenüber bestimmten Verfahren – insbesondere der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien zur anonymen Partner*innen-Benachrichtigung – weiter vertieft und der Unterstützungsbedarf konkretisiert.

Eine vergleichende Datenanalyse zeigt, dass sich die Gruppe der Interviewten (n = 169) von derjenigen, die ausschließlich den Fragebogen ausgefüllt hat (n = 552) nicht maßgeblich unterscheidet. Kleinere Unterschiede betreffen heterosexuelle Männer bzw. Frauen und STI-Ersttester, die im Interviewsample leicht unterrepräsentiert sind und Personen mit einem abgeschlossenen Studium sowie Befragte, die von mehr als sechs Sexualkontakten im letzten halben Jahr berichten (leicht überrepräsentiert). Die anteilig höhere Präsenz von Menschen mit eingeschränkten Sprachkenntnissen und Personen ohne Krankenversicherung im Interviewsetting lässt sich auf die Ausgestaltung des Erhebungsverfahrens zurückführen. In einigen Einrichtungen haben wir mit Sprachmittlungsdiensten zusammengearbeitet und die betroffenen Klient*innen wurden von den Berater*innen der Teststellen direkt ins Interview vermittelt. Der Fragebogen wurde dann begleitend zum Gespräch ausgefüllt. Die über die Interviews ermittelten Einstellungen und Haltungen zu Partner*innen-Benachrichtigung können demnach als Ergänzungen zu den Fragen im Fragebogen gelesen werden und werden im Rahmen der Auswertung als solche präsentiert.

2.3 Limitationen

Es handelt sich bei der Situationsanalyse zu Partner*innen-Benachrichtigung in Deutschland und in anderen vergleichbaren Ländern um die erste wissenschaftliche Übersicht dazu im deutschsprachigen Raum. Sie liefert einen Überblick über den Stand der bisherigen Forschung, gibt eine Übersicht zur Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung und bildet die Basis für weitere Forschungen. Jedoch hat die vorliegende Analyse auch Limitationen, die im Folgenden kurz erörtert werden.

Da die zugrunde liegende Forschungsfrage „Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse gibt es zu Partner*innen-Benachrichtigung im Zusammenhang mit STI?“ sehr allgemein war, konnten viele (unterschiedliche) Studien (n = 123) für das zu analysierende Studien-Set ermittelt werden. Diese 123 Studien sind bzgl. der jeweiligen Studienpopulation, Ort, Methode und weiterer Faktoren teils sehr heterogen. Aus den gewonnen Erkenntnissen, insbesondere zu Barrieren und Effektivität der Methoden, können keine allgemein gültigen Aussagen für alle Bevölkerungsgruppen abgeleitet werden – zu sehr sind Wirkungen und Ergebnisse in den je spezifischen Kontext eingebettet und durch diesen geformt.

Des Weiteren ist die Sekundäranalyse auf Publikationen in deutscher und englischer Sprache limitiert, d. h. mögliche weitere relevante Publikationen, die in anderen Sprachen veröffentlicht wurden, konnten über das angewendete Auswahlverfahren nicht berücksichtigt werden. Im Rahmen der Untersuchung wurde zudem nicht ermittelt, ob es sich bei dem ausgewählten Studien-Set vorrangig um Studien mit „positiven“ und/oder statistisch signifikanten Ergebnissen handelt (da diese bekanntlich eher publiziert werden; vgl. Timmer & Richter, 2008).

Die Datenerhebungen im Rahmen der hier vorgestellten Befragungen anonymer Teststellen sind nicht auf Repräsentativität ausgelegt, wenngleich wir in Abstimmung mit dem RKI möglichst Standorte aus verschiedenen Gegenden Deutschlands ausgewählt haben und vor allem dort, wo es sowohl Teststellen des ÖGD als auch von NGO gibt. Vielmehr möchten wir über das zugrundeliegende explorative bzw. deskriptive Vorgehen einen ersten Einblick in die konkrete Umsetzung als auch die Wahrnehmung und Akzeptanz von Partner*innen-Benachrichtigung auf Seiten der Praxis und der Nutzer*innen geben.

Trotz ihrer Limitationen kann die Situationsanalyse einen Überblick über aktuelle in deutscher und englischer Sprache veröffentlichte Forschungsergebnisse sowie Leitlinien liefern und über den explorativen Forschungsansatz erste empirische Erkenntnisse generieren und weitere Handlungs- sowie Forschungsbedarfe ableiten.

3 Durchführung Arbeits- und Zeitplan, Zielerreichung

Die Untersuchung begann im September 2018 mit einer Literatur- und Dokumentenanalyse, die bis März 2019 fortgeführt wurde und setzte sich mit Interviews mit Beschäftigten und Nutzer*innen anonymer Teststellen der ausgewählten Standorte fort. Verschiedene Fachgesellschaften/Organisationen wurden über das Vorhaben informiert und unterstützen es, darunter RKI, DAH, DSTIG, dagnä und DAIG.

(1) Konstituierung Projektteam

Mit Beginn der Arbeit wurde unter Leitung von Martina Schu ein Team aus Kristina Enders und Katharina Eisenbach gebildet und ein Projektplan erstellt. Es unterstützten Denise Volz und im Sommer/Herbst 2019 Ulrike Grill. Nach dem Ausscheiden von Katharina Eisenbach im September 2019 kam Gianna Cannizzaro ins Team.

(2) Systematische Übersicht zu Forschungserkenntnissen

Für die systematische Übersicht über Forschungserkenntnisse zu Ansätzen, Verfahren und Effekten von (Beratung zu) Partner*innen-Benachrichtigung in Deutschland und in anderen Ländern wurde zwischen September 2018 und März 2019 eine umfassende Recherche durchgeführt, die auf unterschiedliche Quellen zurückgriff. Meilenstein 1 (Teil 1) war damit erfüllt, doch wurde die Recherche im weiteren Prozess laufend aktualisiert, um auch neuere Titel noch zu berücksichtigen. Die Ergebnisse dienten zudem der Vorbereitung der Gespräche mit den Beschäftigten der Teststellen und der Konzeption der Befragung der Nutzer*innen.

(3) Recherche zu in Deutschland bestehenden Empfehlungen/Leitlinien

Zu aktuellen Empfehlungen, Standards und Leitlinien zu Partner*innen-Benachrichtigung wurden entlang relevanter nationaler und internationaler Stellen (z. B. AWMF-Leitlinien, WHO, UNAIDS, IUSTI, ECDC, DAH, Gesundheitsämter der Länder) Internetrecherchen und Dokumentenanalysen durchgeführt. Im Rahmen der Gespräche mit den Praktiker*innen wurde zusätzlich gefragt, welche Leitlinien und Empfehlungen bekannt sind und ggf. der Umsetzung zu Partner*innen-Benachrichtigung zugrunde liegen. Meilenstein 1 (Teil 2) wurde damit abgeschlossen.

Ergänzt wurden die Recherchen um telefonische Gespräche mit Expert*innen und Praktiker*innen aus dem Ausland (Dr. Otilia Mardh/ECDC Schweden; Dr. Silke David/Centre for Infectious Disease Control Niederlande, Dr. Eva Jungmann/Central and North West London NHS Foundation Trust). Erkenntnisse zur Umsetzung der Leitlinien/Empfehlungen in der Praxis wurden gesammelt, Aussagen zu den Wirkungen getroffen und, wie im Antrag, vorgesehen, auf dem Fachtag im November 2019 präsentiert.

(4) Befragung von Beschäftigten in Teststellen

Nachdem Teststellen für die Untersuchung identifiziert und gewonnen werden konnten, wurde auf Grundlage der Literaturrecherche ein Interviewleitfaden erarbeitet. Die insgesamt 18 damit durchgeführten Gespräche gestalteten sich aufwendiger als zunächst geplant, da auf Wunsch der Teststellen statt telefonischer Interviews in vielen Fällen persönliche Gespräche durchgeführt wurden, an denen z. T. größere Gruppen von Beschäftigten beteiligt waren. Dies führte zu einer vertieften Kenntnis der Gegebenheiten vor Ort.

Die Organisation des Gesprächs mit dem Gesundheitsamt München gestaltete sich besonders aufwendig: Hier war zunächst das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege zu informieren und in einem größeren Prozess mehrere ministeriale Stellen einzubinden. Im März 2019 war es dann gelungen, die Zustimmung des Ministeriums zu erhalten. Nun musste mit der Stadt München ein Vertrag über die Durchführung und den Datenschutz in der Studie geschlossen werden. Hier konnte dann im August 2019 das letzte Gespräch mit Praktiker*innen realisiert werden – auf Wunsch des Gesundheitsamts München sollten alle Fachkräfte der Teststelle einbezogen werden. Meilenstein 2 wurde also aufgrund der aufwendigeren Umsetzung und der Verzögerung am Standort München mit vier Monaten Verzögerung abgeschlossen.

In diesem letzten Gruppengespräch bestätigte sich, was sich bei den Besuchen der anderen Einrichtungen bereits gezeigt hatte: die Haltungen gegenüber und die Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung waren zwischen und innerhalb der Einrichtungen sehr unterschiedlich. Vor diesem Hintergrund wurde zusätzlich ein Fragebogen entworfen, der den in der Testberatung Tätigen aller beteiligten Teststellen ausgehändigt wurde (vgl.

Kap. 11.2.2 im Anhang). Mit Abschluss der Erhebungsphase standen neben den Protokollen der 18 Einzel- und Gruppengespräche, 45 von Fachkräften ausgefüllte Fragebogen zur Verfügung. Die Bogen wurden bei FOGS eingegeben und zusammenfassend mit dem Statistikprogramm SPSS ausgewertet.

*(5) Explorative Befragung von Nutzer*innen der anonymen Teststellen und Entwicklung des Fragebogens*

Auf Grundlage der Literaturrecherche wurde ein Interviewleitfaden für den Pre-Test erarbeitet, mit dem die explorativen Einzelinterviews von Februar bis April 2019 stattfanden (im WIR-Zentrum in Bochum und im Rahmen der offenen Sprechstunden bei der Aidshilfe Köln und im Kölner Gesundheitsamt). Nach den Erfahrungen am ersten Standort Bochum kam am Standort Köln zusätzlich zum Interview ein Kurzfragebogen zum Einsatz, den 52 Nutzer*innen ausgefüllt haben. Davon waren 28 Nutzer*innen zu einem Gespräch bereit.

Das Gesundheitsamt Köln hält über die offene Sprechstunde hinaus, auch eine medizinische Sprechstunde für Personen ohne Krankenversicherung vor, in deren Rahmen ebenfalls HIV/STI-Tests angeboten werden. Der Einsatz eines Kurzfragebogens gestaltete sich an dieser Stelle als impraktikabel. Viele Nutzer*innen der medizinischen Sprechstunde konnten nicht gut lesen, zudem waren sprachliche Hürden mit Unterstützung der Interviewenden und ggf. unter Hinzuziehung von Sprachmittlung zu überwinden. Drei Patientinnen ohne Krankenversicherung und/oder in der Sexarbeit tätig, waren bereit, sich an dem Pre-Test zu beteiligen. Sie wurden direkt von den Ärzt*innen an uns verwiesen. Dieser Arbeitsschritt wurde mit der Entwicklung eines erweiterten Befragungsdesigns abgeschlossen (schriftliche und persönliche Erhebungen) und damit Meilenstein 3 pünktlich erreicht.

*(6) Standardisierte Befragung von Nutzer*innen der anonymen Teststellen*

Anders als im Antrag geplant, wurde also auf Basis der Erfahrungen aus dem Pre-Test ein zweiteiliges Verfahren realisiert. Da sich schon im Pretest abzeichnete, dass die angestrebte Zahl persönlicher Interviews kaum erreichbar sein wird, wurde für die Haupterhebungsphase zusätzlich zum interviewunterstützenden Leitfaden ein eigenständiger schriftlicher Fragebogen (mit Informationen über die Studie) erstellt, der an alle Nutzer*innen im Wartebereich der Teststellen ausgegeben wurde. Mit diesem Verfahren konnte die geringere Zahl persönlicher Interviews gut kompensiert werden, da sich schließlich viel mehr Nutzer*innen als zunächst geplant beteiligten.

Bis Juli 2019 konnte geeignetes Personal zur Durchführung der Interviews an acht Standorten gewonnen werden. Nach einer Schulung starteten die Interviewer*innen in die Erhebungen. Bis Ende September 2019 wurden 845 Fragebogen ausgegeben. 85,3 % wurden ausgefüllt zurückgegeben. Von diesen 721 Teilnehmenden waren 169 auch zu einem vertiefenden Interview bereit. Die Gespräche wurden von den Interviewer*innen leitfadengestützt durchgeführt und protokolliert. Alle Daten wurden per Eingabe über eine webbasierte Befragungssoftware (Limesurvey) digitalisiert und standen Ende September 2019 planmäßig zur Auswertung bereit. Die Auswertung erfolgte mit SPSS.

Die Änderung des Verfahrens war mit dem BMG abgestimmt worden, Meilenstein 4 wurde bis September 2019 erreicht und zum u. g. Fachtag am 12. November 2019 in Berlin konnten erste Auswertungsergebnisse vorgestellt werden.

(7) Fachgespräch

Das Fachgespräch des BMG fand am 12. November 2019 statt, FOGS hat das BMG bei der Vorbereitung unterstützt und Erkenntnisse der Untersuchung berichtet. Am Fachgespräch nahmen 38 Personen aus BMG, Länderministerien, öffentlichem Gesundheitsdienst und Behörden sowie NGO, Fachgesellschaften, Ärzteschaft etc. teil.

Neben einer knappen Übersicht über die Forschungserkenntnisse stellte FOGS erste Ergebnisse zur tatsächlichen Umsetzung von (Beratung zu) Partner*innen-Benachrichtigung sowie eine Analyse zu Einstellungen und Haltungen der Beschäftigten anonymer Teststellen (hier: öffentlicher Gesundheitsdienst und NGO) und der befragten Nutzer*innen vor. Referentinnen aus den Niederlanden und England berichteten aus Praxis und Monitoring der Umsetzung von Beratung zu PB in ihren Ländern.

Die Ergebnisse des Fachgesprächs und der daraus resultierenden Empfehlungen und Priorisierungen werden im vorliegenden Schlussbericht antragsgemäß berücksichtigt, Empfehlungen werden vorgestellt sowie die Notwendigkeit und Machbarkeit von Handlungsansätzen eingeschätzt.

(8) Auswertung und Validierung, Berichterstattung

Zwischen September und November wurden die Daten ausgewertet, im November wurden, wie dargestellt, erste Ergebnisse beim Fachtag präsentiert und mit den anwesenden Standortvertreter*innen validiert. Mit Abgabe dieses abschließenden Berichts wurde Meilenstein 5 ebenfalls pünktlich erreicht.

(9) Fazit Projekt- und Ressourcenplanung

Mit Blick auf den Projektplan im Antrag ist festzuhalten, dass dieser im Wesentlichen umgesetzt und die Meilensteine, wenn auch z. T. mit Verzögerung erreicht wurden (vgl. Abb. 3). Es konnte die geplante Anzahl Standorte eingeschlossen und durch den Einsatz schriftlicher Befragungen von Nutzer*innen auch die geringere Anzahl persönlicher Interviews kompensiert werden. Zudem konnten die Erkenntnisse dieser, wie auch der Beschäftigtenbefragung, durch die ergänzenden schriftlichen Erhebungen verbreitert werden. Der Zeitplan wurde letztlich eingehalten und der abschließende Bericht pünktlich abgegeben.

Im Bereich Ressourcenplanung waren verschiedene Änderungen notwendig: Aufgrund der eher aufwendigen Akquisition von Einrichtungen und des breiten Wunschs bzw. Bedarfs nach persönlichen (Gruppen-)Gesprächen vor Ort fielen zunächst im September 2018 für die Projektleitung und dann in der Folge, vor allem im Jahr 2019, für Kristina Enders z. T. erheblich erhöhte Aufwände an. Der höhere Reise- und Zeitaufwand für die Umsetzung der Gespräche wurde in Kauf genommen, da wir auf diesem Weg die extrem wichtige Motivation zur Unterstützung der Untersuchung erhöhen konnten. Wie die Erfahrungen zeigten, hatten die Beschäftigten vor Ort nennenswerten Aufwand, die Studienbefragungen von Nutzer*innen organisatorisch zu ermöglichen, uns Räume für vertrauliche Gespräche zur Verfügung zu stellen, Personen anzusprechen und für die Befragungen zu gewinnen sowie ggf. Sprachmittlung sicherzustellen.

Für die Befragungen der Nutzer*innen wurden zum einen erfahrene Assistenzkräfte der FOGS eingesetzt (an jedem Standort, um zugleich die übrigen Interviewer*innen zu schulen. Zum anderen wurden für fast alle Standorte (auch) standortnah wohnende Personen gewonnen und geschult, so dass an dieser Stelle Zeitaufwand, Reise- und Übernachtungs-

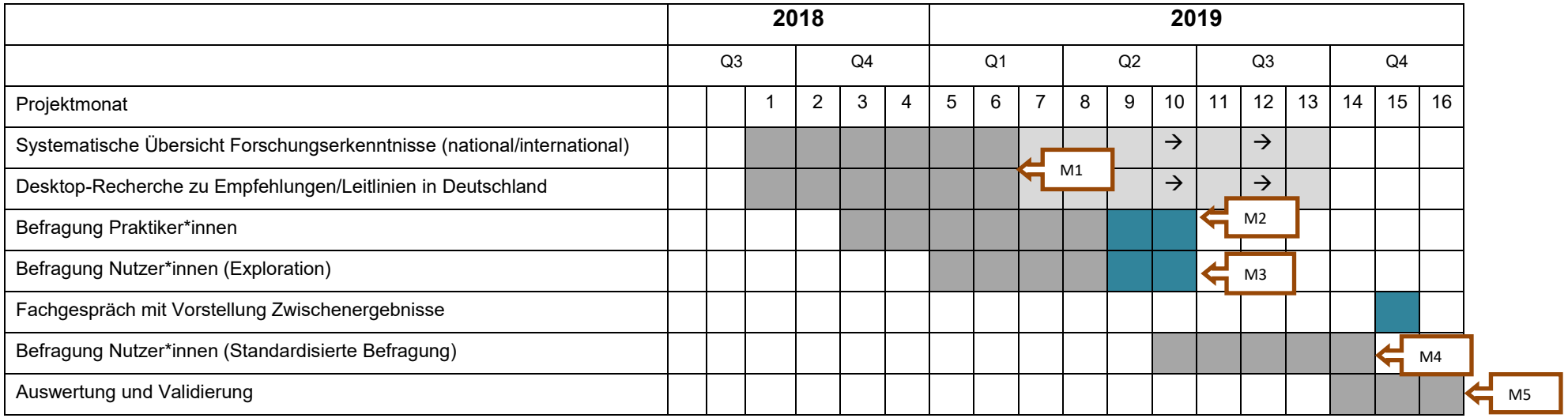
kosten erheblich reduziert werden konnten. Anders als gedacht, kamen wir jedoch nicht ganz ohne Sprachmittlung aus, doch konnte z. T. Einrichtungspersonal ohne gesonderte Berechnung helfen. Insgesamt war deshalb für Sprachmittlung nur eine geringe Summe aufzubringen.

Einsparpotential ergab sich auch daraus, dass keine Incentives notwendig waren. Wie dargestellt, war eine Vielzahl von Teststellen-Nutzer*innen bereit, an der Befragung teilzunehmen – ohne jede monetäre oder ähnliche Gegenleistung. Lediglich an einem Standort erhielten Nutzer*innen, die zum Interview bereit waren, den STI-Test kostenlos. Die Einrichtung hatte dies so entschieden und die Aufwandsentschädigung dafür eingesetzt. Die Befragungen konnten trotz z. T. verspäteter Durchführung und ausgeweiteter Umsetzung insgesamt planmäßig abgeschlossen werden.

Im letzten Halbjahr ergaben sich erneut bzw. weiter höhere Aufwände, da die zusätzlichen Befragungen auszuwerten und aufgrund des Weggangs von Katharina Eisenbach Übergabe und Einarbeitung von Gianna Cannizzaro zu bewältigen waren. Hinzu kam, dass der Auswertungsbericht durch die Ausweitung der Untersuchung, die neu hinzukommenden statistischen Auswertungen und die Integration quantitativer und qualitativer Daten umfassender als geplant anzulegen war. Auch wenn die Mehraufwände z. T. durch Einsparungen für die Durchführung von Interviews kompensiert werden konnte, blieb es bei Mehraufwand (durchgehend) für Kristina Enders und vor allem in September, November und Dezember 2019 auch für die Projektleitung.

Durch Minderausgaben im Sachkostenbereich (als wichtigste Posten sind hier zu nennen, dass nicht alle Standorte Aufwandsentschädigungen in Anspruch nahmen, dass weniger Reise- und Übernachtungskosten anfielen und die für Incentives eingeplanten Mittel nicht notwendig wurden) blieb das Projekt jedoch innerhalb des Gesamtkostenrahmens.

Abb. 3: Tatsächlich realisierter Arbeits- und Zeitplan



Legende	
Meilenstein 1 (M1)	Literatur- und Dokumentenanalysen sind für das Fachgespräch des BMG aufbereitet
Meilenstein 2 (M2)	Interviews mit Praktiker*innen sind ausgewertet und für das Fachgespräch des BMG aufbereitet
Meilenstein 3 (M3)	Explorative Interviews mit Nutzer*innen haben stattgefunden und Fragebogen für Interviewreihe ist daraus abgeleitet
Meilenstein 4 (M4)	Die standardisierten Befragungen von Nutzer*innen haben stattgefunden und die Daten sind auswertungsbereit
Meilenstein 5 (M5)	Die integrative Auswertung ist abgeschlossen
■	Verschiebung/zusätzliche Zeit bzw., für den Fachtag, korrigierte Zeit

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse entlang der durchgeführten Aufgaben vorgestellt, beginnend mit den Erkenntnissen aus der Forschung (Kap. 4.1) und der Übersicht zu Leitlinien und Empfehlungen in Deutschland (Kap. 4.2). Dann berichten wir über die Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung in anonymen Teststellen in Deutschland und über Einstellungen und Haltungen bei den dort Tätigen (Kap. 4.3) und bei den Nutzer*innen (Kap. 4.4).

4.1 Systematische Übersicht über Forschungserkenntnisse zu Methoden und Effekten von Partner*innen-Benachrichtigung in Deutschland und in anderen vergleichbaren Ländern

In die Literaturrecherche wurde jede Methode bzw. Maßnahme eingeschlossen, die der Information bzw. Benachrichtigung der Sexualkontakte einer infizierten Person (Index-Person) dient. Partner*innen-Benachrichtigung umschreibt hier den Informationsprozess selbst sowie die Beratung von Indexpatient*innen dazu. Dabei werden möglicherweise infizierte Kontakte neu entdeckter Infizierter (Indexperson) entweder von der Indexperson selbst (patient referral) oder von der jeweiligen Teststelle (provider referral, contract or conditional referral) unterrichtet, ggf. ist eine systematische Nachverfolgung vorgeschaltet (contact tracing). Im Zuge technologischer Neuerungen wurden neue Tools für die Benachrichtigung von Sexualkontakten entwickelt (e-notification, eSTI, anonyme Partner*innen-Benachrichtigung über ein Web-Tool), siehe dazu ausführlich Kap. 4.1.2.

Manche Teststellen bieten auch eine Behandlung für aktuelle Sexualpartner*innen an, die nicht bereit oder fähig sind, persönlich zu Test oder Behandlung zu kommen. In diesen Fällen wird die Indexperson behandelt und erhält gleichzeitig Medikamente für ihre Sexualpartner*innen, ohne dass diese zu einer Untersuchung kommen müssen (Patient-delivered Partner Therapy [PDPT], Expedited Partner Therapy [EPT], Accelerated Partner Therapy [APT], Partner*innen-Mitbehandlung). Die Methoden und Maßnahmen variieren mit den jeweiligen Rahmenbedingungen innerhalb der unterschiedlichen Gesundheitssysteme, in Deutschland ist eine Mitbehandlung der betroffenen Sexualkontakte ohne eigenes Arztgespräch bislang rechtlich nicht möglich.

Die Sekundäranalyse zu Forschungserkenntnissen über Methoden und Effekte von Partner*innen-Benachrichtigung umfasste nach Exklusion nicht relevanter Texte (siehe Kapitel 2.1) und 29 Reviews (um Verzerrungen der Daten durch Dopplungen vorzubeugen) noch 123 Dokumente aus den letzten zehn Jahren (Zeitraum von 2009 bis 2018).

Zur Begrifflichkeit

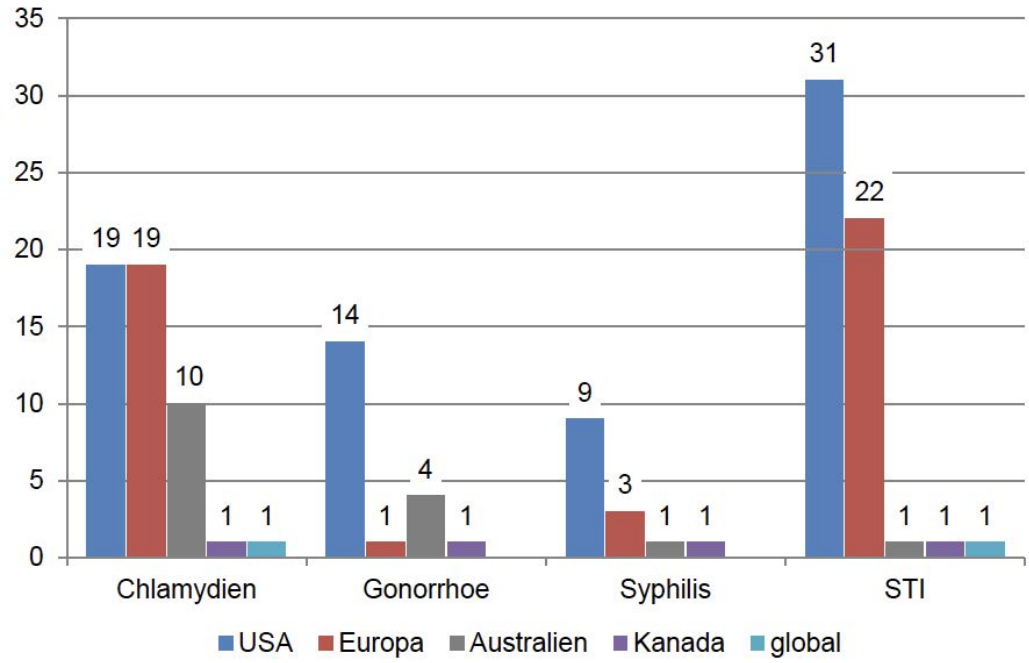
Grundsätzlich sei hier darauf hingewiesen, dass der in dieser Untersuchung zugrunde gelegte – weite – Begriff der Partner*innen-Benachrichtigung sich von Begrifflichkeiten und Verständnis in anderen Ländern unterscheidet. Im angelsächsischen, niederländischen oder skandinavischen Sprachgebrauch wird durchgehend das Wort Partner Notification genutzt – unabhängig davon, ob tatsächlich bei dem Begriff naheliegende direktive Notierung von Namen der Sexualkontakte im engeren Sinn und (ggf.) eine direkte Information über die Teststellen realisiert wird oder für Indexpersonen mehr eigene Entscheidungsmöglichkeit/Freiwilligkeit gewährt bleibt (und der Dienst sich eher beratend-motivierend einschaltet). Um Missverständnisse in Richtung direktiver Konzepte zu vermeiden, nutzen wir in diesem Bericht überwiegend, auch für internationale Kontexte, den weiteren Begriff der Partner*innen-Benachrichtigung.

4.1.1 Rahmendaten

Ein großer Teil der analysierten Studien stammt aus den USA (61) sowie aus diversen Ländern Europas (45), insbesondere aus UK und den Niederlanden. Weitere relevante Studien stammen aus Australien (13), Kanada (2) oder betrachten die globale Situation (2). Lediglich eine Studie stammt aus Deutschland und wurde im Jahr 2011 vom Robert-Koch-Institut (RKI) veröffentlicht.

Die vergleichsweise geringe Anzahl von verbliebenen Studien hat damit zu tun, dass Partner*innen-Benachrichtigung häufig im Zusammenhang mit HIV-Infektionen erforscht und in Fachkreisen diskutiert wird. Ziel dieser Literaturanalyse war es jedoch, Forschungsergebnisse mit Blick auf Partner*innen-Benachrichtigung in Zusammenhang mit anderen STI herauszufiltern. Die Sekundäranalyse fokussiert deshalb auftragsgemäß auf wissenschaftliche Erkenntnisse zu drei weit verbreiteten heilbaren STI (Chlamydien, Gonorrhoe und Syphilis). 19 Studien betrachten zusätzlich zu STI auch HIV. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die in den Studien thematisierten STI nach Erhebungsland (Abb. 4).

Abb. 4: STI innerhalb der Studien nach Ländern



Quelle: Sekundäranalyse; eigene Darstellung

50 Studien befassen sich insbesondere mit Partner*innen-Benachrichtigung infolge einer Infektion (bzw. bei vorliegendem Verdacht) mit Chlamydien, davon 19 (38,0 %) aus Europa, 19 (38,0 %) aus den USA und zehn (20,0 %) aus Australien. 20 Studien thematisieren insbesondere Partner*innen-Benachrichtigung bei Gonorrhoe-Infektionen, davon allein 14 (70,0 %) aus den USA. Weitere 14 Studien fokussieren auf Syphilis, davon neun (64,3 %) aus den USA und drei (21,4 %) aus Europa. Die deutsche Studie des RKI befasst sich STI-übergreifend mit Screening, Gesundheitsversorgung und Partner*innen-Benachrichtigung. Zwei Forschungsvorhaben waren auf globaler bzw. internationaler Ebene ausgerichtet.

Methoden der Forschung und Studientypen

In den untersuchten Studien wurden größtenteils quantitative Methoden der empirischen Forschung (88 Studien) angewendet, teils mit eigenen Datenerhebungen, teils auf Basis von Sekundärdaten. Seltener wurden qualitative Methoden der empirischen Forschung (18 Studien) angewendet, bspw. in Form von Interviews. In 17 Fällen handelt es sich um mixed-method Studien. Das finale Studien-Set beinhaltet elf randomisierte kontrollierte Studien (RCT).

4.1.2 Verfahren der Partner*innen-Benachrichtigung

Die untersuchten Studien nehmen verschiedene Verfahren der Partner*innen-Benachrichtigung in den Blick. Die beschriebenen Herangehensweisen variieren je nach den Gesundheitssystemen, Hauptunterscheidungsmerkmal ist die Verortung der Verantwortlichkeit für die Benachrichtigung der Sexualkontakte:

Provider Referral, Partner*innen-Benachrichtigung durch Fachkräfte

In der Historie der Partner*innen-Benachrichtigung hat die Benachrichtigung über Drittpersonen, i. d. R. spezialisiertes Fachpersonal (provider referral), die längste Tradition. Zunächst entwickelte sich provider referral im frühen 20. Jahrhundert, vor allem im Kontext von Marine und Seefahrt, in Skandinavien und UK. Es ging darum, mit Syphilis infizierte Personen aufzuspüren, zu informieren und zu behandeln, um eine Ausbreitung der Infektion zu verhindern.

Die Bezeichnungen für die Fachkräfte in den entsprechenden Diensten unterscheiden sich länderspezifisch. In den USA werden diese beispielsweise als „disease intervention specialists“ (DIS) bezeichnet, in UK als „health advisers“ oder „health educators“, während sie in Schweden „Kurators“ genannt werden. In vielen Publikationen zum Thema provider referral wird zum Teil nur der allgemein gefasste Begriff der „health care provider“ (HCP) genannt, ohne im Speziellen darauf einzugehen, um welche Berufsgruppe es sich dabei handelt, also ob Ärzt*innen, Pflegekräfte oder Berater*innen gemeint sind. In der Regel ist jedoch davon auszugehen, dass es sich um explizit auf das Thema sexuelle Gesundheit und Partner*innen-Benachrichtigung geschultes Fachpersonal handelt, das aus verschiedenen Fachdisziplinen (pädagogisch, medizinisch, psychologisch) stammen kann.

Die Aufgaben bzw. Rechte der Fachpersonen bzw. der Dienste unterscheiden sich von Land zu Land hinsichtlich ihres „Eingriffsrechts in die Privatsphäre“: So gehen DIS in den USA bspw. sehr zielgerichtet vor, indem sie die Patient*innen zu Kontaktdaten der Sexualkontakte befragen und dann systematisch (vgl. Magaziner et al., 2018) versuchen, diese Personen aufzuspüren (z. B. teilweise mithilfe von Social Media) und über das bestehende Infektionsrisiko zu benachrichtigen (vgl. Hunter et al., 2014). Auch in den Niederlanden und in UK stellen die Fachdienste gemeinsam mit Indexpersonen Namenslisten zusammen, überlassen es dann jedoch meist den Indexpersonen, ihre Sexualkontakte zu informieren.

In der vorliegenden Arbeit wird das Verfahren des provider referrals als „Partner*innen-Benachrichtigung durch Fachkräfte (PBF)“ bezeichnet. Je nach Grad der Standardisierung kann hier nochmals unterschieden werden in „unstandardisiert“ (provider referral ohne Hinweis auf Spezialisierungsgrad des durchführenden Personals, häufig nur als Health Care Provider bezeichnet) und „standardisiert“ (provider referral durch spezialisiertes Personal wie beispielsweise einen Disease Intervention Specialist – DIS).

Auch „contract referral“ wird in diesem Bericht unter stellvertretende Partner*innen-Benachrichtigung gefasst: Hier wird festgelegt, dass die Benachrichtigung durch das Gesundheitspersonal erfolgt, wenn die Indexperson nicht innerhalb einer vorher festgelegten Frist selbst benachrichtigt. Freiwilligkeit spielt in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle. Um die Motivation und die Befähigung von Indexpersonen zu erhöhen, tatsächlich ihre Sexualkontakte zu informieren, werden u. a. in Schweden Gesundheitspersonen in Techniken der motivationalen Gesprächsführung geschult. Damit soll gezielt die Motivation von Klient*innen zur eigenverantwortlichen Benachrichtigung gefördert werden. Allerdings wird dort Partner*innen-Benachrichtigung für einzelne STIs verpflichtend vorgeschrieben und immer dann vom Gesundheitspersonal selbst vorgenommen, wenn Klient*innen nicht innerhalb einer bestimmten Frist vorweisen können, ihre Sexualpartner*innen informiert zu haben.

Ob und inwieweit das Gesundheitspersonal selbst in den Prozess der Partner*innen-Benachrichtigung involviert ist basiert auf länderspezifischen Unterschieden hinsichtlich gesetzlicher Vorgaben und formulierter Leitlinien. Häufig ist der Übergang fließend. In vielen europäischen Staaten weist Gesundheitspersonal im Rahmen von Beratungsgesprächen bei der Ergebnismitteilung auf die Relevanz von Partner*innen-Benachrichtigung hin, eine dezidierte Motivierung oder die Nachverfolgung (Notifizierung) von Sexualkontakten findet seltener statt. Gesundheitspersonal in den Niederlanden und in UK ist (wie in Schweden) in Techniken der Motivationalen Gesprächsführung geschult, um Indexpersonen möglichst zur eigenverantwortlichen Partner*innen-Benachrichtigung zu beraten und zu ermutigen. Damit fallen diese Verfahren unter den Begriff „patient referral“ oder Partner*innen-Benachrichtigung durch Indexpersonen.

Patient Referral, Partner*innen-Benachrichtigung durch Indexpersonen

Bei patient referral liegt die Verantwortung für die Benachrichtigung der Sexualkontakte bei den Indexpersonen, also bei jenen, die von einer STI-Infektion betroffen sind. Die beratenden Fachkräfte informieren die Index-Person dazu, ihre Sexualkontakte über ein möglicherweise erhöhtes Infektionsrisiko zu benachrichtigen. Diesem Verfahren kommt seit den 1970er Jahren mehr Bedeutung zu, seit infolge von hohen Infektionsraten mit Gonorrhoe in den USA das zur provider referral ausgebildete Personal die Aufgabe nicht mehr schaffen konnte (Ferreira et al., 2013). Insbesondere für Gonorrhoe und Chlamydien präferierten viele Länder nun patient referral (vgl. ECDC, 2013). Patient referral kann je nach Unterstützungsgrad und Strukturierung grob in zwei Kategorien unterteilt werden:

Simple patient referral: Hinweis vom Gesundheitspersonal zur Notwendigkeit von Test und ggf. Therapie der Sexualpartner*innen und Aufforderung zur eigenverantwortlichen Benachrichtigung der Sexualkontakte durch die Indexperson.

Enhanced patient referral: Hier erfolgt eine stärkere Beratung und Motivierung zu Partner*innen-Benachrichtigung, Fachkräfte statten Klient*innen bei Bedarf mit Informationsmaterial aus, wie beispielsweise Benachrichtigungskarten bzw. -briefe (contact cards, contact slips, referral letter) oder Broschüren über spezifische STIs mit (Be-)Handlungsempfehlungen (booklet-enhanced) zur Weitergabe an Sexualkontakte (vgl. Trelle et al., 2007). Ggf. werden im Rahmen von Beratungsgesprächen zeitintensivere Interventionen zur Motivierung und Vorbereitung der Klient*innen angewendet, wie beispielsweise das Einüben der Benachrichtigung über Rollenspiele, die Auseinandersetzung mit Konflikten im Kontext des anstehenden Gesprächs u. ä. (vgl. Wilson et al., 2009).

In der vorliegenden Arbeit wird das Verfahren des patient referrals als „Partner*innen-Benachrichtigung durch Indexpersonen (PBI)“ bezeichnet. Auch dieses kann je nach

Grad der Unterstützung und Strukturierung unterschieden werden in „einfache Partner*innen-Benachrichtigung durch Indexpersonen“ (*simple patient referral*: Die Indexperson selbst übernimmt die Benachrichtigung, ohne Unterstützung in Form von Hilfsmitteln oder ausführlichen Interventionen zu erhalten) und „intensivierte Partner*innen-Benachrichtigung durch Indexpersonen“ (*enhanced patient referral*: Index-Person selbst übernimmt die Benachrichtigung und erhält Unterstützung in Form von Hilfsmitteln oder vorbereitenden Interventionen durch Gesundheitspersonal).

Partner*innen-Mitbehandlung

Das Ziel von Partner*innen-Benachrichtigung ist stets, Test und ggf. Behandlung der Sexualkontakte infizierter Personen. In Deutschland ist die Behandlung von Personen ohne eigene Untersuchung, zumindest Arztgespräch, nicht erlaubt. In anderen Ländern bestehen z. T. mehr Möglichkeiten und so beschäftigt sich ein großer Teil der Studien mit direkter Partner*innen-Mitbehandlung. Dabei wird Personen mit einer diagnostizierten STI die Medikation, i. d. R. Antibiotika, sofort auch für ihre Sexualpartner*innen mitgegeben und die Indexpersonen übergeben diese dann direkt ohne eigenen Arztkontakt (PDPM: *patient-delivered partner medication* oder PDPT: *patient-delivered partner therapy* oder PIPT: *patient initiated partner treatment;* vgl. Golden et al., 2015).

In einigen Ländern ist diese Form der Partner*innen-Benachrichtigung nicht legal, ohne dass sich die Partner*innen zuvor einer Untersuchung unterzogen haben bzw. in vielen Ländern ist der gesetzliche Status für diese Form der Partner*innen-Benachrichtigung nicht eindeutig oder ungeklärt (vgl. ECDC, 2013). In den USA ist das Verfahren etabliert. Dort spricht man von *Expedited Partner Therapy* (EPT), in UK von *Accelerated Partner Therapy* (APT). APT und EPT können synonym verwendet werden (vgl. Wood et al., 2018). Zu allen verschiedenen Begrifflichkeiten s. a. das Glossar in Kap. 10. Die Methoden und Maßnahmen variieren mit den jeweiligen Rahmenbedingungen innerhalb der unterschiedlichen Gesundheitssysteme.

In der vorliegenden Arbeit werden die oben genannten Verfahren der Mitgabe von Medikation an Sexualpartner*innen und Information zur Medikation als „Partner*innen-Mitbehandlung“ bezeichnet.

Tools zur (Unterstützung von) Partner*innen-Benachrichtigung

Zu Mitteln/Instrumenten oder Tools für Partner*innen-Benachrichtigung gehören strukturierte Erhebungsbogen, Gesprächsführungsmethoden, Benachrichtigungskarten, Informationsblätter zu STI und den relevanten Ansteckungszeiträumen, Rollenspiele etc. In Deutschland werden nur wenige derartige Instrumente eingesetzt (vgl. Kap. 4.3.1), in anderen Ländern schon – und zu einem Gutteil gibt es auch Studien. In den letzten Jahren kamen, mitunter sogar im Rahmen von Partner*innen-Mitbehandlung (vgl. Estcourt et al., 2012), digitale Hilfsmittel und Tools hinzu. Beispielsweise untersuchten Götz und Kolleg*innen (2014) in den Niederlanden den Einsatz eines Web-Tools („suggest-a-test“), worüber Indexpersonen ihre Sexualpartner*innen über eine erhöhte Infektionsgefahr benachrichtigen können – sowohl anonym als auch unter Angabe des Absenders. Auch die Verwendung des Tools durch Gesundheitspersonal ist möglich. Ähnliche Hilfsmittel und Tools, die im Lauf der letzten Jahre implementiert und untersucht wurden, werden u. a. in Kap. 4.1.6 beschrieben.

Über die Sekundäranalyse konnten für den deutschen Kontext keine aktuellen Befunde zur Umsetzung der Partner*innen-Benachrichtigung (Methoden und Verfahren) recherchiert werden, auch nicht in der Studie des RKI (vgl. Schmidt & Marcus, 2011). Hier

wird jedoch auf Barrieren auf Seiten der Klienten (MSM) hingewiesen und die Notwendigkeit von Partner*innen-Benachrichtigung betont, um Infektionsketten zu unterbrechen.

4.1.3 Leitlinien und ihre Umsetzung

International existieren diverse Empfehlungen und Leitlinien zur Partner*innen-Benachrichtigung (patient referral, provider referral, Partner*innen-Mitbehandlung) im Zusammenhang mit STI (ggf. in Kombination mit HIV), die von Institutionen bzw. Organisationen oder Fachgesellschaften aus dem Gesundheits- und Sozialbereich veröffentlicht wurden. Diese Empfehlungen sind im Kontext diverser rechtlicher (bspw. landesspezifischer) Rahmenbedingungen eingebettet, bspw. sind Patient-delivered Partner Therapy (PDPT) bzw. Expedited Partner Therapy (EPT) oder Accelerated Partner Therapy (APT) in einigen Ländern bzw. Regionen gesetzlich explizit zugelassen, in anderen nicht. Des Weiteren verfügen einige Anbieter über interne Richtlinien. Die Leitlinien und Empfehlungen dienen dazu, Anbietern zu helfen, ein passendes Verfahren der Partner*innen-Benachrichtigung auszuwählen und angemessen einzuleiten. Im Weiteren werden zentrale Leitlinien und Empfehlungen aufgeführt, zunächst auf internationaler, anschließend auf europäischer Ebene, die auch für den deutschsprachigen Raum relevant sind. Abschließend folgen Leitlinien auf Bundesebene der USA, da ein Großteil von Forschung und Literatur zu Partner*innen-Benachrichtigung von dort stammt.

- Partner*innen-Benachrichtigung und Partner*innen-Mitbehandlung bilden laut WHO wichtige Instrumente für eine effektive Behandlung und Prävention von STI. Ansätze zur Benachrichtigung, Beratung, Untersuchung und Behandlung von Sexualkontakten können je nach Umständen variieren und wie dargestellt bspw. durch die Indexpersonen selbst oder durch Fachkräfte erfolgen. Die WHO betont die Bedeutung von „Paaransätzen“ zur Erhöhung der Beratung- und Behandlungsquoten insbesondere im Rahmen von Schwangerschaftsbetreuung. Grundsätzlich sollte die gewählte Strategie geltendes Recht berücksichtigen und sensibel für gender-spezifische Unterschiede sein. Die WHO rät dazu, den Umsetzungsgrad von Partner*innen-Benachrichtigung zu evaluieren (2016, S. 40 ff.).
- Das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) sieht bei internationalen Richtlinien eine Präferenz für eine freiwillige Partner*innen-Benachrichtigung. Eine unfreiwillige Offenlegung könne nur das letzte Mittel sein, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind (2013, S. 2). Das ECDC empfiehlt die Behebung von Evidenzlücken sowie Entwicklung und Anwendung evidenzbasierter Leitlinien für Partner*innen-Benachrichtigung, die an die unterschiedlichen Länder und deren Bevölkerung bzw. das jeweilige Gesundheitssystem angepasst werden können (2013, S. 8). Auch das ECDC regt weitere Forschung zu diesem Thema an (2013, S. 35).
- Auch die 2015 veröffentlichte Leitlinie des International Union Against Sexually Transmitted Infections (IUSTI) European Guideline Editorial Board sowie des European Dermatology Forum (EDF) Guideline Committees empfiehlt, dass Partner*innen-Benachrichtigung freiwillig und unter Berücksichtigung der Menschenrechte sowie von kulturellen bzw. religiösen Gegebenheiten erfolgen sollte. Indexpersonen sollten dabei die Wahl haben, ob sie selbst ihre Sexualkontakte benachrichtigen wollen oder ob dies von Gesundheitspersonal übernommen werden soll. In jedem Fall sollte das Gesundheitspersonal der Indexperson vermitteln, wie wichtig die Testung bzw. mögliche Behandlung der Sexualkontakte ist (Relevanz), auch im Sinne der Prävention von Re-Infektionen. Wird Partner*innen-Benachrichtigung von der

Indexperson selbst durchgeführt, sollte das Gesundheitspersonal dafür sorgen, dass diese alle wichtigen Informationen zur Weitergabe an Sexualkontakte erhält. IUSTI hält vor allem schriftliche Informationsmaterialien (in analoger oder digitaler Form) für geeignet. Auch Partner*innen-Mitbehandlung (nicht in allen Ländern zugelassen) kann vorteilhaft sein (Tiplica, 2015, S. 1254 ff.).

- Laut Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2015) sollten Teststellen alle verschiedenen Möglichkeiten zu Partner*innen-Benachrichtigung berücksichtigen, sodass ein je individuell passender Ansatz gewählt werden kann und Sexualkontakte eine angemessene Beratung und Betreuung erhalten (CDC, 2008, S. 8). Das CDC rät dazu, dass Teststellen selbst Partner*innen-Benachrichtigung durchführen, wenn Namen und Kontaktdaten von Sexualkontakten der Indexpersonen vorliegen (*provider referral*), dabei sollte, wenn von den Indexpersonen gewünscht, verstärkt auf contract referral[1] gesetzt werden (2008, S. 10).
  Das CDC weist in seinen Empfehlungen zudem auf besondere Bedarfe bei vorliegenden Gewaltsituationen hin. Hält das Gesundheitspersonal eine Gewaltsituation für möglich, sollten vor der Benachrichtigung der Sexualkontakte Fachleute hinzugezogen bzw. Indexpersonen entsprechend überwiesen werden. Dabei sollte nachverfolgt und sichergestellt werden, dass die überwiesenen Personen sicher sind und tatsächlich bei diesen Diensten ankommen (2008, S. 9.). Das CDC empfiehlt, sofern gesetzlich möglich, Partner*innen-Mitbehandlung (hier: PDPT bzw. EPT) routinemäßig für heterosexuelle Indexpersonen mit Chlamydien- oder Gonorrhoe-Infektionen. Im Unterschied dazu sollten Verfahren zur Partner*innen-Mitbehandlung bei MSM zurückhaltend eingesetzt werden – zu häufig liegen in dieser Zielgruppe weitere Ko-Infektionen vor, auf die Betroffene getestet werden sollten (2015, S. 8 ff.).

Einige der analysierten Studien befassen sich mit Empfehlungen oder Leitlinien zu Partner*innen-Benachrichtigung, auch unter Berücksichtigung der gesetzlichen Grundlage. Die Studien analysieren u. a. inwieweit diese Empfehlungen von Anbietern des Gesundheitsbereichs berücksichtigt werden.

Stenger et al. (2015) untersuchten, wie viele heterosexuelle Indexpersonen eine Partner*innen-Mitbehandlung (EPT) als Umsetzung der CDC-Leitlinie (s. o.) erhalten. Unter den heterosexuellen Männern und Frauen innerhalb des Studien-Samples erfüllten 90,8 % die Kriterien für EPT, jedoch gaben lediglich 6,6 % an, EPT erhalten zu haben. Signifikante Unterschiede bzgl. des Erhalts von EPT zeigten sich u. a. zwischen verschiedenen Settings bzw. Standorten.

In New York State (NYS) ist Partner*innen-Mitbehandlung (EPT) seit 2009 für Chlamydieninfektionen gesetzlich erlaubt. Staatlich anerkannte Gesundheitszentren (Federally qualified health centers [FQHCs]) in New York City (NYC) betreuen STI-gefährdete Patienten. Eine Studie von Introcaso et al. aus dem Jahr 2013 beschreibt interne Richtlinien, Praktiken und STI-Management innerhalb der FQHCs. Diese Gesundheitszentren sind i. d. R. Regierungsorganisationen oder anderen übergeordneten Einrichtungen zugehörig, die mehrere Standorte betreiben. Die von Introcaso et al. durchgeführte Befragung der Anbieter ergab, dass in 55 % der übergeordneten Einrichtungen interne Regelungen zu EPT existieren, während 45 % über keine Regelung zu EPT verfügen. Einige übergeordnete Einrichtungen verzichteten auf eigene Regelung zu EPT, da EPT gesetzlich erlaubt ist, doch war einigen Angestellten nicht bewusst, dass EPT in NYS gesetzlich erlaubt ist.

---

1 Index-Fälle und Anbieter halten vertraglich fest, dass der Index-Fall seine Sexualkontakte bis zu einem festgelegten Stichtag selbst informiert. Suchen diese Sexualkontakte bis zum Stichtag den Anbieter nicht auf, wird sich der Anbieter bei den Sexualkontakten melden (vgl. auch Kapitel 10: Glossar).

Seit 2001 ist Partner*innen-Mitbehandlung (hier: PDPT) auch nach kalifornischem Recht zulässig und wird vom Department of Public Health und der California STD Controllers Association für Sexualpartner*innen empfohlen, die keine zeitnahe medizinische Versorgung aufsuchen können oder wollen. Eine Evaluation zur Partner*innenmitbehandlung bei Chlamydien in kalifornischen *family planning clinics* ergab, dass zwar die Möglichkeit besteht, mit Hilfe von PDPT die Behandlung von Sexualpartner*innen durchzuführen, diese Strategie jedoch kaum genutzt wird, u. a. aufgrund unzureichender Finanzierung (Yu et al., 2011).

Eine weitere US-amerikanische Studie von Golden et al. aus dem Jahr 2015 untersuchte die Anwendung von Partner*innen-Mitbehandlung (hier: EPT bzw. PDPT) seitens der Ärzt*innen (*clinicans)*. Im Rahmen dieser Studie wurden Briefe an Ärzt*innen, die im Vorjahr mindestens einen Fall von bakterieller STI gemeldet hatten, verschickt. Die Briefe informierten über die Inhalte der state guidelines (EPT bzw. PDPT wird bei heterosexuellen Personen mit Gonorrhoe oder Chlamydieninfektionen empfohlen, wenn die Behandlung der potenziell infizierten Sexualpartner*innen anders nicht sichergestellt werden kann). Ein wichtiger Bestandteil der Intervention in Washington State war die Bereitstellung kostenloser Medikamente bzw. von Rezepten, die gebührenfrei in teilnehmenden Apotheken eingelöst werden konnten. Die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass die Studienintervention die Anzahl von Partner*innen-Mitbehandlung erhöht hat.

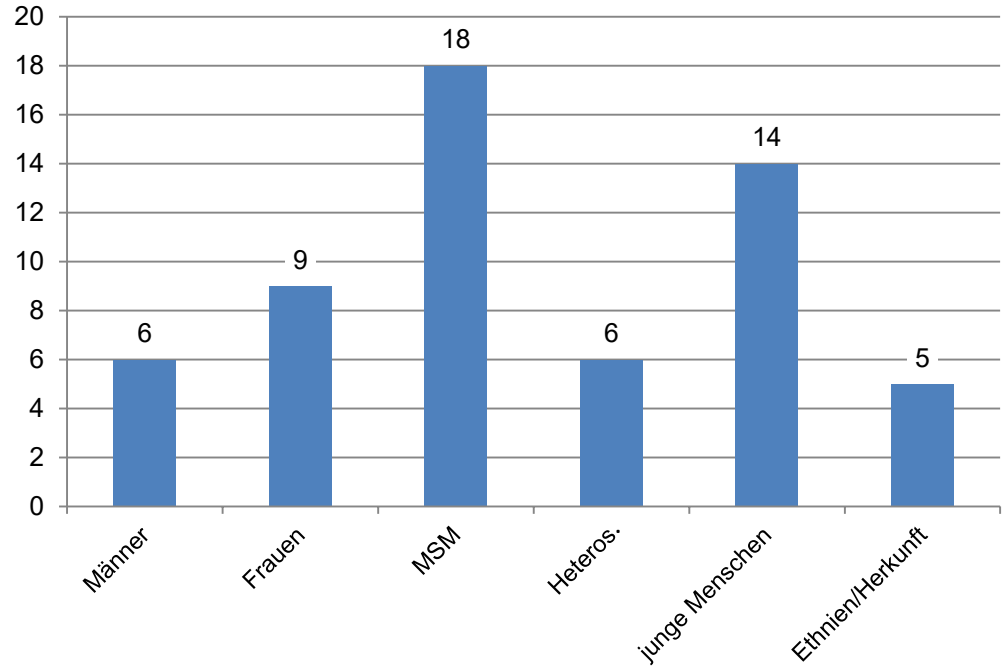
Zusammenfassend weist die Analyse der Studien darauf hin, dass in einigen Ländern bzw. Regionen zwar Gesetze, Leitlinien und Empfehlungen zu Partner*innen-Benachrichtigung (durch Indexpersonen, durch Fachkräfte und Partner*innen-Mitbehandlung) bestehen. Doch ist deren Umsetzung nicht immer gesichert und hängt von mehreren verschiedenen Faktoren ab, bspw. von Setting, Personalqualifikation oder Finanzierung.

4.1.4 Studienpopulation

Studien, die sich mit Betroffenen befassen, fokussieren häufig auf Gruppen mit bestimmten (soziodemografischen) Merkmalen (Abb. 5).

So fokussieren mehrere der analysierten Studien auf Personen mit bestimmten sexuellen Orientierungen, v. a. auf Männer, die mit Männern Sex haben (MSM; 18 Studien) oder Heterosexuelle (sechs Studien). Heterosexuelle werden insbesondere im Zusammenhang mit Chlamydien- und teils mit Gonorrhoe-Infektionen betrachtet. MSM werden i. d. R. allgemein im Zusammenhang mit STI beforscht. In einigen Fällen findet sich ein Schwerpunkt auf Syphilis, da dies besonders häufig MSM betrifft (vgl. Tan et al., 2016; Pennise et al., 2015).

Abb. 5: Studienpopulationen (Betroffene) nach soziodemografischen Merkmalen und sexueller Orientierung



Quelle: Sekundäranalyse; eigene Darstellung

14 Studien forschen zu (möglichen) STI-Infektionen und Partner*innen-Benachrichtigung bei jungen Menschen[2] (teils unter 18 Jahre alt). Hier gilt die Prävalenz von Chlamydien-Infektionen als erhöht (Gille et al., 2005).

Neun Studien nehmen Frauen in den Fokus. Dabei liefern die analysierten Studien verschiedene Hinweise, warum sie diese Studienpopulation auswählten. So verweisen Spielberg et al. (2014) bspw. darauf, dass unbehandelte Chlamydien- oder Gonorrhoe-Infektionen zu entzündlichen Erkrankungen des Beckens, ektopischen Schwangerschaften, frühzeitigen Geburten oder Unfruchtbarkeit führen können. Decker et al. (2011) sehen bei Frauen, die der Gewalt von Sexualpartnern ausgesetzt waren, Hemmungen bzgl. Partner-Benachrichtigung und Angst vor negativen Konsequenzen.

Sechs Studien konzentrieren sich auf Männer mit (möglichen) STI-Infektionen – ohne besonderen Fokus auf MSM. Diese Studien beschäftigen sich mit männlichen Bevölkerungsgruppen, weil sie bspw. überproportional von manchen STI betroffen sind (Cohen et al., 2017), aber weniger über ihre Einstellungen und Überzeugungen bekannt ist als über jene von Frauen (Pfeiffer et al., 2016). Andere Studien vergleichen MSM und MSW[3] (Serwin et al., 2015).

Fünf Studien widmen sich Bevölkerungsgruppen mit bestimmten Ethnien bzw. einer bestimmten Herkunft (bspw. Aborigines oder Afro-Amerikaner) und/oder Migrant*innen mit hohen STI-Raten (vgl. Buchsbaum et al., 2014; Guy et al., 2013).

Die einzige bundesdeutsche Studie innerhalb der analysierten Studiensammlung liefert Ergebnisse aus der Perspektive von MSM, indem online und offline Befragungen durchgeführt wurden (vgl. Schmidt & Marcus, 2011).

2 i. d. R. bis maximal 30 Jahre

3 Männer, die mit Frauen Sex haben

Andere Studien fokussieren auf verschiedene Providerperspektiven und befragen u. a. Allgemeinmediziner*innen bzw. hausärztliches Personal, Klinikärzt*innen und Krankenpflegepersonal. Manche Studien widmen sich Health Care Providern, darunter spezifisches Personal wie Disease Intervention Specialists (DIS), Health Adviser oder Health Educators, während andere die Bezeichnung unspezifisch verwenden, sodass nicht deutlich ist, welche Berufsgruppe gemeint.

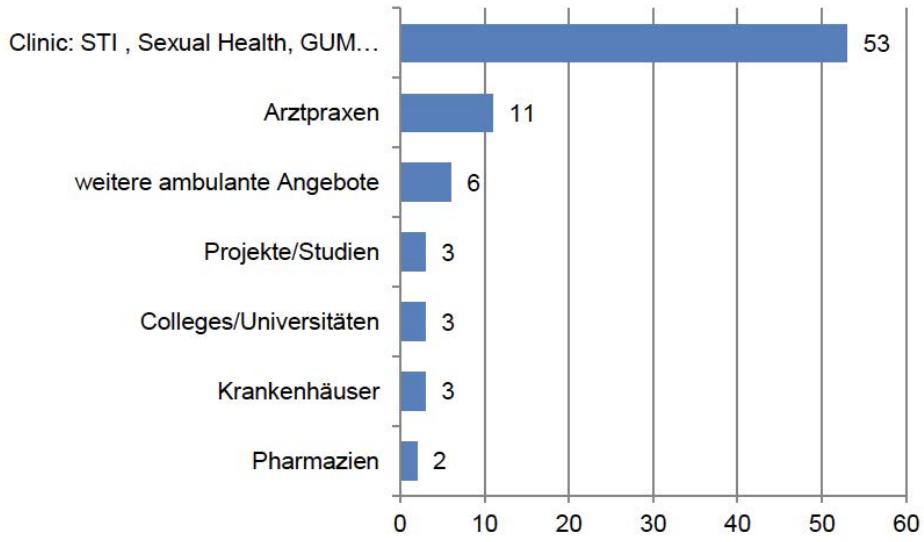
4.1.5 Erhebungssettings

Diagnostik und Therapie von STI sind in den unterschiedlichen Gesundheitssystemen je spezifisch implementiert. Bei STI-bezogenen Beschwerden werden sowohl Allgemeinmediziner*innen als auch Fachärzt*innen verschiedener Disziplinen konsultiert. Im europäischen Raum erfolgen Diagnostik und Behandlung von STI i. d. R. durch niedergelassene Ärzt*innen bzw. über spezielle ambulante Fachstellen bzw. –dienste, wie bspw. *genitourinary-medicine-clinics* (GUM Clinics) in UK. Die verschiedenen ambulanten Anbieter weisen unterschiedliche Zugänge, Angebote und Kosten auf (vgl. Schmidt & Marcus, 2013).

Im Rahmen der Sekundäranalyse wurde geprüft, in welchen Settings die Daten der Studien erhoben wurden, doch gaben lediglich 62,6 % der Studien dazu Auskunft. Einige Studien betrachten mehrere Settings. Die Settings betten sich ein in unterschiedliche Gesundheitssysteme der Länder, aus denen die analysierten Studien stammen. Alle Studien wurden in englischer Sprache verfasst. Adäquate Übersetzungen für die betrachteten Settings zu finden, stellt eine Herausforderung dar, da wortwörtliche Übersetzungen aufgrund genereller Unterschiede nicht möglich bzw. zielführend sind.

Ein großer Teil der Daten wurde im Rahmen von STI Clinics, Sexual Health Clinics, GUM Clinics, Family Planning Clinics und weiteren clinics erhoben (53 Studien). Dabei handelt es sich um ambulante Fachdienste/Angebote, die i. d. R. öffentlich bzw. staatlich gefördert werden und niedrigschwellige Zugänge haben.

Abb. 6: Erhebungssettings der Studien

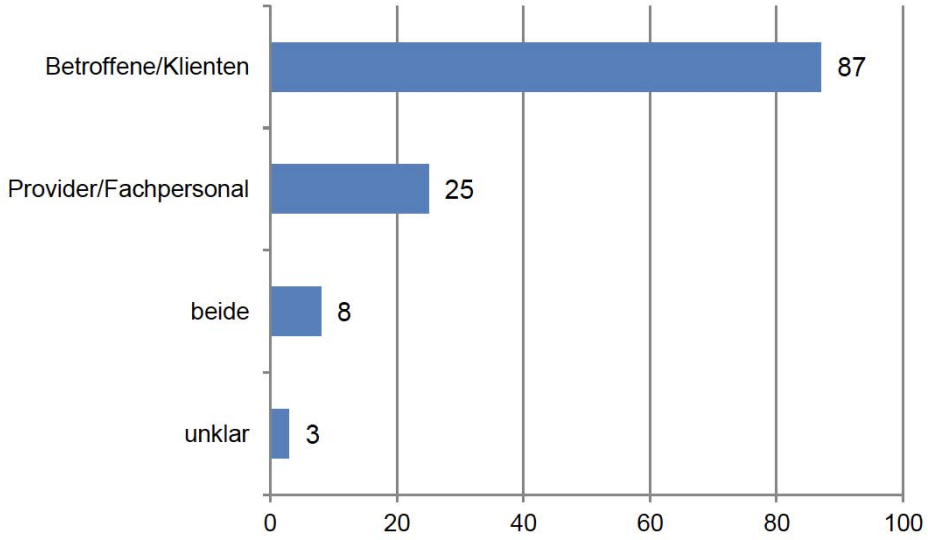


Quelle: Sekundäranalyse; eigene Darstellung

Elf Studien erhoben Daten in Arztpraxen. Drei Studien erhoben Daten in Krankenhäusern, bspw. umfasste die Stichprobe einer Studie junge Menschen, die mit STI-bezogenen Beschwerden in Notaufnahmen vorstellig wurden (Reed et al., 2015). Jeweils drei Studien wurden in Colleges bzw. Universitäten oder im Rahmen von Projekten durchgeführt. Zwei Studien erhoben Daten bei Apotheken und untersuchten u. a. ob und wie viele der von den Fachdiensten ausgestellten Rezepte eingelöst wurden. Zudem wurden in sechs Studien Daten bei weiteren ambulanten Dienstleistern erhoben, bspw. bei Einrichtungen, die sich speziell mit der Gesundheit bestimmter Zielgruppen, bspw. jungen Menschen, auseinandersetzen (Nielsen et al., 2018; vgl. Abb. 6).

Welche Perspektiven wurden untersucht? 120 (97,6 %) Studien nehmen Methoden und Effekte von Partner*innen-Benachrichtigung aus Sicht der professionellen Fachkräfte (ärztliches Personal, Pharmazeut*innen, Berater*innen o. ä.) und/oder der Adressat*innen (Klient*innen der Teststellen sowie ihre Sexualkontakte) in den Blick:

Abb. 7: Perspektiven innerhalb der Studien



Quelle: Sekundäranalyse; eigene Darstellung

Der weitaus größte Anteil – 87 Studien (70,7 %) – setzt sich intensiver mit den Meinungen und Erfahrungen von (möglichen) STI-Betroffenen auseinander. In 25 Studien (20,3 %) fokussierten die Datenerhebungen auf Erfahrungen und Meinungen des Fachpersonals. Acht Studien (6,5 %) präsentieren Ergebnisse aus beiden Perspektiven (Abb. 7). Für drei Studien bleibt die Perspektive unklar. Dabei handelt es sich um drei Modellierungsstudien, die sich mit der Auswirkung von contact tracing in geclusterten Populationen, Auswirkungen von Partner*innen-Benachrichtigung auf Individual- und Populationsebene sowie den Auswirkungen von Screenings und der Partner*innen-Benachrichtigung auf die Infektionsraten bei Chlamydieninfektionen auseinandersetzen (s. a. Kapitel 4.1.6).

Insbesondere in den USA fokussieren Studien häufig die Betroffenenperspektive (49 Studien). In anderen Ländern, die mehrere Studien zu STI und Partner*innen-Benachrichtigung lieferten, ist das Verhältnis zwischen Studien aus Betroffenen- und Anbieterperspektive ausgewogener (bspw. in den Niederlanden).

4.1.6 Effektivität der Benachrichtigungsverfahren

Die Strategie der Bundesregierung zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen schreibt der Partner*innen-Benachrichtigung besondere Bedeutung zu, wenn es darum geht, „Infektionsketten zu unterbrechen“ (BMG, 2016). Das Bundesministerium für Gesundheit orientiert sich damit an wissenschaftlichen Befunden zur Effektivität der Partner*innen-Benachrichtigung (vgl. Fleming & Hogben, 2017; WHO, 2016; ECDC, 2013; Ferreira et al., 2013).

Insgesamt befassen sich 57 Studien (46 %) aus dem Zeitraum von 2009 bis 2018 mit Fragen der Effektivität der unterschiedlichen Verfahren zu Partner*innen-Benachrichtigung. Es gibt viele verschiedene Indikatoren, anhand derer die Effektivität operationalisiert wird. So wird in einigen Studien bspw. eine Kosten-Nutzen-Analyse herangezogen, um die Effizienz einzelner Verfahren gegeneinander abzuschätzen – andere wiederum befassen sich aus der Perspektive der Klient*innen oder aus Sicht des Gesundheitspersonals mit Akzeptanz und Barrieren für einzelne Verfahren (siehe Kap. 4.1.7). Einige Studien gehen weiter, indem sie auch Re-Infektionsraten von Indexpersonen oder die Anzahl der benachrichtigten bzw. behandelten Sexualpartner*innen heranziehen, um Aussagen über die Effektivität einzelner Verfahren zu treffen.

Im Folgenden sollen zunächst drei Studien vorgestellt werden, die sich mit der Effektivität von Partner*innen-Benachrichtigung befassen, dabei aber nicht explizit auf ein bestimmtes Verfahren der PB eingehen.

*Effektivität von Partner*innen-Benachrichtigung allgemein*

Drei Studien befassen sich damit, wie effektiv allein durch Benachrichtigung von Partner*innen Infektionen aufgedeckt und Infektionsketten unterbrochen werden können – ohne Hinweise auf die Anwendung eines spezifischen Verfahrens zu geben.

Eine Studie aus den Niederlanden (Van Aar et al., 2015) konnte auf Basis zweier nationaler Datensätze (explizit zu Partner*innen-Benachrichtigung und allgemein zu STI) Zahlen generieren, die eine Aussage über den Mehrwert für die Prävention von STIs durch Partner*innen-Benachrichtigung zulassen: 25 % der untersuchten Indexpersonen waren zuvor selbst benachrichtigt worden und haben sich in Folge der Benachrichtigung testen lassen. Die Sexualpartner*innen, die über diese Indexpersonen zu ihrem Infektionsrisiko benachrichtigt wurden, wiesen hohe STI-Infektionsraten auf (41 % bei MSM, 50 % bei heterosexuellen Männern, 33 % bei heterosexuellen Frauen). Daten aus dem National STI Surveillance (2010 – 2012) ergänzten die Ergebnisse des ersten Datensatzes um die Aussage, dass 29 % aller STI-Diagnosen in Folge von Partner*innen-Benachrichtigung aufgedeckt wurden – dies galt insbesondere für heterosexuelle Männer.

Eine weitere Studie von Althaus und Kolleg*innen (2012) nimmt sich der Untersuchung der Effektivität von Partner*innen-Benachrichtigung im Allgemeinen mithilfe einer statistischen Effektmodellierung an. Ein auf Daten des Britain‟s Second National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles basierendes Modell (s. g. „RSTISim“) zeigt, dass pro Indexperson die Benachrichtigung von drei oder mehr Sexualpartner*innen aus dem Zeitraum der vergangenen 18 Monate zu einem substantiellen Anteil von Chlamydien-Neudiagnosen führt. Durch die Benachrichtigung des Sexualkontakts, mit dem zuletzt Geschlechtsverkehr stattgefunden hat, kann die Weitergabe von Chlamydien am effektivsten verhindert werden. Eine Ausweitung der Benachrichtigung auf weiter zurückliegende Sexualkontakte beugte der Weitergabe der Infektion hingegen nur geringfügig vor.

Eine weitere Studie (Kretzschmar et al., 2012) kam anhand einer statistischen Simulation (basierend auf Daten aus einem nationalen Survey und einem Präventionsprojekt zu Un-

fruchtbarkeit) zu dem Ergebnis, dass die Steigerung von Partner*innen-Benachrichtigung einen mindestens so großen Effekt auf die Reduktion von Chlamydieninfektionen hat, wie eine Screeningstrategie („Screening-Coverage“).

Diese drei Befunde machen deutlich, dass Partner*innen-Benachrichtigung – zunächst ungeachtet der Art des Verfahrens – eine zentrale Rolle als Strategie zur Aufdeckung und im Zuge dessen zur Unterbrechung von STI-Infektionsketten einnimmt.

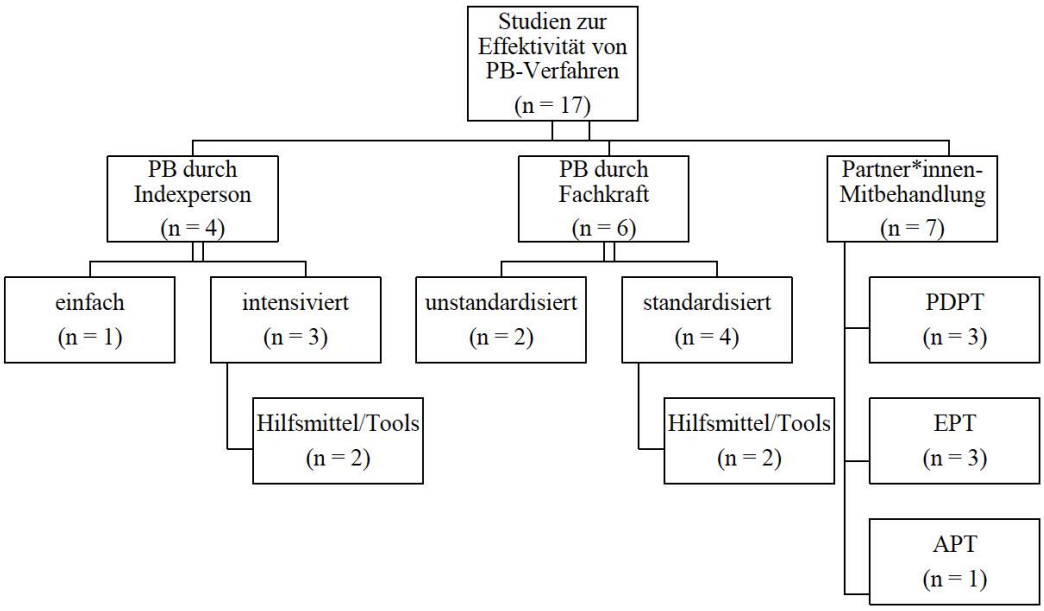
*Effektivität einzelner Verfahren zur Partner*innen-Benachrichtigung*

Darauf aufbauend soll im Folgenden erörtert werden, wie andere Studien konkrete Verfahren der Partner*innen-Benachrichtigung mit Blick auf die Unterbrechung von Infektionsketten untersuchen (Effektivität der Methoden

Tab. 10 im Anhang stellt die zentralen Befunde vor. Belastbare Daten bezüglich der Effektivität liegen für Deutschland nicht vor.

Die Befunde betreffen Partner*innen-Benachrichtigungsverfahren, die von Partner*innen-Benachrichtigung durch Indexpersonen (einfach oder intensiviert), über Partner*innen-Benachrichtigung durch Fachkräfte (unstandardisiert oder standardisiert), bis zur Partner*innen-Mitbehandlung (Mitgabe von Rezept oder Medikation) reichen (siehe für einen Überblick Abb. 8). Als Indikatoren für die Effektivität bei der Unterbrechung von Infektionsketten werden in dieser Aufstellung zum einen Anzahlen benachrichtigter, neudiagnostizierter oder behandelter Sexualkontakte und zum anderen Re-Infektionsraten bei den Indexpersonen herangezogen.

*Abb. 8: Übersicht über Studien zur Effektivität von Partner*innen-Benachrichtigung nach Verfahren*



Eine der Studien (Santo et al., 2011) widmet sich dem Verfahren, bei dem Klient*innen selbst benachrichtigen, nachdem sie in einem Beratungsgespräch lediglich auf die Notwendigkeit hingewiesen und zur Benachrichtigung angehalten wurden („einfache PB durch Indexperson“). Drei weitere Studien befassen sich mit Partner*innen-Benachrichtigung durch Indexpersonen (PBI), die zusätzlich unterstützt und dadurch intensiviert wird, indem Infomaterial, Online-Tools oder vorbereitende Interventionen, wie bspw. Rollenspiele („intensivierte PBI“) eingesetzt werden. Mindestens sechs Studien befassen

sich mit Partner*innen-Benachrichtigung durch Fachkräfte (PBF) mit unterschiedlichen Graden an Standardisierung (z. B. DIS, CEDIS, spezialisiertes PB-Team). Zwei Studien hiervon wurden als „unstandardisierte PBF“ eingeordnet, da keine Angaben zum Spezialisierungsgrad des ausführenden Personals gemacht werden. Ein nennenswerter Anteil der Studien befasst sich mit unterstützenden Tools (Mobiltelefon-Nachrichten, Online-Tools zur Benachrichtigung) oder Interventionen (z. B. Schulungen oder Interventionen), die – wie bereits erwähnt – teils auf Klient*innen-Seite, teils auf Seiten des Gesundheitspersonals zum Einsatz kommen. Sieben Studien nehmen Partner*innen-Mitbehandlung (PDPT, APT, EPT) in den Fokus, die in dieser Analyse lediglich ergänzend betrachtet werden, da eine Umsetzung in Deutschland außerhalb der gesetzlichen Möglichkeiten liegt (vgl. Kapitel 4.1.3).

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse bezüglich der Effektivität von Verfahren zur Partner*innen-Benachrichtigung gegliedert nach Indikatoren zur Messung der Effektivität dargestellt.

- Indikator: Anzahl benachrichtigter und/oder behandelter Partner*innen

Durchgehend zeigt sich für PBI, dass mehr Indexpersonen ihre Sexualpartner*innen benachrichtigen, wenn sie Unterstützung in Form von Tools oder Interventionen erhalten („intensivierte PBI“; vgl. Wilson et al., 2009; Tuneu et al., 2013).

Auch bei Partner*innen-Benachrichtigung durch Fachkräfte kann ein ähnlicher Trend für die Anzahl benachrichtigter Sexualkontakte beobachtet werden, wenn das durchführende Gesundheitspersonal mit spezifischen Tools ausgestattet wird oder Schulungen erhält. Personal in den vorliegenden Studien wurde geschult in STI-bezogenen Themen, wie beispielsweise Safer Sex oder Epidemiologie oder in geeigneten Methoden für das Beratungsgespräch und zur Förderung der Benachrichtigung (vgl. McCann et al., 2013; Österlund, 2014; Ehlman et al., 2010; Rudy et al., 2012; Taylor et al., 2010).

Geht man noch einen Schritt weiter und betrachtet über die Zahlen erreichter Sexualpartner*innen hinaus, die Anzahl derer, die in Folge dessen tatsächlich getestet und behandelt wurden, zeigte sich, dass einige Verfahren der PBF auch mit einer Steigerung behandelter Sexualpartner*innen in Verbindung gebracht werden können (vgl. Rudy et al., 2012: durch Implementierung eines CEDIS; Ehlman et al., 2010: durch Implementierung eines Web-Tools für DIS; Taylor et al., 2010: durch Implementierung eines DIS).

Behandlungsraten von Sexualpartner*innen wurden in zwei der Studien systematisch über Rücklaufzahlen von PB-Tools untersucht: Tuneu und Kolleg*innen (2013) zeigten, dass lediglich 10 % der ausgegebenen Benachrichtigungskarten („contact/referral slips“) später von Sexualpartner*innen bei der Testung in der Klinik zurückgegeben wurden. Allerdings ist zu bedenken, dass ein Teil der über die Karten benachrichtigten Sexualkontakte sich möglicherweise in anderen Einrichtungen haben testen lassen, was eine Unterschätzung der tatsächlichen Rücklaufquoten zur Folge haben könnte.

Götz und Kolleg*innen (2014) evaluierten ein Online-Tool zur Partner*innen-Benachrichtigung („suggestatest.nl“). Über diese Webseite können entweder Indexpersonen selbst oder das Gesundheitspersonal eine Benachrichtigung (u. a. anonym) über ein erhöhtes Infektionsrisiko via SMS, Email, Brief oder Gay Dating Website an Sexualpartner*innen versenden. Die Forscher*innen stellten fest, dass 58 % aller über die Webseite benachrichtigten Sexualkontakte, die Seite auch tatsächlich besucht haben und sich 20 % in Folge dessen zur Testung in eine teilnehmende STI-Ambulanz begeben haben. Auch kann eine Unterschätzung der tatsächlichen Untersuchungsraten durch Nutzung anderer Teststellen vorliegen. Ersichtlich ist, dass über die Webtools insbesondere lose Kontakte

benachrichtigt werden, während die festen Sexualpartner*innen eher persönlich informiert werden.

- Indikator: diagnostizierte STI bei benachrichtigten Sexualkontakten

Bei im Schnitt einem Drittel aller benachrichtigten Sexualkontakte wird tatsächlich eine STI diagnostiziert (vgl. Santo et al., 2011; O'Brien et al., 2018) – ungeachtet des jeweiligen Verfahrens zur Partner*innen-Benachrichtigung. O'Brien und Kolleg*innen (2018) fanden heraus, dass 14,5 % der in UK diagnostizierten Gonorrhoe-Fälle getestet und aufgedeckt werden konnten, nachdem sie zuvor durch Fachkräfte benachrichtigt wurden (hier: partner notification bestehend aus provider referral und Outcome-Follow-Up). Darüber hinaus kann ein Zuwachs an Neudiagnosen beobachtet werden, wenn Partner*innen-Benachrichtigung auf ein kleines Team spezifisch geschulten Gesundheitspersonals konzentriert wird (Österlund, 2014). Damit kann laut Autor*innen die Benachrichtigung effektiver, im Sinne einer Steigerung benachrichtigter und diagnostizierter Sexualkontakte, umgesetzt werden. Die Befunde weisen darauf hin, dass mehr Schulung, Standardisierung und Hilfsmittel eine stärkere Effektivität von Partner*innen-Benachrichtigung fördern.

- Indikator: Re-Infektionsraten von Indexpersonen

In einigen Studien kann eine Senkung der Re-Infektionsraten bei Indexpersonen aufgrund von Interventionen zur Unterstützung der Klient*innen bei der Benachrichtigung beobachtet werden. In einer Studie im RCT-Design untersuchten Wilson und Kolleg*innen (2009) den Einfluss einer vorbereitenden Intervention. Diese hatte zum Ziel, sowohl riskantes Sexualverhalten zu verringern, als auch Klient*innen zu motivieren und befähigen, ihre Sexualpartner*innen selbst über ein Infektionsrisiko zu benachrichtigen („intensivierte PBI").

Das Interventionsprogramm bestand aus zwei Teilen: im ersten Teil wurden Indexpersonen mit STI-Diagnose von einem speziell geschulten Health Educator zu ihrem Sexualverhalten und den potenziell gefährdeten Sexualkontakten befragt. Hierbei wurden ausdrücklich keine persönlichen Informationen oder Kontaktdaten von Sexualpartner*innen ermittelt – Ziel war die Befähigung der Indexpersonen zur eigenverantwortlichen Benachrichtigung. Dazu wurde ein Benachrichtigungsplan entwickelt, Benachrichtigungsgespräche in Form von Rollenspielen geübt und ein Vertrag zur Partner*innen-Benachrichtigung unterzeichnet. Außerdem wurden Materialen, wie beispielsweise eine Broschüre für erfolgreiche Benachrichtigung sowie Benachrichtigungskarten (hier: „referral slips") mit Informationen über Test und Behandlung zur Weitergabe an Sexualkontakte, ausgegeben. Vier Wochen nach der ersten Sitzung fand ein zweites Gespräch (persönlich oder telefonisch) mit dem Health Educator statt, in dem der aktuelle Stand und bestehende Barrieren für Partner*innen-Benachrichtigung erfragt wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass diejenigen Klient*innen, die die Intervention erhielten – im Vergleich zu denjenigen, die lediglich eine Hinweis auf PB erhielten – signifikant häufiger Sexualpartner*innen benachrichtigten (92 % vs. 86 %). Außerdem konnten in der Interventionsgruppe geringere Re-Infektionsraten nachgewiesen werden (6 % vs. 11 %). Der Unterschied war vor allem für Männer bedeutsam.

Ein geringeres Re-Infektionsrisiko zeigte sich außerdem in weiteren Studien zur Evaluation konkreter Verfahren der Partner*innen-Mitbehandlung. Allerdings waren die Unterschiede häufig nicht statistisch signifikant (Stephens, 2010; Shiely, 2010; Mickiewicz, 2012). Golden und Kolleg*innen (2015) schätzten den Effekt von Partner*innen-

Mitbehandlung (hier: PDPT) auf eine 10 %ige Reduktion von Chlamydien- und Gonorrhoe-Infektionen.

4.1.7 Akzeptanz und Barrieren

Angesichts des vielfältigen Diskurses um Partner*innen-Benachrichtigung und der heterogenen Zielgruppen mit ihren sehr unterschiedlichen Bedarfen werden im Weiteren in Studien identifizierte fördernde oder hemmende Faktoren sowohl auf Seiten der Klient*innen als auch auf Seiten des professionellen Fachpersonals vorgestellt.

Die Akzeptanz von verschiedenen Methoden der Partner*innen-Benachrichtigung und Partner*innen-Mitbehandlung hängt von verschiedenen Faktoren ab. Mehrere Studien zeigen, dass i. d. R. sowohl Indexpersonen als auch ihre Sexualkontakte die direkte Benachrichtigung durch die Partner*innen präferieren (Reed, et al., 2015; Buchsbaum et al., 2014). Auch Anbieter, insbesondere Allgemeinmediziner*innen, präferieren Partner*innen-Benachrichtigung durch Indexpersonen, bspw. weil sie die Verantwortung eher bei den Betroffenen sehen (Guy et al., 2016) oder weil dies weniger zeitaufwändig und damit kostengünstiger ist als Partner*innen-Benachrichtigung durch Fachkräfte (Theunissen et al., 2014).

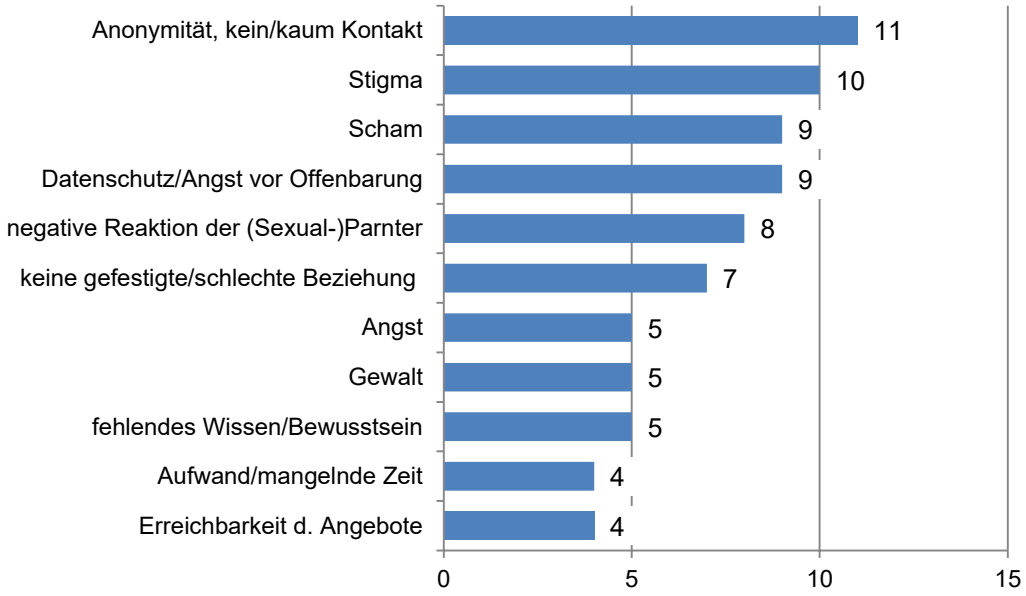
Partner*innen-Benachrichtigung durch Fachkräfte wird von Betroffenen eher bevorzugt, wenn es sich bei den Sexualpartner*innen um lose Kontakte handelt und/oder gewalttätige Reaktionen befürchtet werden (Jones et al., 2013).

Zur Behandlung von Sexualpartner*innen bietet sich neben dem „gängigen“ Modell der Therapie vor Ort durch Fachkräfte alternativ eine durch Indexpersonen durchgeführte Partner*innen-Mitbehandlung an – ohne dass Sexualpartner*innen zuvor selbst eine Teststelle aufsuchen mussten. Indexpersonen und Teststellen akzeptieren dies insbesondere dann, wenn die Sexualkontakte ansonsten nicht motiviert wären, sich testen und ggf. behandeln zu lassen (Sutcliffe et al., 2009; Wood et al., 2018). Des Weiteren könnten Teststellen durch die Partner*innen-Mitbehandlung Kosten einsparen, die sonst für STI-Tests und Sprechstunden anfallen würden (Nanhoe et al., 2018).

Aufgrund verschiedener persönlicher, institutioneller sowie struktureller Barrieren bzw. Hürden kann Partner*innen-Benachrichtigung und -Mitbehandlung erschwert werden oder einer Testung entgegenstehen. Mit Barrieren befassen sich 52,0 % der Studien, davon 43 Studien aus der Perspektive der Betroffenen bzw. Klient*innen und 15 Studien aus der Perspektive von Fachkräften.

Vorwiegende Barrieren für die Betroffenen bzw. Klient*innen, die im Rahmen der Sekundäranalyse ermittelt wurden, werden in Abb. 9 im Überblick und kategorisiert dargestellt.

*Abb. 9: Barrieren bzgl. Partner*innen-Benachrichtigung und -Mitbehandlung aus Sicht von Betroffenen bzw. Klient*innen*



Quelle: Sekundäranalyse; eigene Darstellung

Nicht überraschend besteht die größte Hürde für die Benachrichtigung darin, dass Sexualkontakte anonym stattfanden oder keine Kontaktmöglichkeiten bekannt sind (vgl. bspw. Tuneu et al., 2013). Neuere Methoden, bspw. über Social Media, können z. T. dabei helfen, die gesuchten Personen zu kontaktieren, da Social-Media-Profile meist auch dann erhalten bleiben, wenn andere Kontaktdaten sich ändern (vgl. Hunter et al., 2014). In Fällen von vollständig anonymen Sexualkontakten, bspw. bei der Nutzung von Darkrooms, ist Partner*innen-Benachrichtigung jedoch gar nicht möglich. Anonymität bleibt somit eine Hauptbarriere bzgl. Partner*innen-Benachrichtigung (Suzan-Monti et al., 2018; Schmidt & Marcus, 2013).

Angst vor Stigmatisierung sowie Schamgefühle können ebenfalls Hindernisse darstellen. Neun Studien verweisen darauf, dass STI-Betroffene Partner*innen-Benachrichtigung kritisch sehen, da sie keinen ausreichenden Datenschutz bzw. die Offenlegung ihrer Erkrankung weiteren unbeteiligten Personen gegenüber befürchten. Zudem fürchten manche Betroffene negative Reaktionen ihrer Sexualkontakte bzw. ihrer festen Partner*innen – bis hin zum Beziehungsabbruch.

Besteht keine engere Bindung oder sogar eine schlechte Beziehung zwischen den Indexpersonen und ihren Sexualpartner*innen, sinkt die Motivation zur Partner*innen-Benachrichtigung, bspw. weil es vielen Menschen schwer fällt, mit Personen, die sie kaum kennen, über ihre Erkrankung zu sprechen oder Verantwortungsgefühl gering ausgeprägt ist.

Die Studien berichten über weitere Ängste, die für STI-Betroffene mit Partner*innen-Benachrichtigung einhergehen können: Fünf Studien benennen Gewalterfahrungen (intimate partner violence) bzw. Angst vor Gewalt als Hindernis. Jones et al. (2013) weisen darauf hin, dass vor allem weibliche Indexpersonen aus Angst vor körperlicher Gewalt zurückhaltend auf Hinweise zu Partner*innen-Benachrichtigung reagieren, insbesondere, wenn es sich um Gelegenheitssexualkontakte handelt.

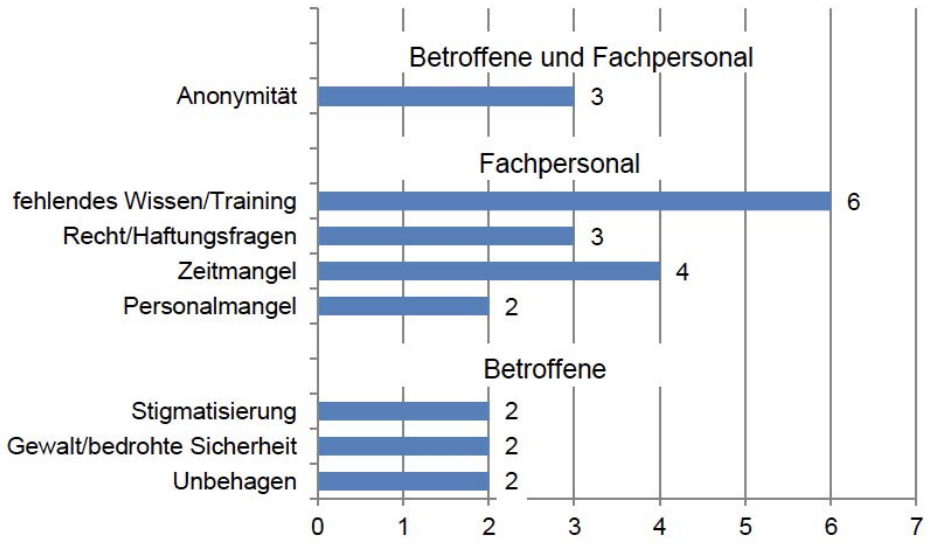
Partner*innen-Benachrichtigung bzw. -Mitbehandlung unterbleibt auch dann häufiger, wenn Wissen fehlt (Howard et al., 2011) bzw. ein mangelndes Bewusstsein bzgl. STI, de-

ren Auswirkungen sowie der Bedeutung von und die Möglichkeiten der Partner*innen-Benachrichtigung vorliegt oder das Thema verleugnet wird (Gallo et al., 2016). Wenn Partner*innen-Benachrichtigung viel Aufwand für die Indexperson verursacht bzw. zeitintensiv wäre, sinkt die Wahrscheinlichkeit ebenfalls. In einigen Fällen wurde auch berichtet, dass eine fehlende Verfügbarkeit bzw. eine schwierige Erreichbarkeit von Test- und Behandlungsangeboten eine Hürde darstellt (Reed et al., 2015).

Die bundesdeutsche Studie unter den hier betrachteten liefert ebenfalls Hinweise zu Barrieren, die Partner*innen-Benachrichtigung durch die untersuchte MSM-Gruppe erschweren bzw. verhindern: 50,2 % der MSM mit STI-Diagnose informierten ihre Sexualkontakte. Wurde Partner*innen-Benachrichtigung nicht durchgeführt, war weit überwiegend Anonymität der Sexualkontakte der Grund (82,0 %). Deutlich seltener wurde über Scham (15,6 %) oder Desinteresse (13,2 %) der Betroffenen berichtet. Einen starken Einfluss auf die Bereitschaft Sexualkontakte zu informieren, sehen die Autor*innen in der Erfahrung, selber über ein bestehendes Infektionsrisiko informiert worden zu sein (Schmidt & Marcus, 2011).

Studien aus der Perspektive des Fachpersonals befassen sich ebenfalls mit den Barrieren, die im Zusammenhang mit Partner*innen-Benachrichtigung oder -Mitbehandlung auftreten können. Diese Barrieren können einerseits das Fachpersonal selbst betreffen: Was hält Fachkräfte davon ab, Indexpersonen zu PB zu beraten? Anderseits handelt es sich um Barrieren, die Fachpersonal bei der Klientel beobachtet.

*Abb. 10: Barrieren bzgl. Partner*innen-Benachrichtigung aus Sicht der Anbieter*



Quelle: Sekundäranalyse; eigene Darstellung

Wie auch in den Studien zur Betroffenenperspektive, stellten drei Studien zur Perspektive des Fachpersonals fest, dass Anonymität bzw. fehlende Kontaktdaten der Sexualkontakte Partner*innen-Benachrichtigung verhindert, unabhängig davon, wer sie durchführen soll (Magaziner et al., 2018; Theunissen et al., 2014; Abb. 10).

Sechs Studien benennen einen Mangel an Wissen, Training oder Ausbildung seitens des Fachpersonals als Barriere, insbesondere Allgemeinmediziner*innen sind oft überfordert mit STI-Fällen und wissen nicht, wie sie vorgehen sollen (Shackleton et al., 2011). Die Unsicherheiten bzw. das fehlende Wissen können sich einerseits auf vom Fachpersonal durchgeführte Partner*innen-Benachrichtigung beziehen (Gilbart et al., 2015) und andererseits darauf, Betroffene zu Partner*innen-Benachrichtigung zu beraten, ihnen das

Spektrum der Möglichkeiten (bspw. spezifische Online-Tools) vorzustellen, Gespräche einzuüben etc. (Guy et al., 2016).

Auch Unsicherheiten bzgl. des geltenden Rechts und Fragen zur Haftung hemmen Fachpersonal Partner*innen-Benachrichtigung durchzuführen bzw. Partner mitzubehandeln. Pavlin et al. (2010) beschreiben Unsicherheiten bei Allgemeinmediziner*innen bzgl. der richtigen Vorgehensweise bei PBF sowie über ihre eigenen Aufgaben. So konnten die befragten Allgemeinmediziner*innen schwer einschätzen, ob eine Kontaktaufnahme zu Sexualkontakten rechtmäßig sei oder ob diese eine Verletzung des Patientengeheimnisses darstellt. Zudem führt ein Mangel an Wissen zu Unbehagen, mit den Patient*innen über die STI-Infektion zu sprechen und weitere Schritte einzuleiten. Auch Wood et al. (2018) weisen auf rechtliche Bedenken und Haftungsängste von Fachpersonal bzgl. der Verschreibung oder Mitgabe von Medikamenten für Sexualpartner*innen hin.

Einige Studien beschreiben Zeit- und Personalmangel als Hürde, insbesondere im Zusammenhang mit der eigenen Übernahme der Benachrichtigung (Pavlin et al., 2010).

Mehrere Studien beschreiben zudem Barrieren die Fachkräfte im Zusammenhang mit ihren Klient*innen feststellen konnten. Diese bestätigen die Angaben der Betroffenen: Berichtet wird von (Angst vor) Gewalt bzw. Bedrohung der Sicherheit (Rosenfeld et al., 2016), Unbehagen seitens der Betroffenen über ihre Erkrankung zu sprechen (Desir et al., 2016) sowie die Furcht vor Stigmatisierung (Pavlin et al., 2010).

Innerhalb der analysierten Studien wurden vereinzelt weitere Barrieren seitens der Betroffenen oder der Anbieter benannt, bspw. Sprachbarrieren oder technische Schwierigkeiten, die im Sinne der Übersichtlichkeit nicht explizit aufgeführt wurden.

4.1.8 Zusammenfassende Beurteilung der vorliegenden Forschungserkenntnisse

Die Studien zu Verfahren und Effekten von Partner*innen-Benachrichtigung verweisen auf folgende zentrale Erkenntnisse:

- Basierend auf den vorliegenden Studien kann keine allgemeingültige Aussage getroffen werden, welches Verfahren als „das Effektivste“ gelten kann. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass Partner*innen-Benachrichtigung prinzipiell wichtig und erfolgreich dabei unterstützt, Infektionen aufzuspüren. Vereinzelt belegen Studienergebnisse, dass STI-Neu- und Re-Infektionen über Partner*innen-Benachrichtigung gesenkt werden.
- Die Studienbefunde lassen den Schluss zu, dass sich Personen, die zu ihrem Infektionsrisiko benachrichtigt wurden, auch testen lassen. Die benachrichtigten Sexualpartner*innen weisen im Vergleich mit der regulären Testklientel weitaus höhere STI-Infektionsraten auf.
- Partner*innen-Benachrichtigung durch Indexpersonen ist in einfacher und intensivierter Form (*enhanced patient referral*) effektiv. Doch können Benachrichtigungskarten, Online-Tools oder ausführliche Interventionsprogramme dazu beitragen, den Prozess der Benachrichtigung der betroffenen Sexualpartner*innen durch die Indexperson zu erleichtern, zu vereinfachen oder zu beschleunigen, was wiederum dazu führt, dass mehr Sexualkontakte benachrichtigt werden und die Zahl der Indexpersonen, die niemanden benachrichtigen, verringert wird.
- Effektivität im Sinne der Verringerung von Re-Infektionsraten kann auf Basis der vorliegenden Studien lediglich für eine Intervention, bei der die Indexperson intensiv

durch Rollenspielen und Benachrichtigungsabmachungen mit dem Health Educator unterstützt wird, belegt werden.

- Partner*innen-Benachrichtigung durch Fachkräfte (*provider referral*) kann ebenfalls als einfacher Hinweis als auch in stärker standardisierter oder spezialisierter Form effektiv sein. Dabei zeigt sich, dass mehr Standardisierung, unterstützende Fort- und Weiterbildungen der Fachkräfte und der Einsatz von Hilfsmittel wie Infomaterialien, Webtools usw. die Effektivität von Benachrichtigungsverfahren – verstanden als die Chance, Risikopersonen gezielt in die STI-Diagnostik und ggf. Behandlung zu überführen – steigern können (Österlund, 2014; McCann et al., 2013; Tuneu et al., 2013; Rudy et al., 2012; Ehlman et al., 2010; Taylor et al., 2010; Wilson et al., 2009).
- Generell zeigt sich also, dass durch mehr Unterstützung und stärker strukturierte Formen der Partner*innen-Benachrichtigung, mehr Sexualkontakte benachrichtigt werden, egal ob die Information durch Indexpersonen oder Fachkräfte erfolgte. Während für Online-Tools wie IPN und suggestatest.nl eine größere Reichweite benachrichtigter Sexualkontakte berichtet wurde, zeigt die Studie von Kerani et al. zur Partner*innen-Mitbehandlung (2011), die u. a. Benachrichtigung durch Indexpersonen zum Vergleich heranzieht, dass inSPOT (Online-Tool) kaum zur Partner*innen-Benachrichtigung genutzt wird. Jedoch untersuchte die Studie lediglich MSM.
- Trends in Richtung geringerer Re-Infektionszahlen sind vor allem bei Partner*innen-Mitbehandlung zu erkennen, erreichen jedoch selten statistische Signifikanz. Partner*innen-Mitbehandlung geht zudem mit dem Risiko einher, dass sich Sexualpartner*innen dann nicht mehr auf STI testen lassen und so u. U. eine andere Infektion übersehen wird. Das läuft dem Ziel der Unterbrechung von Re-Infektionsketten entgegen.
- Die Analyse der Studien verweist darauf, dass Betroffene Partner*innen selbst benachrichtigen wollen. Eine Benachrichtigung durch Fachkräfte bevorzugen Betroffene eher dann, wenn es sich um lose Sexualkontakte handelt und/oder gewalttätige Reaktionen von Sexualpartner*innen befürchtet werden. Ist es unwahrscheinlich, dass Sexualkontakte (bspw. aufgrund von Scham oder mangelnder Verfügbarkeit von Testangeboten) sich testen und behandeln lassen, stellt Partner*innen-Mitbehandlung häufig eine akzeptierte Alternative dar, um diese Personen doch zu therapieren.
- Fachpersonal bevorzugt i. d. R. ebenso Partner*innen-Benachrichtigung durch Indexpersonen, weil Verantwortung dort verortet wird und weil es weniger zeit- und kostenaufwändig ist (Adams et al., 2015; Theunissen et al., 2014). Ähnliches gilt für Partner*innen-Mitbehandlung.
- Mit Blick auf Barrieren kann festgehalten werden, dass bestehenden Hindernissen für Partner*innen-Benachrichtigung auf Seiten der Klient*innen, wie Ängsten und Schamgefühlen, mit (intensiver) Beratung begegnet werden kann. Zur Erreichung von losen Kontakten können ggf. Benachrichtigungen über social-media-Kanäle hilfreich sein. Fehlende Kontaktdaten/-möglichkeiten erschweren bzw. verunmöglichen Partner*innen-Benachrichtigung – unabhängig davon wer sie durchführen will.
- Hürden auf Fachkräfteseite stellen insbesondere fehlende Kompetenz und Unsicherheiten, auch in Bezug auf Rechtsaspekte oder fehlende Routine, Leitlinien und Empfehlungen dar. Erschwert wird (Beratung zu) Partner*innen-Benachrichtigung zudem durch Personal- und Zeitmangel sowie durch fehlende Finanzierung.

Studienergebnisse aus anderen Ländern und damit Gesundheitssystemen können wertvolle Hinweise für die Weiterentwicklung von Partner*innen-Benachrichtigung in Deutschland geben. Inwieweit die Ergebnisse aus den im Vergleich zur deutschen Situation deut-

lich anders strukturierten Settings auf Deutschland übertragbar sind, ist jedoch schwierig zu beantworten. Sowohl Test- und Behandlungssettings als auch gesetzliche Rahmenbedingungen, Finanzierung und professionelle Traditionen unterscheiden sich. Insbesondere haben die europäischen Länder, aus denen Studien vorliegen, deutlich längere Erfahrungen mit Partner*innen-Benachrichtigung – i. d. R. im Rahmen von an einer Stelle vorgehaltenen Komplexangeboten der öffentlichen Hand. Demgegenüber hat Deutschland ein diversifiziertes und in Einzelelemente aufgeteiltes System, in dem Beratung, Test und Behandlung im Wesentlichen getrennt und unter je spezifischen Rahmenbedingungen und Finanzierungen erfolgen.

4.2 Übersicht zu in Deutschland bestehenden Empfehlungen, Leitlinien zu Partner*innen-Benachrichtigung

In Deutschland existieren sowohl übergreifende als auch STI-spezifische Leitlinien. Da STI-Tests und anschließende Beratungen (auch zu Partner*innen-Benachrichtigung) in Deutschland sowohl von Anbietern des öffentlichen Gesundheitsdienstes als auch von anonymen Teststellen in Trägerschaft von NGOs durchgeführt werden können, existieren für die verschiedenen Einrichtungsformen ebenfalls spezifische Leitlinien. Im Weiteren werden alle im Rahmen der Sekundäranalyse ermittelten Leitlinien vorgestellt, beginnend mit übergreifenden Leitlinien, gefolgt von STI-spezifischen Leitlinien und den jeweils einzigen Leitlinien im ÖGD und im NGO-Bereich:

- Die 2018 veröffentlichte S2k Leitlinie zu Sexuell übertragbaren Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik, die maßgeblich durch die Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG) erarbeitet wurde, weist der Ermittlung und Benachrichtigung der Sexualkontakte einer erkrankten Person eine Schlüsselfunktion zu (AWMF, 2018, S. 77ff.). Partner*innen-Benachrichtigung soll demnach vorrangig durch die Index-Person selbst durchgeführt werden, u. U. unterstützt durch (speziell geschulte) Personen des Gesundheitswesens und weiterer Beratungsstellen (z. B. Aidshilfe, STI-Beratungsstellen). Im Rahmen der Beratung soll Partner*innen-Benachrichtigung eine besondere Bedeutung zugemessen werden. Das Vorgehen soll empathisch und behutsam sein, aber gleichwohl die Notwendigkeit der Benachrichtigung – auch zur Verminderung eigener Re-Infektionen – deutlich vermitteln. Die S2k-Leitlinie aus dem Jahr 2019 „Sexuell übertragbare Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik und Therapie“ regt zudem dazu an, Möglichkeiten der Partnertherapie in Betracht zu ziehen. So sei bspw. die Ausstattung der Index-Fälle mit Medikamenten oder einem Rezept für die Kontaktperson denkbar. Gleichzeitig verweist die Leitlinie darauf, dass solch neue alternativen Therapiemethoden rechtlich sowie medizinisch problematisch sein können, sodass die Tauglichkeit der Methode für jeden individuellen Fall abgewogen werden muss (AWMF, 2018).
- Die Leitlinien zu Diagnostik und Therapie der Syphilis (AWMF, 2014), der Gonorrhoe (AWMF, 2019) und zu Infektionen mit Chlamydia trachomatis (AWMF, 2016) sehen (Mit-)Behandlung aktueller bzw. früherer Sexualkontakte vor und betonen ebenfalls die Bedeutung der erkrankten Person für die Information ihrer Sexualkontakte. Die Leitlinie bzgl. Syphilis aus dem Jahr 2014 verweist dabei darauf, dass die Partner*innen der Indexpersonen klinisch untersucht werden sollten inkl. Serodiagnostik bei Verdacht auf frische Infektionen. Ein selektives Screening ist dabei kostengünstiger als die direkte Behandlung. Die aus dem Jahr 2016 stammende Leitlinie zu Chlamydia trachomatis beschreibt, dass Sexualkontakte in das Fallmanagement einbezogen werden sollten, d. h. klinische Untersuchung, Labor-Diagnostik sowie – im Falle eines positiven Testergebnisses – antibiotische Therapie. Zur Diagnostik

und Therapie von Gonorrhoe beschreibt die Leitlinie aus dem Jahr 2019, dass Indexperson und professionelles Personal gemeinsam eine Strategie entwickeln sollten, wie die Sexualkontakte zur Diagnostik und Therapie herangeführt werden können. Dabei ist eine Therapie der Sexualkontakte ggf. auch dann zu empfehlen ist, wenn eine vorausgehende Diagnostik nicht möglich ist, bspw. auf Basis klinischer Symptomatik.

- Für den öffentlichen Gesundheitsdienst konnten lediglich für NRW Standards für die Beratung identifiziert werden. In diesen vom Landesarbeitskreis Aids/STI im Öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW erarbeiteten Standards finden sich Hinweise, dass das Angebot der Partnerberatung und -untersuchung oder die Aufklärung von Sexualkontakten *„abhängig von Kenntnisstand, Situation und Informationsbedarf der ratsuchenden Person angesprochen werden“* sollen (LAG Aids/STI, 2015, S. 9 ff.).
- In den aktuellen Standards der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) für HIV- und STI-Tests und Beratung wird Partner*innen-Benachrichtigung der Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen zugeschrieben und vor allem im Kontext der Vermeidung von Re-Infektionen angeraten. Beratung soll auf die Stärkung von Selbstverantwortung und Selbstschutz orientieren (DAH, 2017, S.49 ff.).

Welche Bedeutung diese Leitlinien und Empfehlungen für die Arbeit der im Rahmen dieser Forschungsarbeit untersuchten anonymen Teststellen haben, wird in den nachfolgenden Kapiteln erörtert.

4.3 Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung in anonymen Teststellen in Deutschland

In Deutschland existieren zahlreiche ineinandergreifende Test- und Therapieangebote im Bereich der STI. Die Angebote unterscheiden sich hinsichtlich der Test- und Behandlungsmöglichkeiten, der anfallenden Kosten und Gebühren, und ihrer Zugänglichkeit (vgl. Bremer et al., 2017). Anonyme Teststellen werden im gesamten Bundesgebiet durch die Gesundheitsämter (ÖGD) und verschiedene Einrichtungen in nichtstaatlicher Trägerschaft (NGO) insbesondere der Aidshilfe vorgehalten.

Grundsätzlich bieten Gesundheitsämter nach §19 Infektionsschutzgesetz (IfSG) anonyme Tests auf HIV an, zum Teil auch auf andere STI inkl. deren Behandlung. Eine Studie zur Testsituation in deutschen Gesundheitsämtern zeigte allerdings, dass das nicht die Regel ist (vgl. Altmann 2013). Seit 2016 ist die Bochumer STI-Teststelle des Gesundheitsamtes eingebunden in das Walk In Ruhr (WIR) - Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin, worüber der reibungslose Übergang vom Test in die Behandlung gewährleistet werden soll (vgl. Schu et al., 2019). Anonyme STI-Tests bieten auch Teststellen in nichtstaatlicher Trägerschaft (NGO). Der anonyme HIV-Test gehört für die Deutsche Aidshilfe bzw. regionale Aidshilfen traditionell zu einem wichtigen Instrument in der Präventionsarbeit. Seit 2010 sind in den Teststellen in Trägerschaft der NGO die Serviceangebote ausgeweitet worden, sodass heute in einigen Einrichtungen neben Syphilistests auch Untersuchungen auf Gonokokken- und Chlamydieninfektionen angeboten werden (vgl. Schmidt & Marcus, 2013). Viele Teststellen der Aidshilfen firmieren als Checkpoint, darunter halten einige, z. B. in Freiburg und Berlin, auch STI-Behandlungsmöglichkeiten vor.

Während sich die STI-Testangebote in einigen Einrichtungen explizit nur an Hochrisikopopulationen oder an Menschen ohne Krankenversicherung richten, nehmen andere Teststellen die Allgemeinbevölkerung in den Blick. Inwieweit die STI-Tests von den anonymen Teststellen kostenlos angeboten werden, darüber entscheiden die jeweiligen

Fördermöglichkeiten, die nach Einrichtung, Träger und Bundesland stark variieren. Diese Befunden konnten über die Diskussionen mit den Teilnehmenden des Fachtags (BMG, Länderministerien, öffentlichem Gesundheitsdienst und Behörden sowie NGO, Fachgesellschaften, Ärzteschaft) (vgl. S. 15) noch einmal validiert werden.

Bislang fehlte eine systematische Übersicht, wie das Thema Partner*innen-Benachrichtigung in den anonymen Teststellen umgesetzt wird. Um das Bild aufzuhellen, wurde die hier vorgestellte Untersuchung beauftragt und Beschäftigte und Nutzer*innen von Teststellen befragt. Insgesamt 16 Einrichtungen (9 x NGO und 7 x ÖGD) an acht Standorten (Berlin, Bochum, Bremen, Dresden, Freiburg, Hamburg, Köln, München) haben sich bereit erklärt, die Datenerhebung zu unterstützen. Die angefragten Teststellen halten zusätzlich zu HIV-Beratung und -Testung auch Beratung und Testung anderer STI sowie ggf. deren Behandlung vor.

Die 44 interviewten Fachkräfte der 16 anonymen Teststellen brachten dem Studienvorhaben grundsätzlich großes Interesse entgegen. In den qualitativen (Gruppen-)Gesprächen zeigte sich, wie weit die Erfahrungen mit und die Haltungen zu Partner*innen-Benachrichtigung auseinander gehen können – selbst innerhalb einer Einrichtung. Um diese Einzelmeinungen einzufangen, wurde auf Basis der Expertengespräche für die in der Testberatung tätigen Fachkräfte ein Fragebogen konzipiert, der zum einen nach Beratungssituationen und zum anderen nach Einstellungen und Haltungen gegenüber Partner*innen-Benachrichtigung fragt. In die Auswertung gehen 45 ausgefüllte Fragebogen ein, wobei sich aus allen teilnehmenden Einrichtungen mindestens eine Fachkraft beteiligte. Die Antworten der Fachkräfte wurden kumuliert nach Art des Trägers (ÖGD oder NGO) betrachtet.

Sowohl Gespräche als auch Fragebogen wurden mit einer Definition zu Partner*innen-Benachrichtigung (PB) eingeleitet, die die Umsetzung von PB möglichst breit fasst:

*Der Erhebung zugrundeliegende Definition von Partner*innen-Benachrichtigung*

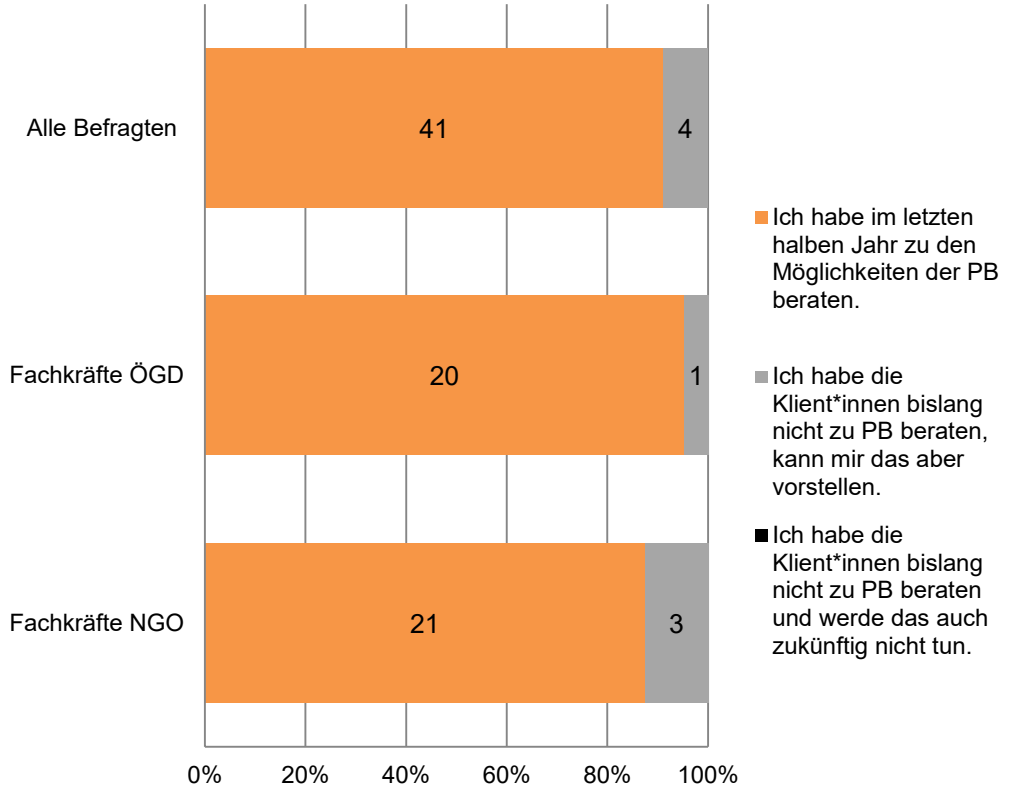
> Wir verstehen unter Partner*innen-Benachrichtigung das gesamte Spektrum möglicher Maßnahmen: Von der Information der Indexpersonen hinsichtlich Ansteckungs- und Re-Infektionsrisiken über die Motivierung der Klient*innen zur Information von Sexualpartner*innen und Formen ihrer Unterstützung bei der Benachrichtigung (über Beratung, Gesprächsvorbereitung/-übung, Infomaterialien, 3er-Gespräche, Web-Tools, Mitbehandlung …) bis zur stellvertretenden Information von Sexualkontakten durch geschulte Fachkräfte (auf Wunsch der Klient*in).

Die Begrifflichkeit Partner*innen-Benachrichtigung war den befragten Fachkräften nicht geläufig und provozierte z. T. Ablehnung, da der Begriff mit dem direktiven Vorgehen der Notifizierung in Verbindung gebracht wurde.

4.3.1 Partner*innen-Benachrichtigung in der Praxis

Die folgende Abbildung gibt einen ersten Überblick darüber, inwieweit die Befragten im Rahmen ihrer Beratungspraxis bereits Erfahrungen zu Partner*innen-Benachrichtigung bzw. der Beratung dazu sammeln konnten (vgl. Abb. 11).

Abb. 11: Wurde im letzten halben Jahr zu PB beraten? (N = 45)



Die Frage, ob im letzten halben Jahr zu Partner*innen-Benachrichtigung beraten wurde, beantworten 91 % der 45 Fachkräfte mit ja (vgl. Abb. 11). Die restlichen vier Befragten (8,9 %) geben, an, Klient*innen bislang nicht zu PB beraten zu haben, können sich das zukünftig aber durchaus vorstellen. In den qualitativen Gesprächen wurde erläutert, dass Aufklärung zu Re-Infektionsrisiken regelhaft Bestandteil der Testberatungen sei und insbesondere vor dem Hintergrund der Ermittlung des diagnostischen Fensters Relevanz erfahre.

Über einrichtungsspezifische Regelungen, Richtlinien, Verfahrensbeschreibungen o. ä. zur Umsetzung von PB wird nicht berichtet (Stand 05/2019) – weder beim ÖGD noch bei den Teststellen der NGO. Einige Mitarbeitende der Einrichtungen in Trägerschaft des ÖGD gaben im Rahmen der Befragung an, sich bei der Ermittlung des diagnostischen Fensters und der Beratung zu Re-Infektionsrisiken an den medizinischen Leitlinien zu STI (Syphilis, Chlamydien und Gonokokken) sowie ggf. an den Beratungsstandards des Landesarbeitskreises Aids/STI im Öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW zu orientieren. Die 2018 veröffentlichte S2k Leitlinie zu Sexuell übertragbaren Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik, die maßgeblich durch die DSTIG erarbeitet wurde, wurde von Fachkräften zum Befragungszeitpunkt nicht erwähnt. Demgegenüber war die Leitlinie im Fachgespräch zu PB einzelnen Teilnehmenden durchaus präsent.

Das WIR – Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin hat im Mai 2019 eine interne Regelung zu PB verabschiedet, an deren Umsetzung sich auch die Fachkräfte der befragten STI Beratungsstelle des Gesundheitsamtes Bochum beteiligen. Das Konzept sieht keine Benachrichtigung von Sexualkontakten durch Fachkräfte vor, jedoch wird eine gemeinsame Beratung von Index- und Kontaktperson angeboten. Die Umsetzung der Partner*innen-Benachrichtigung liegt in der Eigenverantwortung der Klient*innen (vgl. WIR,

2019), die Fachkräfte wollen Personen mit diagnostizierter STI so aufklären und motivieren, dass sie selbst aktiv werden. Neben den diagnostizierten Fällen nimmt das WIR-Konzept auch weitere Zielgruppen in den Blick, denen in der Beratung präventiv mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit der Partner*innen-Benachrichtigung begegnet werden soll (s. Anhang Abb. 32). Mit diesem internen Umsetzungsstandard fokussiert das WIR deutlicher auf Partner*innen-Benachrichtigung als alle uns bekannten anonymen Teststellen in Deutschland (zu ersten Umsetzungserfahrungen dort vgl. ausführlich: Schu et al., 2019).

Wer wird in den Teststellen zu Partner*innen-Benachrichtigung beraten? Wie in Tab. 2 abgebildet, berät die überwiegende Mehrheit der befragten Fachkräfte (85,4 %) alle Klient*innen zu PB, die zu ihnen in die Beratung kommen und einen STI-Test machen wollen.

*Tab. 2: Wer wurde von Ihnen im letzten halben Jahr zu den Möglichkeiten der Partner*innen-Benachrichtigung (PB) beraten? (N = 45, Angaben in %)*

Wer wurde zu PB beraten?	Gesamt (N = 45)	ÖGD (n = 21)	NGO (n = 24)
Alle Klient*innen, die zu mir in die Beratung kommen/ Alle Ratsuchenden, die sich im Rahmen eines Präventionsgesprächs beraten lassen oder einen STI-Check machen wollen	85,4	80,0	90,5
Ausschließlich Klient*innen mit einer diagnostizierten STI	14,6	20,0	9,5

Nach Auskunft zahlreicher Fachkräfte ist PB – verstanden als Ermittlung des diagnostischen Fensters – Routinebestandteil der Risikoanamnese und findet im Sinne der Abklärung einer Risikosituation Eingang in das Testvorbereitungsgespräch. Ggf. wird bei einem begründeten Verdacht auf Basis der Risikoeinschätzung der Klient*innen durchgespielt, was wäre, wenn ein positiver Befund vorläge. Einige Fachkräfte wollen ihre Beratung zu PB in diesem Kontext als eine zentrale Präventionsbotschaft verstanden wissen. Eine aktive Beratung über verschiedene Möglichkeiten, Sexualkontakte zu informieren, findet darüber hinaus selten statt, sondern eher erst dann, wenn Ratsuchende das Thema von sich aus ansprechen.

Knapp 15 % der Befragten richten ihre Botschaften zu Partner*innen-Benachrichtigung ausschließlich und in diesen Fällen auch proaktiv an Personen mit einer diagnostizierten STI (Indexperson). Die gezielte Ansprache von Indexpersonen ist unter den Fachkräften des ÖGD (20,0 %) weiter verbreitet als unter jenen der Teststellen in Trägerschaft einer NGO (9,5 %). Dies hat auch damit zu tun, dass die Ergebnismitteilungen in einigen NGO-Teststellen grundsätzlich bei Ärzt*innen liegen. Die nicht-involvierten Beratungskräfte wissen dann über den Infektionsstatus nicht Bescheid. In Zusammenhang damit sind auch die Antworten auf unsere Frage nach typischen Situationen in der Beratung von Klient*innen mit einer diagnostizierten STI zu verstehen. Dass zu PB die Kategorie „Kam bei mir im letzten halben Jahr nie vor“ von Mitarbeitenden von NGO häufiger gewählt wurde, hängt eben auch damit zusammen, dass dort die Ergebnismitteilungen z. T. nicht von den Beratenden selbst vorgenommen werden. Die rechtlichen Vorgaben aus dem Infektionsschutzgesetz und dem ärztlichen Berufsrecht bestimmen, dass eine Diagnoseerstellung und damit in der Regel auch die Mitteilung der Testbefunde durch eine Ärztin oder einen Arzt bzw. eine STI-Fachkraft zu erfolgen hat.

Wie wir aus den vor-Ort-Besuchen, den Gesprächen und der Diskussionen um die Zielgruppenerreichung im Rahmen des Fachtags wissen, folgen weder die Teststellen in Trägerschaft der Aidshilfen noch des ÖGD mit ihren Testangeboten einheitlichen Zielgruppendefinitionen. Während sich die STI-Testangebote in einigen Einrichtungen explizit

nur an Hochrisikopopulationen oder an Menschen ohne Krankenversicherung richten, fokussieren manche auf MSM, während andere Teststellen die Allgemeinbevölkerung in den Blick nehmen. Einige haben Projekte zur gezielten Ansprache jüngerer Personen oder von Migrant*innen. Auch die Regelungen dazu, ob und wie viel für welche Tests zu bezahlen ist bzw. wer etwas bezahlen muss, unterscheiden sich.

Vor allem im ÖGD wird zunehmend festgestellt, dass Ratsuchende und Testwillige kommen, die keiner Risikopopulation zuzurechnen sind und wahrscheinlich auch über eine Krankenversicherung verfügen. Das kollidiert zum Teil mit den vor allem adressierten Zielgruppen und beschneidet die Kapazitäten für diese. Die Befragten führen das u. a. auf die Liebesleben-Kampagne der BZgA zurück.

Von Seiten der Fachkräfte in Teststellen des ÖGD wird in den Gesprächen und besonders während des Fachtags über Verunsicherung berichtet, wie man mit offensichtlich versicherten Personen umgehen soll – vor allem dann, wenn sie angeben, dass sie aufgrund einer Partner*innen-Benachrichtigung um einen Test ersuchen. Gelten diese Personen in manchen Teststellen als Risikogruppe (und es wird in der Risikoanamnese explizit danach gefragt), spielt diese Information in anderen Einrichtungen keine Rolle. Zum Vergleich: In den Niederlanden haben Personen, die von Sexualkontakten über ein mögliches Infektionsrisiko informiert wurden, bevorzugten Zugang zu umgehender und kostenloser Testung.

Tab. 3 gibt einen Überblick darüber, in welchem Umfang die befragten Fachkräfte mit ausgewählten Beratungssituationen konfrontiert waren.

*Tab. 3: Beratungssituationen im Kontext von Partner*innen-Benachrichtigung bei Personen mit einer diagnostizierten STI nach Häufigkeit (N = 45, Angaben in %)*

Beratungssituation	Mit Blick auf das letzte halbe Jahr, wie häufig kamen diese Situationen bei Ihnen vor?			
	Regelmäßig in allen Beratungen	Häufig, aber nicht immer	Unregelmäßig, in Einzelfällen	Nie
Klient*in darüber informieren, dass sich über die Benachrichtigung und ggf. Behandlung der Sexualpartner*innen, eine Re-Infektion vermeiden lässt.	54,6	31,8	9,1	4,6
Klient*in fragen, ob bekannt ist, ob bei einer/m Sexualpartner*in eine STI vorliegt.	43,2	31,8	22,7	2,3
Klient*in mit einer diagnostizierten STI ermutigen, Verantwortung für die Kommunikation mit Sexualpartner*innen zu übernehmen (z. B. Aufforderung an die Partner*innen, sich testen zu lassen, einen Arzt zu besuchen).	43,2	31,8	15,9	9,1
Dem/r Klient*in mit einer diagnostizierten STI vorschlagen, dass die Sexualpartner*innen, eine medikamentöse Mitbehandlung in Erwägung ziehen sollten.	41,5	31,7	14,6	12,2
Informationsmaterialien über STI zur Verfügung stellen, die Klient*innen helfen könnten, Sexualpartner*innen zu sagen, dass er/ sie getestet und/ oder behandelt werden sollte.	9,5	28,6	35,7	26,2
Klient*innen geben an, dass sie von ihren Sexualpartner*innen über ein bestehendes Infektionsrisiko informiert wurden.	4,6	59,1	31,8	4,6
Klient*innen äußern, dass sie Sexualpartner*innen nicht informieren können, da ihnen keine Kontaktdaten zur Verfügung stehen	-	43,9	51,2	4,9
Dem/r Klient*in vorformulierte Textbausteine zur Verfügung stellen, um die Sexualpartner*innen selbständig zu informieren.	-	7,3	22,0	70,7
Vermittlung/Verweis von Klient*in mit einer diagnostizierten STI an ein webbasiertes anonymes Partner*innen-Benachrichtigungstool.	-	4,9	2,4	92,7
Anbieten, Sexualpartner*in der/des Klient*in zu kontaktieren und über ein bestehendes Infektionsrisiko zu informieren.	2,5	-	17,5	80,0
Klient*innen fragen an, ob die Berater*innen in ihrem Namen mit Ihren Sexualpartner*innen sprechen können.	-	2,5	22,5	75,0
Dem/r Klient*in Postkarten oder Briefvordrucke zu möglichen Infektionsrisiken mitgeben, zur Weitergabe an Sexualpartner*in.	-	-	14,6	85,4

Klient*innen mit einem positiven STI-Testergebnis wurden im letzten halben Jahr von über der Hälfte der befragten Fachkräfte regelmäßig zu Re-Infektionsrisiken beraten, „häufig“ gaben weitere 31,8 % an. Auch in den qualitativen Gesprächen wird der Gruppe der Infizierten der größte Stellenwert beigemessen, wenn es um die konkrete Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung geht. Demnach wird die Ergebnismitteilung in fast allen Einrichtungen dazu genutzt, um zu Re-Infektionsrisiken zu beraten. Vor diesem

Hintergrund wird angestrebt, alle Klient*innen mit STI-Infektionen zu ermutigen, die Sexualkontakte des letzten viertel- oder halben Jahres (je nach Infektion und Testroutinen) zu informieren, um so genannte Ping-Pong-Effekte auszuschließen. Dabei wird auch an vielen Stellen auf die Gefahr der Symptomlosigkeit verwiesen.

Fast alle Beratenden (n = 43) haben im letzten halben Jahr die Erfahrung gemacht, dass infizierte Klient*innen berichteten, von einem Sexualkontakt benachrichtigt worden zu sein, wenngleich dies bei einem Drittel der Befragten nur selten vorkam. Im Rahmen der qualitativen Interviews verweist ein Großteil der Mitarbeitenden, insbesondere in NGO, darauf, dass vor allem MSM aufgrund solcher Hinweise zum Test kommen. Sich gezielt nach dem Infektionsstatus zurückliegender Sexualkontakte zu erkundigen gehört für 44 der befragten Fachkräfte nach eigenen Angaben zur Risikoanamnese (ÖGD: 100 %; NGO: 96 %). Gleichwohl gibt es hier keine Standards – weder für die Teststellen der NGO noch das ÖGD. Einzelne Fachkräfte verweisen darauf, dass die Information durch Sexualkontakte einen guten Einstieg in die Beratung zu den Möglichkeiten der Partner*innen-Benachrichtigung böte. Dies wird von einigen Mitarbeitenden auch genutzt, um Klient*innen zu ermutigen, selbst die Verantwortung für die Kommunikation mit Sexualpartner*innen zu übernehmen. Ggf. wird auch eine medikamentöse Mitbehandlung der Sexualkontakte angesprochen. In den Interviews erwähnten einzelne Fachkräfte, dass Ratsuchende die Beratung zu Partner*innen-Benachrichtigung vor allem vor dem Hintergrund der Symptomlosigkeit einiger STI als große Unterstützung bewerten. Gerade Klient*innen, die nicht wussten, dass man auch „stille“ Infektionen haben (und weiter- bzw. zurückgeben) kann, waren dankbar über diese Information.

Infomaterialien zu STI-Übertragungswegen, die Indexpersonen helfen sollen, ihre Sexualkontakte zu benachrichtigen, stellten knapp 10 % der Befragten im letzten halben Jahr regelmäßig ihren Klient*innen zur Verfügung, weitere knapp 30 % häufig. Ein gutes Drittel gab nur selten Material weiter, ein gutes Viertel nie. Beispielhaft sei hier der Flyer „Wie auch immer – Informationen zu STI“ des Verbands der AIDS-KoordinatorInnen NRW e. V. genannt (vgl. Abb. 12).

Abb. 12: Informationsmaterialien zu STI-Übertragungswegen

Die handlichen Faltbroschüren verweisen unter anderem auf die Notwendigkeit, die Sexualpartner*innen der letzten 60 Tage (Chlamydien) bzw. der letzten drei Monate (Gonorrhoe) zu informieren, auch wenn sie keine Beschwerden haben. Aktuellen Sexualpartner*innen rät der Chlamydien-Flyer darüber hinaus auch zur Behandlung, um gegenseitige Neuansteckungen zu vermeiden.

Werden weitere Hilfsmittel eingesetzt? Tatsächlich spielen vorformulierte Textbausteine (29,3 %;), Postkarten/Briefvordrucke (14,6 %) oder der Verweis auf ein anonymes Partner*innen-Benachrichtigungswebtool (7,3 %) in der Beratung zu Partner*innen-Benachrichtigung kaum eine Rolle (vgl. Tab. 3).

Im Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin (WIR) in Bochum steht den Klient*innen die Möglichkeit zur anonymen Partner*innen-Benachrichtigung zur Verfügung. Federführend durch die Immunologische Ambulanz wurde in Abstimmung mit der Ethik-Kommission der Ruhr Universität Bochum ein onlinebasiertes Tool entwickelt, das seit Herbst 2017 über die Webseiten des WIR aufgerufen werden kann (www.wir-ruhr.de/angebot/partner-benachrichtigung/). Sofern sie zuvor einen persönlichen Zugangscode erhalten haben, können Klient*innen des WIR mit diagnostizierter STI (HIV ist hier explizit ausgeklammert) dieses Tool anonym nutzen und Sexualkontakte per SMS oder E-Mail über vorformulierte Textbotschaften benachrichtigen.

Abb. 13: Zugangsschlüssel (Token) zum anonymen PB-Web-Tool des WIR in Bochum

Ärzt*innen sowie die Mitarbeiterin der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts verweisen auf das Tool. Auch wenn die Nutzung des Tools derzeit noch eher begrenzt erfolgt, wird doch berichtet, dass der Hinweis darauf als Gesprächseinstieg genutzt wird (vgl. Schu et al., 2019). Demnach ist davon auszugehen, dass in Bochum die Benachrichtigung von Sexualkontakten durch die Indexpersonen weitgehend persönlich, z. T. über SMS u. ä. erfolgt.

In den Interviews mit Fachkräften wird nur sehr vereinzelt über individuelle Verfahren wie das Einüben eines Gesprächs berichtet, dies erscheint vielfach als zu zeitaufwändig. Im Rahmen des Fachtags werden dann genau diese Verfahren (z. B. Rollenspiel) von Teilnehmenden vorgeschlagen, um das Thema Partner*innen-Benachrichtigung stärker in der Beratung zu verankern.

Die iwwt-Kampagne („ich weiss was ich tu“) der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. fokussiert allgemein auf die Stärkung der Kommunikationsfähigkeit u. a. bzgl. safer sex und gibt über den Flyer „Miteinander Reden – Tipps für Paare“ auch konkrete Formulierungshilfen (Abb. 14).

Abb. 14: Formulierungshilfen für Gespräche zum Schutz vor HIV und anderen STI, iwwit-Kampagne

Einige Fachkräfte bieten Klient*innen an, ihre Partner*innen zum Beratungsgespräch mitzubringen. Ihren Erfahrungen nach sind vor allem Sexarbeiter*innen dankbar für dieses Angebot und nutzen es mit Blick auf ihre festen Partner*innen auch rege – z. T. steht hier auch die Angst vor Gewalt im Raum. Die Fachkräfte berichten in diesen Fällen von einem vergleichsweise hohen Beratungsaufwand. Relevanz hätte die aktive Einladung zur Partner*innen-Mitbehandlung gerade im Hinblick auf Menschen ohne Krankenversicherung, da die Sexualkontakte dann ebenfalls häufig keinen Versicherungsschutz haben. In Deutschland ist eine Partner*innen-Mitbehandlung ohne eigenes Arztgespräch bislang rechtlich nicht möglich.

20 Fachkräfte (43,9 %) berichten, dass sie es häufig mit Klient*innen zu tun haben, die ihre Sexualkontakte nicht informieren können, weil ihnen keine Kontaktdaten zur Verfügung stehen. Weitere 23 Befragte (51,2 %) kennen solche Fälle, erleben das in ihrer Beratungspraxis aber eher selten. Manche dieser Klient*innen belaste die Situation – sowohl dass der sexuelle Kontakt in einem anonymen Setting erfolgte als auch, dass nun keine Kontaktaufnahme und Information möglich ist.

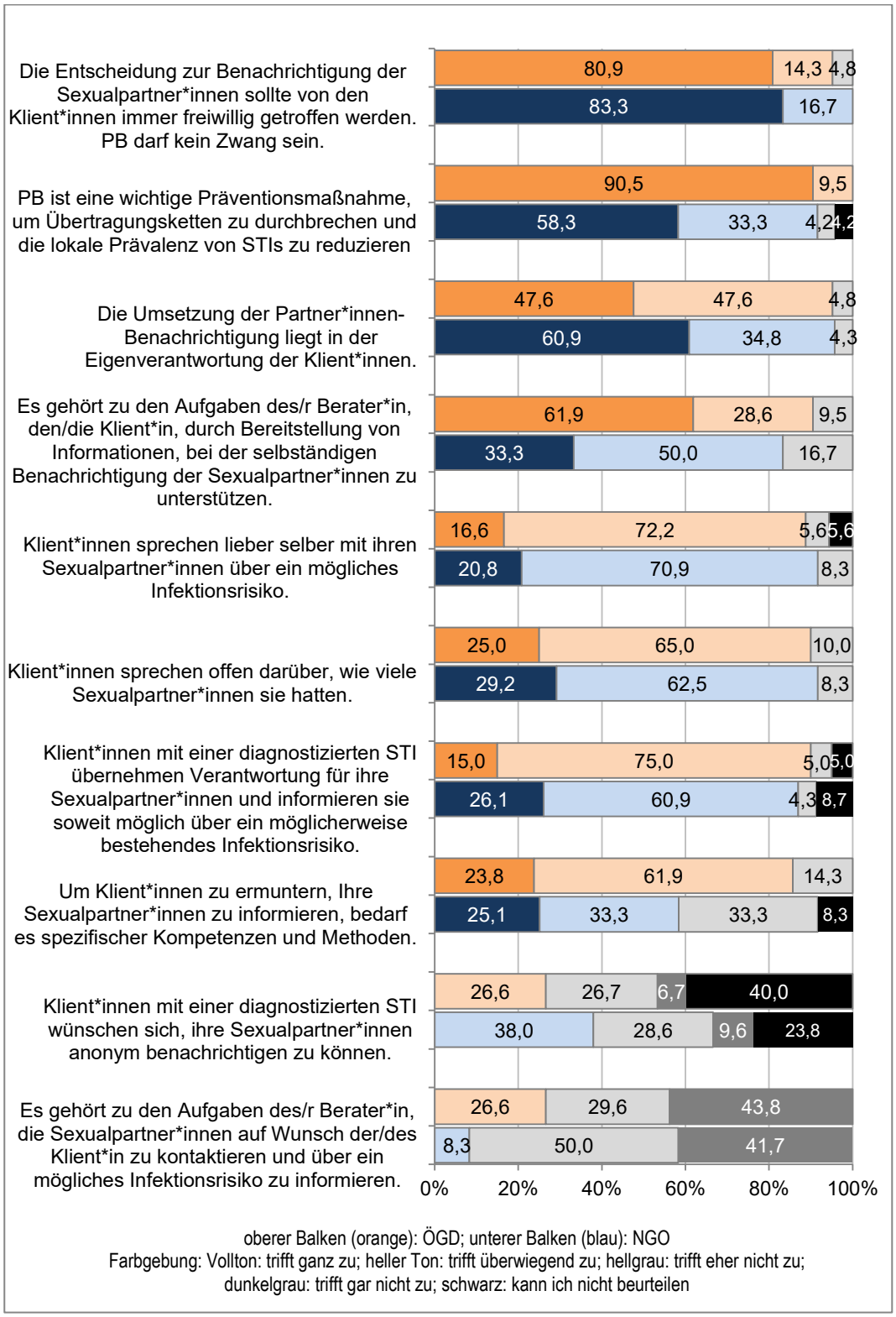
In der schriftlichen Befragung gaben 25 % der Fachkräfte an, dass sie von Klient*innen mit einer positiven STI-Diagnose gefragt wurden, ob sie in ihrem Namen Kontakt zu möglicherweise betroffenen Sexualpartner*innen aufnehmen und diese informieren könnten. In den Gesprächen schilderten das häufiger Mitarbeitende aus dem ÖGD (38,9 % vs. 13,6 % aus NGO), der Grund war meistens, dass die Klient*innen (zu) wenig deutsch sprachen. Eine solche „stellvertretende Benachrichtigung“ wurde z. T. auch aktiv von Fachkräften angeboten: 9 der 45 befragten Fachkräfte (20,0 %) berichteten davon. Wiederum unterschieden sich hier ÖGD und NGO: 33,3 % der Fachkräfte im ÖGD hatten schon mal aktiv eine Partner*innen-Benachrichtigung angeboten, aus NGO gaben das 9,1 % an. Auch in diesen Fällen wurden Sprachschwierigkeiten und Verständnisprobleme als Gründe angeführt. Diese Angebote seien von den Klient*innen sehr gut angenommen worden und auch die so Informierten fanden es gut, von den Fachkräften informiert worden zu

sein. Wichtig erscheint dabei, kultursensibel vorzugehen (vgl. Fall G in Kap. 11.6 Fallvignetten im Anhang). Einige Einrichtungen halten zur Unterstützung auch Sprachmittlungen/Dolmetscherdienste bereit (vgl. Fall E in Kap. 11.6 Fallvignetten im Anhang).

4.3.2 Haltung und Einstellungen von Fachkräften zu Partner*innen-Benachrichtigung

Der aktuelle Forschungsstand verweist darauf, dass neben strukturellen und individuelle Faktoren auch Haltung und Einstellungen von Fachkräften gegenüber Partner*innen-Benachrichtigung darüber entscheiden, ob überhaupt dazu beraten oder unterstützende Angebote vorgehalten werden (vgl. Wood et al., 2018; Rose et al., 2017; Theunissen et al., 2014; Pellowski et al., 2016; Adams et al., 2015; Udeagu et al., 2010). Deshalb haben wir auf Grundlage der Literaturauswertung im Rahmen der qualitativen Interviews verschiedene Aussagen zur Einstellung gegenüber Partner*innen-Benachrichtigung verifiziert und anschließend in die schriftliche Befragung übernommen. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über Zustimmung oder Ablehnung auf Seiten der befragten Fachkräfte (vgl. Abb. 15).

Abb. 15: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? (n = 21 ÖGD-Befragte und 24 aus NGO, Angaben in %)



Dass Partner*innen-Benachrichtigung kein Zwang sein darf, wird von der überwiegenden Mehrheit der befragten Berater*innen befürwortet: 44 Fachkräfte (97,7 %) stimmen der Aussage zu.

Knapp 96 % sehen Partner*innen-Benachrichtigung als (eher) wichtige Präventionsmaßnahme, um Übertragungsketten zu unterbrechen und die Prävalenz von STI zu reduzieren. Fachkräfte des ÖGD stimmen dieser Aussage deutlich öfter uneingeschränkt zu, die Vertreter*innen der verschiedenen NGO sind hier etwas zurückhaltender. In den Interviews wie auch noch mal im Rahmen des Fachtags wird von den Gesprächspartner*innen häufig herausgestellt, dass in den Teststellen in Trägerschaft der verschiedenen NGO der Fokus traditionell stärker auf den Indexpersonen als auf dem Public Health Aspekt liegt. Die regelmäßige Testung im Sinne der Präventionsbotschaft „Jeder ist für seinen eigenen Schutz verantwortlich!“ gilt zumindest im Umfeld der Aidshilfen als die zentrale Präventionsmaßnahme.

Damit zusammenhängend zeigen sich die Haltungsunterschiede beim eigenen Rollenverständnis: Während etwa 62 % der ÖGD-Beschäftigten es uneingeschränkt als ihre Aufgabe ansehen, „den/die Klient*in, durch Bereitstellung von Informationen, bei der selbstständigen Benachrichtigung der Sexualpartner*innen zu unterstützen“, sehen dies auf Seiten der NGO lediglich ein Drittel so (33,3 %). Sexualpartner*innen auf Wunsch der/des Klient*in zu kontaktieren und über ein mögliches Infektionsrisiko zu informieren, lehnen knapp 73 % der Befragten aus ÖGD-Teststellen ab, aus NGO über 90 %. Doch wenngleich in den Gesprächen häufig darauf verwiesen wurde, dass bei den Aidshilfen eher in Richtung Eigenverantwortlichkeit beraten wird (s. a. Zustimmung zur Aussage „Die Umsetzung der Partner*innen-Benachrichtigung liegt in der Eigenverantwortung der Klient*innen“), kam es ja insbesondere vor dem Hintergrund von Sprachbarrieren durchaus vor, dass Fachkräfte aus Teststellen beider Trägerschaften im Einzelfall Sexualkontakte von infizierten Klient*innen über ein potenzielles Ansteckungsrisiko informiert haben (s. o. S. 46).

Braucht es für Partner*innen-Benachrichtigung spezifische Kompetenzen? Hier sehen Beschäftigte des ÖGD (85,7 %) eher Bedarf als jene der NGO (58,3 %). In den Gesprächen wie auch im Rahmen des Fachtags berichteten einige Fachkräfte aus NGO-Teststellen über verschiedene therapeutische Weiterbildungen, darunter auch über Fortbildungen in Motivational Interviewing, auf die sie in ihren Beratungen auch zurückgreifen würden.

Die Befragten haben in der überwiegenden Mehrheit den Eindruck, dass Klient*innen im Rahmen der Risikoanamnese offen über ihre zurückliegenden Sexualkontakte sprechen (90,9 %). In der Regel dominiert auf Seiten der befragten Fachkräfte die Erfahrung, dass die meisten Personen mit einer STI-Infektion es bevorzugen, selbst mit ihren Sexualkontakten über ein mögliches Infektionsrisiko zu sprechen (90,5 %) und man vermutet auch, dass sie dies tatsächlich tun (88,3 %). Während – wie auf dem Fachtag durch die internationalen Referentinnen an Beispielen veranschaulicht wurde – in anderen Ländern (z. B. UK) nachgehalten wird, ob sich die benachrichtigten Sexualkontakte auf eine mögliche STI-Infektion testen lassen und sich ggf. in Behandlung begeben, ist das in Deutschland nicht der Fall. Ein solches Monitoring im Sinne einer Nachverfolgung, wie es in anderen Ländern z. T: und in Abhängigkeit der konkreten STI umgesetzt wird, lehnen die Fachkräfte in Deutschland überwiegend ab.

Wünschen Personen mit einer diagnostizierten STI sich, ihre Sexualkontakte anonym benachrichtigen zu können? Dazu haben die meisten Befragten (69,4 %) kein klares Bild. Der Bedarf und der Nutzen anonymer Web-Tools für Partner*innen-Benachrichtigung, wie bspw. im WIR – Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin in Bochum seit 2017 vorgehalten, werden vor allem in den Gruppendiskussionen vor Ort und während des Fachtags kontrovers diskutiert. Während ein Teil der Fachkräfte darin ein zusätzliches Angebot sieht, um mit den Klient*innen zum Thema Partner*innen-Benachrichtigung ins Gespräch zu kommen, lehnen andere eine Empfehlung zur anonymen Benachrichtigung von Sexualkontakten entschieden ab. Vor allem auf Seiten der Beschäftigten in Teststel-

len der NGO wird bemängelt, dass anonyme Benachrichtigungsverfahren einem offenen, entstigmatisierten Austausch zu sexuellen Themen im Wege stünden. Auch wird vermutet, dass die Möglichkeit der anonymen Benachrichtigung das Prinzip der Eigenverantwortlichkeit („Jeder ist für seinen Schutz verantwortlich“) untergraben könnte.

4.4 Wahrnehmung und Akzeptanz von Partner*innen-Benachrichtigung auf Seiten der Nutzer*innen

Im Untersuchungszeitraum (Juli 2019 bis September 2019) wurden an acht Standorten (Berlin, Bochum, Bremen, Dresden, Freiburg, Hamburg, Köln, München) insgesamt 845 Nutzer*innen angesprochen und zur Befragung eingeladen. 721 Klient*innen beteiligten sich an der Erhebung und füllten den Fragebogen aus. Der hohe Rücklauf spricht dafür, dass das Thema den Befragten wichtig ist. Und so waren auch 169 Befragungsteilnehmende (23,4 %) bereit, zusätzlich ein etwa 30-minütiges Interview mit uns zu führen. In den Gesprächen wurden die Themen des Fragebogens konkretisiert und vertieft über Erfahrungen mit Partner*innen-Benachrichtigung (PB) sowie Einstellungen und Haltungen dazu – generell und gegenüber bestimmten Verfahren – insbesondere der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien zur anonymen Partner*innen-Benachrichtigung – gesprochen.

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über die Zusammensetzung der Klientel nach Trägerschaft der Teststellen über die sie rekrutiert wurden (vgl. Tab. 4 bis Tab. 6).

*Tab. 4: Persönliche Merkmale der Klient*innen (N = 721, Angaben in %, außer Durchschnittsalter)*

	ÖGD (n = 402)	NGO (n = 319)	Gesamt (N = 721)
Persönliche Merkmale			
Ø Alter (Jahre)	31,2	33,2	32,1
15 – 25 Jahre	29,9	23,3	26,8
26 – 26 Jahre	47,7	48,2	47,9
37 – 49 Jahre	17,0	18,8	18,8
50+ Jahre	5,3	9,6	7,2
Geschlecht** (Eigendefinition als…)			
… männlich	57,6	76,8	66,2
… weiblich	41,4	21,9	32,7
… trans*/inter*	1,0	1,3	1,1
Bildungshintergrund			
max. 9 Jahre Schule	5,0	3,8	4,5
abgeschlossenes Studium	58,4	62,7	60,6
Ökonomischer Hintergrund			
Nettoeinkommen unter 500 €	17,9	10,9	14,8
Nettoeinkommen 500 € bis 999 €	15,6	17,4	16,4
Nettoeinkommen 1.000 € bis 2.000 €	33,2	28,9	31,3
Nettoeinkommen über 2.000 €	33,2	42,8	37,5

	ÖGD (n = 402)	NGO (n = 319)	Gesamt (N = 721)
Transferleistungsbezug/staatl. Unterstützung	9,8	6,2	8,2
Personen ohne Krankenversicherung	4,8	6,7	5,8
Migrationshintergrund	36,7	42,3	39,2
Wohnort**			
auf dem Land/in einem Dorf (weniger als 10.000 Einwohner*innen)	3,0	5,0	3,9
Kleinstadt (10.000 bis 99.999 EW)	5,5	7,2	6,3
mittelgroße Stadt (100.000 bis 499.000 EW)	9,3	14,5	11,6
große Stadt (500.000 bis 999.999 EW)	24,1	4,1	15,2
sehr große Stadt (ab 1 Million EW)	58,0	69,2	63,0

** signifikant (auf dem Niveau von 0,05, 2-seitig)

Klient*innen, die sich im Untersuchungszeitraum an die anonymen Teststellen gewendet haben, um sich zu HIV und/oder einer STI beraten oder auch darauf testen zu lassen, sind im Durchschnitt 32 Jahre alt und zu zwei Dritteln männlich. Knapp 61 % aller Befragten haben ein abgeschlossenes Hochschulstudium, unter 5 % haben (bislang) nicht mehr als neun Schuljahre absolviert. 8,2 % der Befragten geben an, Transferleistungen zu beziehen. Der Anteil derjenigen die angeben, über mehr als 2.000 Euro netto im Monat zu verfügen, liegt bei knapp 38 %. 5,8 % haben keine gültige Krankenversicherung.

In der untersuchten Gruppe dominieren aufgrund der Standortauswahl deutlich Personen aus Großstädten. Dass sich die Herkunft aus Städten im Bereich von 500.000 bis 1 Mio. Einwohner*innen so ungleich verteilt, hat mit den Gegebenheiten in Bremen und Dresden zu tun, wo es nur eine kleine NGO-Teststelle bzw. gar keine gibt.

Auf einen Migrationshintergrund verweisen etwa 39 % der befragten Klient*innen. Der überwiegende Teil (66,2 %) ist selbst zugewandert. Unter den Personen mit einer Zuwanderungsgeschichte sind Personen aus dem außereuropäischen Ausland am stärksten vertreten (54,3 %). Der überwiegende Teil der Klient*innen mit Migrationshintergrund kann sich auf einem muttersprachlichen Niveau oder zumindest gut verständigen, lediglich etwa 5 % aller Befragten mit Migrationshintergrund gaben an, schlecht oder (noch) gar kein Deutsch zu sprechen (vgl. Tabellen in Kap. 11.4 im Anhang).

Tab. 5 gibt einen Überblick zu den Antworten hinsichtlich der Themen Sexualität und Beziehung.

*Tab. 5: Sexualität und Beziehungsstatus der Klient*innen (N = 721, Angaben in %)*

	ÖGD (n = 402)	NGO (n = 319)	Gesamt (N = 721)
Sexuelle Orientierung			
… FSF	14,9	7,2	11,5
… MSM	33,7	57,7	44,4
… Heterosexuelle Frauen und Männer	51,4	35,0	44,1
Sexualität und Beziehung			
in fester Partnerschaft/Beziehung	49,1	49,8	49,4
Anteil 1 Jahr und länger in Beziehung	43,6	57,4	49,9

	ÖGD (n = 402)	NGO (n = 319)	Gesamt (N = 721)
einen oder mehrere feste Sexpartner*innen	68,5	68,3	68,4
Sex mit anderen neben der/dem festen Sexual-partner*in	49,1	52,0	50,4
mehr als 6 Sexualkontakte im letzten halben Jahr**	23,2	38,0	29,8
Kondomnutzung (selten oder nie)	14,2	20,5	17,2
Kontaktmöglichkeit (selten oder nie)**	11,1	12,3	11,6

** signifikant (auf dem Niveau von 0,05, 2-seitig)

Je gut 44 % der Befragten sind Männer, die nur oder auch Sex mit Männern haben (MSM) bzw. heterosexuell orientierte Männer und Frauen. 11,5 % der Befragten sind Frauen, die (auch) mit Frauen Sex haben (82 FSF: davon sind 77 bisexuell und 5 lesbisch). Die Angebote der anonymen Teststellen richten sich je nach Trägerschaft an unterschiedliche Zielgruppen (vgl. Kapitel 4.3). Auch wenn nicht alle NGO/Aidshilfe-Teststellen sich nur an MSM richten, so bestätigt unserer Sample doch, dass der Weg von MSM eher zu NGO, meist Aidshilfen, führt (57,7 %) als zum ÖGD (33,7 %). Heterosexuelle Klient*innen waren im Untersuchungszeitraum eher in den Teststellen des ÖGD (51,4 %) als bei den Teststellen der NGO (35,0 %) anzutreffen – was sich insbesondere mit dem vergleichsweise hohen Anteil heterosexueller Frauen beim ÖGD begründen lässt. Der Frauenanteil liegt unter der Klientel des ÖGD bei 41,4 % (NGO: 21,9 %).

Über die Hälfte der Befragten (51 %) gibt an, zum Befragungszeitpunkt Single zu sein. Knapp 68 % der Befragten verweisen auf regelmäßige Sexualkontakte mit einem oder mehreren (festen) Partner*innen, die meisten von ihnen (73,9 %) hatten parallel noch weitere Sexualkontakte. 28,6 % aller Befragten berichteten, mehr als sechs verschiedene Sexualkontakte im letzten halben Jahr gehabt zu haben.

Der Anteil derjenigen die angaben, selten oder nie Kondome benutzen, beläuft sich unter allen Befragten auf knapp 17 % und unter denjenigen mit mehr als sechs Sexualkontakten auf nur wenig höhere 18,6 %.

Etwa 12 % der Befragten verfügen selten oder nie über Kontaktdaten ihrer Sexualpartner*innen, hier erhöht sich der Wert bei denjenigen, die mehr als sechs Sexualkontakte im letzten halben Jahr hatten, deutlich auf 22,6 %.

Die folgende Übersicht gibt Auskunft über die Testerfahrungen der befragten Klient*innen und ihren Kenntnisstand zu STI (Tab. 6).

*Tab. 6: Testerfahrung und STI-Kenntnisse der Klient*innen (N = 721, Angaben in %)*

	ÖGD (n = 402)	NGO (n = 319)	Gesamt (N = 721)
STI-Test Erfahrung**			
Bisher ausschließlich HIV-Test	**17,3**	10,5	14,3
Erstmals Test auf andere STI (Ersttester)	15,2	11,5	13,6
Schon zuvor STI-Test (letztes Jahr)	41,1	**55,9**	47,7

	ÖGD (n = 402)	NGO (n = 319)	Gesamt (N = 721)
STI Kenntnisse			
schon mal von STI gehört	97,7	99,7	98,6
… Tripper (Gonorrhoe)	91,3	94,7	92,8
… Syphilis	94,0	96,9	95,3
… Chlamydien	90,5	95,6	92,8
Abfrage STI Wissen: Anteil „Wusste ich bereits“	40,5	43,2	41,7

** signifikant (auf dem Niveau von 0,05, 2-seitig)

14,3 % der Befragten haben sich bislang nur auf HIV testen lassen und hatten bisher noch nie einen Test auf Chlamydien, Tripper und/oder Syphilis gemacht zu haben. Der überwiegende Anteil (47,7 %) bestätigt, im Laufe der zurückliegenden 12 Monate (auch) auf STI (außer HIV) getestet worden zu sein. Wiederum knapp 14 % sind zum Zeitpunkt der Befragung zum ersten Mal bei einem STI-Test in einer der anonymen Teststellen.

Fast alle Befragten (98,6 %) hatten bereits von einer der STI – Tripper, Syphilis, Chlamydien – gehört, doch konkret nach einigen Aspekten dazu befragt, offenbaren sich Wissenslücken. Lediglich gut zwei Fünftel der Befragten waren alle Fakten zu STI Übertragungswegen (siehe Anhang Fragebogen Klient*innen [Frage 33], S. 98) bereits bekannt. Die Tatsache, dass eine Infektion mit einer STI häufig keine Symptome auslöst, war 38,9 % der Befragten nicht klar. Mit der Empfehlung, dass man während der STI-Behandlung möglichst auf Geschlechtsverkehr verzichten sollte, um eine Wiederansteckung zu vermeiden, konnten 19,0 % nichts anfangen (vgl. Tab. 19 im Anhang).

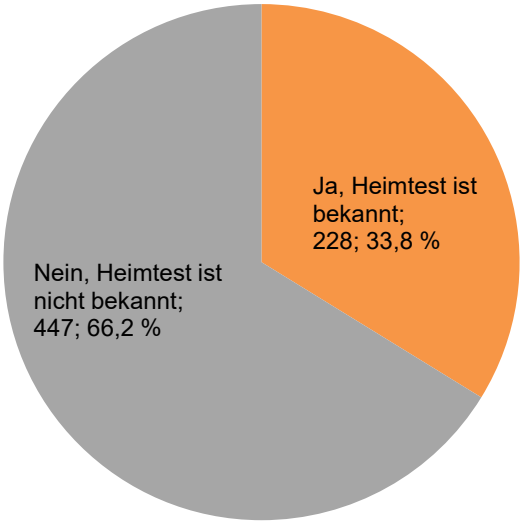
Exkurs: Heimtest

Im Kontext von Partner*innen-Benachrichtigung wird, vor allem in unseren Nachbarländern, zunehmend über den Einsatz von Heimtest oder Home Sampling diskutiert. Solche Testmöglichkeiten werden als gute Ergänzung betrachtet, die (u. a. benachrichtigten) Risikogruppen einfachen Zugang zu Testung ermöglichen. Zudem würden so auch bei steigenden Testzahlen die begrenzten Kapazitäten der Teststellen entlasten.

In Deutschland sind seit September 2018 Heimtests für HIV erlaubt und bspw. in Apotheken und Drogeriemärkten erhältlich. Heimtests auf STI sind hier noch nicht verfügbar, allerdings gibt es stellenweise schon Home Sampling Tests auf mehrere STI. Dabei entnehmen Personen sich selbst Proben, müssen diese jedoch an Referenzlabore einsenden und erhalten dann von dort das Ergebnis.

Mit Blick auf die (potenzielle) Bedeutung von Heimtests wurden die Befragten in der Untersuchung auch darauf angesprochen (vgl. Abb. 16).

Abb. 16: Kennen Sie STI-Heimtests zum selbst zu Hause durchführen? (N = 675)



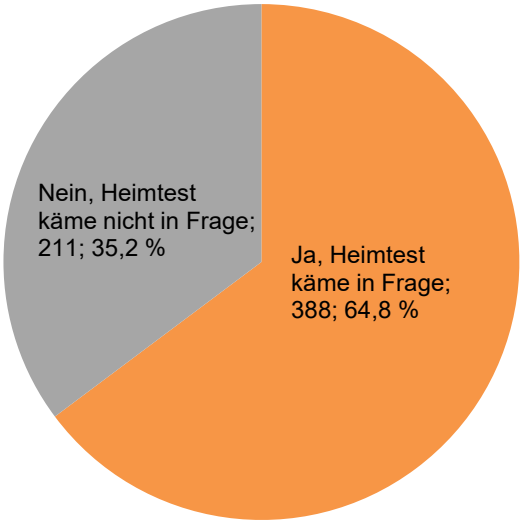
Tatsächlich kennt lediglich rd. ein Drittel der Befragten STI-Tests, die selbst zu Hause durchgeführt werden können. Die Kenntnisse dazu verteilen sich ungleichmäßig auf Nutzer*innen von ÖDG- bzw. NGO-Teststellen: 52,6 % der befragten Personen, die STI-Heimtest kennen, wurden in einer NGO-Teststelle angetroffen, während dies auf lediglich 41,4 % der Befragten in ÖGD-Teststellen zutraf (statistisch signifikanter Unterschied). Heimtests waren insbesondere bei den Klient*innen der beiden Münchner NGOs bekannt. Dieses Ergebnis ist nicht verwunderlich, da seit Juli 2018 Bayern das Modellprojekt „S.A.M Mein Heimtest“, das nach Abschluss seiner Pilotphase im Sommer 2019 weiter fortgesetzt und auf weitere Städte im Bundesgebiet ausgeweitet wird.

Ob Heimtests bekannt sind oder nicht unterscheidet sich vor allem nach der sexuellen Orientierung der Befragten. In Zusammenhang mit dem o. g. Befund waren Heimtests unter MSM am bekanntesten (40,6 %), bei FSF wussten 33,8 % Bescheid, doch lediglich 27,0 % der heterosexuellen Personen. Dieses Ergebnis bestätigt erneut, dass MSM sich vergleichsweise stärker mit Fragen sexueller Gesundheit, STI, STI-Tests etc. auseinandersetzen. Demgegenüber scheinen heterosexuelle Personen das Thema STI eher zu tabuisieren und sind weniger über Test- und Behandlungsmöglichkeiten informiert.

Im Rahmen der Befragung wurde das Wissen der Nutzer*innen bzgl. zu STI, Infektionswegen, Ansteckungsrisiken etc. erfasst. Es zeigt sich, dass 62,1 % der Personen, die STI-Heimtests nicht kennen, generell größeren Klärungsbedarf im Kontext von STI hatten (vgl. Tab. 17 im Kapitel 11.4 im Anhang). Demgegenüber hatten von den Personen, die über STI-Heimtests Bescheid wussten, lediglich die Hälfte Wissenslücken bzgl. STI (Unterschiede sind statistisch signifikant). Weitere signifikante Unterschiede bestanden bzgl. des Testverhaltens (bisher nur HIV-Test, STI-Ersttester, bereits mind. einen STI-Test durchgeführt) und des Sexualverhaltens (mehr oder weniger als sechs Sexualkontakte im letzten halben Jahr) der befragten Nutzer*innen.

Käme für die Befragten ein Heimtest grundsätzlich in Frage (vgl. Abb. 17)?

Abb. 17: Käme ein STI-Heimtest für Sie in Frage? (N = 599)



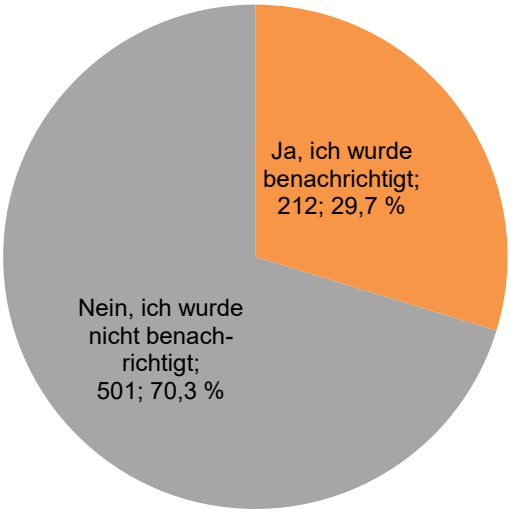
Knapp zwei Drittel der befragten Nutzer*innen der Teststellen können sich vorstellen, einen STI-Heimtest zu nutzen, heterosexuelle Personen etwas häufiger (66,9 %) als MSM (63,2 %).

Die Bereitschaft der Befragten, einen STI-Heimtest zu verwenden, steigt mit Bildung und Einkommen: So ist unter den Personen, die einen Heimtest nutzen würden, der Anteil der Akademiker*innen mit 65,3 % signifikant größer als bei den Ablehnenden (Akademiker*innenanteil 52,2 %). Auch würden mehr Personen mit einem Nettoeinkommen von über 2.000 Euro einen Heimtest durchführen als Personen mit niedrigerem Einkommen. Da die Heimtests zumindest in Deutschland bislang kostenpflichtig sind, kommt ein Test für Personen in finanziell besserer Situation wahrscheinlich eher in Frage. Darüber hinaus trauen es sich Akademiker*innen möglicherweise eher zu, zu Hause und ohne Fachpersonal einen Test durchzuführen und zu interpretieren.

4.4.1 Erfahrungen von Nutzer*innen mit (Beratung zu) Partner*innen-Benachrichtigung

Im Rahmen der Befragung haben die 721 Klient*innen u. a. Fragen im Kontext von STI-Test und bzgl. ihres Umgang mit einer (potenziell) diagnostizierten STI beantwortet. Im Rahmen der 169 geführten 30-minütigen Interviews wurden Antworten weiter vertieft, diese qualitativen Befunde wurden in der Ergebnisdarstellung mit berücksichtigt. Die folgenden Befunde geben einen Überblick darüber, inwieweit die befragten Nutzer*innen der anonymen Teststellen bereits Erfahrungen mit Partner*innen-Benachrichtigung gemacht haben.

*Abb. 18: Wurden Sie schon jemals von einer/einem Sexualpartner*in benachrichtigt, dass die Möglichkeit einer sexuell übertragbaren Infektion besteht? (N = 713)*



Ein Drittel aller Befragten (29,7 %) wurde mindestens schon einmal von einem Sexualkontakt über ein bestehendes Infektionsrisiko informiert, der Anteil war bei den Teststellen der NGO höher als unter den Klient*innen der Teststellen des ÖGD (ÖGD: 23,8 %; NGO: 37,4 %).

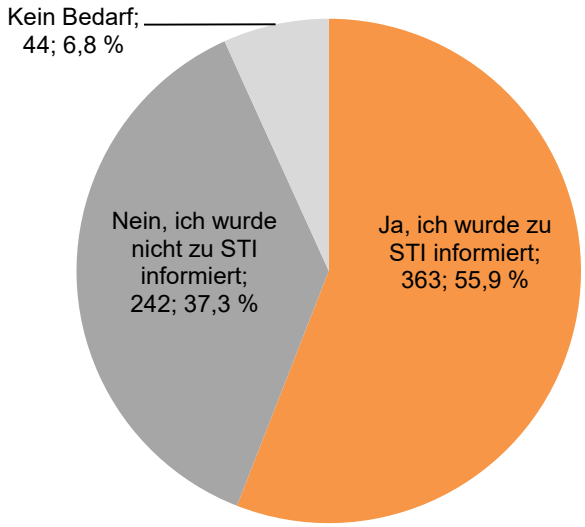
Das Alter, die Beziehungsdauer, die Testroutinen und vor allem die sexuelle Orientierung entscheiden maßgeblich darüber, ob man sich untereinander im Bekanntenkreis zu Infektionsrisiken austauscht oder auch im Falle einer Infektion aktiv informiert. MSM gaben in der Befragung signifikant häufiger an, schon einmal von einem Sexualkontakt benachrichtigt worden zu sein: In der Gruppe der MSM haben zum Befragungszeitpunkt 45 % der Klient*innen die Erfahrung gemacht, schon einmal von einem Sexualkontakt benachrichtigt worden zu sein, aber nur 16 % der heterosexuellen Frauen und Männer. Befragte mit PB-Erfahrung leben eher in einer längeren festen Beziehung, haben häufiger wechselnde Sexualkontakte, sind erfahrener mit STI-Tests und verfügen über mehr Wissen zu STI-Übertragungswegen. Befragte, die bislang noch nie von Sexualkontakten über eine mögliche STI Infektion informiert wurden, sind im Vergleich jünger und signifikant häufiger weiblich (vgl. Tab. 11 im Anhang).

In den Interviews (n = 169) wurde vertieft nach konkreten Situationen gefragt. Demnach wurden die Befragten vor allem durch lose Sexualkontakte über STI-Risiken informiert. Die Benachrichtigung erfolgte meistens zeitnah nach dem sexuellen Kontakt und fast immer per SMS/WhatsApp o. ä. Die Benachrichtigung über Messengerdienste wurde von der Mehrzahl der Interviewten als Vorteil bewertet: so werde man schnell informiert und es erspare den Benachrichtigten eine direkte Reaktion im face-to-face-Kontakt. Über Benachrichtigungen im Rahmen von persönlichen Gesprächen wurde in den Interviews seltener berichtet. Und wenn doch, dann handelte es sich eher um die aktuell festen Sexualpartner*innen oder um Ex-Partner*innen. Vereinzelt wurden von den Befragten peinliche oder unangenehme Situationen geschildert. In der Regel zeigten sich die Gesprächspartner*innen zufrieden und ggf. nach einem ersten Schock auch dankbar, informiert worden zu sein. Von einigen MSM wurde explizit darauf verwiesen, dass die Frage nach bestehenden Infektionen unter wechselnden Sexualkontakten übliche Praxis sei, man pflege einen offenen Umgang und trage Verantwortung füreinander. Dazu gehöre auch, dass man sich regelmäßig testen lasse und im Falle einer STI-Infektion die betroffenen Sexualkontakte informiere.

Bei heterosexuellen Frauen und Männern spielen Betrugsszenarien und die damit einhergehende Sorge, beim Fremdgehen erwischt zu werden, eine große Rolle. Promiskuität und Infektionsrisiken werden seltener offen gehandhabt. Besondere Ängste und z. T. Scham und damit Barrieren hinsichtlich einer möglichen Partner*innen-Benachrichtigung bestehen am ehesten bei Männern, die in einer heterosexuellen Beziehung leben, aber versteckte sexuelle Kontakte zu Männern pflegen.

Wurden die Klient*innen schon mal von den Berater*innen der anonymen Teststellen zu STI-Übertragungswegen und Re-Infektionsrisiken informiert? Dazu gaben 649 Personen Auskunft (vgl. Abb. 19):

*Abb. 19: Wurden Sie von Berater*innen von anonymen Teststellen schon mal zu STI Übertragungswegen und Re-Infektionsrisiken informiert? (N = 649)*



Tatsächlich berichteten 55,9 % der Klient*innen, dass sie rund um einen Test schon mal zu STI-Übertragungswegen und Re-Infektionsrisiken informiert wurden.

Dabei zeigen sich signifikante Unterschiede bzgl. der Beratungserfahrung nach der Testroutine und der Anzahl der wechselnden Sexualkontakte (im Detail vgl. Tab. 15 im Anhang): Beratung zu Übertragungswegen und Re-Infektionsrisiken hatten verstärkt jene, die in den letzten 12 Monaten bereits mindestens einen STI-Test gemacht hatten (58,9 %). Unter den STI-Ersttestenden berichteten gut 40 % über entsprechende Beratungserfahrungen. Und unter denjenigen, die zuvor noch keinen STI-, aber schon einen HIV-Test gemacht hatten, wurde immerhin ein Drittel (31,5 %) im Zuge des HIV-Tests zusätzlich zu STI beraten. Für weitere (signifikante) Unterschiede siehe ebenda.

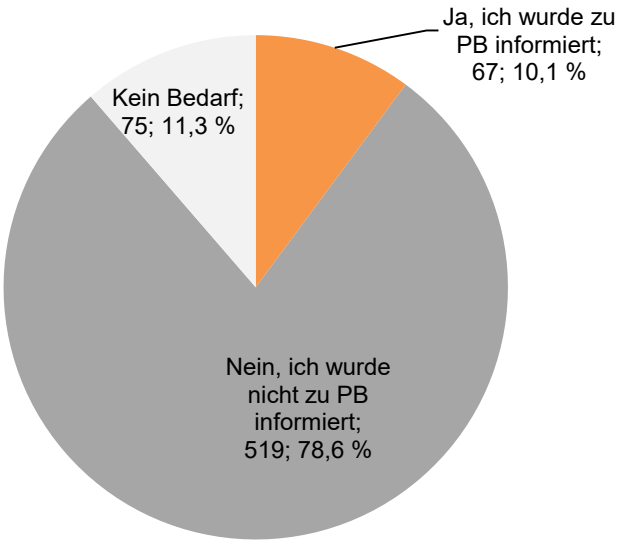
Berater*innen richten ihre Vorgehen offensichtlich nach einer Risikoanamnese aus: Personen mit mehr als einem Sexualkontakt im letzten halben Jahr wurden signifikant häufiger über STI-Übertragungswege und Re-Infektionsrisiken informiert. Bei Testnutzer*innen mit mehr als sechs verschiedenen Sexualkontakten im letzten halben Jahr stieg die Quote der Beratungen zu STI Übertragungswegen und Re-Infektionsrisiken auf ca. drei Viertel der Fälle an.

Im Rahmen der Interviews (n = 169) erläuterten einige Befragte, dass die Beratung im Zuge der Befundmitteilung stattgefunden habe. Andere hatten sich bei den Fachkräften gezielt nach weiterführenden Informationen erkundigt. In zahlreichen Fällen wurde die Qualität der Beratung thematisiert: Weit überwiegend wurde die Beratung positiv bewertet z. B. als *„sachliche Information“, „kompetente Beratung“, „Zeit genommen“, „vorurteilsfrei“, „ohne erhobenen Zeigefinger“* oder *„war sehr hilfreich“*. Kritik wurde deut-

lich seltener geäußert, und falls doch, dann ging es z. B. um *„zu wenig Raum für dieses Thema“, „Fachbegriffe nicht verstanden“* oder *„war zu konfrontativ“*.

Wurden die Befragten auch schon mal zu verschiedenen Möglichkeiten der Partner*innen-Benachrichtigung beraten? Hier fällt der Anteil derjenigen, die über eine diesbezügliche Beratungserfahrung berichten konnten, deutlich anders aus (Abb. 20):

*Abb. 20: Wurden Sie schon mal von Fachkräften der Teststellen über Möglichkeiten zur Partner*innen-Benachrichtigung informiert? (N = 661)*



Der überwiegende Teil der Befragten wurde bisher nicht zu PB beraten (78,6 %) oder äußerte, keinen konkreten Beratungsbedarf gehabt zu haben (11,3 %). Lediglich ein Zehntel der Befragten wurde schon mal zur Benachrichtigung von Sexualkontakten motiviert bzw. zu Möglichkeiten dazu beraten.

Signifikante Unterschiede dazu, wer zu PB beraten wurde oder nicht, lassen sich ausschließlich für den Migrationsstatus der Befragten feststellen (im Detail vgl. Tab. 16 im Anhang): Personen mit Migrationshintergrund wurden schon deutlich öfter zu PB beraten (64,2 %), dabei zeigte sich in den Interviews, dass diese Erfahrungen vor allem aus ihren Herkunftsländern stammten. Bspw. wurde über Beratung zu PB in UK berichtet und über den Erhalt von „contact slips“ zur Weitergabe an Sexualkontakte. Aus Spanien wurde berichtet, dass *„über Facebook und das Internet Fotos von Krankheitssymptomen gezeigt* [wurden]*, die man betroffenen Partnern weiterzeigen kann“*. In Deutschland beratene Klient*innen berichten über Empfehlung zu einer Partner*innen-Mitbehandlung und von Angeboten, die betroffenen Sexualpartner*innen zu einem gemeinsamen Beratungsgespräch mitzubringen. Andere Befragte berichteten hingegen, dass der Wunsch nach Paargesprächen von den Fachkräften explizit abgelehnt wurde.

Einige Befragte äußerten Ideen, wie die Beratung zu den Möglichkeiten zur Partner*innen-Benachrichtigung besser gestaltet werden könnte und empfahlen bspw. *„eine Art Guideline für lose Kontakte sinnvoll"*.

Personen, die schon mal von einem Sexualkontakt über ein bestehendes Infektionsrisiko informiert worden und vielleicht deshalb zum Test gekommen waren (n = 212), wurden in den anonymen Teststellen zwar signifikant häufiger zu STI-Übertragungswegen und Re-Infektionsrisiken beraten (70,1 %), bspw. zur Vermeidung von Re-Infektionen per Ping-Pong-Effekt. Auf Möglichkeiten der Partner*innen-Benachrichtigung wurde jedoch nur selten eingegangen (14,8 %), vereinzelt wurde an „Fairness“ appelliert und nachge-

fragt, ob der/die Klient*in sich nicht selbst auch eine Partner*innen-Benachrichtigung wünschen würde. Ergänzend berichteten diverse Befragte, dass sie bei Diagnostik und Befundmitteilumng in ärztlichen Praxen kaum über Notwendigkeit der Benachrichtigung von Sexualkontakten aufgeklärt oder zu Möglichkeiten der Umsetzung beraten wurden.

4.4.2 Haltung und Einstellungen von Nutzer*innen zu Partner*innen-Benachrichtigung

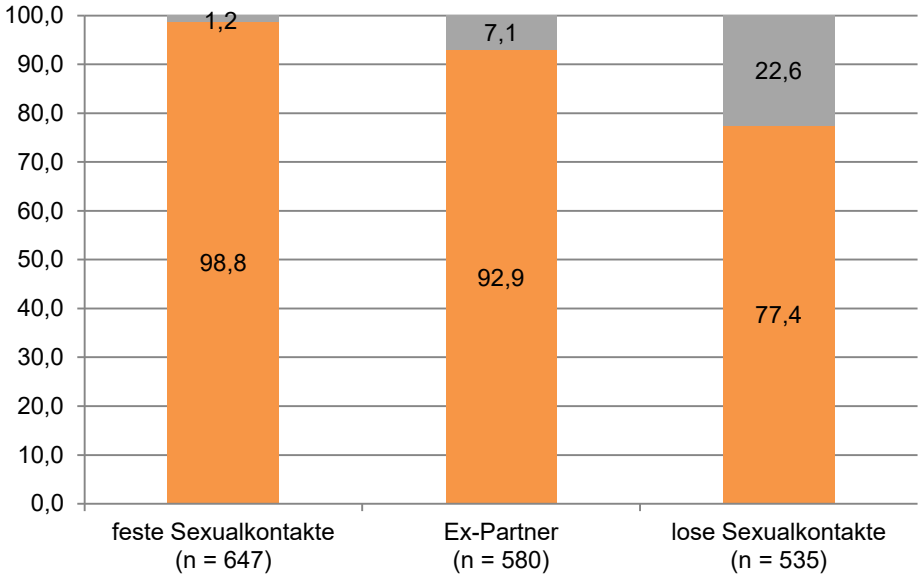
Um Haltungen und Einstellungen zu Partner*innen-Benachrichtigung nachzugehen, wurden die Nutzer*innen der Teststellen – unabhängig von ihren tatsächlichen Erfahrungen – auch danach gefragt, ob sie sich im Falle eines positiven Tests auf STI vorstellen könnten, ihre Sexualkontakte zu informieren (hypothetisch). Beantwortet wurde diese Frage von insgesamt 691 Nutzer*innen (vgl. Abb. 21):

Abb. 21: Können Sie sich vorstellen, Ihre Sexualkontakte der letzten sechs Monate im Falle einer STI zu informieren? (N = 691)

Tatsächlich können sich fast alle (98,0 %) Befragten vorstellen, Sexualkontakte zu informieren. Die Befragten problematisierten jedoch, dass dies nur dann möglich sei, wenn Kontaktdaten vorhanden sind bzw. Kontaktmöglichkeiten bestehen. Einige Befragte erläutern, dass sie ihre Sexualkontakte nach einer positiven STI-Diagnose benachrichtigen würden, weil sie sich das im umgekehrten Fall auch selbst wünschen würden. Nur 14 Befragte (2,0 %) konnten sich nicht vorstellen, ihre Sexualkontakte zu informieren

Ob die Befragten im Falle eines positiven STI Tests ihre Sexualkontakte benachrichtigen würden, hängt auch von der Art der Beziehung ab (Abb. 22):

Abb. 22: Können Sie sich vorstellen, Sexualkontakte der letzten sechs Monate im Falle einer STI-Diagnose zu informieren? Nach Art der Sexualkontakte (N = 691, Angaben in %, Mehrfachnennungen möglich)

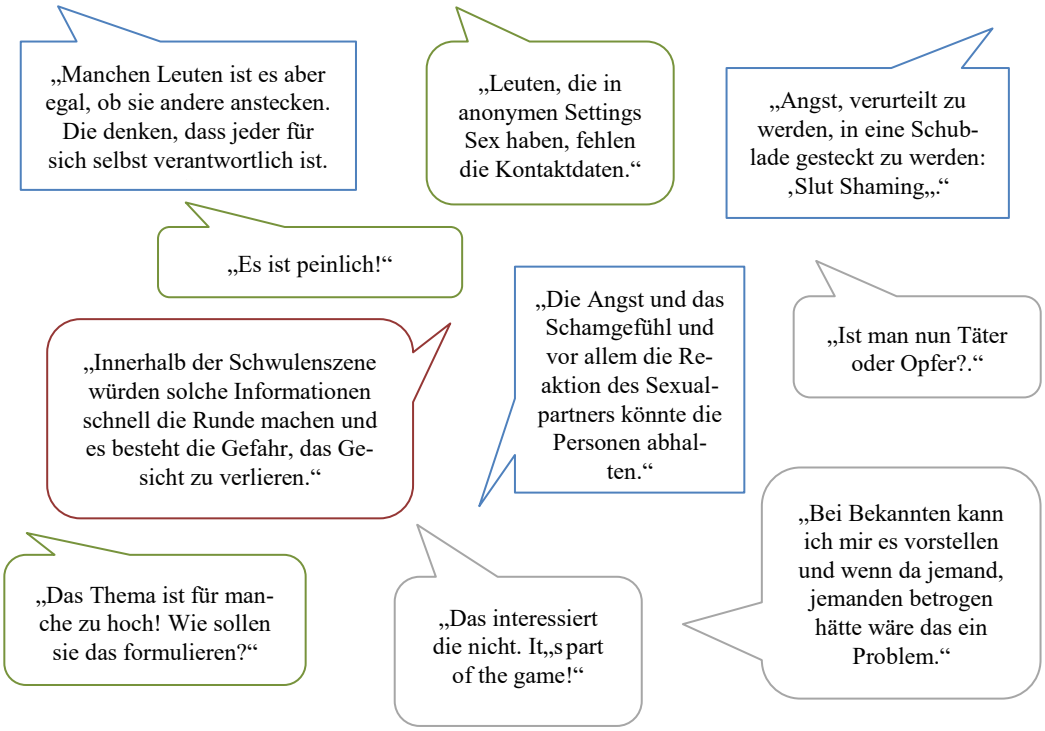


98,8 % wollten feste Sexualpartner*innen über eine positive STI-Diagnose informieren. Mit 92,9 % können sich etwas weniger Befragte vorstellen, ihre ehemals festen Sexualkontakte zu informieren. Handelt es sich um lose Sexualkontakte, sinkt die (potenzielle) Bereitschaft, zu benachrichtigen deutlich auf 77,4 %.

Von den 14 Personen, die die Frage danach, ob sie im Falle einer STI-Infektion ihre Sexualkontakte benachrichtigen würden, mit „nein“ beantworteten, waren 78,6 % männlich und 64,3 % MSM. Zehn der 14 Personen (71,4 %) stammen aus einer Stadt mit mindestens einer Mio. Einwohner*innen. Fünf der Befragten, die Sexualkontakte nicht informieren wollen (35,7 %), befinden sich in einer festen Beziehung und sieben (50 %) hatten im letzten halben Jahr mehr als sechs Sexualkontakte, über Kontaktdaten ihrer Sexualkontakte verfügten 42,9 %.

Befragt danach, was Personen davon abhalten könnte, Sexualkontakte zu benachrichtigen, benennen die interviewten Klient*innen neben fehlenden Kontaktdaten zahlreiche weitere Barrieren: Die größte Bedeutung kommt verschiedenen Ängsten zu, darunter der Angst vor Entdeckung bspw. des Fremdgehens und der homo- oder bisexuellen Orientierung. Z. T. wird Angst vor Ablehnung, vor Verurteilungen durch Partner*innen oder Freund*innen, vor Verlassen werden thematisiert. Nicht wenige Befragte zeigen Schamgefühle, andere haben Sorge vor Stigmatisierung in der Gesellschaft oder in der Szene. Manche Befragten vermuten, dass den Infizierten, eine mögliche Infektion ihrer Sexualkontakte egal sein könnte, manche vermuten eine Verdrängung des Themas oder gehen davon aus, dass jemand zu stolz sein könnte, darüber zu reden, während andere sich selbst als zu schüchtern darstellen, um die Sexualkontakte im Falle einer Infektion aktiv ansprechen zu können. Ein Teil der Befragten äußert Sorge vor negativen, möglicherweise auch juristischen, Konsequenzen – alles Faktoren, die sich nach Aussagen vieler Befragter, mit abnehmender Beziehungsintensität verstärken. Im Folgenden sollen einige Originalzitate Barrieren illustrieren:

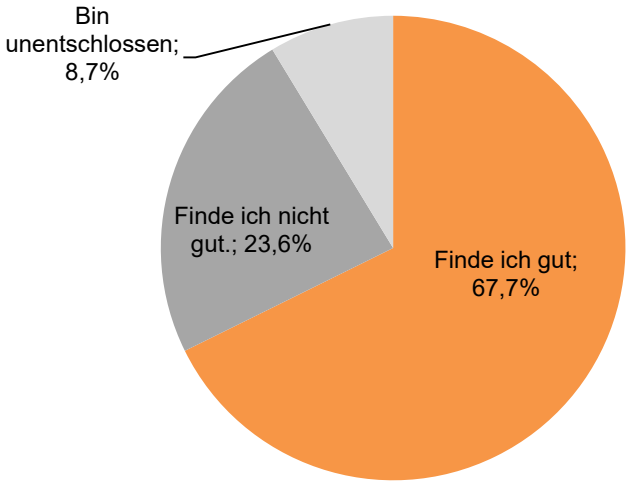
*Abb. 23: Beispielhafte Zitate von Nutzer*innen zu Barrieren für die Benachrichtigung von Sexualkontakten*



Gleichwohl finden es fast alle Befragten (99,4 %) wichtig, selbst informiert zu werden, wenn ein Sexualkontakt eine STI hat – am liebsten persönlich.

Ein Web-Tool zur anonymen Partner*innen-Benachrichtigung, wie derzeit im WIR-Zentrum in Bochum im Einsatz, kannte nur eine befragte Person. Sie war darüber informiert worden, hatte das Web-Tool selber aber nicht genutzt. Nachdem die Interviewer*innen das WIR-Web-Tool und seine Funktionsweise den Klient*innen vorgestellt haben, wurden die Teilnehmenden bezüglich ihrer Einstellungen und Einschätzungen dazu befragt (vgl. Abb. 24).

Abb. 24: Beurteilung des anonymen PB-Web-Tools durch die Interviewten (N = 169)



Ein Großteil der Befragten (67,7 %) gab an, dass sie so ein Tool zur anonymen Partner*innen-Benachrichtigung insgesamt gut finden, 23,6 % sind in ihrem Urteil unentschlossen und 8,7 % bewerten ein Web-Tool negativ. In ihren Begründungen gehen die Befragten auf vielfältige Punkte ein, die für oder gegen ein solches Tool sprechen: Der größte Vorteil scheint in der niedrigen Hemmschwelle zu liegen (n = 40). Positiv heben die Befragten die Anonymität hervor, dass Tool sei insbesondere zur Benachrichtigung loser und/oder vieler Sexualkontakte hilfreich (n = 11). Eine anonyme Benachrichtigung per Online-Tool verhindere zudem, dass die Sender*innen Stigmatisierung ausgesetzt sind (n = 5).

Demgegenüber hat ein Teil der Befragten Bedenken (n = 15) bzgl. der Datensicherheit des Online-Tools. Ein Teil der Befragten (n = 10) sorgte sich, ob das Web-Tool tatsächlich Anonymität garantieren könne und ob es nicht zu anderen Zwecken, wie z. B. persönliche Rachehandlungen, missbraucht werden könne. Manche Befragte fanden die Vorstellung, anonym benachrichtigt zu werden, befremdlich (*„seltsam“, „gruselig“;* n = 11). Weitere sechs Befragte bemängeln die „Einladung“ zur Verantwortungsabgabe durch die anonyme Partner*innen-Benachrichtigung und sorgen sich um die negative Signalwirkung: Fördert das eine Kommunikations-Unkultur bezüglich STI?

Einige Befragte nutzen die Gelegenheit, Anregungen zur Verbesserung einzubringen und geben den Hinweis, besser über so ein Tool zu informieren, es angemessen zu bewerben und großflächig bekannt zu machen (n = 19). Weitere Befragte wünschen sich andere Botschaften, weitere Formulierungen (z. B. Beschwichtigen, persönlich; n = 7). Schließlich schlugen drei Befragte vor, ein solches Tool mit bestehenden Online-Dating-Portalen zu verknüpfen (wie bspw. Tinder, Grindr).

Im Folgenden wurden die Interviewteilnehmenden gebeten, sich in die Lage einer Person zu versetzen, die über ein Web-Tool anonym benachrichtigt wird. 40,5 % lehnen diese Form der anonymen Benachrichtigung für sich ab. Insgesamt 58,7 % würden im Fall einer Infektionsgefahr hingegen gerne über ein solches Tool benachrichtigt werden. Im Gespräch bevorzugten die meisten Befragten, direkt vom betroffenen Sexualkontakt benachrichtigt zu werden. Ungeachtet ihrer Vorliebe, gibt jedoch der allergrößte Teil an, *„egal wie – Hauptsache, man bekommt Bescheid“*.

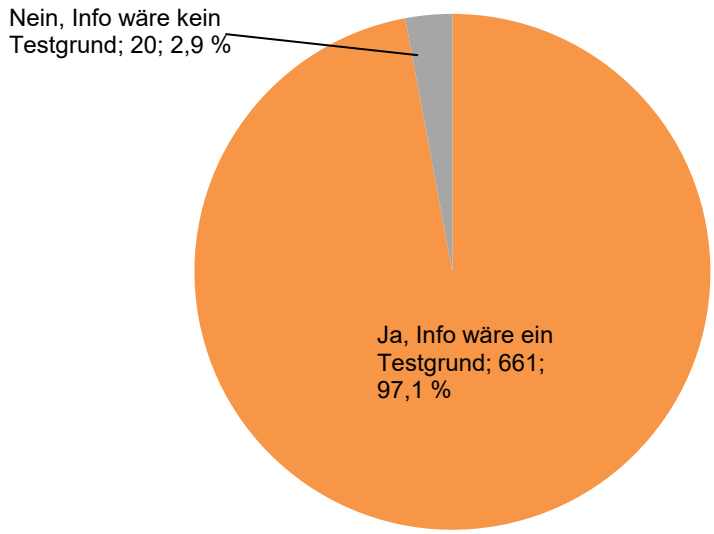
Einschätzungen für die hypothetische Situation, man selbst erhalte eine Benachrichtigung über das Tool, ergeben bei den meisten Befragten, dass diese direkt im Anschluss an den Erhalt der Nachricht handeln und ihren Status überprüfen lassen würden. Viele stellen sich außerdem vor, dass sie die Identität des Absenders herausbekommen wollten und tatsächlich zweifeln einige die Anonymitätsgarantie für den Absenders an: je nachdem wie viele Sexualkontakte jemand im fraglichen Zeitraum hatte, könne die/der Empfänger*in den Absender leicht identifizieren. Einige Befragte würden versuchen, sich in den Absender hineinzuversetzen und die Gründe für die Wahl des Tools nachzuvollziehen. Andere Befragte stellen sich vor, dass eine anonyme Benachrichtigung eine große emotionale Herausforderung darstellen könnte – noch mehr Personen erwarten, dass sich beim Erhalt der Nachricht zunächst ein „Schockmoment“ einstellt. Zahlreiche Befragte merken an, dass sie beim Erhalt einer anonymen Nachricht zunächst deren Seriosität und „Echtheit“ in Frage stellen würden. Auch das Thema Datenschutz als Empfänger der Nachricht beunruhigt einen Teil der Klient*innen: „*Wer sieht die Nachricht noch?“ „Wer weiß noch davon?“* In diesem Kontext gibt die Unkontrollierbarkeit der Nachrichten-Empfangssituation einigen zu denken. Ggf. kommt die Nachricht zu einem ungeeigneten Zeitpunkts und würde als unsensibel und unpassend empfunden (insbesondere in Abhängigkeit von der zugrunde liegenden STI). Schließlich ist ja gar nicht sicher, ob die Nachricht überhaupt beim Betroffenen ankommt, vielleicht wird sie von einem Schutzprogramm rausgefiltert oder die/der Empfänger*in liest keine Nachrichten von unbekannten Absendern.

Sich in die Rolle des Absenders einer anonymen Benachrichtigung zu versetzen war die nächste Aufgabe, die die Interviewer*innen an die Klient*innen stellten. Insgesamt 41,7 % der Interviewten können sich vorstellen, selbst ein solches Tool für den Fall einer Infektion zu nutzen. 58,3 % hingegen lehnen dies ab. Unabhängig davon, ob eine Person sich die Benachrichtigung mit dem Tool grundsätzlich vorstellen kann, würde ein Großteil der Befragten Sexualkontakte lieber persönlich benachrichtigen.

Je nach Einschätzung von Aufwand, Datenschutz und Seriosität können sich einige der Befragten die Versendung einer solchen anonymen Nachricht mal mehr, mal weniger gut vorstellen: Ob ein anonymes Tool zur Partner*innen-Benachrichtigung zum Einsatz kommen soll, ist für die meisten Befragten abhängig von der Beziehung zum jeweiligen Sexualkontakt – viele finden beispielsweise eine Benachrichtigung über ein Infektionsrisiko anonym und online dann interessant, wenn die Partnerschaft mittlerweile beendet ist oder wenn ein vorangegangener Sexualkontakt unschön zu Ende ging. Manche Befragte würden das Tool insbesondere im Falle einer schweren Infektion, wie beispielsweise HIV nutzen, wohingegen andere gerade dann die direkte Kommunikation bevorzugen würden und nur bei „einfacheren“ STI die Information schnell und anonym erledigen würden. Viele Befragte geben außerdem an, dass die anonyme Partner*innen-Benachrichtigung über ein zentrales Tool nützlich scheint, wenn zahlreiche Sexualkontakte zu informieren seien. Auch an dieser Stelle der Gespräche begründen einige Befragte ihre Entscheidung gegen ein solches Tool mit der negativen Signalwirkung, die bezüglich eines offenen Umgangs mit STI, transportiert werde.

Wie schon deutlich wurde, wäre die Information über ein bestehendes STI-Infektionsrisiko für fast alle der befragten Nutzer*innen (97,1 %) ein Grund, sich zeitnah auf STI testen zu lassen (Abb. 25).

Abb. 25: Ist/wäre eine Information über STI durch die Sexualkontakte ein Grund für Sie, sich testen zu lassen? (N = 681)



Im Rahmen der qualitativen Interviews wurde die Testbereitschaft im Nachgang einer Benachrichtigung insbesondere mit der Verantwortung den Sexualkontakten gegenüber begründet. Die Befragten möchten Re-Infektionen ebenso vermeiden wie eine Weitergabe der STI an Dritte. Ob man sich nach einer Information testen lassen würde, hat mit der Krankenversicherung zu tun: Allein vier der 20 Personen (20 %), für die eine Benachrichtigung bzgl. einer STI kein Grund für einen eigenen STI-Test darstellen würde, sind in

Deutschland nicht krankenversichert, in der testwilligen Gruppe sind das hingegen nur 5,4 % (35 Personen).

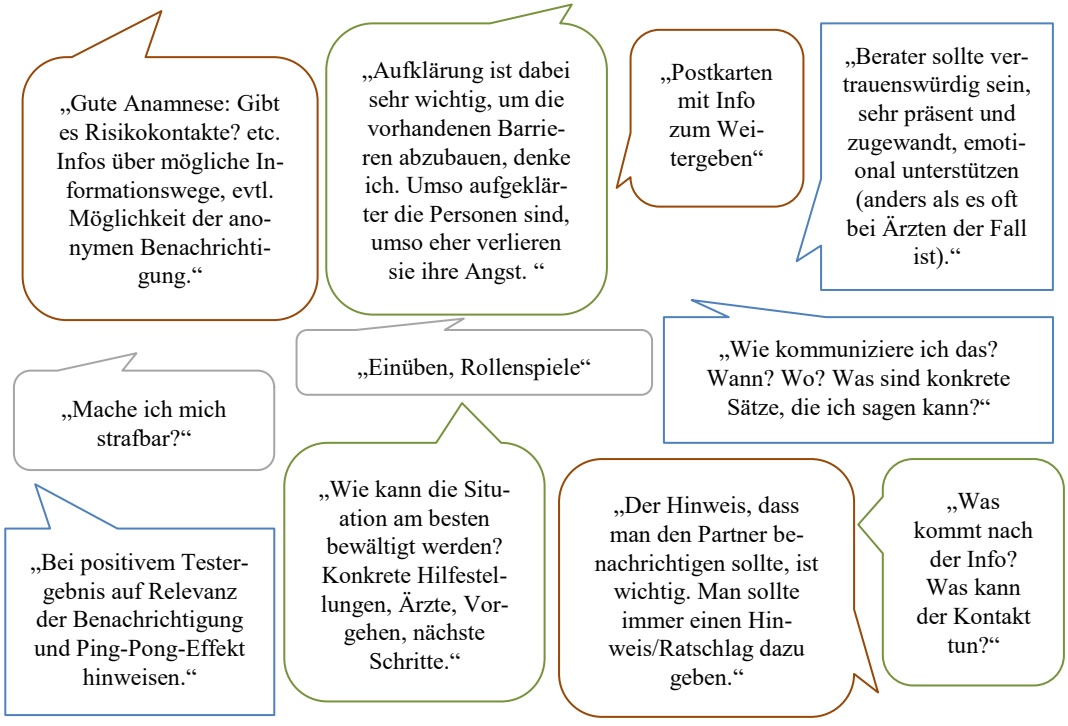
4.4.3 Bedarf nach Beratung/Unterstützung zu Partner*innen-Benachrichtigung

Abschließend interessierte, ob die Befragten zu Partner*innen-Benachrichtigung Unterstützungsbedarf haben, bspw. im Sinne einer Beratung zu verschiedenen Möglichkeiten der Benachrichtigung. Tatsächlich gibt mit 79,9 % die große Mehrzahl der Befragten an, dass sie sich hierzu Beratung wünscht.

Im Rahmen der qualitativen Befragung wurde der Wunsch nach Beratung weiter vertieft. Dabei zeigte sich, dass Beratung vor allem dazu gewünscht wird, wie der positive STI-Test und damit eine mögliche Ansteckung der Sexualkontakte an diese kommuniziert werden kann. Insbesondere schilderten die Befragten, nicht zu wissen, wie sie das Thema ansprechen können bzw. einleiten sollen. Einige wünschten sich konkrete Formulierungshilfen und wollten dies sogar vorab einüben. Anderen erschienen Infoblätter oder –broschüren zum Mitnehmen/Mitgeben hilfreich.

Die folgende Abbildung zeigt einige Originalzitate dazu:

*Abb. 26: Originalaussagen von Nutzer*innen auf die Frage: Wie könnte Unterstützung aussehen?*



Darüber hinaus wollen die Befragten Beratung zu einem hilfreichen Setting für Partner*innen-Benachrichtigung: In welcher Situation, wie schnell und wo soll das Thema angesprochen werden? Befragte wünschten sich Informationsmaterial (bspw. zu ihrer STI und Infektionswegen sowie zu Behandlungsoptionen) – sowohl analog (bspw. Broschüren, Flyer) als auch digital/online (bspw. Videos, Homepages), um so Sexualkontakten direkt Informationen an die Hand geben zu können. Gesprächsleitfäden mit Beispielen, Formulierungshilfen u. ä. oder das Einüben der Situation, bspw. mit Rollenspielen, wer-

den von den Interviewten insbesondere für unerfahrene Menschen als hilfreich bewertet. Möglichkeiten einer anonymen Partner*innen-Benachrichtigung spielen für die befragten Klient*innen eine sehr geringe Rolle, eine persönliche Kommunikation mit den Sexualkontakten und der Wunsch nach einem offenen Umgang stehen für die Befragten ganz klar im Fokus.

Vielen befragten Klient*innen war es wichtig, bei der Benachrichtigung auch auf Hilfen verweisen zu können und den potenziell Betroffenen Wege aufzuzeigen, dass und wo sie sich testen lassen können und wie ihnen – im Falle einer Infektion – geholfen werden kann. Dieser Aspekt erscheint immer dann besonders problematisch, wenn Sexualkontakte nicht krankenversichert sind oder sich illegal in Deutschlkand aufhalten. Auch im Fachgespräch zu PB wurde hier ein Problem gesehen, das dringend angegangen werden sollte. Zudem war die Atmosphäre bei Test und Beratung wichtig: Klient*innen präferierten für sich, aber auch als Empfehlung für Dritte eine akzeptierende, wertschätzende Beratung – manche benannten dies explizit im Unterschied zu Erfahrungen in der ärztlichen Praxis, wo man sich, anders als in den anonymen Teststellen, schlecht behandelt, moralisch verurteilt und schnell abgefertigt fühlte.

Wir prüften dann, ob sich die Gruppen mit bzw. ohne Beratungsbedarf unterscheiden (Tab. 7).

Tab. 7: Falls Sie Sexualkontakte über eine mögliche STI informieren würden: Würden Sie dazu in der Teststelle gerne beraten werden? Nach Merkmalen der Befragten und weiteren Faktoren (N = 601, Angaben in %, außer Durchschnittsalter)

	Ja, Beratungsbedarf (n = 480)	Kein Beratungsbedarf (n = 121)	Gesamt (N = 601)
Ø Alter (Jahre)	31,8	33,9	32,1
Geschlecht (Eigendefinition als …)			
… männlich	64,4	71,1	65,8
… weiblich	34,5	28,1	33,2
… trans*/inter*	1,0	0,8	1,0
Kontaktmöglichkeit (selten oder nie)	9,3	17,1	10,8
Bildungsabschlüsse			
… Personen mit max. 9 Jahren Schule	4,2	3,4	4,0
… Person mit abgeschlossenem Studium	61,6	61,0	61,4
Haushaltsnettoeinkommen**			
… Nettoeinkommen unter 500 €	16,4	9,6	15,0
… Nettoeinkommen 500 € bis 1.000 €	17,5	13,0	16,6
… Nettoeinkommen 1.000 € bis 2.000 €	32,6	22,6	30,6
… Nettoeinkommen über 2.000 €	33,5	52,8	37,8
Bezug von Transferleistungen/staatliche Unterstützung	8,9	6,7	8,5
Personen mit Migrationshintergrund	41,0	33,0	39,5
Personen ohne Krankenversicherung	5,7	5,8	5,7

** signifikant (auf einem Niveau von 0,05, 2-seitig).

Personen, die im Rahmen der Befragung auf einen Beratungsbedarf verwiesen, waren durchschnittlich 31,8 Jahre alt und damit etwas jünger als jene, die keine Beratung brauchten, zudem waren sie öfter weiblich und hatten leicht häufiger einen Migrationshintergrund. Signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen bestehen hinsichtlich des Haushaltsnettoeinkommens: Entsprechend des geringeren Alters war auch das Einkommen der Personen, die sich Beratung zu PB wünschten, geringer als in der Gruppe ohne Beratungsbedarf.

Der Beratungsbedarf verteilt sich (signifikant) unterschiedlich je nach Beziehungsstatus bzw. Sexualverhalten (Tab. 8):

Tab. 8: Falls Sie Sexualkontakte über eine mögliche STI informieren würden: Würden Sie dazu in der Teststelle gerne beraten werden? Nach Art der Beziehung bzw. Sexualverhalten (N = 601, Angaben in %)

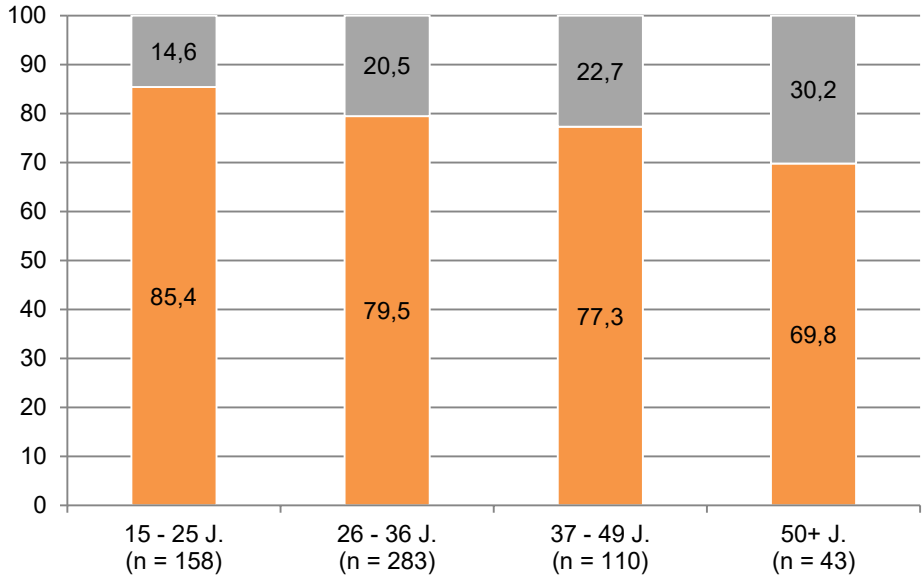
	Ja, Beratungs-bedarf (n = 480)	Kein Beratungsbedarf (n = 121)	Gesamt (N = 601)
in fester Partnerschaft/Beziehung**	51,8	37,8	49,0
Anteil 1 Jahr und länger in Beziehung**	52,1	40,0	50,2
einen oder mehrere feste Sexpartner*innen	71,7	62,2	69,7
Sex mit anderen neben festem Sexualkontakt	51,7	50,0	51,4
über 6 Sexualkontakte im letzten halben Jahr**	25,1	41,5	28,4
Kondomnutzung (selten oder nie)	17,2	15,3	16,8

** signifikant (auf einem Niveau von 0,05, 2-seitig).

Personen mit Beratungswunsch leben eher in festen und längerdauernden Beziehungen als Personen ohne Beratungsbedarf. Dementsprechend haben sie seltener mehr als sechs Sexualkontakte im letzten halben Jahr.

Diese Befunde lassen vermuten, dass sexuell erfahrene/aktivere Klient*innen auch mehr Erfahrung mit STI und mit der Information von Sexualkontakten haben und daher weniger Beratungsbedarf haben. Ein Blick auf die Bedarfe der unterschiedlichen Altersgruppen bestätigt diese Annahme (Abb. 27).

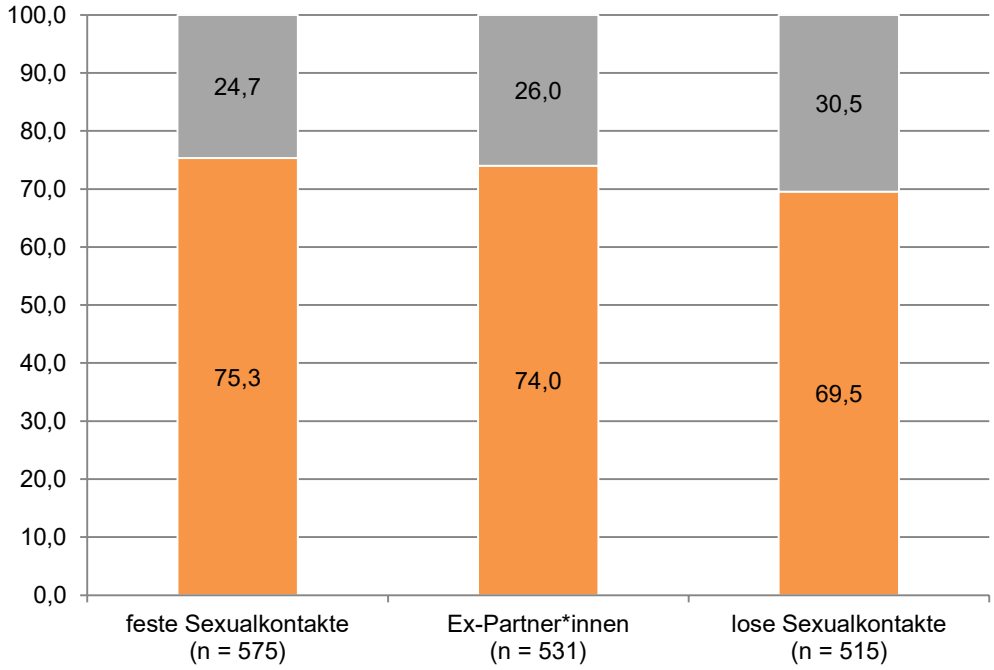
Abb. 27: Falls Sie Sexualkontakte über eine mögliche STI informieren würden: Würden Sie dazu in der Teststelle gerne beraten werden? Nach Altersgruppen (N = 594, Angaben in %)



Wie die Ergebnisse zeigen, sinkt mit steigendem Alter und der damit einhergehenden Erfahrung der Beratungsbedarf.

Gleichzeitig lässt sich zeigen, dass Unsicherheit auch etwas mit der Beziehug zu den zu informierenden Sexualkontakten zu tun hat, wobei hier größere Nähe bzw. Verbindlichkeit Beratungsbedarf steigert (vgl. Abb. 28):

Abb. 28: Falls Sie Sexualkontakte über eine mögliche STI informieren würden: Würden Sie dazu in der Teststelle gerne beraten werden? Nach Art der Sexualkontakte (N = 601, Angaben in %; Mehrfachnennungen möglich)

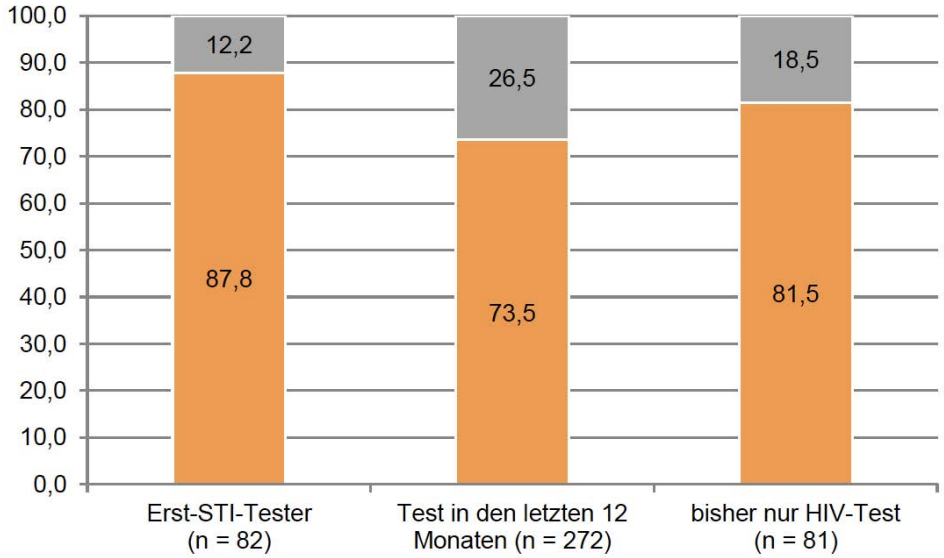


Am höchsten war der Unterstützungswunsch nach professioneller Beratung zur Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung, wenn feste Sexualpartner*innen (75,3 %) benachrichtigt werden sollen, ähnlich hoch bei Ex-Partner*innen (74,0 %).

Geht es um lose Sexualkontakte, melden mit einem Anteil von 69,5 % der Befragten etwas weniger Personen Beratungsbedarf an. Dies könnte u. a. mit der generell niedrigeren Bereitschaft zur Benachrichtigung zusammenhängen: Wer niemanden benachrichtigen will oder gar nicht über Kontaktdaten verfügt, braucht auch keine Beratung dazu (siehe Abb. 22).

Die Bedeutung der sexuellen Erfahrung zeigt sich auch mit Blick auf den Einfluss des Testverhaltens auf den Beratungsbedarf (Abb. 29):

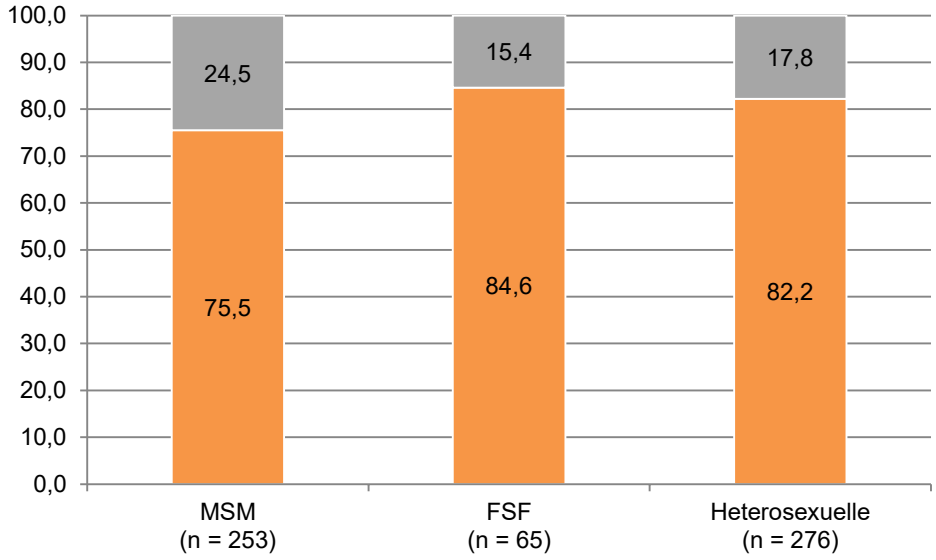
Abb. 29: Falls Sie Sexualkontakte über eine mögliche STI informieren würden: Würden Sie dazu in der Teststelle gerne beraten werden? Nach ausgewählten Testroutinen (N = 435, Angaben in %)



Demnach ist der Beratungsbedarf bei Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung zum ersten Mal einen STI-Test in einer der anonymen Teststellen machen (Ersttester) stärker ausgeprägt (87,8 %) als bei denjenigen, die im Laufe der zurückliegenden zwölf Monate (auch) auf STI (außer HIV) getestet worden sind (73,5 %). Ähnlich verhält es sich bei der Personengruppe, die sich bislang nur auf HIV hat testen lassen und noch nie einen Test auf Chlamydien, Tripper und/oder Syphilis gemacht hat (81,5 %). Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis ist, dass Personen, die schon STI-Tests gemacht haben, bereits dazu beraten wurden und daher seltener weiteren Beratungsbedarf haben.

Neben der (Lebens-)Erfahrung lassen sich auch hinsichtlich der sexuellen Orientierung Unterschiede im Beratungsbedarf erkennen (Abb. 30).

Abb. 30: Falls Sie Sexualkontakte über eine mögliche STI informieren würden: Würden Sie dazu in der Teststelle gerne beraten werden? Nach sexueller Orientierung (N = 594, Angaben in %)



Männer, die (auch) Sex mit Männern haben, verweisen im Rahmen der Befragung seltener auf einen Beratungsbedarf (75,5 %) als Frauen, die (auch) Sex mit Frauen haben (84,6 %; weit überwiegend bisexuell), oder heterosexuelle Personen (82,2 %). Wie auch andere Untersuchungsergebnisse, ist dieses Ergebnis ein weiteres Indiz dafür, dass MSM, vor allem sich als schwul definierende Männer eher zu den Routinetestern zählen und im Zuge dessen auch öfter mit Beratung in Kontakt kommen als Frauen bzw. heterosexuelle Männer. Es überwiegt die Haltung, dass eigene Infektionen und solche im Umfeld in gewisser Weise dazugehören: „it‘s part of the game“ (vgl. auch S. 61)

5 Diskussion der Ergebnisse und Empfehlungen

Wenngleich es in Deutschland nahezu keine Studien zu Partner*innen-Benachrichtigung (PB) gibt, so zeigt der internationale Forschungsstand doch deutliche Hinweise darauf, dass PB helfen kann, Infektionsketten zu unterbrechen. Demnach werden bspw. bei Sexualpartner*innen, die derart benachrichtigt wurden, vergleichsweise höhere Infektionsraten festgestellt. Mehr Standardisierung, unterstützende Fort- und Weiterbildungen der Fachkräfte und der Einsatz von Hilfsmitteln wie Infomaterialien, Webtools usw. können die Effektivität von PB steigern – verstanden als die Chance, Risikopersonen gezielt STI-Diagnostik und ggf. Behandlung zuzuführen. International liegen dazu viele Studien vor, bspw. Österlund, 2014; McCann et al., 2013; Tuneu et al., 2013; Rudy et al., 2012; Ehlman et al., 2010; Taylor et al., 2010; Wilson et al., 2009. Darüber hinaus wurde (auch für Deutschland) nachgewiesen, dass die Bereitschaft, betroffene Sexualkontakte zu benachrichtigen, maßgeblich damit zusammenhängt, ob die Indexperson selbst über ein bestehendes Infektionsrisiko informiert wurde (Schmidt & Marcus, 2011).

Die Strategie der Bundesregierung zur Eindämmung von STI verweist folglich auf die Bedeutung von PB bei der Unterbrechung von Infektionsketten. Mit der vorliegenden Arbeit wird für Deutschland nun erstmals eine Übersicht zur konkreten Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung vorgelegt – fokussiert auf anonyme Teststellen.

*Partner*innen-Benachrichtigung findet statt*

Wie unsere Erhebungen zeigen, wurde etwa ein Drittel aller befragten Klient*innen bisher schon mindestens einmal von einem Sexualkontakt informiert, dass die Möglichkeit einer sexuell übertragbaren Infektion besteht. MSM berichten eher davon als Heterosexuelle, ältere Klient*innen eher als jüngere. Die Menschen, die schon einmal zu Risiken informiert wurden, haben häufiger wechselnde Sexualkontakte, sind erfahrener mit STI-Tests und sind besser zu STI-Übertragungswegen aufgeklärt, als Personen, die eine anonyme Teststelle aufsuchen, ohne zuvor von einem Sexualkontakt benachrichtigt worden zu sein.

Auch verweisen fast alle befragten Fachkräfte auf mindestens eine Erfahrung, dass Test-Klient*innen zuvor von einem Sexualkontakt benachrichtigt wurden. Die Mitarbeitenden haben überwiegend den Eindruck, dass Klient*innen im Rahmen der Risikoanamnese offen über ihre zurückliegenden Sexualkontakte sprechen. In der Regel dominiert hier die Erfahrung, dass die meisten Klient*innen mit einer STI-Infektion es bevorzugen, selbst mit ihren Sexualkontakten über ein mögliches Infektionsrisiko zu sprechen, und man vermutet auch, dass sie dies tatsächlich tun.

*Beratung zu Partner*innen-Benachrichtigung*

Nach Angaben der befragten Fachkräfte informieren diese vor allem zu Re-Infektionsrisiken und Übertragungswegen. Darüber hinausgehende Verfahren und Methoden zu PB sind bei den anonymen Teststellen wenig verbreitet. Mitarbeitende anonymer Teststellen sehen es zwar überwiegend als ihre Aufgabe an, Personen mit diagnostizierten STI so aufzuklären, dass diese selbst aktiv werden. Doch werden Klient*innen mit STI-Diagnosen nur begrenzt auf PB angesprochen (z.B. Aufklärung zur Relevanz), systematisch motiviert und konkret zu Möglichkeiten der Partner*innen-Benachrichtigung beraten, unterstützt, Vorgehen eingeübt o. ä. (*enhanced patient referral).*

Die Ergebnisse verweisen darauf, dass die Haltung zu PB stark divergiert – vor allem zwischen ÖGD und NGO, aber auch innerhalb von Einrichtungen. Übergreifend kann festgehalten werden, dass im ÖGD eine positivere Haltung zu Public-Health-Aufgaben besteht als in NGO. In ÖGD wird PB also eher eingesetzt, um Infektionsketten zu durchbrechen, während NGO tendenziell stärker auf die Index-Patient*innen fokussieren.

Keine Standards – wenig Qualifikationen, Tools

Für die konkrete Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung stehen in den Teststellen in Deutschland kaum Regeln, Richtlinien, Standards o. ä. zur Verfügung – mit Ausnahme des WIR – Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin (vgl. Abb. 32 im Anhang). PB ist auch im Allgemeinen weder Gegenstand von Einarbeitung, Prozessroutinen noch von Monitoring. Auch die medizinischen Leitlinien, die PB empfehlen, liefern mit Ausnahme der 2018 veröffentlichten S2k Leitlinie zu „Sexuell übertragbare Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik und Therapie“ (AWMF, 2018, S. 77ff.) keine konkreten Hinweise zur Umsetzung. Anders als etwa im Vereinigten Königreich (UK) wird in Deutschland nicht nachgehalten, ob ein Sexualkontakt benachrichtigt wurde. Sämtliche Verfahren der Erfassung und Nachverfolgung werden von den befragten Mitarbeitenden der anonymen Teststellen grundsätzlich abgelehnt. Es gibt keine spezifischen Fortbildungen, Trainings o. ä., doch bestehen – eher in NGO – zumindest Möglichkeiten zu Fortbildungen in Gesprächsführung, Motivational Interviewing o. ä., die auch im Kontext von PB hilfreiche Kenntnisse umfassen. Entsprechend vielfältig bzw. unsystematisch gestal-

ten sich Umsetzung und Erfahrungen der Fachkräfte mit der Beratung zu Partner*innen-Benachrichtigung.

Weitgehende Einigkeit besteht unter den Fachkräften dahingehend, dass die Benachrichtigung von Sexualkontakten durch die Klient*innen selbst und freiwillig erfolgen sollte. Damit bewegen sie sich durchaus im internationalen Diskurs.

Wie aus den Befragungen und den Diskussionen im Rahmen des Fachtags hervorgeht, sieht der überwiegende Teil der Mitarbeitenden der anonymen Teststellen durchaus die Notwendigkeit, PB systematischer einzubeziehen. Man wünscht sich Regeln und mehr Verbindlichkeit sowie spezifische Fortbildungen. Insgesamt erachten die befragten Fachkräfte spezifische Kompetenzen hinsichtlich der Beratung zu PB und Partner*innen-Mitbehandlung als wichtig. Beschäftigte des ÖGD sehen dabei eher Schulungsbedarf als jene der NGOs. Wie aktuelle Forschungsbefunde zeigen, können durch mehr Unterstützung und stärker strukturierte Formen der Partner*innen-Benachrichtigung mehr Sexualkontakte benachrichtigt werden.

Zudem artikulieren die Fachkräfte Bedarf an Mitteln/Instrumenten oder Tools für die Beratung zu Partner*innen-Benachrichtigung. Genannt werden bspw. strukturierte Erhebungsbogen, Benachrichtigungskarten, Informationsblätter zu STI und den relevanten Ansteckungszeiträumen. Derzeit sind unterstützende Materialien kaum im Einsatz.

Die befragten Klient*innen würden ebenfalls gern auf Informationsmaterial (analog und digital) sowie Beratung und Hilfen zur Gesprächsführung bzgl. Partner*innen-Benachrichtigung (wie, wann und wo Sexualkontakte informieren?) und Zugänge zu Test und Behandlung auch für nicht krankenversicherte Partner*innen zurückgreifen können.

*Web-Tool zur Partner*innen-Benachrichtigung*

Im internationalen Rahmen wurden im Zuge technologischer Neuerungen neue digitale Tools (e-notification, eSTI, anonyme Partner*innen-Benachrichtigung über ein Web-Tool) entwickelt, die für Klient*innen Möglichkeiten eröffnen, Sexualkontakte anonym über ein bestehendes STI-Infektionsrisiko zu informieren. Wie Studien entlang implementierter Systeme zeigen, werden über Webtools vor allem lose Kontakte benachrichtigt, diese Angebote stellen also besonders dort eine Hilfe dar, wo eine Benachrichtigung ansonsten eher unterbliebe. Anonyme Partner*innen-Benachrichtigung spielt in Beratung zu PB und in der Umsetzung durch infizierte Personen in Deutschland bislang kaum eine Rolle. Steht doch derzeit auch nur im Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin (WIR) in Bochum ein Web-Tool bereit (zur Information über STI, nicht HIV). Auch wenn das Tool derzeit noch eher begrenzt genutzt wird, scheinen der Hinweis darauf und die Weitergabe des Tokens von Fachkräften als hilfreich für einen Gesprächseinstieg erlebt zu werden. Aus Sicht des überwiegenden Teils der Fachkräfte könnte ein Web-Tool die persönliche Beratung der Klient*innen zwar ergänzen, dürfte diese aber keinesfalls ersetzen.

Von den befragten Nutzer*innen wurde die Möglichkeit zur anonymen Partner*innen-Benachrichtigung zwar positiv bewertet, vor allem aufgrund der niedrigen Hemmschwelle, doch zieht die überwiegende Mehrheit den persönlichen Kontakt vor. Anonyme Verfahren werden von den Befragten eher dann in Betracht gezogen, wenn die PB ansonsten entfiele. „Besser anonym als gar nicht“ ist hier die zentrale Botschaft. So könnten gerade Sexualkontakte benachrichtigt werden, denen man sonst die Information angesichts unterschiedlichster Barrieren (z. B. Scham oder Angst vor Konflikten) verwehren würde. Ein kleinerer Teil der Befragten hat Bedenken bzgl. der Datensicherheit oder fürchtet,

dass so eine offene Gesprächskultur über Sexualität und sexuelle Gesundheit beeinträchtigt wird.

*Klient*innen wollen über ein bestehendes Infektionsrisiko informiert werden*

Generell wären die Klient*innen selbst dankbar über eine Information – am liebsten durch den infizierten Sexualkontakt persönlich. Letztlich sei es aber egal, ob die Benachrichtigung über eine potenzielle STI-Infektion über SMS/social media, anonym über ein Webtool, persönlich oder (stellvertretend) über Mitarbeitende der anonymen Teststellen erfolgt: „Egal wie, Hauptsache ich bekomme Bescheid!“ Dass der persönlichen Information der Vorzug gegeben wird, das bestätigen auch die Fachkräfte. Für fast alle befragten Klient*innen wäre ein Benachrichtigung Anlass, sich zeitnah testen zu lassen.

*Klient*innen wollen ihre Sexualkontakte (selbst) informieren*

Was die eigene Bereitschaft zur Benachrichtigung betroffener Sexualkontakte betrifft, verweist der aktuelle Forschungsstand auf verschiedene Barrieren. Die einzige bundesdeutsche Studie berichtet, dass nur knapp die Hälfte der befragten MSM mit STI-Diagnose ihre Sexualkontakte über ein bestehendes Infektionsrisiko informierten. Als Hauptbarriere wurde hier die Anonymität der Sexualkontakte benannt, deutlich seltener ging es um Scham oder Desinteresse (Schmidt & Marcus, 2011).

Fast alle der von uns befragten Klient*innen konnten sich grundsätzlich vorstellen, ihre Sexualkontakte im Falle eines bestehenden Infektionsrisikos selbst und aktiv zu benachrichtigen. Die Befragten differenzieren jedoch hinsichtlich des Beziehungsstatus. Wie auch in anderen Untersuchungen ist die Bereitschaft zur Benachrichtigung bei den festen Sexualkontakten am größten und nimmt über die Ex-Partner*innen bis zu den losen Kontakten etwas ab – bleibt jedoch auf einem insgesamt hohen Niveau. Eine Nicht-Information ist vor allem durch das Fehlen von Kontaktdaten begründet. Erst mit Abstand folgen Desinteresse und die Sorge vor negativen, möglicherweise auch juristischen, Konsequenzen. Alle Faktoren verstärken sich mit abnehmender Beziehungsintensität.

*Klient*innen wünschen sich Beratung zu PB*

Das Thema Partner*innen-Benachrichtigung bewegt die Nutzer*innen, viele empfinden Verantwortung für ihre Sexualpartner*innen und fast alle wollen sie informieren. Doch fällt es vielen schwer, ihre Sexualkontakte auf eine mögliche Infektion hinzuweisen. Nutzer*innen berichten, nicht zu wissen, wie sie das Gespräch beginnen sollen, nicht zu wissen, wann sie das am besten sagen etc. Deshalb wünschen sich vier Fünftel der 721 befragten Klient*innen, zu Möglichkeiten von PB beraten zu werden. Sie wünschen sich Informationsmaterial und vertiefte Beratung bis hin zu Formulierungsvorschlägen und dem Einüben von Gesprächssequenzen. Den Klient*innen ist es wichtig, ihren Sexualkontakten zeitgleich mit der Information auch Handlungsempfehlungen zu geben und Wege zu eröffnen, wo sie sich testen und ggf. behandeln lassen können. Viele Befragte berichteten von schlechten Erfahrungen in Arztpraxen und betonen die Bedeutung einer akzeptierenden und wertschätzenden Atmosphäre sowie davon, dass Test und Beratung kostenlos möglich sind und dass Berater*innen Zeit haben. Anonymität erscheint eingangs wichtiger als dann im Verlauf.

Die Untersuchung zeigt dabei Unterschiede: Personen, die einen Beratungsbedarf angaben, befinden sich eher in festen Beziehungen, sind häufiger heterosexuell, öfter weiblich

und insgesamt jünger als Personen ohne Beratungsbedarf. Wenig überraschend sind es vor allem die Klient*innen, die zum Zeitpunkt der Befragung zum ersten Mal einen STI-Test in einer der anonymen Teststellen (Ersttester) gemacht haben, die sich Beratung durch Fachkräfte wünschen. Sexuell sehr aktive, eher ältere MSM hingegen sind in Test und Gesprächen dazu erfahrener und erachten STI eher als „part of the game“. Die Ergebnisse geben Hinweise auf ein differenziertes Vorgehen in der Beratung.

Fachkräfte sehen Bedarf nach Regelungen und Ausweitung

Im Rahmen der Gespräche in den Teststellen und beim Fachtag wurde deutlich, dass Indikation, Zielgruppen sowie Verantwortung/Verortung/zuständige Berufgruppe(n) für Beratung zu Partner*innen-Benachrichtigung nicht klar definiert sind. Hier wirkt sich das Fehlen schriftlicher Standards und von Fachdiskussionen dazu aus.

Unstrittig ist, dass PB der größte Stellenwert zukommt, wenn es um Infizierte geht. Allerdings ist nicht klar, wem diese Aufgabe zukommt, insbesondere Fachkräfte aus Sozialarbeit/Beratung und aus der Pflege verweisen vorrangig auf Ärzt*innen. International haben sich eher speziell ausgebildete Fachkräfte, Health Adviser o.ä. durchgesetzt sowie eine breite Verortung dieser (und anderer) Aufgaben über alle Beschäftigtengruppen.

Über eine verstärkte und systematischere Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung wird die Nachfrage nach Tests vermutlich steigen und auch Nachfrage durch ein Klientel produzieren, das nicht direkt einer der definierten Risikogruppen angehört oder nicht krankenversichert ist. Diesen Personen Tests – auch anonyme und kostenlose – anzubieten, ist essentiell für die Erreichung der mit PB verbundenen Zielsetzungen. Deshalb wurde im Rahmen der Erhebungen und beim Fachtag insbesondere aus Kreisen des ÖGD der Wunsch nach Klärung der Zugangsberechtigung zu kostenlosen und anonymen Tests laut. Damit verbunden geht es auch um Kostenregelungen bzw. -übernahmen und um eine vielerorts notwendig erscheinende Ausweitung von Test- und Beratungsangebot.

*Partner*innen-Mitbehandlung*

Ist es unwahrscheinlich, dass Sexualkontakte (bspw. aufgrund von Scham oder von mangelnder Verfügbarkeit von Testangeboten oder Krankenversicherung/Geldmitteln) sich testen und behandeln lassen, stellt Partner*innen-Mitbehandlung in anderen Ländern eine akzeptierte Alternative dar, um diese Personen doch zu therapieren. Aktuelle internationale Studien bestätigen Trends in Richtung geringerer Re-Infektionszahlen. Auch die deutsche S2k-Leitlinie aus dem Jahr 2018 „Sexuell übertragbare Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik und Therapie“ regt explizit an, Möglichkeiten der Partner*innen-Mitbehandlung in Betracht zu ziehen, bspw. über die Mitgabe von Rezepten oder Medikamenten für die Sexualkontakte. Eine große Relevanz hätte die aktive Einladung zur Partner*innen-Mitbehandlung gerade im Hinblick auf Personen oder Sexualkontakte ohne Krankenversicherung. Doch sind diese Verfahren rechtlich und medizinisch problematisch, sodass die Leitlinie fordert, dies für jeden individuellen Fall abzuwägen. Wie wir von den Fachkräften wissen, ist das Thema medikamentöse Mitbehandlung von Sexualkontakte regelmäßig in Test- und Beratungsgesprächen präsent und sorgt immer für Unsicherheit darüber, wie damit genau mit Blick auf die Beratung zu verfahren sei.

Handlungsempfehlungen

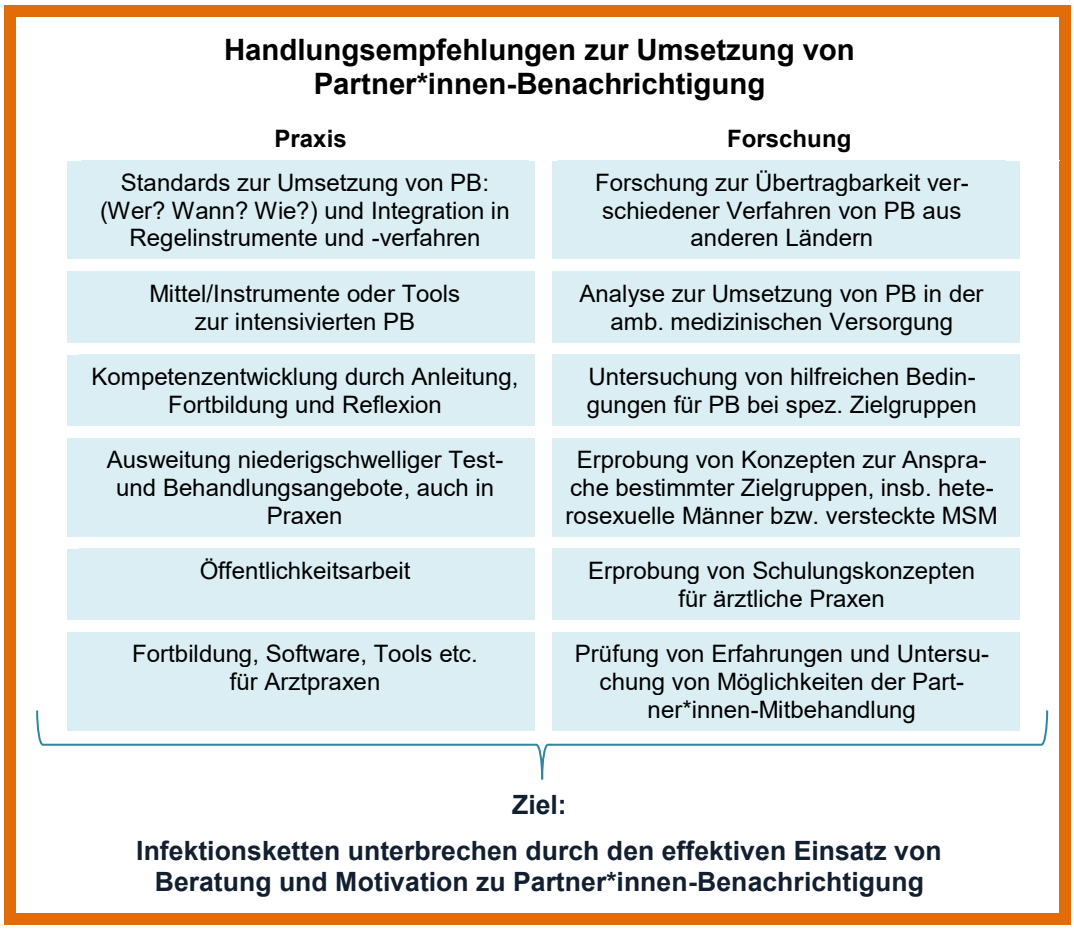
Die dargestellten Ergebnisse liefern zahlreiche Anknüpfungspunkte für weiterführende Überlegungen in Forschung und Praxis. Aus unserer Sicht kann Partner*innen-Benachrichtigung noch stärker zur Verbesserung der Prävention von STI sowie der Versorgung von Personen mit STI beitragen. Hierfür sind jedoch zu empfehlen:

- Dass Partner*innen-Benachrichtigung primär durch Indexpersonen und freiwillig durchgeführt werden soll, ist allgemeiner Konsens. Um dies zu fördern, sollte Beratung zu PB im Sinne einer Aufklärung zur Relevanz des Themas definierter Bestandteil jeder qualifizierten Testberatung sein (in jedem Fall bei Ersttestern) und in Beratungsleitlinien, Einrichtungsregeln, Standards u. ä. konkret ausformuliert sowie in Instrumenten, Anamnesebogen, Qualitätssicherungssystemen hinterlegt sein.
- Der Umfang und die Intensität der Beratung (Aufklärung zur Relevanz von PB vs. enhanced patient referral) variieren dann nach Zielgruppe. Bei Bedarf sollte Partner*innen-Benachrichtigung auch durch Fachkräfte (provider referral) möglich sein.
- Während die Ersttester über die Relevanz des Themas aufgeklärt werden sollten, muss sich die Beratung zu PB im Sinne einer „intensivierten Partner*innen-Benachrichtigung durch Indexpersonen“ (enhanced patient referral) an spezifische Zielgruppen richten. Vorrangig sollte es dabei um Personen mit frisch diagnostizierten STI-Infektionen und/oder Symptomen gehen. Ein besonderer Fokus sollte auf der Ansprache junger Personen und von heterosexuellen Männern liegen. Dazu kommen aber je nach Zuschnitt auch (asymptomatische) Personen mit häufig wechselnden oder neuen Sexualpartner*innen.
- Partner*innen-Benachrichtigung sollte Aufgabe aller im Klient*innen-Kontakt tätigen Berufsgruppen sein und nicht nur einmalig bei der Erstberatung oder der Ergebnismitteilung, sondern wiederholt von mehreren Personen/Berufsgruppen angesprochen werden.
- Zum Test kommende Klient*innen sollten routinemäßig befragt werden, ob sie aufgrund einer PB kommen. Diese Klientel sollte grundsätzlich zeitnah getestet werden.
- Hilfreich für die systematische Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung wären handlungsleitende Empfehlungen der relevanten (auch nichtärztlichen) Fachgesellschaften und Verbände, im ÖGD und in NGO. Dabei sollte das Vorgehen praxisnah und genau beschrieben werden. Medizinische Fachgesellschaften sollten ihre Leitlinien um konkrete Angaben für die Praxis ergänzen. Auch einrichtungsintern sollte PB diskutiert und damit eine reflektierte und abgestimmte Haltung entwickelt werden.
- (Vor allem neue) Fachkräfte sollten bzgl. der Umsetzung angeleitet und ausgebildet werden. Spezifische Fortbildungen sollten Kompetenzen vermitteln, insbesondere in der aktiven Ansprache zu Möglichkeiten der Partner*innen-Benachrichtigung (Wer soll angesprochen werden? Wann? Wie lassen sich Nutzer*innen motivieren, die Benachrichtigung ihrer Sexualkontakte selbstständig zu übernehmen?). Die Fachgesellschaften sowohl von ÖGD als auch NGO sollten Angebote entwickeln und in jeder Testeinrichtung sollten derartige Kompetenzen vorhanden sein.
- Zur Umsetzung sollten unterstützende Materialien entwickelt und flächendeckend eingesetzt werden, darunter z. B. STI-spezifische Benachrichtigungskarten, Formulierungshilfen, Übersichten zu relevanten Zeitfenstern Informationen zu Behandlungsoptionen und –stellen. Über Qualitätssicherungstools sollte die Umsetzung unterstützt und gemonitort werden.

- Ein anonymes PB-Webtool kann für bestimmte Konstellationen hilfreich sein, es sollte jedoch nur über geschützte Zugänge (token o. ä.) eingesetzt werden können. Uns erscheint eine zentrale bundesweite Lösung sinnvoll, die jedoch auf ortsnahe Test-, Beratungs- und Behandlungsangebote verweisen und Informationsmöglichkeiten, Selbsttest/Risikoeinschätzung umfassen sollte.
- Forschung sollte sich mit Fragen von Akzeptanz und hilfreichen Bedingungen auf Nutzer*innenseite befassen, insb. in bisher weniger angesprochenen/aktiven Zielgruppen (bspw. heterosexuelle Männer).
- Das Angebot an anonymen, kostenfreien STI-Test- und Behandlungsmöglichkeiten sollte erweitert und allen Personen zugänglich sein. Zumindest sollten neben den üblichen Zielgruppen kostenloser Angebote auch alle Personen, die über ein bestehendes Risiko informiert wurden, unkompliziert, kostenlos und zügig getestet werden.
- Die Möglichkeiten zu STI-Tests sind unter jungen Menschen immer weniger bekannt, deshalb erscheint eine (neue) Öffentlichkeitsoffensive sinnvoll: Wo findet man anonyme und kostenlose Testmöglichkeiten? Wer kann dahin gehen? Wann sollte ich diese nutzen? Etc. Aber auch: welche Möglichkeiten zu Test, Beratung und Behandlung bestehen im Rahmen der medizinischen Versorgung? Öffentlichkeitsarbeit sollte dabei immer mit Entstigmatisierungs-Botschaften verbunden sein.
- Die Bereitschaft zum Test hängt auch vom voraussetzungslosen Zugang zu Behandlung ab, Behandlungsoptionen sollten also unabhängig vom Krankenversicherungsstatus (kostenlos) zur Verfügung stehen.
- Partner*innen-Benachrichtigung ist nicht unabhängig von STI-Testung zu denken und beides ist nicht nur die Aufgabe von anonymen Teststellen. Will man Infektionsketten (früher) unterbrechen, braucht es (auch) in der medizinischen Regelversorgung eine bessere Verankerung des Themas sexuelle Gesundheit. Dazu erscheint es relevant, dass im niedergelassenen Bereich zum einen Kosten für risikoadaptierte Tests und adäquate Beratung übernommen werden und zum anderen, dass die einschlägigen Fachgesellschaften Fortbildung, Reflexion und Kompetenzen fördern als auch ein Klima von Offenheit, Akzeptanz und Wertschätzung. Die Entwicklung von Haltung und Kompetenz für das Thema sexuelle Gesundheit sollte schon grundständig im Studium entwickelt/gefördert werden.
- Forschung sollte die Umsetzung von Testberatung und speziell die Beratung zu Partner*innen-Benachrichtigung in Arztpraxen evaluieren. Hier ist die Zeit knapp, weshalb zu untersuchen bzw. zu erproben wäre, ob eine Art „Erinnerungstool“ hilfreich sein könnte oder ob und welche Fortbildungen zu PB (auch) für Ärzt*innen oder auch weiteres Praxispersonal unterstützend eingebunden werden können.
- Vorbereitung von Entscheidungen hinsichtlich einer Umsetzung von Partner*innen-Mitbehandlung in Deutschland. Dabei sollte sowohl Bedarf als auch Rechtssicherheit Rechnung getragen werden.
- Weitere Forschung sollte möglichst partizipativ Fragen der Wirksamkeit von verschiedenen Verfahren der Beratung und Unterstützung von Partner*innen-Benachrichtigung – auch mit Blick auf spezifische Zielgruppen (heterosexuelle Männer, bestimmte Migrant*innengruppen u. ä.) nachgehen.

Die Vorschläge im Überblick:

*Abb. 31: Handlungsempfehlungen zur Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung (PB)*



6 Gender Mainstreaming

In der Situationsanalyse wurden Gender Aspekte systematisch einbezogen. Bei der Entwicklung der Erhebungsinstrumente sowie bei der Erstellung schriftlicher Dokumente wurde eine nichtdiskriminierende Sprache verwendet.

Im Zuge der Fragebogenentwicklung für die Erhebung der Nutzer*innenperspektive haben wir uns nach mehreren Testläufen für die Unterscheidung der Geschlechtskategorie in männlich, weiblich, trans- (Frau zu Mann bzw. Mann zu Frau) und intersexuell entschieden (vgl. in Kap. 11.2.2 im Anhang). Die differenzierte Erhebung sollte insbesondere die Interviewer*innen in der nichtdiskriminierenden Ansprache der Klient*innen unterstützen. In der Schlussredaktion wurde das Fehlen der Ausprägung „intersexuell“ in der Endversion des Fragebogens übersehen. Nachdem wir sowohl von Mitarbeitenden der Teststellen als auch von Klient*innen, die zusätzlich zum Fragebogen an dem Interview teilnahmen, darauf hingewiesen wurden, suchen wir nach Lösungen: Insgesamt fünf Personen machten über den Fragebogen keine Angaben zum Geschlecht (0,7 %). Zwei von ihnen nahmen an den qualitativen Interviews teil und definierten sich hier selbst als intersexuell. Die Gespräche wurden genutzt, unser Versäumnis zu erläutern und uns dafür zu entschuldigen. Für die restlichen drei Befragten ist nicht klar, ob sie die Angabe im Fra-

gebogen vergessen oder sich als intersexuelle Personen nicht wiedergefunden haben. Wir bitten auch diese Nutzer*innen auf diesem Wege um Entschuldigung.

Von den 721 befragten Klient*innen haben sich 475 (66,2 %) selbst als männlich und 235 (32,7 %) als weiblich bezeichnet. Personen, die sich selbst als trans- oder intersexuell definieren, wurden in einer Kategorie „trans*/inter*“ zusammengefasst – im gesamten Sample betrifft dies insgesamt acht Klient*innen (1,1 %). Sie wurden jeweils hälftig über die Teststellen des ÖGD und der NGO rekrutiert. In der Bereitschaft, sich zusätzlich zum Ausfüllen des Fragebogens interviewen zu lassen, lassen sich keine wesentlichen Unterschiede nach Geschlecht erkennen.

Bei den Auswertungen wurde systematisch auch nach Geschlecht unterschieden (siehe Kapitel 11.4 im Anhang). Die Darstellung fokussiert in Absprache mit den Teilnehmenden der Interviews und am Fachgespräch im November 2019 jedoch vorrangig auf andere und aussagekräftigere Gruppierungsmerkmale.

Der offene Austausch zum Thema Geschlecht bzw. geschlechtliche Identität und unser Umgang mit dem o. g. Fehler wurden von Klient*innen und Fachkräften begrüßt. Angeregt durch die Diskussion stellte uns der Checkpoint BLN beispielhaft die ihrer Beratung zugrundeliegende Geschlechterdefinition zur Verfügung (s. Kap. 11.7 im Anhang), die wir bei der Konzeption zukünftiger Erhebungsinstrumente gerne berücksichtigen wollen.

7 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Im Förderzeitraum wurden bereits erste Teilergebnisse veröffentlicht: Erstmals wurden das Forschungsvorhaben und erste Ergebnisse beim Deutsch-Österreichischen Aids-Kongress (DÖAK) im Juni 2019 in Hamburg im Rahmen einer Poster-Session vorgestellt.

Ein weiteres Poster wurde auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung im Oktober 2019 in Berlin präsentiert.

Zudem ist hier die Fachtagung des BMG zu Partner*innen-Benachrichtigung zu nennen, bei der am 12.11.2019 in Berlin erste Studienergebnisse vorgestellt und mit den Teilnehmenden diskutiert wurden.

Weitere Veröffentlichungen werden folgen.

8 Publikationsverzeichnis

Enders, K. (2019). Fachgespräch zur Partner*innen-Benachrichtigung bei sexuell übertragbaren Infektionen, Vorstellung erster Studienerkenntnisse. Vortrag beim Fachtag des BMG am 12.11.2019 in Berlin.

Enders, K., Schu, M. & Eisenbach, K. (2019). Situationsanalyse zu Partner*innen-Benachrichtigung bei STI in Deutschland. Poster und Vortrag im Rahmen des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung am 11. Oktober 2019 in Berlin.

Enders, K., Schu, M. & Eisenbach, K. (2019). Situationsanalyse zu Partner*innen-Benachrichtigung bei STI in Deutschland. Poster und Vortrag beim Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongress am 13. – 15. Juni 2019 in Hamburg.

9 Literatur

Adams, O. P., Carter, A. O. & Redwood-Campbell, L. (2015). Understanding attitudes, barriers and challenges in a small island nation to disease and partner notification for HIV and other sexually transmitted infections: a qualitative study. *BMC Public Health, 15.*

Althaus, C. L., Heijne, J. C. M., Herzog, S. A., Roellin, A. & Low, N. (2012). Individual and Population Level Effects of Partner Notification for Chlamydia trachomatis. *PLoS ONE*, *7*(12).

Altmann, M., Nielsen, S., Hamouda, O. & Bremer, V. (2013). Angebote der Beratungsstellen zu sexuell übertragbaren Infektionen und HIV und diesbezügliche Datenerhebung in deutschen Gesundheitsämtern im Jahr 2012. *Bundesgesundheitsblatt, 56,* 922-929.

AWMF. (2014). *S2 Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Syphilis*. Abgerufen am 13.07.2019 von https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/059-002.html

AWMF. (2016). S2 *Leitlinie zu Infektionen mit Chlamydia trachomatis*. Abgerufen am 13.07.2019 von https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/059-005.html

AWMF. (2018). *S2k Leitlinie zu Sexuell übertragbare Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik, Therapie*. Abgerufen am 13.07.2019 von https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/059-006.html

AWMF. (2019). *S2k Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Gonorrhoe.* Abgerufen am 13.07.2019 von https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/059-004.html

Bremer, V. & Winkelmann, C. (2012). Sexuelle Gesundheit in Deutschland – Ein Überblick über existierende Strukturen und Verbesserungspotentiale. *Sexuologie, 19*(3-4), 93-104.

Bremer, V., Dudareva-Vizule, S., Bruder, S., van der Heiden, M. & Jansen, K. (2017). Sexuell übertragbare Infektionen in Deutschland. Die aktuelle epidemiologische Lage. *Bundesgesundheitsblatt, 60*, 948-957.

Brockmeyer, N. (2018). *Stellungnahme zum Fragenkatalog der Fraktionen zur Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW zum Thema „Sexuell wechselübertragbare Infektionen – Entwicklung, Maßnahmen und Perspektiven“* – Vorlage 17/671. Abgerufen am 10.01.2019 von https://landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMA17-351.pdf

Buchsbaum, A., Gallo, M. F., Whiteman, M. K., Cwiak, C., Goedken, P. Kraft, J. M., Jamieson, D. J. & Kottke, M. (2014). Sexually Transmitted Disease Partner Notification among African-American, Adolescent Women. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology (12).*

Bundesministerium für Gesundheit. (2016). *Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen*. Berlin: BMG.

Burnet Institute. (2010). *Partner Notification of sexually transmitted infections in New South Wales: An informed Literatur Review*. Melbourne: Burnet Institute.

Carnicer-Pont, D., Barbera-Gracia, M. J., Fernández-Dávila, P., García de Olallaf, P., Muñoz, R., Jacques-Aviñó, C., Saladié-Martíd, M. P., Gosch-Elcosod, M., Muñozd, E. A., Casabona, J. (2015). Use of new technologies to notify possible contagion of sexually-transmitted infections among men. *J Gaceta Sanitaria, 29*(3), 190-197.

Case, S. & Haines, K. (2009). *Understanding youth offending*. Cullompton: Willan.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2008). *Quick Guide – Recomendations For Partner Services Programs For HIV Infection, Syphilis, Gonorrhea, And Chlamydial Infection*.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2015). *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015.* Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendationts and Reports, Vol. 64, No. 3.

Cohen, A. C., Zimmermann, F., Prelip, M. & Glik, D. (2017). A Smartphone Application to Reduce Time-to-Notification of Sexually Transmitted Infections. *Am J Public Health, 107*(11), 1795-1800.

Decker, M. R., Miller, E., McCauley, H. L., Tancredi, D. J., Levenson, R. R., Waldmann, J., Schoenwald, P. & Silverman, J. G. (2011). Intimate Partner Violence and Partner STI Notification Among Adolescent and Young Adult Family Planning Clinic Patients. *International Journal of STD & AIDS, 22*(6), 345-347.

DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e. V. (2008). *Standards für Evaluation* (4. unv. Aufl.). Köln: DeGEval.

Desir, F. A., Ladd, J. H. & Gaydos, C. A. (2016). Survey of partner notification practices for sexually transmissible infections in the United States. *Sex Health, 13(2),* 162-169.

Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG) & Österreichische AIDS-Gesellschaft (ÖAG). (2019). *Deutsch -Österreichische Leitlinien zur antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion.* Abgerufen am 12.05.2019 von https://daignet.de/site-content/hiv-leitlinien/leitlinien-1/leitlinien

Deutsche Aidshilfe (DAH). (2017). *HIV- und STI-Tests. Standards für den HIV und STI-Test in Aidshilfen.* Berlin: DAH. Abgerufen am 14.07.2019 von https://daignet.de/site-content/hiv-leitlinien/leitlinien-1/deutsch-oesterreichische-leitlinien-zur-antiretroviralen-therapie-der-hiv-1-infektion-1

Ehlman, D. C., Jackson, M., Saenz, G., Novak, D. S., Kachur, R., Heath, J. T. & Furness, B. W. (2010). Evaluation of an Innovative Internet-based Partner Notification Program for Early Syphilis Case Management, Washington, DC, January 2007 – June 2008. *Sex Transm Dis, 37*, 478-85.

Estcourt, C., Sutcliffe, L., Cassell, J., Mercer, C. H., Copas, A., James, L., Low, N., Horner, P., Clarke, M., Symonds, M., Roberts, T., Tsourapas, A. & Johnson, A. M. (2012). *Sex Transm Infect, 88*, 21-26.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2013). *Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV*. Abgerufen am 29. Juli 2019 von http://ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-benefits-partner-notification-sexually-transmitted-infections-and

Farrington, D. P. & Welsh, B. C. (2007). The Advantages of Experimental Evaluations in Criminology. In: F. Lösel, D. Bender & J.-M. Jehle (Hrsg.), *Kriminologie und wissensbasierte Kriminalpolitik* (S. 19-43). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.

Ferreira, A., Young, T., Mathews, C., Zunza, M. & Low, N. (2013). Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. *Cochrane Database Syst Rev, 10*.

Fleming, E. & Hogben, M. (2017). Assessing Different Partner Notification Methods for Assuring Partner Treatment for Gonorrhea: Looking for the Best Mix of Options. *Journal Public Health Manag Pract, 23*, 247-254.

Free, C., McCarthy, O., French, R. S., Wellings, K., Michie, S., Roberts, I., Devries, K., Rathod, S., Bailey, J., Syred, J., Edwards, P., Hart, G., Palmer, M. & Baraitser, P. (2016). Can text messages increase safer sex behaviours in young people? Intervention development and pilot randomised controlled trial. *Health Technol Assess, 20*(57), 1-82.

Gallo M. F., Margolis, A. D., Malotte, C. K., Rietmeijer, C. A., Klausner, J. D., O´Donnell, L., & Warner, L. (2016). Sexual abstinence and other behaviours immediately following a new STI diagnosis among STI clinic patients: Findings from the Safe in the City trial. *Sex Transm Infect, 92*, 206-210.

Gannon-Loew, K. E., Holland-Hall, C. & Bonny, A. E. (2017). A Review of Expedited Partner Therapy for the Management of Sexually Transmitted Infections in Adolescents. *Journal Pediatr Adolesc Gynecol., 30*, 341-348.

Gilbart, V. L., Town, K. & Lowndes, C. M. (2015). A survey of the use of text messaging for communication with partners in the process of provider-led partner notification. *Sex Transm Infect, 91*, 97-99.

Gille, G., Klapp. C., Diedrich, K., Schäfer, A., Moter, A., Griesinger, G. & Kirschner, R. (2005). Chlamydien - eine heimliche Epidemie unter Jugendlichen. Prävalenzbeobachtungen bei jungen Mädchen in Berlin. *Deutsches Ärzteblatt, 102*(28-29), 2021-2025.

Golden, M. R., Kerani, R. P., Stenger, M., Hughes, J. P., Aubin, M., Malinski, C. & Holmes, K. K. (2015). Uptake and Population-Level Impact of Expedited Partner Therapy (EPT) on Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae: The Washington State Community-Level Randomized Trial of EPT. *PLoS Medicine, 12*(1).

Gottfredson, S. D. & Moriarty, L. J. (2006). Statistical Risk Assessment: Old Problems and New Applications. *Crime & Delinquency, 52*, 178-200.

Götz, H., van Rooijen, M. S., Vriens, P., Op de Coul, E., Hamers, M., Heijman, T., van den Heuvel, F., Koekenbier, R., van Leeuwen, A. P. & Voeten, H. A. C. M. (2014). Initial evaluation of use of an online partner notification tool for STI, called ´suggest a test´: a cross sectional pilot study. *Sex Transm Infect, 90*, 195-200.

Grouven, U., Siering, U., Bender, R., Vervölgyi, V. & Lange, S. (2015). Randomisierte kontrollierte Studien auch hier der Goldstandard. Empirische Daten zu Zulassungen von Orphan Drugs belegen, dass RCT auch bei seltenen Erkrankungen grundsätzlich durchführbar sind. *Deutsches Ärzteblatt, 112*(8), 326-328.

Guy, R. J., Natoli, L., Ward, J., Causer, L., Hengel, B., Whiley, D., Tabrizi, S. N., Donovan, B., Fairley, C. K., Badman, S. B., Tangey, A., Wand, H., Shephard, M., Regan, D. G., Wilson, D., Anderson, D. & Kaldor, J. M. (2013). A randomised trial of point-of-care tests for chlamydia and gonorrhoea infections in remote Aboriginal communities: Test, Treat ANd GO- the "TTANGO" trial protocol. *BMC Infectious Diseases, 13.*

Guy, R. J., Micallef, J. M., Mooney.Somers, J., Jamil, M. S., Harvey, C., Bateson, D., van Gemert, C. Wand, H. & Kaldor J. (2016). Evaluation of Chlamydia Partner Notification Practices and Use of the "Let Them Know"Website by Family Planning Clinicians in Australia: Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res, 18*(6).

Hogben, M., Kidd, S. & Burstein G. R. (2012). Expedited partner therapy for sexually transmitted infections. *Curr Opin Obstet Gynecol.,* 24(5), 299-304.

Hopson L. M. & Opiola McCauley, S. (2017). Expedited Partner Therapy: A Review for the Pediatric Nurse Practitioner. *J Pediatr Health Care, 31*(5), *525-535.*

Howard, E. J., Xu, F., Taylor, S. N., Stoner, B. P., Mena, L., Nsuami, M. J., Powell, S., Lillis, R. & Martin D. H. (2011). Patient Preference for Patient-Delivered Partner Therapy: Exploratory Findings from Three Sexually Transmitted Disease Clinics. *Sexually Transmitted Diseases, 38*(2), 148-151.

Huffam, S., Chow, E. P. F., Fairley, C. K., Hocking, J., Peel, J. & Chen, M. (2015). Chlamydia infection in individuals reporting contact with sexual partners with chlamydia: a cross sectional study of sexual health clinic attendees. *Sex Transm Infect, 91*, 434-439.

Hunter, P., Oyervides, O., Grande K. M., Prater, D., Vann, V., Reitl, I. & Biedrzycki, P. A. (2014). Facebook-Augmented Partner Notification in a Cluster of Syphilis Cases in Milwaukee. *Public Health Rep, 129*, 43-49.

Introcaso, C. E., Rogers, M. E., Abbott, S. A., Gorwitz, R. J., Markowitz, L. E. & Schillinger, J. A. (2013). Expedited Partner Therapy in Federally Qualified Health Centers - New York City, 2012. *Sex Transm Dis, 40*(11), 881-885.

Jenkins, W. D. & Wold, B. (2012). Use of the Internet for the surveillance and prevention of sexually transmitted diseases. *Microbes and Infection, 14*, 427-437.

John, S. A. (2018). Addressing Missed Opportunities for HIV Testing by Including Rapid HIV Self-testing Kits with Patient-Delivered Partner Therapy. *Sexuality Research and Social Policy 15*, 387-397.

Jones, H. E., Holloway, I. W., Pressmann, E., Meier, J. & Westhoff, C. L. (2013). Women‟s preferences for testing and management of sexually transmitted infections among low-income New York City family planning clients. *International Journal of STD & AIDS, 24*, 455-460.

Kerani, R. P., Fleming, M., DeYoung, B. & Golden, M. R. (2011). A Randomized, Controlled Trial of inSPOT and Patient-Delivered Partner Therapy for Gonorrhea and Chlamydial Infection Among Men Who Have Sex With Men. *Sexually Transmitted Diseases, 38*.

Kissinger, P. (2014). Expedited Partner Therapy for STDs – Are we there yet? *Sex Transm Dis, 41*(11), 695-697.

Kretzschmar, M., Satterwhite, C., Leichliter, J. & Berman, S. (2012). Effects of Screening and Partner Notification on Chlamydia Positivity in the United States: A Modeling Study. *Sex Transm Dis, 39*(5), 325-331.

Landesarbeitsgemeinschaft Aids/STI im Öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW. (2015). *Standards und Perspektiven in der HIV-/AIDS-und STI-Arbeit und –Koordination* (2. Revision: August 2015). Abgerufen am 22.07.2019 von https://www.vak-nrw.de/fileadmin/elemente/download/Materialien_und_Empfehlungen/Standards_und_Perspektiven_in_der_HIV-AIDS-STI-Arbeit_und-Koordination_Stand121082015.pdf

Magaziner, S., Montgomery, M. C., Bertrand, T., Daltry, D., Jenkins, H., Kendall, B., Molotnikov, L., Pierce, L., Smith, E., Sosa, L., van den Berg, J. J., Marak, T., Operario, D. & Chan, P. A. (2018). Public health opportunities and challenges in the provision of partner notification services: the New England experience. *BMC Health Services Research, 18*(1).

McCann, L., Allan, W., Read, P. & McNulty, A. (2013). Contact tracing using provider referral: how difficult is it? *Sexual Health, 10*, 472-473.

Micheel, H.-G. (2010): Die Leistungsfähigkeit empirischer Sozialforschung im Kontext sozialpädagogischer Praxis. In: H.-U. Otto, A. Polutta & H. Ziegler (Hrsg.), *What Works – Welches Wissen braucht die Soziale Arbeit?* (S. 151-163). Opladen: Budrich.

Mickiewicz, T., Al-Tayyib, A., Thrun, M. & Rietmeijer, C. (2012). Implementation and Effectiveness of an Expedited Partner Therapy Program in an Urban Clinic. *Sex Transm Dis, 39*(12), 923-929.

Nanhoe, A. C., Visser, M., Omlo, J. J., Watzeels, A. J. C. M., van den Broek, I. V. & Götz, H. (2018). A pill for the partner via the chlamydia patient? Results from a mixed method study among sexual health care providers in the Netherlands. *BMC Infectious Diseases, 18*.

Nielsen, A., De Costa, A., Bågenholm, A., Gemzell Danielsson, K., Marone, G., Boman, J., Salazar, M. & Diwan, V. (2018). Trial protocol: a parallel group, individually randomized clinical trial to evaluate the effect of a mobile phone application to improve sexual health among youth in Stockholm County. *BMC Public Health, 18.*

O'Brien, A., Sherrard-Smith, E., Sile, B., Watts, C. & Simms, I. (2018). Spatial clusters of gonorrhoea in England with particular reference to the outcome of partner notification: 2012 and 2013. *PLoS ONE*, *13*(4).

Österlund, A. (2014). Improved partner notification for genital chlamydia can be achieved by centralisation of the duty to a specially trained team. *International Journal of STD & AIDS, 25*, 1009-1012.

Pavlin, N. L., Parker, R. M., Piggin, A. K., Hopkins, C. A., Temple-Smith, M. J., Fairley, C. K., Tomnay, J. E., Bowden, F. J., Russell, D. B., Hocking, J. S., Pitts, M. K. & Chen, M. Y. (2010). Better than nothing? Patient-delivered partner therapy and partner notification for chlamydia: the views of Australian general practitioners. *BMC Infectious Diseases, 10*.

Pellowski, J., Mathews, C., Kalichman, M. O., Dewing, S., Lurie, M. N. & Kalichman, S. C. (2016). Advancing Partner Notification Through Electronic Communication Technology: A Review of Acceptability and Utilization Research. *J Health Commun, 21*(6), 629-637.

Pennise, M., Inscho, R., Herpin, K., Owens, J., Bedard, B. A, Weimer, A. C., Kennedy, B. S. & Younge, M. (2015). Using Smartphone Apps in STD Interviews to Find Sexual Partners. *Public Health Rep, 130*, 245-252.

Pfeiffer, E. J., McGregor, K. A., Van Der Pol, B., Hardy Hansen, C. & Ott, M. A. (2016). Willingness to disclose STI status to sex partners among college-age men in the United States. *Sex Transm Dis, 43*(3), 204-206.

Reed, J. L., Huppert, J. S., Gillespie, G. L., Taylor, R. G., Holland, C. K., Alessandrini, E. A. & Kahn, A. (2015). Adolescent Patient Preferences Surrounding Partner Notification and Treatment for Sexually Transmitted Infections. *Acad Emerg Med, 22*(1), 61-66.

Robert Koch-Institut & Deutsche Aidshilfe. (2016). *DAH-Fragebogen_DE-Sie.pdf*. Am 11.11.2016 per Email zur Verfügung gestelltes Dokument.

Robert Koch-Institut. (2015). Weiterer starker Anstieg der Syphilis bei MSM in Deutschland im Jahr 2014. *Epidemiologisches Bulletin, 49.* Abgerufen am 18.07.2019 von https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/49_15.pdf?__blob=publicationFile

Robert-Koch-Institut. (2017). *Abschlussbericht der Studie „KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot mit in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA)“*. Berlin: RKI.

Rose, S. B., Garrett, S. M. & Pullon, S. R. (2017). Overcoming challenges associated with partner notification following chlamydia and gonorrhoea diagnosis in primary care: a postal survey of doctors and nurses. *J Prim Health Care, 9*(2), 136-144.

Rosenfeld, E. A., Marx, J., Terry, M. A., Stall, R., Pallatino, C., Borrero, S. & Miller E. (2016). Intimate partner violence, partner notification, and expedited partner therapy: a qualitative study. *International Journal of STD & AIDS, 27*(8), 656-661.

Rudy, E. T., Aynalem, G., Cross, J., Ramirez, F., Bolan, R. K. & Kerndt, P. R. (2012). Community-Embedded Disease Intervention Specialist Program for Syphilis Partner Notification in a Clinic Serving Men Who Have Sex With Men. *Sex Transm Dis, 39*(9), 701-705.

Ruhr-Universität Bochum, Brockmeyer, N. H. in Kooperation mit Aidshilfe Bochum, Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz und Zentrum für Sexuelle Gesundheit am St. Josef-Hospital, Madonna, pro familia Beratungsstelle Bochum, Rosa Strippe, unterstützt durch Platzmann-Scholten, A. & Wettke, J. (2015). *Projekt „Entwicklung eines bedarfsgerechten Versorgungskonzeptes zur Förderung der Sexuellen Gesundheit“* (Unveröffentlichter Endbericht). Bochum: RUB.

Santo, I., Azevedo, J., Nunes, B., Gomes, J. P. & Borrego, M. J. (2011). Partner notification for Chlamydia trachomatis urogenital infections: eight years of patient referral experience in the major Portuguese sexually transmitted infections clinic, 2000-07. *International Journal of STD & AIDS, 22*, 548-551.

Schillinger, J. A., Gorwitz, R., Rietmeijer, C. & Golden, M. R. (2016). The Expedited Partner Therapy Continuum: A Conceptual Framework to Guide Programmatic Efforts to Increase Partner Treatment. *Sex Transm Dis, 43*(1), 63-75.

Schmidt, A. J. & Marcus, U. (2011). Self-reported history of sexually transmissible infections (STIs) and STI-related utilization of the German health care system by men who have sex with men: data from a large convenience sample. *BMC Infectious Diseases, 11*.

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

Schu, M., Enders, K., Tossmann, P., Jonas, B. & Leuschner, F. (2019). *Wissenschaftliche Begleitung des Zentrums für Sexuelle Gesundheit und Medizin „Walk In Ruhr“ in Bochum – Abschlussbericht Phase 2.* Köln/Berlin: FOGS/delphi (unveröffentlicht).

Serwin, A. B., Koper, M. & Unemo, M. (2015). Clinical and epidemiological characteristics of males with Syphilis in Bialystok, Poland in 2008-2013. *Przegląd Epidemiologiczny, 69*, 41-45.

Shackleton, T., Sutcliffe, L. & Estcourt, C. (2011). Is Accelerated Partner Therapy partner notification for sexually transmissible infections acceptable and feasible in general practice? *Sexual Health, 8*, 17-22.

Shiely, F., Hayes, K., Thomas, K. K., Kerani, R. P., Hughes, J. P., Whittington, L. H., Holmes, K. K., Handsfield, H. H., Hogben, M. & Golden, M. R. (2010). Expedited Partner Therapy: A Robust Intervention. *Sex Transm Dis, 37*(10), 602-607.

Spielberg, F., Levy, V., Lensing, S., Chattopadhyay, I., Venkatasubramanian, L., Acevedo, N., Wolff, P., Callabresi, D., Philip, S., Lopez, T. P., Padian, N., Blake, D. R. & Gaydos, C. A. (2014). Fully Integrated e-Services for Prevention, Diagnosis, and Treatment of Sexually Transmitted Infections: Results of a 4-County Study in California. *Am J Public Health, 104*(12), 2313-2320.

Stenger, M. R., Kerani, R. P., Bauer, H. M., Burghardt, N., Anschuetz, G. L., Klingler, E., Schumacher, C. M., Simon, J. & Golden, M. (2015). Patient-Reported Expedited Partner Therapy for Gonorrhea in the United States: Findings of the STD Surveillance Network 2010-2012. *Sex Transm Dis, 42*(9), 470-474.

Stephens, S. C., Bernstein, K. T., Katz, M. H., Philip, S. S. & Klausner, J. D. (2010). The Effectiveness of Patient-Delivered Partner Therapy and Chlamydial and Gonococcal Reinfection in San Francisco. *Sex Transm Dis, 37*(8), 525-529.

Sutcliffe, L., Brook, M. G., Chapman, J. L., Cassell, J. M. & Estcourt, C. S. (2009). Is accelerated partner therapy a feasible and acceptable strategy for rapid partner notification in the UK?: a qualitative study of genitourinary medicine clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS, 20*, 603-606.

Suzan-Monti, M., Cotte, L., Fressard, L., Cua, E., Capitant, C., Meyer, L., Pialoux, G., Molina, J.-M. & Spire, B. (2018). Factors associated with partner notification of STIs in men who have sex with men on PrEP in France: a cross-sectional substudy of the ANRS-IPERGAY trial. *Sex Transm Infect, 94*, 490-493.

Tan, W. S., Chen, M., Ivan, M., Stone, K., Rane, V., Fairely, C. K. & Ong, J. J. (2016). Partner Notification Outcomes for Men Who Have Sex With Men Diagnosed With Syphilis Referred to Partner Notification Officers, Melbourne, Australia. *Sexually Transmitted Diseases, 43*(11), 685-689.

Taylor, M. M., Mickey, T., Winscott, M., James, H., Kenney, K. & England, B. (2010). Improving Partner Services by Embedding Disease Intervention Specialists in HIV-Clinics. *Sex Transm Dis, 37*(12).

Taylor, M. M., Reilley, B., Yellowman, M., Anderson, L., de Ravello, L. & Tulloch, S. (2013). Use of expedited partner therapy among chlamydia cases diagnosed at an urban Indian health centre, Arizona. *International Journal of STD & AIDS, 24*, 371-374.

Theunissen, K., Schipper, P., Hoebe, C., Crutzen, R., Kok, G. & Dukers-Muijrers, N. (2014). Barriers to and facilitators of partner notification for chlamydia trachomatis among health care professionals. *BMC Health Services Research, 14.*

Timmer, A. & Richter, B. (2008). Was macht eine gute Übersichtsarbeit aus? *Arzneimitteltherapie, 26*, 252-255.

Tiplica, G. S., Radcliffe, K., Evans, C., Gomberg, M., Nandwani, R., Rafila, A., Nedelcu, L. & Salavastru, C. (2015). European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections. *J Eur Acad Dermatol Venereol., 29*, 1251-1257.

Trelle, S., Shang, A., Nartey, L., Cassell, J. A. & Low, N. (2007). Improved effectiveness of partner notification for patients with sexually transmitted infections: systematic review. *BMJ, 334,* 354-357.

Tributino, A., Montgomery, M. C., Bertrand, T., Marak, T., Almonte, A., van den Berg, J., John, K. S., Browning, C., Medina, M. M., Morse, A. & Chan, P. A. (2018). Partner notification outcomes after integration of an on-site disease intervention specialist at a sexually transmitted disease clinic. *PLoS ONE, 13*(3).

Tuneu, M. J., Vallès, X., Carnicer-Pont, D., Barberá, M. J., Godoy, P., Avecilla-Palau, A., Jordà, B., Lopez-Grado, E., Rivero, D., Vives, A., Acera, A., Almirall, R., Crespo, N., Casabona, J. & the Partner Notification Study Group (2013). Pilot study to introduce a notification card for partner notification of sexually transmitted infections in Catalonia, Spain, June 2010 to June 2011. *Euro Surveill, 18*(27).

Udeagu, C.-C. N., Bocour, A., Gale, I. & Begier, E. M. (2010). Provider and Client Acceptance of a Health Department Enhanced Approach to Improve HIV Partner Notification in New York City. *Sexually Transmitted Diseases, 37*(4), 266-271.

van Aar, F., van Weert, Y., Spijker, R., Götz, H. & Op de Coul, E. (2015). Partner notification among men who have sex with men and heterosexuals with STI/HIV: different outcomes and challenges. *International Journal of STD & AIDS, 26*(8), 565-573.

van den Broek, I. V. F., Donker, G. A., Hek, K., van Bergen, J. E. A. M., van Benthem, B. H. B. & Götz, H. (2017). Partner notification and partner treatment for chlamydia: attitude and practice of general practitioners in the Netherlands; a landscape analysis. *BMC Family Practice 18*(103).

Wilson, T. E., Hogben, M., Malka, E. S., Liddon, N., McCormack, W. M., Rubin, S. R. & Augenbraun, M. A. (2009). A Randomized Controlled Trial for Reducing Risks for Sexually Transmitted Infections Through Enhanced Patient-Based Partner Notification. *Public Health, 99*(1), 104-110.

WIR – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin (2019). *Konzeptionelle Gedanken zur Partner*innenbenachrichtigung* (Unveröffentlichtes Manuskript). Bochum: WIR.

Wood, H., Hall, C., Ioppolo, E., Ioppolo, R., Scacchia, E., Clifford, R. & Gudka, S. (2018). Barriers and Facilitators of Partner Treatment of Chlamydia: A Qualitative Investigation with Prescribers and Community Pharmacists. *Pharmacy, 6*(1).

World Health Organization (WHO). (2016). Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016 – 2021, Genf: WHO.

Yu, Y.-Y., Frasure-Williams, J. A., Dunne, E. F., Bolan, G., Markowitz, L. & Bauer, H. M. (2011). Chlamydia Partner Services for Females in California Family Planning Clinics. *Sex Transm Dis, 38*(10), 913-918.

10 Glossar

AH	Aidshilfe
AK	Arbeitskreis
APT	accelerated partner therapy: Sexualkontakten wird Zugang zu Antibiotikabehandlung durch eine telefonische Beratung mit ärztlichem Personal oder Apothekerinnen und Apothekern angeboten, ohne dass der Sexualkontakt eine persönliche Beratung vor Ort wahrnehmen muss.
Benachrichtigungskarten	Sexualkontakte werden per Karte über ihre mögliche STI informiert. Karten können analog direkt übergeben, per Post oder elektronisch als e-card versendet werden.
BEPR/ booklet-enhanced partner referral	Broschüren über spezifische STIs mit (Be-)Handlungsempfehlungen (booklet-enhanced) zur Weitergabe an Sexualkontakte.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEDIS	Community-Embedded Disease Intervention Specialist
conditional referral	Indexperson und Fachpersonal einigen sich darauf, dass die Indexpersin ihre Sexualkontakte bis zu einem festgelegten Zeitraum selbst informiert. Suchen diese Sexualkontakte nach Ablauf der Frist die Teststelle nicht auf, wird sich das Fachpersonal bei den Sexualkontakten melden.
contact cards	siehe Benachrichtigungskarten
contact slips	siehe Benachrichtigungskarten
contact tracing	Quellenforschung: Personen, die (sexuellen) Kontakt zu der Indexperson haben/hatten, sollen identifiziert werden, um diese über ihr mögliche STI zu informieren und zu behandeln
contract referral	Indexperson und Fachpersonal halten vertraglich fest, dass die Indexperson ihre Sexualkontakte bis zu einem festgelegten Stichtag selbst informiert. Suchen diese Sexualkontakte bis zum Stichtag den Anbieter nicht auf, wird sich das Fachpersonal bei den Sexualkontakten melden.
dagnä	Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V.
DAH	Deutsche Aidshilfe e. V.
DIS	Disease Intervention Specialist
DÖAK	Deutsch-Österreichische AIDS-Kongress
DSTIG	Deutsche STI-Gesellschaft – Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit
EG	Experimentalgruppe (u. a. im Rahmen eines RCTs untersuchte

	Gruppe, bei der eine Intervention angewendet wird und die mit einer Kontrollgruppe [s. „KG“] verglichen wird)
Enhanced patient referral:	Intensivierte Beratung und Motivierung zu Partner*innen-Benachrichtigung, Fachkräfte statten Klient*innen bei Bedarf mit Informationsmaterial aus, wie beispielsweise Benachrichtigungskarten bzw. –briefe, Zugang zu Webtools oder Broschüren.
EPR	SPR ergänzt um Infomaterial, das der Indexperson für sich und ihre Sexualkontakte mitgegeben wird (bspw. Broschüren, Benachrichtigungskarten)
EPT	expedited partner therapy: Indexpersonen erhalten Medikamente oder Rezepte für ihre Sexualkontakte, ohne dass diese beim Arzt o. ä. vorstellig werden müssen Methode stammt aus den USA
FSF	Frauen, die (auch) Sex mit Frauen haben
GUM clinic	Genitourinary Medicine Clinics
Indexperson	Klient*innen mit einer positiven STI-Diagnose
inSPOT	webbasiertes Instrument, das elektronische Benachrichtigungskarten (e-cards) verwendet, um Indexpersonen dabei zu unterstützen, ihre Sexualkontakte über ihre STI Diagnose zu informieren. Bei Bedarf können die e-cards anonym versendet werden.
IPN	internet partner notification: die Partner*innen-Benachrichtigung wird online vorgenommen (z. B. durch einen DIS, per Mail)
IPP	Infertility Prevention Project
IUSTI	International Union against STI
KG	Kontrollgruppe (siehe „EG“)
MSM	Männer die (auch) Sex mit Männern haben
NGO	Nichtregierungsorganisation
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OR	Odds Ratio
PB	Partner*innen-Benachrichtigung: Sexualkontakte werden über (mögliche) STI informiert
partner management	Prozess der Partner*innen-Benachrichtigung, möglicher folgender Testung und Behandlung
partner notification	Partner*innen-Benachrichtigung bzw. Partnernotifizierung: Namen und/oder Kontaktdaten der Sexualkontakte werden von Fachkräften ermittelt, um diese über mögliche STI zu informieren.
partner therapy	medizinische Behandlung der Sexualkontakte
partner referral	Partner*innen-Benachrichtigung wird von der Indexperson

	ausgeführt
patient referral	Partner*innen-Benachrichtigung wird von der Indexperson ausgeführt
PDPM	patient-delivered partner medication: Indexpersonen erhalten Medikamente oder Rezepte für ihre Sexualkontakte, ohne dass diese beim Arzt o. ä. vorstellig werden müssen
PDPT	patient-delivered partner pherapy: Indexpersonen erhalten Medikamente oder Rezepte für ihre Sexualkontakte, ohne dass diese beim Arzt o. ä. vorstellig werden müssen
PIPT	patient initiated partner treatment: Indexpersonen erhalten Medikamente oder Rezepte für ihre Sexualkontakte, ohne dass diese beim Arzt o. ä. vorstellig werden müssen
provider referral	Partner*innen-Benachrichtigung wird von der Fachkrft durchgeführt
referral letters	siehe Benachrichtigungskarten
RKI	Robert Koch-Institut
SPR/SPM	standard partner referral/standard partner management: Hinweis bzw. Aufforderung von Fachrkräften über die Notwendigkeit für eine parallele Therapie der bzw. Untersuchung der Sexualkontakte.
STI	Sexually Transmitted Infections, deutsch: sexuell übertragbare Infektionen
WIR	Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin
(Web-)Tools	(Webbasierte) Instrumente zur Partner*innen-Benachrichtigung

11 Anhang

11.1 Standortauswahl

Tab. 9: Standorte und Teststellen

Standort	Einrichtung
Berlin	Aidshilfe Fixpunkt Gesundheitsamt Charlottenburg Wilmersdorf Checkpoint BLN
Bochum	Walk In Ruhr (WIR) Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin
Bremen	Aidshilfe Gesundheitsamt
Dresden	Gesundheitsamt
Freiburg	Checkpoint Plus Freiburg
Hamburg	CASAblanca (ÖGD) Hein & Fiete – Der schwule Checkpoint
Köln	Aidshilfe Gesundheitsamt
München	Aidshilfe Gesundheitsamt Sub – Schwules Kommunikations- und Kulturzentrum

11.2 Instrumente

11.2.1 Fragebogen Berater*innen

INFORMATION

THEMA DER STUDIE

In Deutschland werden Zunahmen von STI wie Chlamydien, Gonorrhoe und Syphilis beobachtet. In der Strategie der Bundesregierung zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen wird Partner*innen-Benachrichtigung (PB) besondere Bedeutung zugemessen, um Infektionsketten zu unterbrechen und Re-Infektionen zu vermeiden. PB (andernorts auch – mit teilweise anderer Akzentuierung – Partnernotifizierung oder Partnerinformation genannt) beinhaltet, dass Sexualpartner*innen von einer mit einer sexuell übertragbaren Infektion diagnostizierten Person (s. g. Indexpersonen) über die mögliche Exposition informiert und zu Test und ggf. Behandlung motiviert werden.

DARSTELLUNG DES PROJEKTS

Um die Situation in Deutschland genauer einschätzen zu können und Handlungsbedarfe zu identifizieren, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Situationsanalyse zu Partner*innen-Benachrichtigung (PB) in Auftrag gegeben. Im Fokus stehen drei STI (Chlamydien, Gonorrhoe und Syphilis) und die Umsetzung hierzu erfolgender PB Maßnahmen im Rahmen anonymer Testmöglichkeiten im öffentlichen Gesundheitsdienst und durch Einrichtungen in freier Trägerschaft. Parallel zur Befragung der Test-Berater*innen läuft eine Befragung der Nutzer*innen der Testangebote.

MÜSSEN SIE TEILNEHMEN?

Die Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig, und Sie entscheiden selbst, ob Sie teilnehmen wollen**. Wenn Sie nicht daran teilnehmen möchten, hat dies keinerlei negative Auswirkungen.

Die Befragung ist **anonym**. Deshalb möchten wir Sie bitten, Ihren Namen **nicht** auf den Fragebogen zu schreiben.

WAS KOMMT AUF SIE ZU, WENN SIE MITMACHEN?

Wir bitten Sie, einige Fragen zu Ihrer Beratungspraxis, Ihren Einstellungen und Sichtweisen auf das Thema Partner*innen-Benachrichtigung zu beantworten.

Die Beantwortung des Fragebogens dauert etwa 10 bis 15 Minuten.
Sie können den Fragebogen ausfüllen und in die bereitgestellte Box werfen. Wenn es Ihnen lieber ist, können Sie sich auch von unseren Mitarbeiter*innen vor Ort interviewen lassen. Bitte sprechen Sie uns an.

WAS IST NOCH WICHTIG?

Bitte versuchen Sie, jede Frage zu beantworten. Wenn Sie eine bestimmte Frage jedoch nicht beantworten möchten, überspringen Sie sie und gehen Sie zur nächsten Frage weiter. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Bitte füllen sie diesen Fragebogen nur einmal aus.

WEN KANN ICH BEI FRAGEN KONTAKTIEREN?

Für Fragen und weiterführende Informationen stehen wir gerne zur Verfügung:

Koordination:
FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH
Kristina Enders
Tel.: 0221/973101-27
E-Mail: enders@fogs-gmbh.de

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Datum: ____.____._____ [TT/MM/JJJJ] Fragebogen-Nr.:_____ Persönlicher Code:_____ Einrichtung:_____

Gefördert durch:
Bundesministerium für Gesundheit
aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Situationsanalyse zu Partner*innen-Benachrichtigung zu STI in Deutschland

FOGS

*Wir verstehen unter Partner*innen-Benachrichtigung das gesamte Spektrum möglicher Maßnahmen: Von der Information der Indexpersonen hinsichtlich Ansteckungs- und Re-Infektionsrisiken über die Motivierung der Klient*innen zur Information von Sexualpartner*innen und Formen ihrer Unterstützung bei der Benachrichtigung.*

1. Wer wurde von Ihnen im letzten halben Jahr zu den Möglichkeiten der Partner*innen-Benachrichtigung (PB) beraten?

- ▢ Klient*innen mit einer diagnostizierten STI
- ▢ Ratsuchende, die einen STI-Check machen wollen
- ▢ Ratsuchende, die ein Präventionsgespräch zu STI erhalten
- ▢ Klient*innen, bei denen im Gespräch PB bedeutsam wurde
- ▢ Ich habe die Klient*innen bislang nicht zu PB beraten, kann mir das aber vorstellen
- ▢ Ich habe die Klient*innen bislang nicht zu PB beraten und werde das auch zukünftig nicht tun

2. Thematisieren Sie die folgenden Inhalte im Rahmen Ihrer Beratung? Bitte machen Sie ein Kreuz bei den Klient*innen-Gruppen, die Sie im letzten halben Jahr dazu beraten haben. Falls das Thema in Ihrer Beratung keine Rolle spielt, setzen Sie bitte ein Kreuz im rechten Kästchen „Trifft nicht zu".

▪ Alle Klient*innen mit einer diagnostizierten STI	▪ Alle Ratsuchenden, die einen STI-Check machen wollen	▪ Alle Ratsuchenden, die ein Präventionsgespräch zu STI erhalten	▪ Alle Klient*innen, die zu mir in die Beratung kommen	▪	▪ Trifft nicht zu
▪ *Geschlechtskrankheiten werden beim Sex übertragen.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Mit steigender Zahl an wechselnden Sexualpartner*innen erhöht sich das Risiko, sich mit einer STI anzustecken.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Eine Infektion mit einer STI (Syphilis, Chlamydien, Tripper) löst häufig keine Symptome aus.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Einen vollständigen Schutz vor einer STI gibt es nicht. Doch die Verwendung von Kondomen kann das Risiko einer Ansteckung stark einschränken.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Früh erkannt, können STI wie Syphilis, Chlamydien oder Tripper heutzutage mit Antibiotika gut geheilt werden.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Um eine Wiederansteckung (Ping-Pong-Effekt) zu verhindern, sollten Menschen, die wegen einer STI behandelt werden, auf Geschlechtsverkehr verzichten bis die Infektion bei ihnen und ihren Sexualpartner*innen nicht mehr nachweisbar ist.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Die Sexualpartner*innen (mindestens) der letzten 6 Monate sollten getestet und falls nötig behandelt werden, um eine Weiterverbreitung der STI aber auch eine Wiederansteckung (Ping-Pong-Effekt) zu vermeiden.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Sollte bei einer/m Sexualpartner*in eine STI wie Syphilis, Chlamydien oder Tripper vorliegen, haben die Klient*innen ein erhöhtes Risiko, sich zu infizieren oder sich bereits infiziert zu haben.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢

3. Im Folgenden präsentieren wir Ihnen Situationen, wie sie in der Beratung von Klient*innen mit einer diagnostizierten STI vorkommen können. Mit Blick auf das letzte halbe Jahr wie häufig kamen diese Situationen bei Ihnen vor?

▪ Regelmäßig in allen Beratungen	▪ Häufig, aber nicht immer	▪ Unregelmäßig, in Einzelfällen	▪ Nie	▪	▪ Weiß nicht
▪ *Den/die Klient*in mit einer diagnostizierten STI ermutigen, Verantwortung für die Kommunikation mit Sexualpartner*innen zu übernehmen (z. B. Aufforderung an die Partner*innen, sich testen zu lassen, einen Arzt zu besuchen).*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Den/Die Klient*in darüber informieren, dass sich über die Benachrichtigung und ggf. Behandlung der Sexualpartner*innen, eine Re-Infektion vermeiden lässt.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Den/Die Klient*in fragen, ob bekannt ist, ob bei einer/m Sexualpartner*in eine STI vorliegt.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Informationsmaterial über STI zur Verfügung stellen, die Klient*innen helfen könnten, Sexualpartner*innen zu sagen, dass er/ sie getestet und/ oder behandelt werden sollte.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Vermittlung/Verweis des/r Klient*in mit einer diagnostizierten STI an ein webbasiertes anonymes Partner*innen-Benachrichtigungstool.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Dem/r Klient*in Postkarten oder Briefvordrucke zu möglichen Infektionsrisiken mitgeben, das er/ sie an seinen/ ihren Sexualpartner*in weiterreichen kann.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Dem/r Klient*in vorformulierte Textbausteine zur Verfügung stellen, die er/sie nutzen kann, um die Sexualpartner*innen selbständig zu informieren.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Dem/r Klient*in mit einer diagnostizierten STI vorschlagen, dass die Sexualpartner*innen, eine medikamentöse Mitbehandlung in Erwägung ziehen sollten.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Anbieten, den/die Sexualpartner*in der/des Klient*in zu kontaktieren und über ein bestehendes Infektionsrisiko zu informieren.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪
▪ *Klient*innen fragen an, ob die Berater*innen in ihrem Namen mit Ihren Sexualpartner*innen sprechen können.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Klient*innen äußern, dass sie Ihre Sexualpartner*innen nicht informieren können, da ihnen keine Kontaktdaten zur Verfügung stehen.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Klient*innen geben an, dass sie von ihren Sexualpartner*innen über ein bestehendes Infektionsrisiko informiert wurden.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢

4. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

▪ Ich stimme völlig zu	▪ Ich stimme eher zu	▪ Ich stimme eher nicht zu	▪ Ich stimme gar nicht zu	▪	▪ Kann ich nicht beurteilen
▪ *PB ist eine wichtige Präventionsmaßnahme, um Übertragungsketten zu durchbrechen und die lokale Prävalenz von STIs zu reduzieren.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Um Klient*innen zu ermuntern, Ihre Sexualpartner*innen zu informieren, bedarf es spezifischer Kompetenzen und Methoden.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Die Umsetzung der Partner*innen-Benachrichtigung liegt in der Eigenverantwortung der Klient*innen.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Es gehört zu den Aufgaben des/r Berater*in, den/die Klient*in, durch Bereitstellung von Informationen, bei der selbständigen Benachrichtigung der Sexualpartner*innen zu unterstützen.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Es gehört zu den Aufgaben des/r Berater*in, die Sexualpartner*innen auf Wunsch der/des Klient*in zu kontaktieren und über ein mögliches Infektionsrisiko zu informieren.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Klient*innen sprechen lieber selber mit ihren Sexualpartner*innen über ein mögliches Infektionsrisiko.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Klient*innen sprechen offen darüber, wie viele Sexualpartner*innen sie hatten.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Die Entscheidung zur Benachrichtigung der Sexualpartner*innen sollte von den Klient*innen immer freiwillig getroffen werden. PB darf kein Zwang sein.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Klient*innen mit einer diagnostizierten STI übernehmen Verantwortung für ihre Sexualpartner*innen und informieren sie soweit möglich über ein möglicherweise bestehendes Infektionsrisiko.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢
▪ *Klient*innen mit einer diagnostizierten STI wünschen sich, ihre Sexualpartner*innen anonym benachrichtigen zu können.*					
▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪ ▢	▪	▪ ▢

5. Sind Ihnen bei der Beantwortung der Fragen, Gedanken gekommen, die Sie uns gerne mitteilen wollen?

▪

▪

▪

6. Welchen Eindruck haben Sie: Wie gut sind Ihre Klient*innen zu STI-Übertragungswegen bzw. Re-Infektionsrisiken informiert, bevor/wenn Sie zu Ihnen in die Beratung kommen? (1 = sehr gut informiert bis 10 = sehr schlecht informiert)

Syphilis:	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 ☐	10 ☐
Tripper:	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 ☐	10 ☐
Chlamydien:	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 ☐	10 ☐

7. Nutzen Sie Standards, Leitlinien, Tools oder Methoden zu Partner*innen-Benachrichtigung in Ihrer Beratungsarbeit, die wir in unserer Bestandsaufnahme berücksichtigen sollten?

Bitte beschreiben Sie:

▪

▪

▪

▪

▪

▪

▪

▪

▪

▪

▪

▪

▪

Falls Sie entsprechende Materialien, Dokumente haben, sprechen Sie bitte die Interviewer*innen vor Ort an. Sie freuen sich über weiterführende Informationen und Anregungen und kommen gerne mit Ihnen ins Gespräch.

Vielen Dank, dass Sie die Fragen beantwortet haben.

Ihre Teilnahme ist wichtig! Nur mit Ihrer Sichtweise können die Testangebote zukünftig noch besser werden.

Sie würden gerne mehr erfahren? Sie möchten uns etwas mitteilen? Sprechen Sie uns an! Die nächsten Tage sind unsere Interviewer*innen in Ihrer Einrichtung vor Ort.

Oder schreiben Sie uns eine Mail: Kristina Enders (enders@fogs-gmbh.de). Wir setzen uns dann umgehend mit Ihnen in Verbindung.

11.2.2 Fragebogen Klient*innen

FOGS

Studie zu Test und Beratung zu sexuell übertragbaren Infektionen (STI)

Information

WER SIND WIR?

Wir sind eine Gruppe von Wissenschaftlerinnen, die zu Prävention forschen. Wir machen diese Studie, um die Präventions- und Testangebote in Deutschland zu verbessern. Die Studie wird vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt.

WARUM MACHEN WIR DIESE STUDIE?

Bitte unterstützen Sie uns und füllen Sie diesen Fragebogen aus, um …

- herauszufinden, wie gut Sie über sexuell übertragbare Infektionen (STI) informiert sind und welche Informationen sie brauchen
- die Angebote für Menschen, die sich auf STI testen lassen wollen langfristig zu verbessern und um ihre Gesundheit zu fördern.

MÜSSEN SIE TEILNEHMEN?

Die Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig! Sie entscheiden selbst, ob Sie teilnehmen wollen**. Wenn Sie das nicht möchten, hat dies keinerlei negative Auswirkungen.
Die Befragung ist **anonym**. Bitte schreiben Sie Ihren Namen **nicht** auf den Fragebogen.
Ihre Antworten gehen nur an uns Wissenschaftlerinnen. Die Mitarbeiter*innen der Teststelle bekommen Ihren Fragebogen nicht und haben keine Einsicht in Ihre Antworten!
Auch die Ergebnisse Ihres Tests können **nicht** mit Ihren Angaben aus dem Fragebogen verknüpft werden und sind unabhängig von der Befragung.

WAS KOMMT AUF SIE ZU, WENN SIE MITMACHEN?

Bitte beantworten Sie einige Fragen zu sexuell übertragbaren Infektionen und zu Ihrem Sexualverhalten. Die Beantwortung des Fragebogens dauert etwa 10 bis 20 Minuten.
Sie können entweder:

- den Fragebogen selbst ausfüllen und in die bereitgestellte Box werfen. Es wäre schön, wenn Sie danach auch für einige weitere Fragen mit uns sprechen würden.
- Sie können aber auch direkt mit unseren Mitarbeiter*innen sprechen (ohne den Bogen auszufüllen).

WAS IST NOCH WICHTIG?

Bitte versuchen Sie, jede Frage zu beantworten. Wenn Sie eine bestimmte Frage jedoch nicht beantworten möchten, überspringen Sie sie und gehen Sie zur nächsten Frage weiter.
Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.
Bitte füllen sie diesen Fragebogen nur einmal aus.

WEN KANN ICH BEI FRAGEN KONTAKTIEREN?

Kristina Enders: Tel.: 0221/973101-27, E-Mail: enders@fogs-gmbh.de
FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH
Hansaring 115, 50670 Köln, www.fogs-gmbh.de

Zunächst ein paar Fragen zu Ihrer Person …

1. Sind Sie ….

☐ Mann ☐ Frau
☐ Transgender/Transsexuell (Mann zu Frau) ☐ Transgender/Transsexuell (Frau zu Mann)
☐ anderes: _____

2. In welchem Jahr sind Sie geboren? _____

3. In welchem Land wurden Sie geboren?

☐ Deutschland ☐ anderes Land, und zwar: _____

4. In welchem Land wurden Ihre Eltern geboren?

Mutter: ☐ Deutschland ☐ anderes Land: _____ ☐ weiß nicht
Vater: ☐ Deutschland ☐ anderes Land: _____ ☐ weiß nicht

5. Wie lange leben Sie schon in Deutschland?

_____ Jahre _____ Monate ☐ seit meiner Geburt ☐ bin zu Besuch/Tourist*in

6. Wie gut schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

☐ Muttersprache ☐ sehr gut
☐ gut ☐ mittelmäßig
☐ schlecht ☐ ich spreche und verstehe gar kein Deutsch

7. Wie würden Sie den Ort beschreiben, in dem Sie aktuell leben?

☐ sehr große Stadt (1 Million Einwohner*innen oder mehr)
☐ große Stadt (500.000 bis 999.999 Einwohner*innen)
☐ mittelgroße Stadt (100.000 bis 499.999 Einwohner*innen)
☐ Kleinstadt (10.000 bis 99.999 Einwohner*innen)
☐ **a**uf dem Land/in einem Dorf (weniger als 10.000 Einwohner*innen)

8. Wie ist Ihre Wohnsituation? (Sie können mehrere Angaben machen)

☐ ich lebe allein ☐ mit (Ehe-)Partner/in
☐ mit Kind/ Kindern ☐ mit anderen Familienangehörigen
☐ ich lebe in einer Wohngemeinschaft
☐ mit anderen, und zwar: _____

9. Haben Sie eine*n feste*n Partner*in, eine feste Beziehung?

☐ ja ☐ nein *(→ weiter bei Frage 11)*

10. Wie lange sind Sie mit dieser Person zusammen?

☐ seit weniger als 6 Monaten ☐ 6 bis 12 Monate
☐ 12 Monate bis 5 Jahre ☐ länger als 5 Jahre

11. Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

☐ Grundschule/Hauptschule ☐ Mittlere Reife/Abitur
☐ Studium ☐ ich habe (noch) keinen Abschluss
☐ sonstiger Abschluss: _____

12. Wovon leben Sie? (Sie können mehrere Angaben machen)

☐ Ausbildung ☐ Arbeit ☐ studentische Tätigkeit ☐ Stipendium
☐ Unterstützung von meiner Familie ☐ staatliche Unterstützung
☐ andere Unterstützung, und zwar: _____

13. Wie hoch ist Ihr EIGENES monatliches Netto-Einkommen (nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen)?

☐ unter 500 € ☐ 500 € bis unter 1.000 €
☐ 1.000 € bis unter 2.000 € ☐ über 2.000 €
☐ ich habe kein eigenes Einkommen ☐ ich möchte nicht antworten

14. Sind Sie in Deutschland krankenversichert?

☐ ja, über die Krankenkassenkarte ☐ ja, über einen Behandlungsschein vom Amt
☐ Nein ☐ Weiß nicht

Nun einige Fragen zum Thema sexuell übertragbare Infektionen (STI)

15. Sind Sie heute hier, um sich auf eine der folgenden STI testen zu lassen? (Sie können mehrere Angaben machen)

Syphilis:	☐	ja	☐	nein	☐	weiß nicht/keine Angaben
Chlamydien:	☐	ja	☐	nein	☐	weiß nicht/keine Angaben
Tripper (Gonorrhoe):	☐	ja	☐	nein	☐	weiß nicht/keine Angaben
HIV:	☐	ja	☐	nein	☐	weiß nicht/keine Angaben

☐ andere STI

16. Abgesehen von HIV, von welchen der folgenden sexuell übertragbaren Infektionen haben Sie schon einmal gehört? (Sie können mehrere Angaben machen)

☐ Tripper (Gonorrhoe) ☐ Syphilis
☐ Chlamydien
☐ ich kenne keine davon

17. Wann wurden Sie zum letzten Mal auf eine dieser sexuell übertragbaren Infektionen getestet (außer HIV)?

☐ heute
☐ im letzten Monat ☐ in den letzten 12 Monaten
☐ vor 1 – 5 Jahren ☐ länger als 5 Jahre her
☐ nicht sicher ☐ noch nie

18. In welchem Jahr haben Sie sich zum ersten Mal auf STI (nicht HIV) testen lassen?

Jahr: _____ (JJJJ)

☐ ich bin heute zum ersten Mal beim STI Testen. ☐ bin nicht sicher
☐ noch nie

Nun ein paar Fragen zu Sex und Beziehungen …

19. Fühlen Sie sich sexuell (eher) zu Frauen oder zu Männern hingezogen?

☐ nur zu Frauen ☐ eher zu Frauen, manchmal auch zu Männern
☐ zu Frauen und zu Männern gleichermaßen
☐ nur zu Männern ☐ eher zu Männern, manchmal auch zu Frauen
☐ ich fühle mich sexuell zu niemandem hingezogen
☐ weiß nicht/keine Angaben

20. Hatten Sie in den letzten 6 Monaten Sex?

☐ Ja ☐ Nein *(→ weiter bei Frage 27)*

21. Mit wie vielen Frauen hatten Sie in den letzten 6 Monaten Sex?

☐ mit gar keiner Frau ☐ mit einer Frau
☐ mit 2 - 5 Frauen ☐ mit 6 - 20 Frauen
☐ mit 20 - 50 Frauen ☐ mehr als 50 Frauen

22. Mit wie vielen Männern hatten Sie in den letzten 6 Monaten Sex?

☐ mit gar keinem Mann ☐ mit einem Mann
☐ mit 2 - 5 Männern ☐ mit 6 - 20 Männern
☐ mit 20 - 50 Männern ☐ mehr als 50 Männern

23. Haben Sie die Kontaktdaten der Sexualpartner*innen der letzten 6 Monate?

☐ immer ☐ meistens ☐ in der Hälfte der Fälle
☐ selten ☐ nie

24. Haben Sie momentan eine*n oder mehrere feste Sexpartner*innen? (Sie können mehrere Angaben machen)

☐ ja, eine Frau ☐ ja, mehrere Frauen
☐ ja, einen Mann ☐ ja, mehrere Männer
☐ nein

25. Hatten Sie In den letzten 6 Monaten auch Sex mit anderen Personen (außer der/dem festen Partner*in)?

☐ ja ☐ nein (weiter bei Frage 27)

26. Falls ja, wie oft haben Sie dann Kondome verwendet?

☐ immer ☐ meistens ☐ in der Hälfte der Fälle
☐ selten ☐ nie

27. Als Sie das letzte Mal Sex hatten, haben Sie da ein Kondom verwendet?

☐ ja ☐ nein

28. Haben Sie schon jemals davon erfahren (z. B. über Ihren Bekanntenkreis), dass ein Sexualkontakt eine sexuell übertragbare Infektion hat?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß

nicht/keine Angaben

29. Wurden Sie schon jemals von einer/einem Sexualpartner*in persönlich informiert, dass die Möglichkeit einer sexuell übertragbaren Infektion besteht?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht/keine Angaben

30. Wenn ein/e Sexualpartner*in eine STI hat, fänden Sie es wichtig, informiert zu werden?

☐ (eher) ja ☐ (eher) nein ☐ weiß nicht/keine Angaben

31. Falls ja: Von wem würden Sie am liebsten informiert werden?

☐ Sexualpartner*in ☐ Ärzt*in ☐ Berater*in

☐ andere: _____

☐ egal von wem, Hauptsache ich bekomme Bescheid ☐ weiß nicht/keine Angaben

32. Falls ja: Wie würden Sie im liebsten informiert werden?

☐ persönlich ☐ telefonisch ☐ per Mail ☐ per SMS/WhatsApp

☐ im Chat ☐ Postkarte/Brief ☐ anders:_____

☐ egal wie, Hauptsache Bescheid ☐ weiß nicht/keine Angaben

33. Die folgenden Aussagen zu sexuell übertragbaren Infektionen sind alle wahr. Wussten Sie das bereits?

				■ **Das glaube ich nicht**
■ *Geschlechtskrankheiten werden beim Sex übertragen.*				
				■ ☐
■ *Mit steigender Zahl an wechselnden Sexualpartner*innen erhöht sich das Risiko, sich mit einer STI anzustecken.*				
■ ☐	■ ☐	■ ☐	■ ☐	■ ☐
■ *Eine Infektion mit einer STI (Syphilis, Chlamydien, Tripper) löst häufig keine Symptome aus.*				
■ ☐	■ ☐	■ ☐	■ ☐	■ ☐
■ *Einen vollständigen Schutz vor einer STI gibt es nicht. Doch die Verwendung von Kondomen kann das Risiko einer Ansteckung stark einschränken.*				
■ ☐	■ ☐	■ ☐	■ ☐	■ ☐
■ *Früh erkannt, können STI wie Syphilis, Chlamydien oder Tripper heutzutage mit Antibiotika gut geheilt*				

werden.				
■ ▢	■ ▢	■ ▢	■ ▢	■ ▢
■ *Um eine Wiederansteckung (Ping-Pong-Effekt) zu verhindern, sollten Menschen, die wegen einer STI behandelt werden, auf Geschlechtsverkehr verzichten bis die Infektion bei ihnen und ihren Sexualpartner*innen nicht mehr nachweisbar ist.*				
■ ▢	■ ▢	■ ▢	■ ▢	■ ▢
■ *Die Sexualpartner*innen (mindestens) der letzten 6 Monate sollten getestet und falls nötig behandelt werden, um eine Weiterverbreitung der STI aber auch Wiederansteckung (Ping-Pong-Effekt) zu vermeiden.*				
■ ▢	■ ▢	■ ▢	■ ▢	■ ▢

34. Können Sie sich selber vorstellen Sexualpartner*innen der letzten sechs Monate über eine bestehende STI Infektion zu informieren? Wen genau? (Bitte ankreuzen bzw. eintragen)

	(eher) ja	(eher) nein	trifft nicht zu	weiß nicht/keine Angabe
Benachrichtigung Ihrer festen Sexualpartner*innen?	▢	▢	▢	▢
Benachrichtigung Ihrer Ex-Partner*innen?	▢	▢	▢	▢
Benachrichtigung loser Kontakte, One-Night-Stands u. ä.?	▢	▢	▢	▢
Andere, nämlich:	▢	▢	▢	▢
	▢	▢	▢	▢

35. Falls Sie Sexualpartner*innen über eine mögliche STI informieren würden: Hätten Sie die Möglichkeit (z. B. Kontaktdaten), Sexualpartner*innen der letzten sechs Monate über eine bestehende STI Infektion zu informieren? (Bitte ankreuzen)

	(eher) ja	(eher) nein	trifft nicht zu	weiß nicht/keine Angabe
Kontaktmöglichkeit zu festen Sexualpartner*innen?	▢	▢	▢	▢
Kontaktmöglichkeit zu Ex-Partner*innen?	▢	▢	▢	▢
Kontaktmöglichkeit zu losen Kontakten?	▢	▢	▢	▢

36. Falls Sie Sexualpartner*innen über eine mögliche STI informieren würden: Würden Sie dazu in der Teststelle gerne beraten werden? Würden Sie z. B. von Berater*innen gerne über verschiedene Möglichkeiten, Partner*innen zu benachrichtigen, informiert werden? Oder über Gründe dafür?

	(eher) ja	(eher) nein	trifft nicht zu	weiß nicht/keine Angabe
Info zur Benachrichtigung fester Sexualpartner*innen?	▢	▢	▢	▢
Info zur Benachrichtigung von Ex-Partner*innen?	▢	▢	▢	▢
Info zur Benachrichtigung loser Kontakte?	▢	▢	▢	▢

37. Wurden Sie von Berater*innen von Teststellen schon mal zu STI Übertragungswegen und Re-Infektionsrisiken informiert?

☐ ja ☐ nein ☐ kein Bedarf ☐ weiß nicht/keine Angaben

38. Wurden Sie schon mal von den Berater*innen der Teststellen über verschiedene Möglichkeiten zur Partner*innen-Benachrichtigung informiert?

☐ ja ☐ nein ☐ kein Bedarf ☐ weiß nicht/keine Angaben

39. Ist/wäre eine Information über STI durch Sexualpartner*innen ein Grund für Sie, sich testen zu lassen?

☐ (eher) ja ☐ (eher) nein ☐ weiß nicht/keine Angaben

40. Kennen Sie STI-Heimtests zum selbst Zuhause durchführen?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht/keine Angaben

41. Käme ein STI-Heimtest für Sie in Frage?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht/keine Angaben

Vielen Dank, dass Sie die Fragen beantwortet haben!

Ihre Teilnahme ist wichtig! Nur mit Ihrer Sichtweise können die Testangebote zukünftig noch besser werden. Sie würden gerne mehr erfahren? Sie möchten uns noch etwas mitteilen? Sprechen Sie uns an!

Zudem: Wir würden heute gerne auch persönlich mit Ihnen sprechen. Das Gespräch dauert etwa 15 Minuten. Sind Sie einverstanden?

☐ ja, ich bin bereit für ein kurzes Interview. (Bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte mit ins Gespräch.)

☐ nein, heute bitte nicht. (Werfen Sie den Fragebogen bitte in die Box. Vielen Dank!)

11.3 Effektivität der Methoden

Tab. 10: Zentrale Befunde zur Effektivität der Benachrichtigungsverfahren nach Verfahren

Befund	Gegenstand und Art der Studie	Land	N	Zielgruppe	Setting/Daten	Literatur
PB durch Indexpersonen (einfach und unterstützt)						
Partner*innen von 34% aller Indexfälle kamen zur Testung in die Klinik, nachdem sie von den Indexpersonen benachrichtigt worden waren Benachrichtigungsraten abhängig von Geschlecht, sexueller Orientierung, Beziehungsmodell der Indexfälle Im Schnitt ein Drittel aller benachrichtigten Partner*innen wurden positiv auf Chlamydien getestet Das Infektionsrisiko für benachrichtigte Partner*innen von Indexpatient*innen mit Symptomen war 3-mal höher als von Indexpatient*innen ohne Symptome benachrichtigt zu werden ($p < 0.001$, adjustiertes OR, 95 % KI 1,8 - 6,3)	Effektivität von Patient Referral	Portugal	n = 695 Indexpatient*innen	Patient*innen mit Chlamydien	Lapa Health Centre (2000 - 2007)	Santo et al. (2011)
14 % der Indexpatient*innen benachrichtigten Partner*innen via SAT (davon 84 % via SMS, 15 % via Email; 88 % anonym) 58 % der über SAT benachrichtigten Partner*innen loggten sich auf SAT-Webseite ein und 20 % davon konsultierten in Folge dessen eine der STI Kliniken 28 % der über SAT benachrichtigten Partner*innen hatten eine positive STI-Diagnose (die über Contact Cards benachrichtigten Partner*innen hatten signifikant mehr positive STI-Diagnosen: 45 %, $p < 0.001$)	Effektivität von Online-Tool zur PB „suggestatest.nl“ (SAT) via Email, SMS, Brief oder Gay Dating Webseite	NL	N = 988 Indexpatient*innen	Indexpatient*innen mit diagnostizierter STI/HIV	Public Health STI Kliniken in Amsterdam und Rotterdam (März - Juli 2012)	Götz et al. (2014)

Befund	Gegenstand und Art der Studie	Land	N	Zielgruppe	Setting/Daten	Literatur
300/687 der Sexualpartner*innen wurden mit einer Benachrichtigungskarte über erhöhtes Infektionsrisiko informiert (45.7 %) Ein geringer Teil der so benachrichtigten Sexualpartner*innen hat ein teilnehmendes Gesundheitszentrum aufgesucht: 10 % der Karten wurden von Partner*innen bei Testung und Behandlung in den teilnehmenden Gesundheitszentren abgegeben	Effektivität von Benachrichtigungskarten zur Unterstützung der Indexperson	Spanien (Katalonien)	n = 219 Indexpatient*innen (41.1 % Chlamydien, 17.8 % Gonorrhoe, 16.0 % Syphilis, 4 % HIV), mit n = 687 Sexualpartner*innen	Indexpatient*innen mit STI	10 Primary Care Center (Juni 2010 – Juni 2011)	Tuneu et al. (2013)
Signifikant mehr benachrichtigte Partner*innen bei der EG im Vergleich zur KG (92 % vs. 86 %) Geringere Reinfektion in der EG im Vergleich zur KG (6 % vs. 11 %), mit dem größten Unterschied für Männer	RCT zum Vergleich der Effektivität von KG (Beratung durch Health Educator) und EG (zusätzliches Interventionsprogramm, u. a. mit Partnernotifzierungsplan, Rollenspielen und unterschriebenem Vertrag zur Benachrichtigung der Partner*innen)	USA	N = 600 Indexpatient*innen	Indexpatient*innen mit Chlamydien oder Gonorrhoe	2 STI-Kliniken in Brooklyn (NYC)	Wilson et al. (2009)

Befund	Gegenstand und Art der Studie	Land	N	Zielgruppe	Setting/Daten	Literatur
PB durch Fachkräfte (unstandardisiert und standardisiert)						
14.5 % der Neudiagnosen (Indexpatient*innen, I) konnten aufgrund von PN aufgedeckt werden Der Anteil der Partner*innen (P), die nach PN eine Testung aufgesucht haben, variierte von 0 % - 61 % innerhalb verschiedener Kohorten nach Alter, Geschlecht und sexueller Orientierung Ein Drittel der Tests, die aufgrund von PN an Partner*innen durchgeführt wurden, waren positiv auf Gonorrhoe	Effektivität von PN (hier: Provider Referral + Ergebnismitteilung)	UK	N = 53.547 Indexpatient*innen	Patient*innen mit Gonorrhoe	GUMCAD Daten (2012 und 2013)	O'Brien et al. (2018)
89 % der PN wurde 2012 vom PN-Team vorgenommen Schätzungsweiser Anstieg diagnostizierter Chlamydienbefunde um zusätzliche 12 % (die ohne Benachrichtigung durch das PN-Team nicht aufgedeckt worden wären) Durch das PN-Team konnten signifikant mehr P/I benachrichtigt werden (p = 0.0021) Während der Implementierung des geschulten PN-Teams (2008 - 2012) wurden im Mittel 3,1 P/I benachrichtigt, Bei anderen Formen der PN wurden 2,6 P/I (p < 0.0001) benachrichtigt	Effektivität der Zentralisierung von PN auf ein geschultes Team (Schulung: offene Haltung, Motivationales Interview, Interviewtechniken für PN-Telefonate)	Schweden	N = 7357 Chlamyidenfälle	Indexpatient*innen mit Chlamydien	Daten aus der County Medical Officer's Database (2005 - 2012)	Österlund (2014)
78,7 % der Partner*innen konnten durch einen Provider via Mobiltelefon erreicht werden Insgesamt konnten durch Provider Referral (ungeachtet des Mediums) 91 % Partner*innen erreicht werden	Effektivität von Provider Referral (u. a. per Mobiltelefon)	Australien	n = 108 Indexpatient*innen mit n = 230 Partner*innen	Indexpatient*innen mit Chlamydien, HIV, Syphilis, Gonorrhoe, Nongonococcal Urethritis, Trichomonas oder Hepatitis B	Specialist Sexual Health Clinic	McCann et al. (2013)

Befund	Gegenstand und Art der Studie	Land	N	Zielgruppe	Setting/Daten	Literatur
Nach Implementierung des CEDIS: signifikanter Anstieg von ermittelten Kontaktdaten der Partner ($p < 0.01$) Insgesamt konnten durch CEDIS 140 Partner von 87 Indexpatienten benachrichtigt werden, im Vergleich zu 13 benachrichtigten Partnern von 45 Indexpatienten vor der Implementierung Kontaktindex nach Implementierung des CEDIS: 1,62 (zuvor 0,29 und landesweit 0,68) „Brought-to-treatment"-Index nach Implementierung des CEDIS: 0,25 (zuvor 0,00 und landesweit 0,09) Zahl der Indexpatienten, die keinen Partner benachrichtigen, ist fast um die Hälfte gesunken (von 71 % auf 33 %)	Effektivität von CEDIS	USA	LAGLC-Daten für Primärsyphilisfälle: n = 72 (2006 - 2007), n = 87 (2009-2010)	MSM mit Primärsyphilis	Community-Based Clinic in LA	Rudy et al. (2012)
Höherer Anteil an Patient*innen wurde zum Aufspüren der Sexpartner*innen interviewt, nachdem der DIS implementiert worden war (94 % danach vs. 81 % zuvor, $p = 0.001$) Anstieg der durchschnittlichen Anzahl auffindbarer Sexpartner*innen (1,1 danach vs. 0,6 zuvor, $p = 0.004$) Anstieg der durchschnittlichen Anzahl behandelter Sexpartner*innen (0,6 danach vs. 0,3 zuvor, $p = 0.02$)	Effektivität von DIS (Implementierung im Februar 2008)	USA	N = 334 (n = 219 vor DIS-Implementierung; n = 115 nach DIS-Implementierung)	Patient*innen mit Syphilis (2006 - 2009)	3 HIV-Kliniken	Taylor et al. (2010)
8 %-iger Anstieg von Syphilispatient*innen mit mindestens einem*r behandelten Sexualpartner*in 26 % mehr Sexualpartner*innen wurden behandelt 83 % mehr Sexualpartner*innen wurden über STI-Risiko informiert Ohne IPN wären 381 (43 %) Partner*innen nicht aufgespürt und benachrichtigt worden	Effektivität von IPN (wenn ausschließlich E-Mail-Kontaktdaten von Partner*innen vorlagen, wurden diese per E-Mail von DIS kontaktiert)	USA	n = 361 Frühsyphilispatient*innen mit n = 888 Sexpartner*innen	Patient*innen mit Frühsyphilis	Daten aus DCDOH-Datensatz (Januar 2007 - Juni 2008)	Ehlman et al. (2010)

Befund	Gegenstand und Art der Studie	Land	N	Zielgruppe	Setting/Daten	Literatur
Partner*innen-Mitbehandlung (PDPT, EPT, APT)						
Kein signifikanter Unterschied im kumulativen Risiko für eine Reinfektion zwischen Patient*innen, die PDPT erhielten und Patient*innen, die lediglich ermutigt wurden ihre Partner*innen zu benachrichtigen (Standard PB)	Vergleich der Effektivität von Standard-PB (hier: Ermutigung zur PB) und zusätzlicher PDPT	USA	Chlamydien: n = 4418 (davon erhielten 43.3 % zusätzlich PDPT); Gonorrhoe: n = 2115 (davon erhielten 43.6 % zusätzlich PDPT)	Patient*innen mit Chlamydien oder Gonorrhoe, (Oktober 2005 - März 2008)	San Francisco City Clinic	Stephens et al. (2010)
Reinfektionsrisiko war niedriger unter EPT-Rezipient*innen, als unter Patient*innen, die nur SPR erhielten; Unterschiede sind allerdings nicht statistisch signifikant	RCT zum Vergleich der Effektivität von EPT und SPR	USA	SPR: n = 931; EPT: n = 929	Heterosexuelle Patient*innen mit Chlamydien oder Gonorrhoe	Daten von PHSKC (September 1998 - März 2003)	Shiely et al. (2010)
EPT hängt mit einem reduzierten Risiko einer Reinfektion für sowohl Chlamydien (OR, 0,7; 95 %- KI, 0,3 - 1,6), als auch Gonorrhoe (OR, 0,5; 95 %-KI, 0,2 - 1,4) zusammen; Unterschiede sind allerdings nicht signifikant	Effektivität von EPT	USA	n = 351 Indexpatient*innen (EPT)	Heterosexuelle Patient*innen mit Chlamydien oder Gonorrhoe	STI Klinik in Rocky Mountain Region	Mickiewicz et al. (2012)
Chlamydien-Positivität und Gonorrhoe-Inzidenz nahmen nach PDPT-Intervention ab, von 8,2 %, hin zu 6,5 % ($p < 0.001$) und von 59,6 auf 26,4 pro 100.000 $p < 0.001$); Nach Adjustierung für zeitliche Trends wurde der Effekt von PDPT auf eine etwa 10%-ige Reduktion sowohl für die Chlamydien-Positivität, als auch Gonorrhoe-Inzidenz geschätzt	Effektivität von PDPT	USA	n = 5164 Gonorrhoefälle; n = 52.945 Chlamydienfälle	Frauen mit Chlamydien oder Gonorrhoe (14 - 25 Jahre)	Local health jurisdictions (LHJs)	Golden et al. (2015)

Befund	Gegenstand und Art der Studie	Land	N	Zielgruppe	Setting/Daten	Literatur
PDPT: 2,33 behandelte P/I Non-PDPT-Methoden: 1,52 behandelte P/I 54 %-ige Steigerung der Anzahl behandelter Partner (P/I) durch PDPT Problematisch: PDPT trägt möglicherweise zu Reduktion von Syphilis- und HIV-Testungen unter Sexualpartnern bei	RCT zum Vergleich der Effektivität von inSPOT, PDPT und SPM	USA	n = 53 Indexpatienten mit n = 186 Partner	MSM mit Chlamydien und/oder Gonorrhoe	PHSKC-Daten (2007 - 2008) & STI-Klinik	Kerani et al. (2011)
APT (APT-Hotline: 59 %, p = 0.003 und APT-Pharmacy: 66 %, p = 0.001) führt zu höheren Raten von Partner*innen-Behandlung als SPR (36 %)	Vergleich der Effektivität von APT und SPR (hier: Interview mit Health Adviser und Mitgabe von Kontaktzetteln)	UK	n = 259 Indexpatient*innen mit n = 360 Partner*innen	Indexpatient*innen mit Chlamydien, Gonorrhoe oder NGU	2 Sexual-Health-Kliniken	Estcourt et al. (2012)
Indexpatient*innen der EPT-Gruppe beim Retesting (n = 323) wiesen eine signifikant niedrigere Reinfektions-Rate auf, als Indexpatient*innen mit der Standardbehandlung (13 % vs. 27 %)	Vergleich der Effektivität von EPT und Standardbehandlung der Indexpatient*innen	USA	n = 492 Indexpatient*innen mit Chlamydien (n = 472 haben Behandlung erhalten, davon 52 % EPT)	Indexpatient*innen mit Chlamydien (Januar 2009 - August 2011)	Urban Indian Health Service Einrichtung in Arizona	Taylor et al. (2013)

11.4 Tabellen

Tab. 11: Soziodemografische Merkmale nach Erfahrung „Wurde von Sexualkontakt über ein mögliches Ansteckungsrisiko informiert“ (N = 713)

	PB Erfahrung (n = 212)	Keine PB Erfahrung (n = 501)	Gesamt (N = 713)
*Ort der Rekrutierung***			
… NGO	55,2 %	39,1 %	43,9 %
… ÖGD	44,8 %	60,9 %	56,1 %
Interview (Detailinformationen)**	27,8 %	21,6 %	23,4 %
Ø Alter (Jahre)**	34,4	31,2	32,1
*Alterskategorien***			
Anteil 15 – 25 Jährige	19,1 %	30,2 %	26,8 %
Anteil 26 – 36 Jährige	47,4 %	48,0 %	47,8 %
Anteil 37 – 49 Jährige	22,5 %	16,1 %	18 %
Anteil 50+	11,0 %	5,7 %	7,2 %
*Geschlecht** (Eigendefinition als …)*			
… männlich	82,5 %	59,3 %	66,2 %
… weiblich	16,1 %	39,7 %	32,7 %
… trans*/inter*	1,4 %	1,0 %	1,1 %
*Sexuelle Orientierung***			
… FSF	8,6 %	12,5 %	11,54%
… MSM	67,5 %	34,8 %	44,5%
… Heterosexuelle Frauen und Männer	23,9 %	52,7 %	44,2 %
in fester Partnerschaft/Beziehung	43,4 %	52,0 %	49,4 %
Anteil 1 Jahr und länger in Beziehung**	65,2 %	45,2 %	50,4 %
einen oder mehrere feste Sexpartner*innen	68,2 %	68,5 %	68,4 %
Sex mit anderen neben der /dem festen Sex-partner_in	56,0 %	48,1 %	50,5 %
mehr als 6 Sexualkontakte im letzten halben Jahr**	46,9 %	22,5 %	29,9 %
Kondomnutzung (selten oder nie)	19,8 %	15,9 %	17,2 %
Kontaktmöglichkeit (selten oder nie)**	14,5 %	10,4 %	11,7 %
*Schulbildung***			
… Personen mit max. 9 Jahren Schule	7,7 %	3,2 %	4,5 %
… Person mit abgeschlossenem Studium	62,0 %	59,6 %	60,3 %
Haushaltsnettoeinkommen			
… Nettoeinkommen unter 500 €	11,1 %	16,1 %	14,7 %
… Nettoeinkommen über 2.000 €	46,0 %	34,0 %	37,5 %
… Bezug von Transferleistungen/staatliche Un-terstützung	9,8 %	7,4 %	8,1 %

Personen mit Migrationshintergrund	43,0 %	37,2 %	38,9 %
Personen ohne Krankenversicherung	5,2 %	6,1 %	5,8 %
*Testroutinen***			
… noch nie einen STI-Test gemacht/bisher nur HIV-Test	5,7 %	17,6 %	14,0 %
… STI-Ersttester	7,6 %	16,2 %	13,6 %
... STI-Test in den letzten 12 Monaten	67,1 %	39,3 %	47,6 %
Abfrage STI Wissen: Anteil „Wusste ich bereits“ **	49,8 %	38,7 %	42,0 %
Wohnort			
… auf dem Land/ in einem Dorf (weniger als 10.000 Einwohner*innen)	1,9 %	4,8 %	4,0 %
… Kleinstadt (10.000 bis 99.999 Einwohner*innen)	4,3 %	7,0 %	6,2 %
… mittelgroße Stadt (100.000 bis 499.000 Einwohner*innen)	11,8 %	11,7 %	11,7 %
… große Stadt (500.000 bis 999.999 Einwohner*innen)	11,4 %	16,7 %	15,1 %
… sehr große Stadt (1 Million Einwohner*innen oder mehr)	70,6 %	59,8 %	63,0 %

** auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

Tab. 12 Soziodemografische Merkmale nach Erfahrung „Können Sie sich vorstellen, Ihre SK im Falle einer STI zu informieren?“ (N = 691)

	Ja (N = 677)	**Nein (N = 14)**	**Gesamt (N = 691)**
Ort der Rekrutierung			
… NGO	44,8 %	64,3 %	45,2 %
… ÖGD	55,2 %	35,7 %	54,8 %
Interview (Detailinformationen)	24,1 %	14,3 %	23,9 %
Ø Alter (Jahre)	32,1	35,6	32,2
Alterskategorien			
… Anteil 15 – 25 Jährige	26,6 %	14,3 %	26,3 %
… Anteil 26 – 36 Jährige	48,5 %	42,9 %	48,4 %
… Anteil 37 – 49 Jährige	18,0 %	28,6 %	18,2 %
… Anteil 50+	6,9 %	14,3 %	7,1 %
Geschlecht (Eigendefinition als …)			
… männlich	65,9 %	78,6 %	66,1 %
… weiblich	33,2 %	14,3 %	32,8 %

	Ja (N = 677)	Nein (N = 14)	Gesamt (N = 691)
… trans*/inter*	0,9 %	7,1 %	1,0 %
Sexuelle Orientierung			
… FSF	12,0	0,0 %	11,7 %
… MSM	44,1 %	64,3 %	44,5 %
… Heterosexuelle Frauen und Männer	43,9 %	35,7 %	43,8 %
Wohnort			
… sehr große Stadt[4]	63,1 %	71,4 %	63,3 %
… auf dem Land/in einem Dorf[5]	3,6 %	14,3 %	3,8 %
in fester Partnerschaft/Beziehung	50,0 %	35,7 %	49,7 %
Anteil 1 Jahr und länger in Beziehung	50,8 %	80,0 %	51,2 %
einen oder mehrere feste Sexpartner*innen	69,2 %	57,1 %	69,0 %
Sex mit anderen neben der /dem festen Sex-partner*in	51,7 %	41,7 %	51,5 %
mehr als 6 Sexualkontakte im letzten halben Jahr	29,4 %	50,0 %	29,8 %
Kondomnutzung (selten oder nie)	17,1 %	37,5 %	17,6 %
Kontaktmöglichkeit (selten oder nie)	10,5 %	42,9 %	11,1 %
Bildungsabschlüsse			
… Personen mit max. 9 Jahren Schule	4,2 %	0,0 %	4,1 %
… Person mit abgeschlossenem Studium	60,7 %	71,4 %	61,0 %
Einkommen			
… Nettoeinkommen unter 500 €	14,6 %	7,1 %	14,5 %
… Nettoeinkommen über 2.000 €	37,2 %	78,6 %	38,1 %
Bezug von Transferleistungen/staatliche Unter-stützung	8,3 %	0,0 %	8,1 %
Personen mit Migrationshintergrund	38,0 %	50,0 %	38,3 %
Personen ohne Krankenversicherung	5,7 %	7,1 %	5,7 %
Bereits von STI (außer HIV) gehört	99,1 %	100,0 %	99,1 %
Es besteht Klärungsbedarf bzgl. Wissen zu STI	57,8 %	78,6 %	58,2 %
Es besteht Beratungsbedarf	79,6 %	76,9 %	79,6 %
*STI-Testung der Nutzer*innen*			
…. noch nie einen STI-Test gemacht/bisher nur HIV-Test	13,8 %	16,7 %	13,8 %
… STI-Ersttester	13,6 %	16,7 %	13,7 %
… STI-Test in den letzten 12 Monaten	47,5 %	58,3 %	47,7 %

4 Mind. 1 Mio. Einwohner*innen

5 Weniger als 10.000 Einwohner*innen

*Tab. 13: Soziodemografische Merkmale nach Erfahrung „Ist/wäre eine Information über STI durch Sexualpartner*innen ein Grund für Sie, sich testen zu lassen?“ (N = 681)*

	Ja (N = 661)	Nein (N = 20)	Gesamt (N = 681)
Ort der Rekrutierung			
… NGO	45,1 %	40,0 %	44,9 %
… ÖGD	54,9 %	60,0 %	55,1 %
Interview (Detailinformationen)	24,5 %	20,0 %	24,4 %
Ø Alter (Jahre)	32,1	31,1	32,1
Alterskategorien			
… Anteil 15 – 25 Jährige	26,7 %	26,3 %	26,7 %
… Anteil 26 – 36 Jährige	48,2 %	52,6 %	48,4 %
… Anteil 37 – 49 Jährige	18,1 %	15,8 %	18,1 %
… Anteil 50+	6,9 %	5,3 %	6,9 %
Geschlecht (Eigendefinition als …)			
… männlich	66,7 %	55,0 %	66,4 %
… weiblich	32,2 %	45,0 %	32,6 %
… trans*/inter*	1,1 %	0,0 %	1,0 %
Sexuelle Orientierung			
… FSF	11,7 %	20,0 %	11,9 %
… MSM	45,1 %	40,0 %	44,9 %
… Heterosexuelle Frauen und Männer	43,3 %	40,0 %	43,2 %
Wohnort			
… aehr große Stadt[6]	62,8 %	65,0 %	62,9 %
… auf dem Land/in einem Dorf[7]	3,0 %	5,0 %	3,1 %
in fester Partnerschaft/Beziehung	49,5 %	40,0 %	49,3 %
Anteil 1 Jahr und länger in Beziehung	50,6 %	12,5 %	49,7 %
einen oder mehrere feste Sexpartner*innen	69,0 %	65,0 %	68,8 %
Sex mit anderen neben der /dem festen Sex-partner*in	50,7 %	47,4 %	50,6 %
mehr als 6 Sexualkontakte im letzten halben Jahr	30,0 %	30,0 %	30,0 %
Kondomnutzung (selten oder nie)	17,2 %	14,3 %	17,1 %
Kontaktmöglichkeit (selten oder nie)	11,4 %	10,0 %	11,3 %

6 Mind. 1 Mio. Einwohner*innen

7 Weniger als 10.000 Einwohner*innen

Bildungsabschlüsse			
… Personen mit max. 9 Jahren Schule	4,0 %	10,0 %	4,2 %
… Person mit abgeschlossenem Studium	61,9 %	45,0 %	61,4 %
Einkommen			
… Nettoeinkommen unter 500 €	14,9 %	15,8 %	14,9 %
… Nettoeinkommen über 2.000 €	37,6 %	42,1 %	37,7 %
Bezug von Transferleistungen/staatliche Unterstützung	8,0 %	0,0 %	7,8 %
Personen mit Migrationshintergrund	39,1 %	40,0 %	39,1 %
Personen ohne Krankenversicherung	5,4 %	20,0 %	5,8 %
Bereits von STI (außer HIV) gehört	98,9 %	95,0 %	98,8 %
Es besteht Klärungsbedarf bzgl. Wissen zu STI	59,2 %	45,0 %	58,8 %
Es besteht Beratungsbedarf	79,9 %	61,1 %	79,3 %
*STI-Testung der Nutzer*innen*			
…. noch nie einen STI-Test gemacht/bisher nur HIV-Test	13,7 %	15,0 %	13,8 %
… STI-Ersttester	13,6 %	10,0 %	13,5 %
… STI-Test in den letzten 12 Monaten	47,1 %	65,0 %	47,6 %

Tab. 14: Soziodemographische Merkmale nach Beratungswunsch „Würden Sie in der Teststelle gerne zu PB beraten werden?“ (N = 713)

	Beratungsbedarf (n = 480)	**Kein Beratungsbedarf (n = 121)**	**Gesamt (N = 601)**
Ort der Rekrutierung			
… NGO	42,5	49,6	43,9
… ÖGD	57,5	50,4	56,1
Interview (Detailinformationen)**	22,1	33,9	24,5
Ø Alter (Jahre)	31,8	33,9	32,1
Alterskategorien			
… Anteil 15 – 25 Jährige	**28,4**	19,3	26,6
… Anteil 26 – 36 Jährige	47,4	48,7	47,6
… Anteil 37 – 49 Jährige	17,9	21,0	18,5
… Anteil 50+	6,3	10,9	7,2
Geschlecht (Eigendefinition als …)			
… männlich	64,4	71,1	65,8
… weiblich	34,5	28,1	33,2
… trans*/inter*	1,0	0,8	1,0

	Beratungs-bedarf (n = 480)	Kein Bera-tungsbedarf (n = 121)	Gesamt (N = 601)
Sexuelle Orientierung			
… FSF	11,6	8,3	10,9
… MSM	40,4	51,2	42,6
… Heterosexuelle Frauen und Männer	48,0	40,5	46,5
in fester Partnerschaft/Beziehung**	**51,8**	37,8	49,0
Anteil 1 Jahr und länger in Beziehung**	52,1	40,0	50,2
einen oder mehrere feste Sexpartner*innen	71,7	62,2	69,7
Sex mit anderen neben der /dem festen Sex-partner_in	51,7	50,0	51,4
mehr als 6 Sexualkontakte im letzten halben Jahr**	25,1	41,5	28,4
Kondomnutzung (selten oder nie)	17,2	15,3	16,8
Kontaktmöglichkeit (selten oder nie)	9,3	17,1	10,8
Schulbildung			
Personen mit max. 9 Jahren Schule	4,2	3,4	4,0
Person mit abgeschlossenem Studium	61,6	61,0	61,4
*Haushaltsnettoeinkommen***			
… Nettoeinkommen unter 500 €	16,4	9,6	15,0
… Nettoeinkommen 500 € bis 1000 €	17,5	13,0	16,6
… Nettoeinkommen 1000 € bis 2.000 €	32,6	22,6	30,6
… Nettoeinkommen über 2.000 €	33,5	52,8	37,8
… Bezug von Transferleistungen/staatliche Un-terstützung	8,9	6,7	8,5
Personen mit Migrationshintergrund	41,0	33,0	39,5
Personen ohne Krankenversicherung	5,7	5,8	5,7
*Testroutinen***			
… noch nie einen STI-Test gemacht/bisher nur HIV-Test	14,1	12,5	13,8
… STI-Ersttester	15,5	8,3	13,9
… STI-Test in den letzten 12 Monaten	42,7	60,0	46,3
Abfrage STI Wissen: Anteil „Wusste ich noch nicht/verstehe ich nicht“ **	62,6	48,8	59,8
Wohnort			
… auf dem Land/ in einem Dorf (weniger als 10.000 EW)	2,7	4,2	3,0
… Kleinstadt (10.000 bis 99.999 EW)	6,1	4,2	5,7
… mittelgroße Stadt (100.000 bis 499.000 EW)	12,2	12,5	12,2
… große Stadt (500.000 bis 999.999 EW)	16,2	11,7	15,3
… sehr große Stadt (1 Million EW oder mehr)	62,8	67,5	63,8

*Tab. 15: Soziodemografische Merkmale nach Erfahrung „Wurden Sie von Berater*innen von Teststellen schon mal zu STI-Übertragungswegen und Re-Infektionsrisiken informiert?“ (N = 605)*

	Ja (N = 363)	Nein (N = 242)	Gesamt (N = 605)
Ort der Rekrutierung			
… NGO	43,3 %	46,3 %	44,5 %
… ÖGD	56,7 %	53,7 %	55,5 %
Interview (Detailinformationen)**	21,8 %	29,3 %	24,8 %
Ø Alter (Jahre)**	32,2	31,4	32,5
*Alterskategorien***			
… Anteil 15 – 25 Jährige	20,4 %	31,4 %	24,8 %
… Anteil 26 – 36 Jährige	50,1 %	45,6 %	48,3 %
… Anteil 37 – 49 Jährige	22,1 %	15,5 %	19,5 %
… Anteil 50+	7,3 %	7,5 %	7,4 %
Geschlecht (Eigendefinition als…)			
… männlich	75,0 %	54,1 %	66,6 %
… weiblich	23,6 %	45,0 %	32,2 %
… trans*/inter*	1,4 %	0,8 %	1,2 %
Sexuelle Orientierung			
… FSF	9,6 %	15,0 %	11,8 %
… MSM	57,0 %	29,2 %	45,8 %
… Heterosexuelle Frauen und Männer	33,4 %	55,8 %	42,4 %
*Wohnort***			
… sehr große Stadt[8]	67,5 %	57,9 %	63,7 %
… auf dem Land/in einem Dorf[9]	2,2 %	6,7 %	4,0 %
in fester Partnerschaft/Beziehung	47,4 %	50,2 %	48,5 %
Anteil 1 Jahr und länger in Beziehung	53,6 %	50,0 %	52,2 %
einen oder mehrere feste Sexpartner*innen	68,5 %	71,9 %	69,9 %
Sex mit anderen neben der /dem festen Sexpartner*in**	56,9 %	46,6 %	52,8 %
mehr als 6 Sexualkontakte im letzten halben Jahr**	37,6 %	18,7 %	30,1 %
Kondomnutzung (selten oder nie)	18,9 %	16,5 %	18,1 %
Kontaktmöglichkeit (selten oder nie)**	13,2 %	8,3 %	11,3 %

8 Mind. 1 Mio. Einwohner*innen

9 Weniger als 10.000 Einwohner*innen

	Ja (N = 363)	Nein (N = 242)	Gesamt (N = 605)
Bildungsabschlüsse			
… Personen mit max. 9 Jahren Schule	3,9 %	5,4 %	4,5 %
… Person mit abgeschlossenem Studium	61,9 %	59,8 %	61,0 %
*Einkommen***			
… Nettoeinkommen unter 500 €	11,4 %	18,1 %	14,1 %
… Nettoeinkommen über 2.000 €	43,1 %	31,5 %	38,4 %
Bezug von Transferleistungen/staatliche Unterstützung	7,6 %	8,8 %	8,1 %
Personen mit Migrationshintergrund	40,7 %	37,8 %	39,6 %
Personen ohne Krankenversicherung	5,5 %	6,3 %	5,8 %
Bereits von STI (außer HIV) gehört	99,2 %	98,3 %	98,8 %
Es besteht Klärungsbedarf bzgl. Wissen zu STI**	52,5 %	66,4 %	58,0 %
Es besteht Beratungsbedarf**	78,5 %	87,0 %	81,9 %
*STI-Testung der Nutzer*innen***			
…. noch nie einen STI-Test gemacht/bisher nur HIV-Test	6,4 %	21,5 %	12,3 %
… STI-Ersttester	9,4 %	20,6 %	13,8 %
… STI-Test in den letzten 12 Monaten	58,9 %	34,3 %	49,2 %

*Tab. 16: Soziodemografische Merkmale nach Erfahrung „Wurden Sie schon mal von den Berater*innen der Teststellen über verschiedene Möglichkeiten zur Partnerbenachrichtigung informiert?“ (N = 586)*

	Ja (N = 67)	Nein (N = 519)	Gesamt (N = 586)
Ort der Rekrutierung			
… NGO	31,3 %	44,9 %	43,3 %
… ÖGD	68,7 %	55,1 %	56,7 %
Interview (Detailinformationen)**	10,4 %	26,8 %	24,9 %
Ø Alter (Jahre)	33,0	32,3	32,3
Alterskategorien			
… Anteil 15 – 25 Jährige	16,4 %	26,2 %	25,1 %
… Anteil 26 – 36 Jährige	59,7 %	48,1 %	49,5 %
… Anteil 37 – 49 Jährige	16,4 %	18,2 %	18,0 %
… Anteil 50+	7,5 %	7,4 %	7,4 %
Geschlecht (Eigendefinition als…)			
… männlich	77,6 %	63,8 %	65,4 %
… weiblich	22,4 %	35,0 %	33,6 %

	Ja (N = 67)	Nein (N = 519)	Gesamt (N = 586)
… trans*/inter*	0,0 %	1,2 %	1,0 %
Sexuelle Orientierung			
… FSF	6,2 %	13,2 %	12,4 %
… MSM	55,4 %	42,2 %	43,7 %
… Heterosexuelle Frauen und Männer	38,5 %	44,6 %	43,9%
Wohnort			
… sehr große Stadt[10]	61,5 %	63,6 %	63,3%
… auf dem Land/in einem Dorf[11]	0,0 %	3,9 %	3,4 %
in fester Partnerschaft/Beziehung	61,2 %	47,9 %	49,4 %
Anteil 1 Jahr und länger in Beziehung	63,1 %	50,8 %	52,5 %
einen oder mehrere feste Sexpartner*innen	68,7 %	69,0 %	69, 0%
Sex mit anderen neben der /dem festen Sex-partner*in	47,8 %	52,1 %	51,6 %
mehr als 6 Sexualkontakte im letzten halben Jahr	28,4 %	29,8 %	29,6 %
Kondomnutzung (selten oder nie)	18,2 %	16,4 %	16,5 %
Kontaktmöglichkeit (selten oder nie)	17,0 %	10,9 %	11,7 %
Bildungsabschlüsse			
… Personen mit max. 9 Jahren Schule	10,4 %	4,3 %	5,0 %
… Person mit abgeschlossenem Studium	61,2 %	61,3 %	61,3 %
Einkommen			
… Nettoeinkommen unter 500 €	15,8 %	14,6 %	14,7 %
… Nettoeinkommen über 2.000 €	36,8 %	36,1 %	36,2 %
Bezug von Transferleistungen/staatliche Unter-stützung	9,1 %	8,1 %	8,2 %
Personen mit Migrationshintergrund**	64,2 %	36,3 %	39,6 %
Personen ohne Krankenversicherung	11,9 %	5,2 %	6,0 %
Bereits von STI (außer HIV) gehört	95,5 %	99,2 %	98,8 %
Es besteht Klärungsbedarf bzgl. Wissen zu STI	46,3 %	61,1 %	59,4 %
Es besteht Beratungsbedarf	91,1 %	81,2 %	82,3 %
*STI-Testung der Nutzer*innen*			
…. noch nie einen STI-Test gemacht/bisher nur HIV-Test	10,6 %	14,0 %	13,6 %
… STI-Ersttester	7,6 %	14,6 %	13,8 %
… STI-Test in den letzten 12 Monaten	65,2 %	45,7 %	47,9%

10 Mind. 1 Mio. Einwohner*innen

11 Weniger als 10.000 Einwohner*innen

Tab. 17: Soziodemografische Merkmale nach Erfahrung „Kennen Sie STI-Heimtests zum selbst Zuhause durchführen?“ (N = 675)

	Ja (N = 228)	Nein (N = 447)	Gesamt (N = 675)
*Ort der Rekrutierung***			
… NGO	52,6 %	41,4 %	45,2 %
… ÖGD	47,4 %	58,6 %	54,8 %
Interview (Detailinformationen)	22,8 %	25,5 %	24,6 %
Ø Alter (Jahre)	32,0	32,3	32,2
Alterskategorien			
… Anteil 15 – 25 Jährige	27,9 %	25,3 %	26,2 %
… Anteil 26 – 36 Jährige	47,7 %	48,9 %	48,5 %
… Anteil 37 – 49 Jährige	17,1 %	18,6 %	18,1 %
… Anteil 50+	7,2 %	7,2 %	7,2 %
Geschlecht (Eigendefinition als…)			
… männlich	70,2 %	63,8 %	66,0 %
… weiblich	28,5 %	35,3 %	33,0 %
… trans*/inter*	1,3 %	0,9 %	1,0 %
Sexuelle Orientierung			
… FSF	12,0 %	12,0 %	11,9 %
… MSM	53,5 %	40,1 %	44,7 %
… Heterosexuelle Frauen und Männer	34,5 %	47,8 %	43,3 %
Wohnort			
… sehr große Stadt[12]	66,1 %	61,3 %	62,9 %
… auf dem Land/in einem Dorf[13]	1,8 %	4,5 %	3,6 %
in fester Partnerschaft/Beziehung	51,5 %	47,5 %	48,9 %
Anteil 1 Jahr und länger in Beziehung	48,6 %	51,0 %	50,2 %
einen oder mehrere feste Sexpartner*innen	70,5 %	68,1 %	68,9 %
Sex mit anderen neben der /dem festen Sex-partner*in	53,2 %	50,1 %	51,2 %
mehr als 6 Sexualkontakte im letzten halben Jahr**	36,5 %	27,5 %	30,5 %
Kondomnutzung (selten oder nie)	20,7 %	15,8 %	17,5 %
Kontaktmöglichkeit (selten oder nie)	11,5 %	11,4 %	11,5 %

12 Mind. 1 Mio. Einwohner*innen

13 Weniger als 10.000 Einwohner*innen

	Ja (N = 228)	Nein (N = 447)	Gesamt (N = 675)
Bildungsabschlüsse			
… Personen mit max. 9 Jahren Schule	3,1 %	3,8 %	3,6 %
… Person mit abgeschlossenem Studium	62,1 %	61,3 %	61,5 %
Einkommen			
… Nettoeinkommen unter 500 €	14,6 %	14,2 %	14,3 %
… Nettoeinkommen über 2.000 €	42,7 %	36,4 %	38,5 %
Bezug von Transferleistungen/staatliche Unterstützung	7,8 %	7,9 %	7,9 %
Personen mit Migrationshintergrund	39,0 %	38,1 %	38,4 %
Personen ohne Krankenversicherung	6,6 %	5,0 %	5,5 %
Bereits von STI (außer HIV) gehört	100,0 %	98,4 %	98,9 %
Es besteht Klärungsbedarf bzgl. Wissen zu STI**	50,7 %	62,1 %	58,2 %
Es besteht Beratungsbedarf	75,7 %	81,8 %	79,8 %
*STI-Testung der Nutzer*innen***			
… noch nie einen STI-Test gemacht	11,21 %	15,1 %	13,7 %
… STI-Ersttester	10,3 %	14,2 %	12,8 %
… STI-Test in den letzten 12 Monaten	57,6 %	43,6 %	48,3 %

Tab. 18: Soziodemografische Merkmale nach Erfahrung „Käme ein STI-Heimtest für Sie in Frage?“ (N = 599)

	Ja (N = 388)	Nein (N = 211)	Gesamt (N = 599)
Ort der Rekrutierung			
… NGO	47,4 %	40,8 %	45,1 %
… ÖGD	52,6 %	59,2 %	54,9 %
Interview (Detailinformationen)	26,3 %	21,3 %	24,5 %
Ø Alter (Jahre)	32,5	31,6	32,2
Alterskategorien			
… Anteil 15 – 25 Jährige	24,2 %	31,7 %	26,8 %
… Anteil 26 – 36 Jährige	50,3 %	43,4 %	47,9 %
… Anteil 37 – 49 Jährige	17,4 %	19,0 %	18,0 %
… Anteil 50+	8,1 %	5,9 %	7,3%
Geschlecht (Eigendefinition als …)			
… männlich	68,7 %	64,9 %	67,3 %
… weiblich	30,8 %	33,2 %	31,7 %
… trans*/inter*	0,5 %	1,9 %	1,0 %

	Ja (N = 388)	Nein (N = 211)	Gesamt (N = 599)
Sexuelle Orientierung			
… FSF	11,2 %	12,4 %	11,7 %
… MSM	43,9 %	46,9 %	44,9 %
… Heterosexuelle Frauen und Männer	44,9 %	40,7 %	43,4 %
*Wohnort***			
… sehr große Stadt[14]	61,9 %	63,0 %	62,3 %
… auf dem Land/in einem Dorf[15]	4,4 %	2,4 %	3,7 %
in fester Partnerschaft/Beziehung	49,1 %	48,6 %	48,9 %
Anteil 1 Jahr und länger in Beziehung	49,5 %	53,6 %	50,9 %
einen oder mehrere feste Sexpartner*innen	68,7 %	66,2 %	67,8 %
Sex mit anderen neben der /dem festen Sex-partner*in	52,0 %	48,5 %	50,8 %
mehr als 6 Sexualkontakte im letzten halben Jahr	32,0 %	28,1 %	30,6 %
Kondomnutzung (selten oder nie)	18,0 %	19,1 %	18,3 %
Kontaktmöglichkeit (selten oder nie)**	9,7 %	14,0 %	11,2 %
*Bildungsabschlüsse***			
… Personen mit max. 9 Jahren Schule	3,7 %	4,8 %	4,1 %
… Person mit abgeschlossenem Studium	65,3 %	52,2 %	60,6 %
Einkommen			
… Nettoeinkommen unter 500 €	13,7 %	13,9 %	13,8 %
… Nettoeinkommen über 2.000 €	41,8 %	33,3 %	38,8 %
Bezug von Transferleistungen/staatliche Unter-stützung	8,2 %	6,3 %	7,5 %
Personen mit Migrationshintergrund	39,2 %	38,5 %	39,0 %
Personen ohne Krankenversicherung	7,3 %	3,3 %	5,9 %
Bereits von STI (außer HIV) gehört	99,0 %	98,6 %	98,8 %
Es besteht Klärungsbedarf bzgl. Wissen zu STI	58,8 %	56,5 %	58,0 %
Es besteht Beratungsbedarf	79,2 %	79,6 %	79,3 %
*STI-Testung der Nutzer*innen*			
…. noch nie einen STI-Test gemacht/bisher nur HIV-Test	13,1 %	12,1 %	12,8 %
… STI-Ersttester	15,5 %	13,6 %	14,8 %
… STI-Test in den letzten 12 Monaten	45,4 %	51,9 %	47,7 %

14 Mind. 1 Mio. Einwohner*innen

15 Weniger als 10.000 Einwohner*innen

Tab. 19: Die folgenden Aussagen zu sexuell übertragbaren Infektionen sind alle wahr. Wussten Sie das bereits? (n = 715, gruppiert in Prozent)

	Wusste ich bereits	Ich bin mir nicht sicher/ Das wusste ich noch nicht/ Das verstehe ich nicht/ Das glaube ich nicht
Geschlechtskrankheiten werden beim Sex übertragen.	97,6	2,4
Eine Infektion mit einer STI (Syphilis, Chlamydien, Tripper) löst häufig keine Symptome aus.	61,1	38,9
Früh erkannt, können STI wie Syphilis, Chlamydien oder Tripper heutzutage mit Antibiotika gut geheilt werden.	78,5	21,5
Einen vollständigen Schutz vor einer STI gibt es nicht. Doch die Verwendung von Kondomen kann das Risiko einer Ansteckung stark einschränken.	91,2	8,8
Mit steigender Zahl an wechselnden Sexualpartner*innen erhöht sich das Risiko, sich mit einer STI anzustecken.	97,5	2,5
Um eine Wiederansteckung (Ping-Pong-Effekt) zu verhindern, sollten Menschen, die wegen einer STI behandelt werden, auf Geschlechtsverkehr verzichten bis die Infektion bei ihnen und ihren Sexualpartner*innen nicht mehr nachweisbar ist.	81,0	19,0
Die Sexualpartner*innen (mindestens) der letzten 6 Monate sollten getestet und falls nötig behandelt werden, um eine Weiterverbreitung der STI aber auch eine Wiederansteckung (Ping-Pong-Effekt) zu vermeiden.	74,3	25,7

Tab. 20: Auf einer Skala von 1 bis 10: Wie gut fühlen Sie sich zum Thema Übertragungswege bzw. Reinfektionsrisiko informiert? (1 = sehr gut informiert und 10 = sehr schlecht informiert bzw. gruppiert in Prozent)

	Einschätzung der Berater*innen (n = 43)	Selbsteinschätzung Klient*innen (n = 161)
Syphilis	6,3	4,7
Tripper	5,4	4,7
Chlamydien	5,2	4,4
Syphilis		
… gut bis sehr gut (1 – 3)	11,6 %	39,8 %
… mittel (4 – 7)	51,2 %	42,9 %
… schlecht (8 – 10)	37.2 %	17,4 %
Tripper		
… gut bis sehr gut (1 – 3)	18,6 %	41,9 %
… mittel (4 – 7)	65,1 %	37,5 %
… schlecht (8 – 10)	16,3 %	20,6 %

	Einschätzung der Berater*innen (n = 43)	Selbsteinschätzung Klient*innen (n = 161)
Chlamydien		
… gut bis sehr gut (1 – 3)	16,3 %	46,9 %
… mittel (4 – 7)	69,8 %	35,6 %
… schlecht (8 – 10)	13,9 %	17,5 %

11.5 Konzeptionelle Gedanken zur Partner*innen-Benachrichtigung im WIR

*Abb. 32: Konzeptionelle Gedanken zur Partner*innen-Benachrichtigung (Stand April 2019, übermittelt durch Aidshilfe Bochum)*

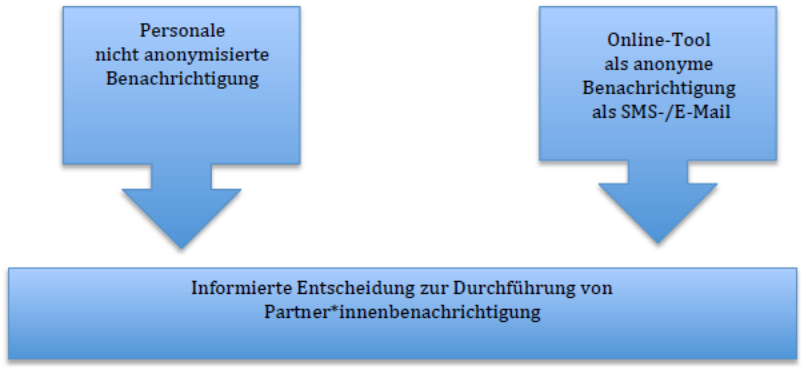
WALK IN RUHR
ZENTRUM
FÜR SEXUELLE
GESUNDHEIT
UND MEDIZIN

Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin (kurz: WIR)
Große Beckstr. 12
44787 Bochum

Konzeptionelle Gedanken zur Partner*innenbenachrichtigung

Partner*innenbenachrichtigung (im Englischen partner notification) kann als Methode beschrieben werden, welche sich die Unterbrechung der **Infektionsketten** bei sexuell übertragbare Infektionen zum Ziel gesetzt hat. Im WIR bedeutet dies, dass die (möglicherweise) infizierten Sexualpartner*innen eines neu entdeckten Infizierten vom ihm selbst unterrichtet werden.

Zwei Verfahren der „Partner*innen-Benachrichtung" gibt es:



Adressat*innen der Partner*innenbenachrichtigung[1]:
Gruppe 1:
Alle Nutzer*innen mit einer diagnostizierten STI
Gruppe 2:
Alle Nutzer*innen, die einen STI-Check machen wollen
Gruppe 3:
Generell alle Nutzer*innen, die ein Präventionsgespräch zu STI erhalten.
Gruppe 4:
Generell alle Nutzer*innen des WIR, bei denen im Gespräch das Thema Partner*innenbenachrichtigung bedeutsam wurde

[1] Die Reihenfolge der Gruppen ist mit einer Priorisierung der Zielgruppen gleich zu setzen.

11.6 Fallvignetten

Von den Einrichtungen wurden uns Beschreibungen typischer Fälle zur Verfügung gestellt.

Fall A

Ein junger schwuler Mann, 27 Jahre alt, der bereits wiederholte Male das Test-Angebot aufgesucht hat, war sich unsicher, ob er zu seinen Routine-Tests eine Abstrich-Untersuchung auf Chlamydien und Gonokokken im Rachenraum machen sollte. Er hätte einen leichten Schluckschmerz und auch leicht geschwollene Lymphknoten gehabt, was aber auch zu seiner Erkältung gepasst hätte. Es sei jetzt wieder besser, er würde sich aber am Wochenende mit einem Sexpartner treffen, den er öfter treffe, aber nicht infizieren wolle … Wobei er nicht ausschließen konnte, sich bei ihm infiziert zu haben. Der orale Abstrich war Gonokokken-positiv befundet. Telefonisch erfolgte bei der Ergebnisabfrage eine längere Beratung zum weiteren Vorgehen, da der Mann keine Antibiotika nehmen wollte. Er wurde motiviert, mit dem Sexpartner zu reden, ihn zu informieren – was ihm jedoch unangenehm war, da sie keine feste Beziehung hätten. Im Nachhinein gab es dahingehend Gewissheit, dass ein Gespräch stattgefunden hat, da ein junger Mann zum Abstrich-Test kam, der u. a. äußerte, sonst zu seinem Arzt zu gehen, aber von einem Freund, der immer hierher kommen würde und der einen positiven Befund gehabt hätte, aufgefordert wurde, sich auf Gonorrhoe testen zu lassen.

Fall B

Ein etwa 30-jähriger Mann lässt sich auf STI testen. Der Chlamydien-Test fällt positiv aus. Auf den Hinweis zu Re-Infektionsrisiken äußert der Mann Bedenken, da er in einer festen Beziehung mit einer Frau lebt, aber auch sexuelle Kontakte zu Männern pflegt. Seine Partnerin weiß nichts davon und er hat große Angst, entdeckt zu werden und dass seine Beziehung kaputt geht.

Fall C

Mail: Guten Tag! Firstly, I am writing you in English because my German is nicht gut. Sorry for that. I got your contact from a colleague, as he said that at your organisation it is possible to do STD tests. One guy with whom I had intercourse informed me that he has gonorrhea so I would like to test myself. Your website is in German so I didn‚t quite understand when the tests can be done or do I need to bring any documents, id with me. Wish you a nice day!“

Fall D

Ausgangssituation: Klient nimmt Möglichkeit des Screenings auf HIV und STIs wahr. In der Beratung berichtet der Klient von ungeschützten sexuellen Kontakten mit aktivem und passivem AV, Oralverkehr passiv und aktiv, inklusive „Rimming“ (Oral-analer Verkehr), sowie „Fisting“. Letzte Risikosituation vor 6 Wochen, in den letzten Jahren 2x jährlich HIV/STI-Check, Z.n. Lues vor 2 Jahren, urethrale GO vor einem Monat. Klient sei bzgl. HAV und HBV geimpft, Auffrischung vor 3 Jahren, Klient habe keine Symptome.

Durchgeführte Tests: HIV, HCV, Lues, GO und CT urethral (Urin), pharyngeal (Abstrich), anal (Selbstabstrich)

Testergebnis: Positiver Befund im Analabstrich auf CT = anale Chlamydien-Infektion, alle anderen Befunde negativ, Lues Befund aufgrund des Zustands nach Lues reaktiv, niedriger TPPA-Titer, Aktivitätsmarker (VDRL und IgM) negativ = Abbildung der alten Infektion, kein Hinweis auf Reaktivierung oder Neuinfektion

Testmitteilung: Testergebnisse werden mitgeteilt, Klient weiterhin beschwerdefrei (keine Schmerzen bei Defäkation, kein Schleimabgang/peranaler Ausfluss, keine Blutung), keine inguinale Lymphknotenschwellung. Nochmalige Information des Patienten über wahrscheinlichen Infektionsweg (AV, ggf. auch über „Rimming“ und „Fisting“), antibiotische Therapienotwendigkeit, ggf. Komplikationen, Fortschreiten der Infektion, Partnerbenachrichtigung.

Bei dem Hinweis auf Partnerbenachrichtigung wird thematisiert:

- Notwendigkeit der Partnerbenachrichtigung, um Infektionskette zu durchbrechen und Transmission an weitere Partner zu vermeiden (wahrscheinlich Partner ebenfalls asymptomatisch!)
- Vermeidung eines Ping-Pong-Effekts, Benefit für Klienten selbst (Klient ist gefährdet, durch gleichen, symptomlosen Partner erneut eine Infektion zu bekommen)
- Thema „Fairness“ (Würde sich der Klient selbst auch eine Partnerbenachrichtigung wünschen? Frage bejaht.)

Klient einsichtig bezüglich der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der Partnerbenachrichtigung. Er gibt an, die Partner der letzten 3 Monate informieren zu wollen und auf das kostenlose und anonyme Testangebot in der Einrichtung hinzuweisen. Test auf Chlamydien sollte bei den Partnern an allen Prädispositionsorten (v. a. auch urethral) erfolgen.

Abschließend Weiterleitung zur Behandlung beim Schwerpunktarzt, sowie der Empfehlung einer vorherigen Typisierung auf LGV (wichtig für Länge/Intensität der antibiotischen Therapie). Sexpause bis Behandlung wirksam abgeschlossen ist, Kontrolluntersuchung 3 Wochen nach Therapieende. Aufgrund des anonymen Testangebots ist die erfolgte Partnerbenachrichtigung nicht nachvollziehbar, generell ist eine Partnerbenachrichtigung bei MSM jedoch häufig der Grund für eine Testnachfrage!

Fall E

Alter: Ca. 30 Jahre

Geschlecht: männlich

Sexuelle Orientierung: bisexuell

Herkunftsland: Osteuropa

Deutschkenntnisse: eingeschränkt

Krankenversicherung in Dtl.: unklar

Kenntnis der Beratungsstelle: durch Freunde/Bekannte

Besuchsanlass: Sexualpartner hat eine sexuell übertragbare Infektion

1. Besuchszeitpunkt:

Der Klient kam zur Testberatung. Grund hierfür war, dass sein Freund, mit dem er seit vier Jahren in einer Beziehung lebt, ein Brennen im Genitalbereich verspürte und ihn auf-

forderte, sich auch testen zu lassen. Er meinte, dass er Kontakt zu einem anderen Mann gehabt habe, wobei das Kondom kaputt gegangen sei. Sein schlechtes Gewissen bzw. Gefühl, das der Klient jetzt hat, möchte er ausräumen, indem er sich ebenfalls testen lassen will.

Es wurden Untersuchungen auf HIV, Lues, Hepatitis A, B und C sowie ein oraler, urethraler und analer Abstrich auf Gonorrhoe und Chlamydien veranlasst.

2. Besuchszeitpunkt:

Dem Klienten wurde mitgeteilt, dass eine HIV-Infektion diagnostiziert wurde. Ferner fanden sich eine ausgeheilte Hepatitis-B-Infektion und Hepatitis A – IgG-Antikörper. Die Abstriche waren unauffällig.

Es stellte sich dann im Gespräch heraus, dass der Klient verheiratet ist, eine Tochter hat und beide auch wegen Kinderwunsches ungeschützte sexuelle Kontakte hätten. Seine Frau weiß weder von der Beziehung zu dem anderen Mann, noch von seiner Bisexualität. Er sagte, dass ein HIV-Test vor einem Jahr in Osteuropa negativ ausgefallen sei. Daraufhin wurde er aufgeklärt, worum es bei der HIV-Infektion geht, worauf zu achten ist und dass er in ärztliche Behandlung gehen müsse. Auf die Frage, was passiere, wenn er nicht in ärztliche Behandlung gehen würde, wurde er über die Konsequenzen der Nichtbehandlung aufgeklärt.

Es wurde ihm erklärt, dass die Therapien mittlerweile sehr gut vertragen werden und dazu führen, dass man in der Regel nach ca. einem 1/2 Jahr unterhalb der Virusnachweisgrenze ist. Dadurch wird das Infektionsrisiko so gering, dass durch ungeschützte sexuelle Kontakte nicht mehr mit einer Übertragung des HI-Virus zu rechnen ist. Bis er aber unter der Nachweisgrenze ist, ist er verpflichtet, mit allen Personen geschützten sexuellen Kontakt zu haben, insbesondere trotz des Kinderwunsches mit seiner Frau.

Auf die Frage, ob er in Deutschland krankenversichert ist, konnte der Klient keine klare Antwort geben. Der Klient wurde darüber informiert, dass man in einer Praxis gleich einen Termin vereinbaren und ihn dort gut anbinden kann, damit er ärztlich gut versorgt ist. Er wurde auch darauf hingewiesen, dass auch seine Frau sich unbedingt testen lassen muss, und dass dies auch bei uns möglich ist. Der Klient war einverstanden und gab zu verstehen, dass er seine Frau jetzt gleich holt, die im Auto vor der Türe auf ihn wartete.

Innerhalb weniger Minuten erschien er wieder mit seiner Frau. Es stellte sich heraus, dass sie sehr jung war – ca. 20 Jahre alt – und trotz Wohnort in Deutschland kein Wort deutsch verstand. Deshalb wurde er gebeten, zu dolmetschen und seiner Frau zu erklären, dass sie sich jetzt auch gleich testen lassen sollte, womit sie auch gleich einverstanden war. Auf die Frage, was er übersetzt hat, antwortete er, dass es um die Untersuchung von Bakterien ginge. Eine Mitarbeiterin unserer Beratungsstelle hörte zuvor zufällig schon auf dem Flur, dass er seiner Frau etwas erklärte und dabei das Wort „Bakterien“ fiel. Daraufhin kamen Zweifel an der korrekten Übersetzung auf und auch daran, ob seine Frau überhaupt verstand, um was es ging, da sie eher unerfahren wirkte. Deshalb wurde entschieden, spätestens bei der Befundmitteilung einen Sprachmittler hinzuzuziehen.

Nach der Übergabe seiner Ehefrau ins Labor für die Blutentnahme ergab sich zufällig die Gelegenheit, einen Kollegen aus einem anderen Bereich im Hause hinzuzuziehen, der übersetzen konnte, da.auf die Schnelle kein Sprachmittler gebucht werden konnte. Der Klient war mit der Sprachmittlung einverstanden, jedoch wollte er das Gespräch ohne seine Frau führen.

So wurde das Gespräch noch einmal mit Sprachmittlung wiederholt und alle oben genannten Inhalte nochmals mit ihm besprochen. Besonders wurde er darauf hingewiesen, dass die wissentliche Übertragung einer HIV-Infektion dem Straftatbestand einer Körperverletzung entspricht. Die Frage, ob seine Frau über die Beziehung zu seinem Freund informiert sei und auch über zwei bis drei weitere Männer, zu denen er im vergangenen Jahr sexuelle Kontakte hatte, verneinte er. Daraufhin fragte er, wie er es seiner Frau mitteilen soll, dass er jetzt nur noch mit Kondom sexuelle Kontakte mit ihr haben kann. Es wurden ihm unterschiedliche Möglichkeiten von Gründen aufgezeigt, warum Sex nur mit Kondom möglich ist. Daraufhin meinte er, dass er dann lieber keinen Sex habe. Seine nächste Frage bezog sich darauf, wie er seine vierjährige Tochter, die in Osteuropa lebt, schützen kann. Über die entsprechenden Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten wurde er aufgeklärt. Eine weitere Frage war, ob sie noch weitere Kinder bekommen können, und ob seine HIV-Infektion möglicherweise die Ursache für den Verlust eines ungeborenen Kindes im fünften Schwangerschaftsmonat diesen Jahres war. Auch darüber wurde er ausführlich informiert.

Am Ende des Gesprächs wurde ihm Unterstützung im Hinblick auf psychosoziale Hilfen angeboten, sowie die Adressenliste von HIV-Schwerpunktpraxen mitgegeben. Der Klient wollte diese Liste jedoch nicht mitnehmen, sondern zunächst das Testergebnis seiner Frau abwarten. Er verabschiedete sich mit den Worten, dass er jetzt in die Arbeit gehe. Das sei wohl das Beste, um sich jetzt abzulenken.

3. Besuchszeitpunkt:

Der Klient kam in Begleitung seiner Frau. Über den hinzugezogenen Sprachmittler wurde ihnen mitgeteilt, dass bei ihr bisher keine HIV-Infektion festgestellt werden konnte. Besonders hervorgehoben wurde die dringende Empfehlung, unter Berücksichtigung der diagnostischen Lücke den HIV-Test später zu wiederholen.

Fazit: Wohl auch aufgrund des aufgebauten Vertrauensverhältnisses zeigte der Klient sich durchgehend sehr kooperativ, obwohl er große Angst davor hatte, dass seine Frau von seiner Beziehung zu seinem Freund erfahren würde.

Fall F

Ein osteuropäischer Mann kommt in die AIDS/STD-Beratung mit Symptomen einer Syphilis (Ulceration am Penis, unspezifische rote Punkte an den Hautflächen). Er hatte vor ca. 15 Jahren schon einmal eine Syphilis-Infektion. Diese war damals ausreichend behandelt worden und ausgeheilt. Er befürchtete eine Reinfektion seiner Syphilis. Der Laborbefund bestätigt jedoch eine frische Syphilis-Infektion.

Er gibt an, nur vor ca. fünf Monaten Oralverkehr mit einer Frau gehabt zu haben. Seither hätten keine weiteren Sexualkontakte stattgefunden. Die zeitliche Diskrepanz zwischen Laborbefund und seinen Angaben ist im weiteren Gespräch nicht zu klären. Auch zu der Frau hat er keinen Kontakt mehr.

Fall G

Eine minderjährige Frau aus einem afrikanischen Land erhält bei uns ein positives HIV-Testergebnis. Die Klientin bittet uns um Unterstützung bei der Benachrichtigung ihres Partners. Da beide nur geschützten Geschlechtsverkehr hatten, ist davon auszugehen,

dass der Partner nicht durch die junge Frau infiziert sein kann. Ihr volljähriger Partner kommt wie sie aus einem afrikanischen Land. Er spricht nur Französisch.

Ein Kollege von uns stammt auch aus einem afrikanischen, französisch-sprachigen Land. Er bietet sich an, die junge Frau bei der Mitteilung ihres Testergebnisses zu unterstützen. Die junge Frau ist bereit, ihren Partner zu einem gemeinsamen Gespräch in die Beratungsstelle zu bringen. Sie will ihn aber auf keinen Fall selbst über ihre Infektion informieren.

Der Kollege berücksichtigt beim Gespräch mit dem Partner und der jungen Frau kulturspezifische Aspekte. Um eine gemeinsame Gesprächsebene herzustellen, informiert er den jungen Mann zunächst über den allgemeinen Aufgabenbereich unserer Beratungsstelle, der Beratung zu und Diagnostik von sexuell übertragbaren Infektionen. Er fragt ihn, wie weit seine Kenntnis über diese Infektionen geht. Dann geht er auf HIV ein. Er fragt nach Erfahrungen des jungen Mannes mit HIV in seinem Heimatland.

Der Kollege spricht den jungen Mann als Teil der afrikanischen Community an, zu der der Kollege sich selbst auch rechnet. Diese hat große Vorbehalte gegenüber Menschen mit HIV. In Afrika habe er Menschen erlebt, die von ihren Angehörigen und Freunden verlassen wurden. Diese seien nicht an AIDS, sondern aufgrund der erlebten Isolation gestorben. Der Kollege spricht außerdem an, dass es aufgrund der Tabus um dieses Thema und der Ängste vor dem Verlassenwerden, schwer ist, darüber zu reden. Zwischen dem jungen Mann und unserem Kollegen findet ein Erfahrungs- und Meinungsaustausch im Umgang mit HIV-infizierten Menschen in der afrikanischen Community statt, ohne dass zunächst darüber gesprochen wird, warum er hier ist.

Es gelingt dem Kollegen, über die gemeinsame Bindung zur afrikanischen Community eine Beziehung ähnlich wie zwischen Vater und Sohn herzustellen. Zugleich entfaltet der junge Mann im Gespräch seine tolerante Haltung zu Menschen mit einer HIV-Infektion.

Erst dann eröffnet ihm der Kollege, dass seine Freundin hier zum HIV-Test war, und dass dieser Test positiv ausgefallen ist. Das weitere Gespräch ist nun in den vorher gespannten Rahmen eingebettet. Der junge Mann erzählt, dass er gespürt hat, dass seine Freundin etwas beschäftigt, er aber nicht wusste, was sie beschäftigte. Sie hatte sich geweigert, mit ihm darüber zu sprechen.

Der weitere Gesprächsverlauf ist trotz der schwerwiegenden Mitteilung entspannt. Es ist nun offen, worum es geht. Obwohl noch darüber gesprochen wird, dass es für ihn schwierig sein kann, die Beziehung aufrechtzuerhalten, sagt der junge Mann deutlich, dass er nicht daran denkt, die junge Frau zu verlassen. Er liebt sie. Da sie sich bisher beim Sex geschützt haben, wird sich auch dort erst mal nichts ändern.

Für beide ist der Hinweis, dass die Ansteckungsfähigkeit von HIV durch eine gute Behandlung aufgehoben werden kann, eine wichtige Information. Sie haben ihre weitere Zukunft im Blick und auch den Wunsch nach Kindern.

Er entscheidet sich, zur Kontrolle ebenfalls einen HIV-Test hier zu machen, obwohl von seiner Seite keine Risiken vorhanden waren. Beide sind nach dem Gespräch erleichtert und fühlten sich in der Beratungsstelle gut aufgehoben.

Fall H

Ein Mann bekommt ein positives Ergebnis einer Gonorrhoe (GO). Er erhält das Angebot, seinen Sexualpartner in der Beratungsstelle behandeln zu lassen. Er steht diesem Angebot sehr positiv gegenüber. Kurze Zeit später kündigt er telefonisch seinen Partner für die

nächste Sprechstunde an. Der Partner kommt in die Beratungsstelle und wird therapiert. Um Resistenzen auszuschließen wird außerdem eine GO-Kultur angelegt.

11.7 Erhebung geschlechtsspezifischer Merkmale im Checkpoint BLN

Abb. 33: Fragebogen PreP (Stand September 2019, übermittelt durch Checkpoint BLN)

CRF PrEP 500 **PrEP-ID:** |__|__|__|

BASELINE 1: Visite Nr.: |___|

Datum der Vorstellung |___|___|___|___|___|___|___|___|

Geburtsjahr (JJJJ) |___|___|___|___|; Alter ___ Jahre

Berlinpass liegt vor |__| gültig bis |___|___|___|___|___|___|___|___|

Psychosoziale Beratung erhalten: ja O nein O

Fragenbogen ausgefüllt: ja O nein O (Visite1, Monat 3, Monat 12)

*(von Berater*in auszufüllen)*

Definiert sich als: männlich O weiblich O trans* O inter* O _____O

Pronomen: er/he O sie/she O er_sie O

they O kein Pronomen/no pronouns O _____ O

Geschlecht bei Geburt: männlich O weiblich O divers* O

Vitalparameter:

RR ___/___mmHG HF___ T° ___° KG____kg Gr: ____cm

Körperliche Untersuchung durchgeführt: ja O nein O

Auffälligkeiten:

Klinischer Anhalt für akute HIV-Infektion: nein O ja O

STI: Screening: wurden veranlasst O

Rückstellproben: abgenommen: ja O nein O

Impfungen:

Impfausweis liegt vor: ja O nein O

Impfung HAV: vorhanden O unklar O nicht vorhanden O

Impfung HBV: vorhanden O unklar O nicht vorhanden O

_____ (Datum, Unterschrift Arzt*in)

Baseline 1 CRF_PrEP500, V1.6