

ECDC-SONDERBERICHT

Halbzeitbilanz der Umsetzung und Wirkung der deutschen Strategie BIS 2030 zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen

Mai 2024



Danksagungen

Dieser Bericht des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) wurde von Teymur Noori und Charlotte Deogan koordiniert und durch die CHIP/Region H, Rigshospitalet, Universität Kopenhagen, auf der Grundlage des Sondervertrags 4 ECD.15041 zur Durchführung des Rahmenvertrags ECDC/2021/020 von Annemarie Rinder Stengaard, Dorthe Raben und Jürgen Rockstroh erstellt.

Danksagungen

Das ECDC dankt den zahlreichen deutschen Akteuren (Anhang 1 und 2), die die Halbzeitbilanz durch die Bereitstellung von Informationen, Daten und Hinweisen unterstützt haben. Ihre Zuarbeiten waren ein wichtiger Beitrag, um eine umfassende und akkurate Bewertung zu gewährleisten. Aus Gründen des Datenschutzes werden jedoch keine Einzelnamen aufgeführt.

Vorgeschlagene Quellenangabe: Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten. Halbzeitbilanz der Umsetzung und Wirkung der deutschen Strategie BIS 2030 zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen Stockholm: ECDC, 2024.

Inhalt

Abkürzungen	v
Zusammenfassende Darstellung	1
1 Hintergrund	2
2 Zweck und Zielsetzung	3
3 Methoden	4
3.1 Befragung beteiligter Akteure	4
3.2 Recherche anhand von Unterlagen	4
3.3 Vor-Ort-Überprüfung und Interviews mit beteiligten Akteuren	4
4 Lageanalyse	6
4.1 Landesspezifischer Kontext	6
4.2 Epidemiologie und Überblick über Maßnahmen	6
4.2.1 HIV	6
4.2.2 Sexuell übertragbare Infektionen	12
4.2.3 Virale Hepatitis B und C	17
5 Ergebnisse	24
5.1 Schaffung gesellschaftlicher Akzeptanz	24
5.1.1 Ergebnisse der Befragung beteiligter Akteure	24
5.1.2 Was funktioniert gut	26
5.1.3 Festgestellte Herausforderungen	26
5.1.4 Vorrangige Maßnahmen	27
5.2 Weiterer Ausbau bedarfsorientierter Dienstleistungen	27
5.2.1 Ergebnisse der Befragung beteiligter Akteure	27
5.2.2 Was funktioniert gut	31
5.2.3 Festgestellte Herausforderungen	32
5.2.4 Vorrangige Maßnahmen	32
5.3 Weiterentwicklung integrierter Präventions-, Test-, und Versorgungsangebote	33
5.3.1 Ergebnisse der Befragung beteiligter Akteure	34
5.3.2 Was funktioniert gut	35
5.3.3. Festgestellte Herausforderungen	39
5.3.4 Vorrangige Maßnahmen	41
5.4 Förderung sektorübergreifender Vernetzung und Zusammenarbeit	42
5.4.1 Ergebnisse der Befragung beteiligter Akteure	42
5.4.2 Was funktioniert gut	43
5.4.3 Festgestellte Herausforderungen	43
5.4.4 Vorrangige Maßnahmen	44
5.5 Weiterer Ausbau der Wissensbasis und der Datennutzung	44
5.5.1 Ergebnisse der Befragung beteiligter Akteure	44
5.5.2 Was funktioniert gut	45
5.5.3 Festgestellte Herausforderungen	45
5.5.4 Vorrangige Maßnahmen	46
6. Übergreifende vorrangige Maßnahmen	47
6.1 Übergreifende vorrangige Maßnahme 1: Gewährleistung einer „allgemeinen Gesundheitsversorgung“	47
6.2 Übergreifende vorrangige Maßnahme 2: Verbesserung der Lebensqualität von Menschen, die mit HIV und viraler Hepatitis leben	47
6.3 Übergreifende vorrangige Maßnahme 3: Erweiterung und Verbesserung bedarfsorientierter und integrierter Angebote	48
6.4 Übergreifende vorrangige Maßnahme 4: Politische Führung und Koordination	48
6.5 Übergreifende vorrangige Maßnahme 5: Kontrolle der Umsetzung der Strategie BIS	49
6.6 Übergreifende vorrangige Maßnahme 6: Ermittlung von Risiken für eine erfolgreiche Umsetzung der Strategie BIS 2030 und Erarbeitung von Lösungen zur Risikobegrenzung	49
Referenzen	50
Anhang 1. Auflistung der beteiligten Akteure: Empfangende und Teilnehmende der Umfrage	54

Abbildungen

Abbildung 1. Schätzung der Anzahl von PrEP-Nutzern in Deutschland anhand der Verschreibungsdaten der Apotheken von Insight Health über die Zeit hinweg in Deutschland	8
Abbildung 2. PrEP-Nutzer nach PrEP-Indikation gemäß Leitlinien und gesetzlichen Vorschriften 2022, Mehrfachantworten möglich	8
Abbildung 3. HIV-Neuinfektionen in Deutschland (1980–2021)	9

Abbildung 4. Kontinuierliche HIV-Versorgung (Continuum of Care), Deutschland, 2021*	10
Abbildung 5. Anzahl der gemeldeten Syphilisfälle nach Übertragungsweg und Geschlecht, 2001 - 2022, Deutschland	13
Abbildung 6. Anzahl der wegen Hepatitis C behandelten Personen, 2014 - 2022, Deutschland	23
Abbildung 7. Übersicht über die Beantwortung der Umfrage nach Kategorie der Akteure	24
Abbildung 8. Antworten in der Umfrage zum Umfang der unternommenen Maßnahmen*, um STI zu enttabuisieren: drei Ansätze (a - c)	25
Abbildung 9. Antworten auf die Umfrage zum Umfang der ergriffenen* Maßnahmen zum Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung: 5 Ansätze (a - e)	26
Abbildung 10. Antworten auf die Umfrage zum Umfang der ergriffenen Maßnahmen* zum weiteren Ausbau bedarfsorientierter Dienstleistungen: 4 Aktivitäten	28
Abbildung 11. Antworten auf die Umfrage zum Umfang der ergriffenen Maßnahmen*, um Dienstleistungen stärker an gruppenspezifischen Anforderungen auszurichten: allgemeine Bevölkerung, Jugendliche und junge Menschen sowie Schwangere	28
Abbildung 12. Antworten auf die Umfrage zum Umfang der ergriffenen Maßnahmen*, um Dienstleistungen stärker an gruppenspezifischen Anforderungen auszurichten: Migrantinnen und Migranten	29
Abbildung 13. Antworten auf die Umfrage zum Umfang der ergriffenen Maßnahmen*, um Dienstleistungen stärker an gruppenspezifischen Anforderungen auszurichten: Männer, die Sex mit Männern haben, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter sowie Trans*-Personen	30
Abbildung 14. Antworten auf die Umfrage zum Umfang der ergriffenen Maßnahmen*, um Dienstleistungen stärker an gruppenspezifischen Anforderungen auszurichten: Haftinsassen und injizierende Drogengebrauchende	30
Abbildung 15. Antworten auf die Umfrage zum Umfang der Maßnahmen zur Reduzierung der Übertragungen: drei Ansätze	34
Abbildung 16. Antworten auf die Umfrage zum Umfang der Maßnahmen zur Reduzierung der Übertragungen: drei weitere Ansätze	34
Abbildung 17. Antworten auf die Umfrage nach dem Umfang der Maßnahmen zur Erhöhung der Diagnoseraten und zur Verringerung von Spät Diagnosen: sieben Ansätze	35
Abbildung 18. Antworten auf die Umfrage nach dem Umfang der Maßnahmen zur Verbesserung der Betreuungsleistungen: zwei Ansätze	34
Abbildung 19a. Umsetzung des „Check-up 35+“, 2022	38
Abbildung 19b. Umsetzung des „Check-up 35+“, 2022	38
Abbildung 20. Überwachung und Bewertung von Testprogrammen (1)	41
Abbildung 21. Antworten auf die Umfrage nach den Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Dienstleistungen durch sektorübergreifende Vernetzung und Zusammenarbeit	43
Abbildung 22. Antworten auf die Umfrage nach dem Umfang der Maßnahmen zur Erweiterung der Wissensbasis und Datennutzung	45

Tabellen und Kästen

Tabelle 1. HIV-bezogene Indikatoren, Ziele und Stand der Fortschritte bei der Zielerreichung	6
Tabelle 2. Auf sexuell übertragbare Infektionen bezogene Indikatoren, Ziele und Stand der Fortschritte zur Zielerreichung	12
Tabelle 3. Indikatoren in Bezug auf virale Hepatitis, Ziele und Stand der Fortschritte zur Zielerreichung	17
Kasten 1. Beispiel bewährter Praxis eines Community-basierten Services für Menschen mit injizierendem Drogengebrauch (Vision e.V., Köln)	31
Kasten 2. Beispiel bewährter Praxis aus dem Justizvollzugskrankenhaus Plötzensee, Berlin	31
Kasten 3. Fallbeispiel aus Berlin (Checkpoint BLN)	36
Kasten 4. Beispiel bewährter Praxis aus Köln (Gesundheitsamt Köln, Fachdienst STI und sexuelle Gesundheit, Aidskoordination Köln)	36

Abkürzungen

ARS	Antibiotika-Resistenz-Surveillance
BIS 2030	Integrierte Strategie für HIV, Hepatitis B und C und andere sexuell übertragbare Infektionen
BZgA	Deutsche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CT	<i>Chlamydia trachomatis</i>
DAA	direkt wirkendes Virostatikum
DAH	Deutsche Aidshilfe
ECDC	Europäisches Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten
EMIS	Europäische Internet-Umfrage unter MSM
GP	Allgemeinmediziner
Hepatitis B	Hepatitis-B-Virus
Hepatitis C	Hepatitis-C-Virus
HID	Krankenversicherungsdaten
HIV	humanes Immundefekt-Virus
HPV	humanes Papillomavirus
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
NG	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
NGO	Nichtregierungsorganisation
NSP	Nadel- und Spritzenaustauschprogramm
NUC	Nukleos(t)id-Analoga
OST	Opioid-Substitutionstherapie (OST)
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)
PEP	Postexpositionsprophylaxe
PLHIV	Menschen, die mit HIV leben
PrEP	Präexpositionsprophylaxe
PWID	Menschen mit injizierendem Drogengebrauch
PWUD	Menschen, die Drogen gebrauchen
RKI	Robert Koch-Institut
SDGs	Ziele für nachhaltige Entwicklung
SHI	Gesetzliche Krankenkasse
STI	Sexuell übertragbare Infektion
SW	Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter
TV	<i>Trichomonas vaginalis</i>

Zusammenfassende Darstellung

Das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung veröffentlichten 2016 eine bundesweite integrierte Strategie 2030 (BIS – bedarfsorientiert, integriert und sektorübergreifend) zu HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Die Strategie wurde im Rahmen der Ziele für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen (SDG) entwickelt und legt einen innovativen, bedarfsorientierten, integrierten und sektorübergreifenden Ansatz für Deutschland fest, um das UN-Nachhaltigkeitsziel 3.3 zu erreichen, nämlich die Epidemien von AIDS und Tuberkulose zu beenden und Hepatitis und andere übertragbare Krankheiten bis 2030 zu bekämpfen. Die Umsetzung der Strategie erfolgt unter Leitung eines Koordinierungsgremiums, das sich aus einem breiten Spektrum bundesweiter Akteure zusammensetzt.

2023 erreichte die bundesweite Strategie BIS 2030 ihren Halbzeitstatus. Auf Ersuchen des Koordinierungsgremiums und des Bundesministeriums für Gesundheit nahm das ECDC zur Halbzeit eine programmatische Überprüfung der Umsetzung der Strategie vor. Hauptziel der Überprüfung war die Bewertung der Umsetzung und der Auswirkung der Strategie sowie die Empfehlung prioritärer Maßnahmen zur weiteren Unterstützung der laufenden Umsetzung.

Die Bewertung bestand aus drei Teilen: einer Online-Befragung von Akteuren, einer Recherche anhand einschlägiger Unterlagen und einer Vor-Ort-Überprüfung im Land, die vom 22. bis 26. Januar 2024 stattfand. Die Bewertung erfolgte gemäß den fünf hauptsächlichen Handlungsfeldern der Strategie: 1) Gesellschaftliche Akzeptanz schaffen; 2) Bedarfsorientierte Angebote weiter ausbauen; 3) Integrierte Präventions-, Test- und Versorgungsangebote weiterentwickeln; 4) Sektorübergreifende Vernetzung der Akteure fördern; und 5) Wissensgrundlage und Datennutzung weiter ausbauen.

Die Umfrage wurde an ein breites Spektrum von Akteuren verschickt, die an der Umsetzung der Strategie beteiligt sind (Anhang 1). Bewertet wurden die wahrgenommenen Fortschritte auf dem Weg zur Erreichung der Ziele der Strategie BIS, die verbesserungsbedürftigen Bereiche und die vorgeschlagenen Maßnahmen, damit Deutschland die Ziele der Strategie erreichen kann. Die Recherche anhand der Unterlagen umfasste öffentlich zugängliche Quellen sowie beim Robert Koch-Institut (RKI) angeforderte Daten und Dokumente. Sie wurde durch eine Lageanalyse ergänzt, die einen Überblick über die Epidemiologie und die Maßnahmen gegen HIV-, Hepatitis B- und C- sowie STI-Epidemien in Deutschland gibt (Abschnitt 4). Die Delegation vor Ort verbrachte fünf Tage in Deutschland und traf während der Besuchswoche mit einem breiten Spektrum von Akteuren auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zusammen (Anhänge 2).

Insgesamt ist Deutschland auf einem guten Weg, die HIV-Ziele hinsichtlich des Anteils der behandelten Personen und der erfolgreichen Virussuppressionen zu erreichen. Bezüglich des Anteils der Personen, die sich ihrer HIV-Infektion bewusst sind, besteht jedoch weiterhin eine Lücke. Dies deutet darauf hin, dass die derzeitigen Strategien zur HIV-Prävention und zu HIV-Tests verbessert werden müssen. Bei den sexuell übertragbaren Infektionen ist Deutschland bei der angeborenen Syphilis und dem Ziel für die HPV-Impfung von Mädchen im Jahr 2025 auf dem richtigen Weg. Dies trifft jedoch nicht auf das Ziel für 2030 oder andere STI-Ziele zu. Verstärkte Bemühungen sind erforderlich, um die notwendigen Indikatoren und Datensysteme zur Überwachung des Status und der Fortschritte bei der Verwirklichung der STI-bezogenen Ziele festzulegen. Bei den Hepatitisviren B und C konzentriert sich die Epidemie in Deutschland auf Schlüsselgruppen. Es liegen nicht genügend Daten vor, um die Belastung und die Fortschritte bei der Verwirklichung der Präventions-, Test- und Behandlungsziele umfassend zu bewerten. Es liegen keinerlei Daten zur Inzidenz und Mortalität vor, um die Wirkung zu messen. Aus den verfügbaren Daten geht hervor, dass sich bei den Präventionszielen teilweise Fortschritte abzeichnen, wogegen bei den Test- und Behandlungszielen Nachholbedarf besteht.

Die Strategie ist nach wie vor ein hervorragendes und umfassendes Grundlagendokument, bei dem die Integration von Dienstleistungen und bevölkerungsspezifische Bedürfnisse und Hintergründe im Mittelpunkt stehen. Mehrere Bereiche sind in der Strategie von 2016 jedoch nicht ausreichend abgedeckt. So werden z. B. transsexuelle und Personen mit diversem Geschlecht nur unzureichend berücksichtigt, es gibt keine Empfehlung für PrEP, keine Erwähnung von Tuberkulose und die notwendige Integration von Tuberkulosediensten, neue Herausforderungen durch Migrantinnen und Migranten aus der Ukraine und neue Epidemien wie Mpox werden nicht angesprochen, und es gibt auch keine Rahmenstruktur zur Überwachung und Evaluierung anhand von Schlüsselindikatoren.

Um die festgestellten Lücken und Herausforderungen der Strategie und ihrer Umsetzung zu bewältigen, wurden mehrere vorrangige Maßnahmen für die fünf Handlungsfelder vorgeschlagen (Abschnitt 5). Nachfolgend sind die sechs wichtigsten übergreifenden prioritären Maßnahmen aufgeführt (siehe auch Abschnitt 6):

1. Die Sicherung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung für alle bedürftigen Personen, einschließlich derjenigen, die keine geeignete Krankenversicherung haben.
2. Die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen, die mit HIV und Virushepatitis leben, indem Stigmatisierung und Diskriminierung in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen bekämpft werden.
3. Den Ausbau und die Weiterentwicklung bedarfsorientierter, kultursensibler, partizipativer, erschwinglicher und integrierter Präventions-, Test- und Behandlungsangebote für Schlüsselpersonen und unterversorgte Bevölkerungsgruppen, einschließlich Menschen in Justizvollzugsanstalten.
4. Die Bereitstellung politischer Führung, Koordinierung, Steuerung und Inklusion, um Engagement und Vielfalt bei der Festlegung von Prioritäten zu fördern und Ungleichheiten zwischen den Bundesländern hinsichtlich der verfügbaren Dienstleistungen zu verringern.
5. Die Überwachung der Umsetzung der Strategie durch jährliche Festlegung und Beobachtung bestimmter Schlüsselindikatoren für bestimmte Krankheitsbereiche sowie Überwindung von Lücken bei der Verfügbarkeit von Kerndaten.
6. Die Ermittlung von Risiken für eine erfolgreiche Umsetzung der Strategie und die Erarbeitung von Lösungen zur Risikobegrenzung, u.a. durch Öffentlichkeitsarbeit, um sicherzustellen, dass Maßnahmen in diesen Krankheitsbereichen weiterhin einen hohen politischen Stellenwert haben.

Die Delegation war nicht der Ansicht, dass die Strategie an sich geändert oder aktualisiert werden muss. Sie empfiehlt vielmehr, die Anstrengungen auf die Umsetzung der Strategie und ihrer Bestandteile zu konzentrieren.

1 Hintergrund

Auf Ersuchen des Bundesministeriums für Gesundheit wurde das ECDC gebeten, eine programmatische Überprüfung der Umsetzung der bundesweiten integrierten Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und andere sexuell übertragbaren Infektionen (STIs) (BIS 2030) vorzunehmen (2).

Die Strategie BIS 2030 wurde 2016 vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung erarbeitet und orientiert sich an den Zielen für nachhaltige Entwicklung (SDG) der Vereinten Nationen. Die Umsetzung der Strategie BIS 2030 erfolgt unter der Leitung eines Koordinierungsgremiums, dem Akteure des Bundes, der Länder, der kommunalen Selbstverwaltung, der Gesundheitsämter, Selbsthilfegruppen und zivilgesellschaftliche Organisationen, Bürgerinitiativen, Wissenschaft- und Forschungseinrichtungen sowie Berufs- und Ärzteverbände angehören (3). Um das Nachhaltigkeitsziel 3.3 zu erreichen, d.h. „bis 2030 die AIDS-Epidemie zu beenden, [...] Hepatitis [...] und andere übertragbare Krankheiten zu bekämpfen“, verfolgt die bundesweite BIS 2030 einen bedarfsorientierten, integrierten und sektorübergreifenden Ansatz, der sich auf fünf Handlungsfelder konzentriert:

- Gesellschaftliche Akzeptanz schaffen,
- Bedarfsorientierte Angebote weiter ausbauen,
- Integrierte Präventions-, Test- und Versorgungsangebote weiterentwickeln,
- Sektorübergreifende Vernetzung der Akteure fördern,
- Wissensbasis und Datennutzung weiter ausbauen.

2023 erreichte die bundesweite Strategie BIS 2030 ihren Halbzeitstatus. Das Koordinierungsgremium hat diesbezüglich die Durchführung einer unabhängigen Überprüfung des Programms und der Umsetzung der Strategie empfohlen. Zu diesem Zweck führte das ECDC eine Bewertung des Umsetzungsstands durch. Dies erfolgte über eine Umfrage unter den beteiligten Akteuren, eine Recherche anhand einschlägiger Unterlagen und eine Vor-Ort-Überprüfung vom 22. bis 26. Januar 2024.

2 Zweck und Ziele

Hauptzweck der Bewertung war es, die Umsetzung und die Wirkung der bundesweiten Strategie BIS 2030 zur Prävention und Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen zu überprüfen sowie weitere Lösungen und Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Mit der Bewertung wurden die folgenden spezifischen Ziele verfolgt:

- Überprüfung der Inzidenz, Prävalenz, Morbidität und Mortalität von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen mit Schwerpunkt auf Hochrisikogruppen.
- Überprüfung des bundesweiten Surveillance-Systems und der Datennutzung für HIV, Hepatitis B und C und andere sexuell übertragbare Infektionen und Ermittlung des weiteren Forschungsbedarfs.
- Überprüfung der aktuellen Test-, Präventions-, Behandlungs- und Schadensminimierungsmaßnahmen für Hochrisikogruppen und deren Umsetzung seit Verabschiedung der bundesweiten Strategie BIS 2030.
- Überprüfung des Zusammenwirkens der verschiedenen Akteure zur Verbesserung der zielgruppenspezifischen Test-, Präventions-, Behandlungs- und Schadensminimierungsmaßnahmen.
- Ermittlung von Lücken in der Strategie und bei der Umsetzung der Strategie BIS 2030.
- Vorschläge für Schlüsselmaßnahmen zur Stärkung der Überwachung, Testung, Behandlung, Schadensminimierung und Prävention von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen für verschiedene Zielgruppen in unterschiedlichen Kontexten.
- Beschreibung bundesweiter Fallbeispiele für Innovationen und bewährte Praktiken bei der Prävention, Diagnose, Behandlung und Betreuung von Patienten mit HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen, einschließlich bewährter digitaler Lösungen.
- Entwicklung möglicher Lösungen und Empfehlung geeigneter Maßnahmen zur Anpassung der Strategie BIS 2030.
- Empfehlungen zur Entwicklung eines möglichen Aktionsplans mit Festlegung konkreter Ziele, Meilensteine und Indikatoren.

3 Methodik

Die Bewertung bestand aus drei Teilen: Online-Befragung von Akteuren, einer Recherche anhand einschlägiger Unterlagen und einer Vor-Ort-Überprüfung, wobei die folgenden fünf wesentlichen Handlungsfelder der Strategie BIS 2030 im Mittelpunkt standen: 1) Gesellschaftliche Akzeptanz schaffen; 2) Bedarfsorientierte Angebote weiter ausbauen; 3) Integrierte Präventions-, Test- und Versorgungsangebote weiterentwickeln; 4) Sektorübergreifende Vernetzung der Akteure fördern; 5) Wissensgrundlage und Datennutzung weiter ausbauen. Hinzu kommt ein sechster Bereich, bei dem es um die internationale Hilfe und den globalen Beitrag Deutschlands zur Erreichung der UN-Nachhaltigkeitsziele ging. In Abstimmung mit dem BMG wurde der sechste Abschnitt bei der Überprüfung ausgelassen, da das Ziel darin bestand, die Umsetzung der Strategie im Inland zu bewerten.

3.1 Umfrage unter den Akteuren

Es wurde eine Umfrage unter den Akteuren durchgeführt, um ein möglichst umfassendes Bild von den an der Umsetzung der Strategie beteiligten Akteuren hinsichtlich der Fortschritte bei der Verwirklichung der geplanten Ziele der BIS-Strategie zu erhalten, die Bereiche aufzuzeigen, wo Nachholbedarf besteht und die Maßnahmen zu ermitteln, die im kommenden Zeitraum ergriffen werden müssen, damit Deutschland die Ziele der Strategie erreichen kann.

Die Umfrage wurde mit REDCap (Research Electronic Data Capture), einer Online-Anwendung zur Erstellung und Durchführung von Online-Umfragen und zur Verwaltung von Datenbanken (4) erstellt. Sie bestand aus 18 Hauptfragen, die im Einklang mit den fünf strategischen Handlungsfeldern der Strategie BIS 2030 abschnittsweise aufgeteilt waren.

Bei allen Hauptfragen ging es um die Einschätzung aus der Sicht der befragten Einrichtung, inwieweit von den relevanten Akteuren Maßnahmen ergriffen wurden und wie insbesondere die in der Strategie BIS in den jeweiligen Handlungsfeldern aufgeführten konkreten Maßnahmen bewertet werden. Die Antwortmöglichkeiten auf der Likert-Skala reichten von 0 bis 5 (wobei 0 bedeutet, dass keine Maßnahmen ergriffen wurden, und 5 die höchstmögliche Anzahl an ergriffenen Maßnahmen darstellt). In der Analysephase wurden die Antworten in vier Kategorien eingeteilt: a) 0-1: keine/geringer Umfang; b) 2-3: in mittlerem Umfang; c) 4-5: in hohem Umfang; d) keine Meinung. In zusätzlichen Fragen wurde bewertet, ob mit den bundesweiten, regionalen und lokalen Bemühungen zum Stand 2023 zufriedenstellende Ergebnisse oder Wirkungen erzielt wurden und, falls nicht, welche Maßnahmen erforderlich sind, damit Deutschland die Ziele der Strategie erreichen kann. Schließlich enthielt die Umfrage auch offene Fragen, mit denen die beteiligten Akteure weitere Informationen und/oder Kommentare abgeben konnten.

Insgesamt wurden 46 Akteure, von denen die meisten Mitglieder des Koordinierungsgremiums für die Strategie BIS waren, aufgefordert, die Umfrage im Zeitraum vom 5. September 2023 bis 31. Januar 2024 zu beantworten. Dabei handelte es sich um vier Einrichtungen auf Bundesebene, 16 auf Länder- oder Gemeindeebene, 12 medizinische Fachgesellschaften, 11 Nichtregierungsorganisationen/Community-Vertretungen/Patientenorganisationen und drei Krankenversicherungsgesellschaften. Eine detaillierte Liste der Beteiligten, die die Umfrage erhalten und beantwortet haben, ist in Anhang 1 enthalten.

3.2 Recherche anhand von Unterlagen

Bei der Prüfung anhand verfügbarer Quellen und Unterlagen wurden sowohl öffentlich zugängliche Quellen (veröffentlichte Artikel, Berichte, Daten) als auch mehrere über das Robert Koch-Institut (RKI) angeforderte und erhaltene Dokumente (siehe Referenzliste) herangezogen. Darüber hinaus haben Kollegen des Robert Koch-Instituts eine Lageanalyse erstellt, die einen Überblick über die Epidemiologie und die Maßnahmen gegen HIV-, Hepatitis-B- und -C sowie STI-Epidemien in Deutschland gibt und anhand ausgewählter Schlüsselindikatoren zum jeweiligen Krankheitsbereich aufzeigt, wie Deutschland bei der Erfüllung der SDG voranschreitet (Abschnitt 4.2).

3.3 Vor-Ort-Überprüfung und Befragung der Akteure

Der wichtigste Teil der Bewertung war eine Vor-Ort-Überprüfung, die vom 22. bis 26. Januar 2024 stattfand und durch ein Bewertungsteam erfolgte, das aus zwei ECDC-Mitarbeitern (Teymur Noori und Charlotte Deogan) und drei ECDC-Berater(inne)n (Dorthe Raben und Annemarie Stengaard (CHIP, Dänemark) sowie Jürgen Rockstroh (Universität Bonn, Deutschland) bestand. Die Delegation kam in dieser Woche mit einem breiten Spektrum von Akteuren zusammen und befragte u.a. Vertreter des Robert Koch-Instituts (RKI), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Deutschen Aidshilfe (DAH), ausgewählte medizinische Fachgesellschaften, Gesundheitsdienste der Justizvollzugsanstalten, Krankenhausärzte, Vertreter von drei bis vier ausgewählten Bundesländern und lokalen Gesundheitsämtern, Checkpoints, Nichtregierungsorganisationen, die an der Umsetzung von Dienstleistungen und der Arbeit mit verschiedenen Schlüsselgruppen der Bevölkerung beteiligt sind, Gemeindevertreter und Betroffene sowie Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Programm für den Länderbesuch wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Koordinierungsgremium aufgestellt. Eine detaillierte Liste der besuchten bzw. befragten Organisationen befindet sich in Anhang 2.

Alle Hauptakteure, mit denen ein Treffen oder ein Interview geplant war, wurden gebeten, sich im Voraus zu den drei folgenden Schlüsselfragen Gedanken zu machen:

- Was funktioniert bei der Umsetzung der bundesweiten Strategie BIS 2030 gut und welche positiven Entwicklungen haben Sie seit dem Beschluss der Strategie beobachtet?
- Was sind die größten Herausforderungen oder Hindernisse, die der Umsetzung der bundesweiten Strategie BIS 2030 im Wege stehen?
- Welche Änderungen wären notwendig, um die Umsetzung der Strategie (auf bundesweiter, regionaler und lokaler Ebene) zu stärken und Deutschland bei der Erreichung der Ziele der Strategie bis 2030 zu unterstützen?

Ein erster Entwurf des Berichts wurde dem Bundesministerium für Gesundheit und den Mitgliedern des Koordinierungsgremiums für die BIS-Strategie zur Stellungnahme vorgelegt. Die entsprechenden Anmerkungen wurden dann bei der Überarbeitung und abschließenden Erstellung des Überprüfungsberichts berücksichtigt.

4 Lageanalyse

4.1 Landeskontext

Deutschland ist eine demokratische, föderale Bundesrepublik in der Mitte Westeuropas mit rund 83 Millionen Einwohnern, die in 16 Bundesländern leben (5). Die Bundesländer sind wiederum in Landkreise (n = 294) und Stadtkreise (n = 107) unterteilt. Jeder Bundesminister – auch der Bundesgesundheitsminister – führt die Geschäfte seines Ressorts im Rahmen der vom Bundeskanzler vorgegebenen politischen Leitlinien selbständig und in eigener Verantwortung. Die föderale Struktur Deutschlands kann daher Probleme mit sich bringen, wenn es um die Umsetzung breit angelegter bundesweiter Strategien geht.

Das deutsche Gesundheitssystem ist eines der ältesten gesamtstaatlichen sozialen Krankenversicherungssysteme. Aufgrund der föderalen Struktur in Deutschland sind einige wichtige Politikbereiche wie Gesundheit (d. h. die Planung und Regulierung des Gesundheitswesens mit den beiden großen Bereichen Öffentlicher Gesundheitsdienst und Krankenhausplanung), Bildung und kulturelle Angelegenheiten auf der Ebene der 16 Bundesländer und auf der Grundlage mehrerer Bundesgesetze (Sozialgesetzbuch) organisiert (6). In den einzelnen Bundesländern sind mehrere Behörden an der Bereitstellung und Verwaltung der öffentlichen Gesundheitsdienste beteiligt: Gesundheitsämter auf Landes- und kommunaler Ebene sowie bestimmte Einrichtungen der Veterinär- und Lebensmittelüberwachung (7). Die Stadt- und Landkreise werden in der Regel von je einem Gesundheitsamt betreut, das sich in Größe, Struktur und Aufgaben unterscheidet. Zu den Aufgaben können die Prävention von Infektionskrankheiten (z. B. Fallmeldungen, Ermittlung von Kontaktpersonen, Durchführung von Maßnahmen), Beratungsdienste (z. B. psychosoziale und sexuelle Gesundheit), Prävention und gesundheitliche Aufklärung sowie die Überwachung der Hygiene in Einrichtungen wie Kindergärten, Schulen, Altersheimen und anderen Gesundheitseinrichtungen zählen (7, 8). Daher können die für die Patienten verfügbaren Dienste je nach Stadt- oder Landkreis variieren, was wiederum die Umsetzung gesamtstaatlicher Strategien erschweren kann. Die meisten Gesundheitsämter bieten HIV-Tests und einige auch Tests zu sexuell übertragbaren Infektionen und Hepatitis an.

Das deutsche Gesundheitssystem wird hauptsächlich durch die gesetzliche und private Krankenversicherung finanziert, die seit 2007 obligatorisch ist und durch jährliche staatliche Zuschüsse unterstützt wird. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wird hauptsächlich durch einkommensabhängige Beiträge finanziert, die zu gleichen Teilen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gezahlt werden. Seit 2009 ist jeder, der in Deutschland gemeldet ist oder dort seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat, zum Abschluss einer Krankenversicherung verpflichtet. Einige Bevölkerungsgruppen haben jedoch keine Versicherung, weil sie rechtlich durch keine Versicherung abgedeckt sind, verwaltungstechnische Hindernisse bestehen oder die Bezahlung der Versicherungsbeiträge Probleme bereitet.

4.2 Epidemiologie und Überblick über Maßnahmen

4.2.1 HIV

Tabelle 1. HIV-bezogene Indikatoren, Ziele und Stand der Fortschritte bei der Zielerreichung

	Indikator	Verfügbare Daten	Ziel 2025	Quelle	Stand
Prävention	PrEP-Nutzung und -Abdeckung	Ja		PrEPSurv	40.000 (2023) ~50 % Abdeckung große regionale Unterschiede
	Neue PrEP-Nutzende	Ja		PrEPSurv	~11.500 (2019); 10.500 (2020); 9.000 (2021); 10.500 (2022)
	Jüngste PrEP-Nutzung bei Menschen, bei denen HIV neu diagnostiziert wurde	Ja		PrEPSurv	HIV-Inzidenz 0,08 / 100.000 PJ; HIV-Inzidenz unter PrEP-Nutzern 0,001
Inzidenz	Zahl der HIV-Neuinfektionen (Erwachsene und Kinder) pro Jahr	Ja	75 %ige Reduzierung bis 2025 und 90 %ige Reduzierung bis 2030 gegenüber dem Basisjahr 2010	Jährliche Schätzung	1.900 (2022); 2.900 (2010); -35 %
Testung und Behandlung	Prozentsatz der Menschen, die mit HIV leben (PLHIV) und ihren Status kennen	Ja	95 %	Jährliche Schätzung	90 % (2021)

	Indikator	Verfügbare Daten	Ziel 2025	Quelle	Status
	Anteil der PLHIV, die im Spätstadium der Krankheit diagnostiziert wurden	Ja		Jährliche Schätzung	33 % (2021) mit fortgeschrittener Immunschwäche; 14 % mit der Diagnose AIDS
	Anteil der diagnostizierten und behandelten PLHIV	Ja	95 %	Jährliche Schätzung	96 % (2021)
	Anteil der PLHIV, die in Behandlung sind und eine Virussuppression erreichen	Ja	95 %	Jährliche Schätzung	96 % (2021)
	% aller PLHIV, die eine Virussuppression erreicht haben	Ja	86 %	Jährliche Schätzung	84 %
Stigma	% der PLHIV, die Stigmatisierung und Diskriminierung erfahren	Ja	10 %	Positive Stimmen 2.0 (8)	52 % (Vorurteile im Zusammenhang mit HIV, die sich negativ auf die Lebenssituation auswirken), und 56 % (mindestens eine negative Erfahrung im Zusammenhang mit HIV im Gesundheitssystem in den letzten 12 Monaten) (2021) (9)
Mortalität	Anzahl der Menschen, die pro Jahr an HIV/damit zusammenhängenden Ursachen sterben	Teilweise	90 % weniger neue AIDS-bedingte Todesfälle im Vergleich zum Basisjahr 2010	Jährliche Schätzung; Todesfallstatistiken	640 (2021)

Quelle: RKI

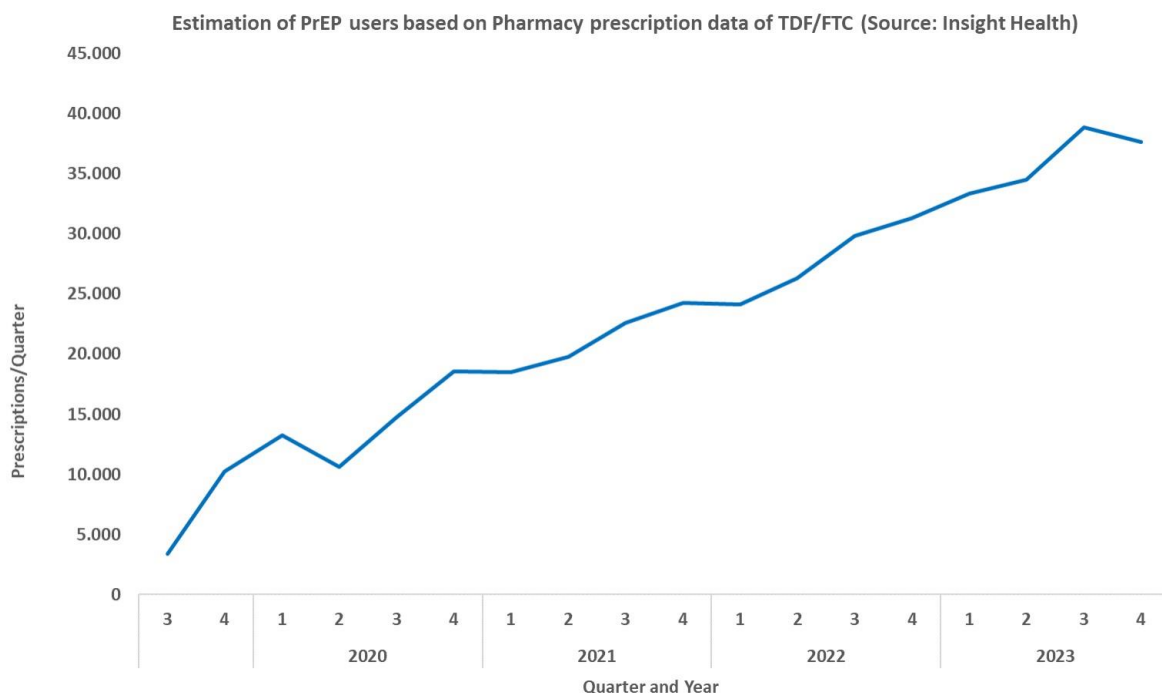
Prävention

PrEP-Nutzung und -Abdeckung

Seit September 2019 haben gesetzlich Krankenversicherte (GKV), die ein erhebliches Risiko für eine HIV-Infektion haben, Anspruch auf eine HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP). Derzeit wird die Zahl der Nutzerinnen und Nutzer in Deutschland auf 40.000 im Jahr 2023 geschätzt. PrEP steht zur Einnahme zur Verfügung und wird von den GKV erstattet, einschließlich Beratung und regelmäßiger STI-Tests für GKV-Mitglieder. Die Surveillance-Daten zu PrEP werden anhand der von den Apotheken gelieferten Abrechnungsdaten über die verschriebenen Arzneimittel und der von den Krankenkassen erhobenen Daten ermittelt. Darüber hinaus wird eine bundesweite, halbjährliche Befragung von HIV-Schwerpunktmedizern zur halbjährlichen Zahl der PrEP-Nutzer, zu demografischen Daten, zu HIV- und STI-Tests und zu HIV-Infektionen bei PrEP-Nutzung sowie zu weiteren relevanten Aspekten der Versorgung mit PrEP durchgeführt.

Seit der Einführung der PrEP als Angebot der GKV ist die Zahl der PrEP-Nutzer fast kontinuierlich gestiegen. Dieses Wachstum wurde in Deutschland nur während der Ausgehbeschränkungen aufgrund der COVID19-Pandemie unterbrochen. Gemeldete PrEP-Engpässe werden zudem zum Ende des Beobachtungszeitraums im Dezember 2023 sichtbar (Abbildung 1). Laut Schätzungen werden Ende 2023 insgesamt etwa 40.000 Personen (einschließlich der Personen ohne GKV und ereignisbezogener Anwendung) PrEP nutzen.

Abbildung 1. Schätzung der Anzahl von PrEP-Nutzern in Deutschland anhand der Verschreibungsdaten der Apotheken von Insight Health über die Zeit hinweg in Deutschland

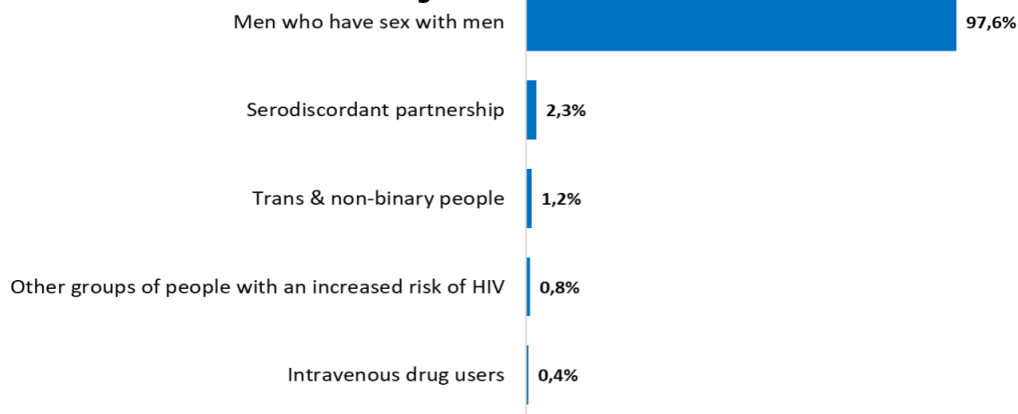


Quelle: RKI

In Deutschland wird PrEP fast ausschließlich von Männern genutzt, insbesondere in der Gruppe der MSM. Andere Schlüsselgruppen und Frauen zeigen nur in geringem Maße eine PrEP-Nutzung (Abbildung 2) und wissen oft nur wenig über PrEP (10). Darüber hinaus sind in Deutschland große regionale Unterschiede in der PrEP-Nutzung und -Versorgung festzustellen, die mit der regionalen Verteilung der PrEP-Anbieter und strukturellen Barrieren zusammenhängen (11).

Es besteht zudem Bedarf an Aufklärung und Informationen über PrEP in Communities, die über MSM hinausgehen, wie z. B. bei Menschen aus der afrikanischen Community, transsexuelle und nicht-binäre Personen, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter sowie Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen. Zudem muss der Zugang für Menschen ohne Krankenversicherung oder gültige Aufenthaltsgenehmigung ermöglicht und sichergestellt werden, und weitere strukturelle Hindernisse für den PrEP-Zugang müssen abgebaut werden. Es mangelt an PrEP-Verschreibern, insbesondere außerhalb der größeren Städte.

Abbildung 2. PrEP-Nutzer nach PrEP-Indikation gemäß Leitlinien und gesetzlichen Vorschriften 2022. Mehrfachantworten sind möglich



Quelle: RKI

Neue PrEP-Nutzer

2022 wurden anhand von Krankenversicherungsdaten, die auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet wurden, 10.500 neue PrEP-Nutzer erfasst. Die Zahl sank während der Covid-19-Pandemie aufgrund mehrerer Lockdowns, verringerter Angebote und eines allgemeinen Rückgangs der ereignisbezogenen Mobilität.

Seit November 2023 gibt es in Deutschland Engpässe bei der Versorgung mit generischen PrEP-Medikamenten. Es wurden jedoch Maßnahmen eingeleitet, um die Verschreibung anderer Medikamente ohne finanzielle Beschränkungen zu erleichtern und den Bestand an anderen Medikamenten in den Apotheken zu erhöhen. Seit März 2024 scheint sich die Lage dank der gemeinsamen Anstrengungen vieler Akteure in diesem Bereich etwas entspannt zu haben.

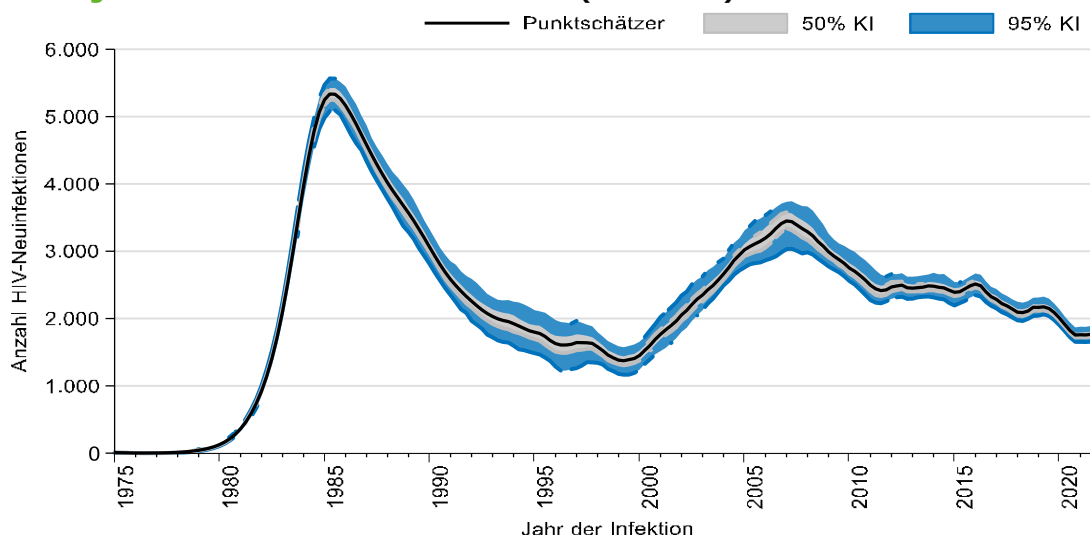
HIV-Infektionen unter PrEP-Nutzern und jüngste PrEP-Nutzung unter Personen, die sich neu mit HIV infiziert haben

Die HIV-Inzidenz unter PrEP-Nutzern, die in einer im Rahmen der PrEP-Evaluierung im Jahr 2020 durchgeführten Umfrage unter HIV-Schwerpunktmediziner*innen ermittelt wurde, war mit 0,08 neuen HIV-Infektionen/100 Personenjahre niedrig (12). Kürzlich in HIV-Spezialkliniken erhobene aggregierte Daten ergaben eine HIV-Inzidenz von 0,1 % unter PrEP-Nutzern. Im Rahmen der bundesweiten HIV-Surveillance besteht die Möglichkeit, die PrEP-Anwendung als freien Text in den HIV-Melddaten zu erfassen. Dies wird mit der Einführung des elektronischen Meldesystems für HIV im Jahr 2024 formalisiert werden.

Inzidenz

Die Inzidenz neuer HIV-Infektionen wird jährlich anhand eines Modells geschätzt, das auf der Auswertung mehrerer Datenquellen beruht. Zu den Datenquellen zählen die HIV-Meldungen, die Arzneimittelverschreibungen, Sterbestatistiken, Daten aus langfristigen HIV-Beobachtungskohorten und Daten der Krankenkassen. Für das Jahr 2022 wird mit 1.900 neuen HIV-Infektionen gerechnet. Im Vergleich zu 2010, als schätzungsweise 2.900 Menschen neu infiziert wurden, stellt dies einen Rückgang von 35 % dar (Abbildung 3).

Abbildung 3. HIV-Neuinfektionen in Deutschland (1980-2021)



Quelle: RKI

Das Ziel für 2025, die HIV-Inzidenz um 90 % gegenüber 2010 zu senken, wird nicht erreicht, und die Gründe für die Nichterreichung sind vielschichtig. Der wichtigste Grund ist, dass dazu die HIV-Test-Angebote und -kampagnen in der medizinischen Grundversorgung und für weitere gefährdete Gruppen, zusätzlich zu MSM, erweitert werden müssten. Hierbei wirkt sich der Mangel an Zugang zu Tests und Behandlungen für Menschen ohne Krankenversicherung negativ aus.

Tests und Behandlung

Anteil der Menschen, die mit HIV leben und ihren Status kennen

Das erste 95 %-Ziel, nämlich 95 % der HIV-Infizierten zu diagnostizieren, wurde in Deutschland bis 2021 nicht erreicht. Nur 90 % (82.100/90.800) der Menschen, die mit HIV leben, wussten über ihren Status im Jahr 2021 Bescheid (Abbildung 4). Dieser Prozentsatz basiert auf Datenquellen, die für das jährliche Modell zur Einschätzung der deutschen HIV-Epidemie verwendet wurden. Es steht keine HIV-Versorgungskette für verschiedene Schlüsselgruppen und gefährdete Gruppen zur Verfügung, da nicht alle für die Schätzung der HIV-Versorgungskette erforderlichen Datenquellen nach Geschlecht oder HIV-Übertragungsgruppe aufgedgliedert sind.

Darüber hinaus wurden einige Analysen von Krankenversicherungsdaten (HID) im Zusammenhang mit HIV-Screening bei Schwangeren durchgeführt (einer von mehreren Schlüsselindikatoren, die Länder benötigen, um die Fortschritte bei der dreifachen Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung zu bewerten). Diese zeigen, dass im Jahr 2022 bei mehr als 95 % der Frauen ein HIV-Screening durchgeführt wurde; dies stellt einen Anstieg gegenüber 50 % im Jahr 2001 dar.

Anteil der Menschen, die im späten Stadium mit HIV diagnostiziert wurden

Die Zahl der Menschen, bei denen ein spätes Stadium der HIV-Erkrankung (CD4-Zellzahl unter 350) oder ein fortgeschrittenes Immunschwächesyndrom (CD4-Zahl unter 200) diagnostiziert wurde, lag 2021 stabil bei 33 % bzw. 14 % und hat sich seit 2001 nicht verändert. Das Ziel, AIDS bis 2030 vollständig zu beseitigen, wird nicht erreicht werden.

Die Zahl der spät diagnostizierten Personen variiert leicht je nach den unterschiedlichen Übertragungswegen, ist jedoch am höchsten bei Personen, die HIV durch heterosexuelle Übertragung erworben haben, weiblich sind und aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz stammen. Dies deutet darauf hin, dass die Menschen oft zu spät getestet werden und dass viele Gelegenheiten für HIV-Tests bei in der medizinischen Grundversorgung in Deutschland nicht genutzt werden. Menschen, die nicht krankenversichert sind und keinen Zugang zum deutschen Gesundheitssystem haben, sind zudem eine Bevölkerungsgruppe, bei denen die Krankheit statistisch nicht erfasst wird.

Anteil der mit HIV diagnostizierten und in Behandlung befindlichen Menschen

Das zweite 95 %-Ziel, nämlich zu erreichen, dass 95 % der diagnostizierten Personen eine antiretrovirale Therapie (ART) erhalten, wurde 2021 in Deutschland erreicht. Seit 2017 wurde die Empfehlung, jeden neu diagnostizierten HIV-Infizierten unabhängig von der CD4-Zellzahl sofort zu behandeln, in den deutschen Leitlinien zur antiretroviralen Behandlung umgesetzt (13). Die Zahl der mit HIV lebenden und in Behandlung befindlichen Menschen wird anhand der pharmazeutischen Abrechnungsdaten über die Verschreibung von ART sowie anhand von Behandlungsdaten aus HIV-Langzeitbeobachtungskohorten berechnet (14).

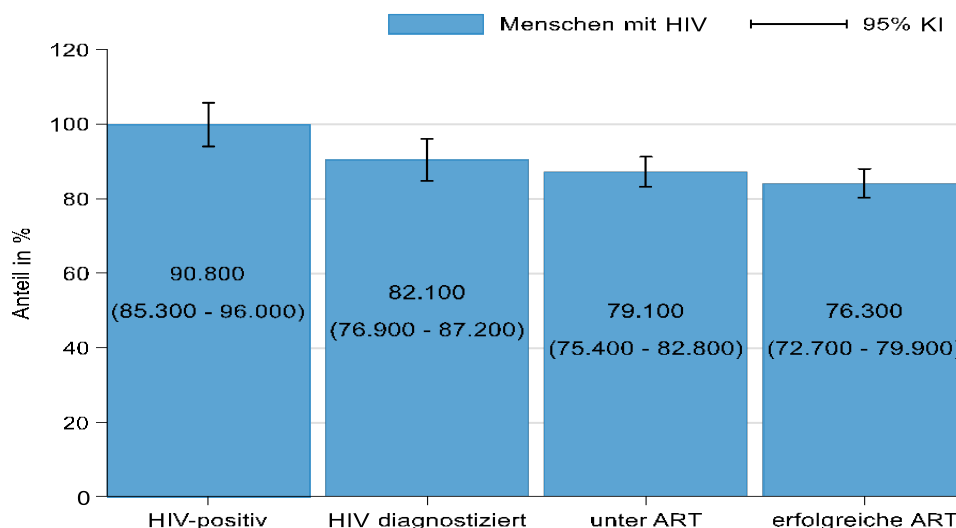
Anteil der Menschen in antiretroviraler Behandlung, die eine Virussuppression erreichen

Deutschland hat 2021 auch das dritte 95 %-Ziel erreicht, das besagt, dass 95 % der Menschen mit HIV, die eine antiretrovirale Behandlung erhalten, eine Virusbelastung erreichen, die unter der Nachweisschwelle liegt (79.100 in Behandlung/76.300 mit Virussuppression). Die Zahlen wurden anhand von Daten aus HIV-Kohorten berechnet (14).

Anteil der Menschen, die mit HIV leben und eine Virussuppression erreichen

Schließlich steht Deutschland kurz davor, das Gesamtziel zu erreichen, dass 86 % aller HIV-Infizierten eine Virussuppression erreichen. 2021 lag dieser Indikator bei 84 %.

Abbildung 4. Kontinuierliche HIV-Versorgung (Continuum of Care), Deutschland, 2021*



Quelle: RKI

* HIV-Infektionen unter nicht diagnostizierten Migrantinnen und Migranten sind nicht enthalten. Eine antiretrovirale Therapie (ART) gilt als erfolgreich, wenn weniger als 200 Viruskopien pro ml im Blut nachweisbar sind. KI: Konfidenzintervall.

Stigma

Trotz einiger Fortschritte bei der Schaffung gesellschaftliche Akzeptanz stellt die HIV-bedingte Stigmatisierung nach wie vor eine große Herausforderung dar. Gemäß der 2.0-Umfrage von „Positive Stimmen“ aus dem Jahr 2021 berichteten 56 % (von n=935) der HIV-Infizierten über mindestens eine negative Erfahrung im Gesundheitswesen in den letzten 12 Monaten (z. B. ungewollte Offenlegung des HIV-Status, getrennte Termine oder Verweigerung der Behandlung). Folglich legen 25 % der Befragten ihren HIV-Status in Gesundheitseinrichtungen außerhalb ihres HIV-Behandlungszentrums nicht offen. Insgesamt gaben 90 % der Befragten an, dass sie gut mit ihrer HIV-Infektion leben, 52 % (von n=932) führten jedoch aus, dass ihre Lebenssituation durch HIV-bezogene Vorurteile beeinträchtigt wird. 70 % berichteten von Schwierigkeiten, ihre HIV-Infektion anderen mitzuteilen, und 44 % sprechen am Arbeitsplatz nie über ihre HIV-Infektion.

Mortalität

Anzahl der Menschen, die jährlich an HIV-bedingten Ursachen sterben

Dieser Indikator steht nur teilweise zur Verfügung. 2021 wurden 640 HIV-bedingte Todesfälle verzeichnet.

Schlussfolgerung

Deutschland hat eine bundesweite Strategie BIS für die Prävention und Eindämmung von HIV, Virushepatitis und sexuell übertragbaren Infektionen aufgestellt. Es wurde ein Anrechnungsmodell eingesetzt, um die kontinuierliche HIV-Versorgung alljährlich einzuschätzen. Das Land ist gut aufgestellt, um die UNAIDS-Ziele für den Anteil der mit HIV lebenden Menschen, die eine antiretrovirale Therapie erhalten, und für den Anteil der Infizierten, die eine erfolgreiche Virussuppression erreichen, bis 2025 zu erreichen. Allerdings ist Deutschland noch von dem Ziel entfernt, das erste 95 %-Ziel zu erreichen, das die Anzahl der Personen betrifft, die sich über ihren HIV-Status bewusst sind. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Strategien zur HIV-Prävention und zur HIV-Testung bei Schlüsselgruppen sowie in der Allgemeinbevölkerung in der medizinischen Grundversorgung nachgebessert werden müssen. Derzeit ist es nicht möglich, die kontinuierliche HIV-Versorgung für verschiedene Schlüsselgruppen einzuschätzen, da bei den Datenquellen für das Anrechnungsmodell (pharmazeutische Verschreibungsdaten) keine Angaben zu Geschlecht und Art der HIV-Übertragung gemacht werden. Zur Stigmatisierung liegen keine Daten vor. Die bundesweite Mortalitäts-Surveillance wurde 2021 eingeführt und wird für die Einschätzungen zu HIV im Jahr 2022 herangezogen werden.

PrEP wurde 2019 erfolgreich umgesetzt und ist für alle Risikopersonen verfügbar, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass sie krankenversichert sind. Es ist immer noch so, dass in anderen Gruppen als der MSM-Community das Wissen und die Informationen über die PrEP-Anwendung und die PrEP-Versorgung durch die Ärztinnen und Ärzte nur mangelhaft sind. Hervorzuheben ist, dass die Verschreibung von PrEP zumeist unter medizinischen Aspekten erfolgt. Die von der GKV übernommene PrEP kann nur von Fachärzten verschrieben werden, die in der Regel HIV-Spezialisten sind. Daher müssen neue Mechanismen der Versorgung mit PrEP unter Einbeziehung kommunaler Strukturen gefunden und die Anforderungen an die Verschreibung der PrEP durch die GKV gesenkt werden, damit auch ländliche Regionen abgedeckt und neben MSM auch andere Bevölkerungsgruppen in Deutschland erreicht werden.

4.2.2 Sexuell übertragbare Infektionen

Tabelle 2. Auf sexuell übertragbare Infektionen bezogene Indikatoren, Ziele und Stand der Fortschritte zur Zielerreichung

	Indikator	Verfügbare Daten	Ziel 2025	Ziel 2030	Quelle:	Stand
Wirkung	Anzahl neuer Fälle von Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien und Trichomoniasis bei Erwachsenen (15-49 Jahre) pro Jahr	Teilweise	-20 %	-90 % NG + TP	Meldungen (NG, TP), CSS (CT)	↑ (für TP und wahrscheinlich NG), unzureichende Meldedaten für CT und TV
	Anzahl neuer Fälle von Syphilis bei Erwachsenen (15-49 Jahre) pro Jahr	Ja	-20 %	-50 % CT + TV	Meldungen	↑
	Anzahl neuer Fälle von Gonorrhoe bei Erwachsenen (Alter 15-49) pro Jahr	Teilweise	-20 %	-90 %	Meldungen	↑ (Meldedaten aus einem Bundesland)
	Kongenitale Syphilisfälle pro 100 000 Lebendgeburten	Ja	≤10	-90 %	Meldungen	↓ 0,4
	Syphilisprävalenz bei Frauen, die an der Schwangerschaftsfürsorge teilnehmen	Teilweise	> 0,05 %	≤ 1	Krankenversicherungsdaten	↓ (wahrscheinlich, aber noch nicht implementiert)
	Syphilis- und Gonorrhoe-Prävalenz bei Männern, die Sex mit Männern haben, und bei Sexarbeiterinnen	Teilweise	< 3 % NG < 2 % TP	> 0,01 %	IBBS (15-17), ÖGD	↑ NG 8,9 % bei MSM, 4,3 % bei FSW (veraltet; keine Daten zu TP)
Tests und Behandlung	Anteil Schwangerer, die zur Schwangerschaftsfürsorge gehen und auf Syphilis untersucht wurden/Anteil der behandelten Frauen mit positivem Befund	Teilweise	> 95 % / >95 %	< 0,5 % NG	Krankenversicherungsdaten	↑ 95,3 % untersucht, keine %-Daten zu Behandlung
	Anteil der prioritären Gruppen, die auf Syphilis untersucht wurden/Anteil der behandelten Personen mit positivem Befund	Nein	> 80 % / > 90 %	< 0,5 % TP	Potentiell: IBBS, Krankenversicherungsdaten, ÖGD	Gruppen noch zu definieren
	Anteil der prioritären Gruppen, die auf Gonorrhoe untersucht wurden/Anteil der behandelten Personen mit positivem Befund	Nein	20 % / > 90 %	> 95 % / > 95 %	Potentiell: IBBS, Krankenversicherungsdaten, ÖGD	Gruppen noch zu definieren
	Anteil der Frauen, die mit einem Hochleistungstest auf Gebärmutterhalskrebs im Alter von 35 Jahren und erneut im Alter von 45 Jahren untersucht wurden	Teilweise	40 % / > 40 %	> 70 % / 90 %	Krankenversicherungsdaten	Analyse ist noch nicht erfolgt
	Anteil der untersuchten Frauen, bei denen eine Vorstufe von Krebs festgestellt und behandelt wurde oder die Behandlung eines invasiven Karzinoms erfolgte	Teilweise	> 40 %	90 %	Krankenversicherungsdaten	Analyse ist noch nicht erfolgt
Prävention	Anteil der vollständig gegen HPV geimpften Mädchen bis zum Alter von 15 Jahren	Ja	35 %	90 %	Krankenversicherungsdaten	↑ 51 %
Gesellschaftliche Akzeptanz	Anzahl der Länder mit nationalen STI-Plänen, die in den letzten 5 Jahren aktualisiert und finanziert wurden		70 %	90 %		↑ BIS 2030 → Finanzierung
	Anzahl der Länder mit in den letzten 3 Jahren aktualisierten nationalen Leitlinien zur Fallbetreuung bei STI		> 90 %	95 %		↑ Leitlinien → regelmäßige Überarbeitungen fehlen teilweise
	Anzahl der Länder mit leistungsfähigen STI-Surveillance-Systemen, die eine Überwachung der STI-Belastung und der Fortschritte bei der Beseitigung ermöglichen		75 %	90 %		↑ TP, Mpox, NG-AMR → NG + CT in Arbeit, standardisierte Sekundärdatenanalyse fehlt
	Anzahl der Länder, die AMR bei Neisseria gonorrhoeae an Euro-GASP melden		> 90 %	95 %		↑

* Ziele für 2025 und 2030 im Vergleich zum Basisjahr 2020, wie von der WHO vorgeschlagen.

Lage und Entwicklung von Indikatoren bei sexuell übertragbaren Infektionen (STI)

Bislang gibt es in Deutschland — anders als bei HIV und Hepatitis B und C — keine Indikatoren für eine regelmäßige Berichterstattung über die Auswirkungen und den Erfassungsgrad bei STI. Der Aufbau eines entsprechenden Systems ist jedoch im Gange, zumal das WHO-Regionalbüro für Europa in seinen kombinierten „Regionalen Aktionsplänen zur Beendigung von Aids und der Epidemien viraler Hepatitis und sexuell übertragbarer Infektionen 2022–2030“ (18) eine Reihe solcher Indikatoren vorgeschlagen hat. Auf dieser Grundlage hat auch das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) im Jahr 2023 in Zusammenarbeit mit den EU-Mitgliedstaaten die Arbeit zur Festlegung bestimmter Indikatoren aufgenommen, mit denen die Auswirkungen und die Erfassung von STI und damit zusammenhängenden Dienstleistungen gemessen und die in der Europäischen Union erzielten Fortschritte verfolgt werden können.

In den folgenden Abschnitten wird untersucht, inwieweit die erforderlichen Daten für die im Europäischen Aktionsplan der WHO vorgeschlagenen Indikatoren in Deutschland zu Verfügung stehen und ob die spezifischen Indikatoren abrufbar sind. Das Basisjahr zur Bewertung der Situation bezüglich der von der WHO vorgeschlagenen spezifischen Wirkungs- und Erfassungsindikatoren ist 2020.

Wirkung

Anzahl neuer Fälle von Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien und Trichomoniasis bei Erwachsenen (15–49 Jahre) pro Jahr

Bei diesem Indikator werden die Inzidenzdaten von vier verschiedenen Krankheitserregern gemäß der Methode kombiniert, die von der WHO zur Schätzung der Krankheitslast dieser Erreger sowohl weltweit wie auch für die WHO-Regionen verwendet wird. Hinsichtlich der STI in Deutschland geht das RKI davon aus, dass die Inzidenz der Trichomoniasis derzeit keine hohe Relevanz für die öffentliche Gesundheit hat. Die jährliche Zahl der Neuerkrankungen an Syphilis und Gonorrhoe wird durch zwei spezifische Indikatoren erfasst, die im Folgenden näher erläutert werden.

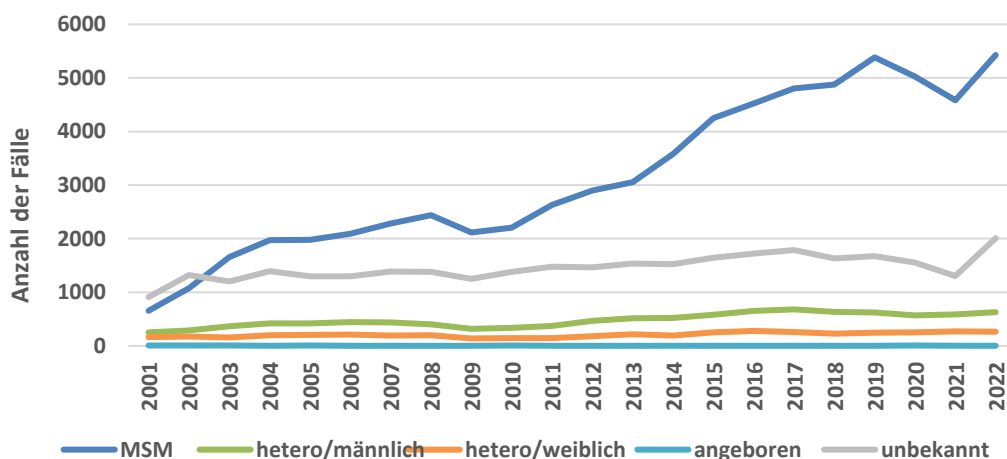
Da Infektionen mit *Chlamydia trachomatis* nicht meldepflichtig sind, liegen in Deutschland derzeit keine Daten über die Inzidenz von Chlamydien vor. Zurzeit richtet das Robert Koch-Institut (RKI) ein Überwachungssystem (Sentinel Surveillance System) zur Meldung von *Chlamydia trachomatis* auf der Grundlage §13 Infektionsschutzgesetz und der Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) beim RKI ein, das gerade digitalisiert wird und eine große Anzahl von Laboren in Deutschland erfasst. Mit diesem neuartigen Surveillance-Instrument für *Chlamydia trachomatis* werden alle Tests auf *Chlamydia trachomatis* sowie die einzelnen Testergebnisse und einige wenige epidemiologische Informationen von den teilnehmenden Laboren in einem automatisierten Meldeverfahren erfasst. Damit wird es auch möglich sein, die Positivitätsrate für *Chlamydia trachomatis* zu berechnen; mit den Ergebnissen kann die epidemiologische Lage in Deutschland insgesamt hochgerechnet werden.

Anzahl neuer Fälle von Syphilis bei Erwachsenen (15–49 Jahre) pro Jahr

Die Syphilisinzidenz lag in Deutschland 2022 bei 10,0 Fällen pro 100.000 Einwohner. Im Basisjahr 2020 lag die Inzidenz bei 8,9 Fällen pro 100.000 Einwohner. Im Vorjahr 2019, das noch nicht unter dem Einfluss der COVID-19-Pandemie stand, lag die Inzidenz mit 9,5 Fällen pro 100.000 Einwohner etwas höher. Vorläufige Meldedaten für 2023 zeigen einen weiteren leichten Anstieg der Meldungen.

2022 wurden 8.288 Syphilis-Infektionen gemeldet. Nach einem Rückgang in den Jahren 2020–2021 (wahrscheinlich aufgrund von COVID-19-bedingten Einschränkungen) stieg die Zahl der Fälle 2022 um 23 % an (Abbildung 5). Sex zwischen Männern war der vorwiegende Übertragungsweg, und der Anstieg der Neuinfektionen seit 2010 war fast ausschließlich auf MSM zurückzuführen. Die Fälle wurden überwiegend bei Männern gemeldet (Verhältnis Männer/Frauen von 16:1 im Jahr 2022) und überwiegend in Deutschland erworben (bei 93 % der Fälle mit Angaben zum Herkunftsland). Nur wenige Fälle wurden im Zusammenhang mit Sexarbeit gemeldet (1 % gab an, Kontakt zu einer Sexarbeiterin oder Sexarbeiter gehabt zu haben oder aktiv Sexarbeit zu betreiben).

Abbildung 5. Anzahl der gemeldeten Syphilisfälle nach Übertragungsweg und Geschlecht, 2001 - 2022, Deutschland



Quelle: RKI

Das RKI geht davon aus, dass der seit 2010 anhaltende Anstieg der Syphilis-Inzidenz auf mehrere Faktoren zurückzuführen ist. Nach der frühzeitigen Einleitung einer antiretroviralen Therapie gegen HIV ging die Verwendung von Kondomen in Bevölkerungsgruppen mit einem höheren HIV-Risiko zurück. Zudem wurde die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) ab 2019 in Deutschland auf breiter Basis eingeführt, was höchstwahrscheinlich ebenfalls zu einer geringeren Nutzung von Kondomen führte. Damit steigt das Risiko einer Ansteckung mit Syphilis, insbesondere in hochaktiven sexuellen Netzwerken von MSM, bei denen die Syphilisprävalenz ohnehin höher ist. Ein weiterer Faktor für die steigende Inzidenz von Syphilis sind häufigere Untersuchungen auf Syphilis-Infektionen im Rahmen von PrEP-Programmen. Dadurch werden insbesondere klinisch unauffällige Syphilis-Infektionen häufiger diagnostiziert, was mittelfristig zu einem Rückgang der Inzidenz führen könnte.

Vor diesem Hintergrund geht das RKI davon aus, dass das Ziel, die Syphilis-Inzidenz bis 2025 um 20 % gegenüber 2020 zu senken, nicht erreicht wird. Dies trifft mit hoher Wahrscheinlichkeit auch auf das Ziel einer 90-prozentigen Inzidenzreduktion bis 2030 zu.

Anzahl neuer Fälle von Gonorrhoe bei Erwachsenen (15–49 Jahre) pro Jahr

Derzeit befindet sich ein allgemeines bundesweites Meldesystem für Infektionen mit *Neisseria gonorrhoea* im Aufbau (verfügbar voraussichtlich in der zweiten Jahreshälfte 2024). Daher kann die Inzidenz von Gonorrhoe in Deutschland derzeit nicht akkurat bestimmt werden. Im Bundesland Sachsen besteht seit 2001 eine Meldepflicht für Gonorrhoe, und obwohl sich diese Daten nicht bundesweit verallgemeinern lassen, weisen sie auf einen deutlichen Anstieg der Inzidenz von 15,5 Fällen/100.000 Einwohner im Jahr 2020 (19,8 im Jahr 2019 vor der Pandemie) auf 27,8 Fälle im Jahr 2022 hin. Dieser Anstieg deckt sich mit den Meldedaten aus anderen europäischen Ländern. Das RKI rechnet nicht mit einem Rückgang der Inzidenz um 20 % zwischen 2020 und 2025 und auch nicht mit einem Rückgang um 90 % bis 2030.

Die Gründe für diesen Anstieg könnten ähnlich wie bei der Syphilis sein (verändertes Sexualverhalten, Auswirkungen der Untersuchungen), allerdings gab es in den letzten zwei Jahren in mehreren europäischen Ländern auch einen Anstieg der Gonorrhoe-Inzidenz speziell bei jungen heterosexuellen Männern und Frauen, wobei die Ursachen nicht eindeutig geklärt sind. Dies könnte zusätzlich zum Anstieg der Gonorrhoe-Inzidenz beigetragen haben.

Fälle angeborener Syphilis pro 100.000 Lebendgeburten

Die Anzahl der angeborenen Syphilisfälle pro 100.000 Lebendgeburten lag 2022 mit 0,4 in der Größenordnung der Vorjahre. Das RKI erwartet für das kommende Jahr keinen wesentlichen Anstieg der Fallzahlen. Trotz einiger Einzelfälle, die möglicherweise übersehen wurden, kann dieser Indikator derzeit sowie zukünftig als erfüllt angesehen werden (Ziel 2025: ≤ 10 ; Ziel 2030: ≤ 1). Dies ist auf ein umfangreiches Screening-Programm für Syphilis-Infektionen bei Schwangeren in Deutschland zurückzuführen, das sich als sehr wirksam erwiesen hat (s.u.).

Syphilis-Prävalenz unter Frauen, die an der Schwangerenfürsorge teilnehmen

Daten zu diesem Indikator sind noch nicht verfügbar, könnten aber durch Auswertung von Sekundärdaten der öffentlichen Krankenversicherung ermittelt werden. Aus den Syphilis-Meldedaten und basierend auf den umfangreichen Screening-Programmen liegen dem RKI keine Hinweise darauf vor, dass die Syphilis-Prävalenz bei Frauen, die an der Schwangerenfürsorge teilnehmen, in Deutschland besonders besorgniserregend wäre.

Prävalenz von Syphilis und Gonorrhoe bei Männern, die Sex mit Männern haben, und bei Sexarbeiterinnen

Für diesen Indikator könnten die IBBS und, falls verfügbar, die Daten der STI-Dienste der lokalen Gesundheitsbehörden hinzugezogen werden. Die Prävalenz von Infektionen mit *Neisseria gonorrhoeae* bei MSM wurde 2018 im Rahmen einer bundesweiten, multizentrischen „MSM-Screeningstudie“ erhoben. Die Prävalenz betrug 8,9 % und war bei MSM, die PrEP anwenden, höher (14,8 %) als bei MSM mit HIV-Diagnose (8,6 %) und bei MSM, die PrEP nicht nutzen und nicht mit HIV diagnostiziert wurden (7,4 %) (15). Bei der Studie sollten nicht nur MSM mit hoher sexueller Betätigung, sondern MSM allgemein untersucht werden, die MSM-freundliche Praxen auch zur allgemeinen medizinischen Versorgung aufsuchen, damit sich die festgestellte Prävalenz mit hoher Sicherheit auch verallgemeinern lässt. Ausgehend von der in dieser Studie festgestellten Prävalenz wird der Indikator für 2025 nicht erreicht.

Die Prävalenz von Infektionen mit *Neisseria gonorrhoeae* bei Sexualarbeiterinnen wurde im Rahmen einer „klinischen Studie zu STI“ (Datenerhebung 2012/13) gemessen, die unter Sexarbeiterinnen durchgeführt wurde, die keinen oder nur eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung haben und bei denen daher ein höheres Risiko für die Ansteckung mit einer STI angenommen wurde. In dieser Studie ergab sich eine Prävalenz von 4,3 % (16). In der „KAPB-Surv-STI-Studie“ (Datenerhebung 2010/11) wurde in einer allgemeineren Population von Sexarbeiterinnen, die akzeptierende und niedrigschwellige Dienste lokaler Gesundheitsbehörden aufsuchen, eine etwas niedrigere Prävalenz von Infektionen mit *Neisseria gonorrhoeae* von 3,2 % festgestellt (17), was dem Ziel für 2025, aber nicht für 2030 entspricht.

Beide Studien über Sexarbeiterinnen in Deutschland sind veraltet, sodass für diese Bevölkerungsgruppe aktuell keine Prävalenzschätzung vorliegt. Das Gleiche gilt für Prävalenzstudien über Syphilis-Infektionen bei MSM und bei Sexarbeiterinnen. Für die zweite Hälfte des Jahres 2024 ist eine zweite Reihe der MSM-Screening-Studie geplant, bei der sowohl Infektionen mit *Neisseria gonorrhoeae* als auch mit Syphilis erfasst werden sollen, damit 2025 aktualisierte Prävalenzdaten für MSM zur Verfügung stehen.

Tests und Behandlung

Anteil der Schwangeren, die zur Schwangerenfürsorge gehen und auf Syphilis untersucht wurden/Anteil der behandelten Frauen mit positivem Befund

Der Anteil der Schwangeren, die zur Schwangerenvorsorge gingen und auf Syphilis untersucht wurden, wurde anhand von Sekundärdaten der öffentlichen Krankenversicherung aus den Jahren 2010-2015 ermittelt. Nach dieser Analyse wurden 95,3 % aller Schwangeren auf Syphilis untersucht, wobei es im Laufe der Zeit kaum Schwankungen gab.

Da die frühzeitige Untersuchung auf Syphilis ein gut etabliertes Standardverfahren in der medizinischen Versorgung während der Schwangerschaft ist, um Fälle angeborener Syphilis zu vermeiden, ist davon auszugehen, dass bei diesem Indikator die Ziele für 2025 sowie für 2030 (jeweils 95 %) erfüllt werden.

In die Analyse wurde der Anteil der Schwangeren, die positiv auf Syphilis getestet wurden und sich einer Behandlung unterzogen, nicht einbezogen. Da diese Analyse veraltet ist und der Anteil der behandelten Personen nicht ausgewiesen ist, sollte eine aktualisierte Analyse durchgeführt werden.

Anteil der prioritären Gruppen, die auf Syphilis untersucht wurden/ Anteil der behandelten Personen mit positivem Befund

In ihrem Aktionsplan schlägt die WHO den Ländern vor, auf der Grundlage des nationalen epidemiologischen und sozialen Kontextes prioritäre Gruppen zu definieren, um die am stärksten durch STI gefährdeten Personen gezielt anzusprechen. Für Deutschland wurden solche Bevölkerungsgruppen in Bezug auf Syphilis noch nicht definiert, könnten aber Schwangere (die bereits von einem spezifischen Indikator erfasst werden), Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter sowie deren Kundinnen und Kunden, MSM (einschließlich derjenigen, die an PrEP-Programmen teilnehmen), Transsexuelle, Menschen mit einer früheren STI und Menschen, die mit HIV leben, umfassen. Nach den Ergebnissen einer Pilotstudie an Obdachlosen in Berlin kann diese Gruppe auch als prioritäre Syphilis-Population betrachtet werden.

Derzeit sind noch keine Daten zu diesem Indikator verfügbar. Als Datenquellen für diesen Indikator könnten die ‚Integrierte biologische und verhaltensbezogene Überwachungsstudie‘ (IBBS), Sekundärdaten von Krankenkassen und, sofern verfügbar, Daten von STI-Diensten lokaler Gesundheitsbehörden genutzt werden.

Prozentsatz von prioritären Bevölkerungsgruppen die auf Gonorrhoe untersucht wurden/ Anteil der behandelten Personen mit positivem Befund

Gemäß dem vorangegangenen Indikator sind die prioritären Gruppen auch in Bezug auf Gonorrhoe zu definieren. Dazu könnten junge Menschen im Alter von 15 bis 25 Jahren, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter sowie deren Kundinnen und Kunden, MSM (einschließlich der Teilnehmer an PrEP-Programmen), Transsexuelle, Menschen mit einer früheren STI und Menschen, die mit HIV leben, zählen.

Für diesen Indikator sind zudem noch keine Daten verfügbar. Als mögliche Datenquellen könnten die gleichen wie beim vorherigen Indikator herangezogen werden.

Anteil der Frauen, die mit einem Hochleistungstest auf Gebärmutterhalskrebs im Alter von 35 Jahren und erneut im Alter von 45 Jahren untersucht wurden

Für diesen Indikator liegen noch keine Daten vor, eine Bewertung wäre jedoch mittels einer Sekundäranalyse von Daten der Krankenversicherungen möglich.

Anteil der untersuchten Frauen, bei denen eine Vorstufe von Krebs oder ein invasives Karzinom behandelt wurde

Für diesen Indikator liegen noch keine Daten vor, eine Bewertung wäre jedoch mittels einer Sekundäranalyse von Daten der Krankenversicherungen möglich.

Prävention

Anteil der im Alter von 15 Jahren vollständig gegen HPV geimpften Mädchen

Der Anteil der Mädchen, die im Alter von 15 Jahren vollständig gegen HPV geimpft sind, wird jährlich im Rahmen der „KV-Impfsurveillance“ (Überwachung der Impfquote auf der Grundlage von Krankenkassendaten) beim RKI ermittelt. Bei der jüngsten Analyse ergab sich eine Impfquote von 54,0 % im Jahr 2021, dem letzten Jahr, für das Daten verfügbar waren. Dies entspricht dem Indikator für das Jahr 2025 (35 %). Da der Prozentsatz über die Jahre nur langsam gestiegen ist (seit 2015 um ca. 3 %-Punkte je Jahr), geht das RKI nicht davon aus, dass das Ziel dieses Indikators für 2030 (90 %) erreicht wird. Daher sollten zusätzliche Maßnahmen durchgeführt werden, wie beispielsweise Aufklärungs- und Impfkampagnen in den Schulen, verstärkte Aufklärung der Eltern im Rahmen der regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder usw.

Gesellschaftliche Akzeptanz

Anzahl der Länder mit nationalen STI-Plänen, die in den letzten 5 Jahren aktualisiert und finanziert wurden

Dieser Indikator wird für Deutschland durch die Verabschiedung der Strategie BIS 2030 im Jahr 2016 durch die deutsche Regierung erfüllt.

Anzahl der Länder mit nationalen Leitlinien zur Fallbetreuung bei STI, die in den letzten 3 Jahren aktualisiert wurden

In Deutschland gibt es klinische Leitlinien für *Chlamydia trachomatis* einschließlich LGV, humane Papillomaviren (HPV), *Neisseria gonorrhoea* und *Treponema pallidum*, die regelmäßig aktualisiert werden. Eine klinische Leitlinie für *Mycoplasma genitalium* wird derzeit erarbeitet. Eine klinische Leitlinie zur Behandlung von Urethritis bei männlichen Jugendlichen und Männern ist kurz vor der Fertigstellung.

Anzahl der Länder mit leistungsfähigen STI-Surveillance-Systemen, die eine Überwachung der STI-Belastung und der Fortschritte bei der Eliminierung ermöglichen

Für Syphilis, Mpox und Infektionen mit *Neisseria gonorrhoeae*, die gegen antimikrobielle Mittel resistent sind, gibt es in Deutschland effektive und umfassende Meldesysteme. Die Meldungen für Infektionen mit *Chlamydia trachomatis*, den Stämmen L1 - L3 (die LGV verursachen) sowie mit *Neisseria gonorrhoea* im Allgemeinen wurden kürzlich in das Infektionsgesetz mit aufgenommen und werden derzeit umgesetzt.

Anzahl der Länder, die antimikrobielle Resistenz (AMR) bei *Neisseria gonorrhoeae* an Euro-GASP melden

Das RKI meldet die Daten zu AMR bei *Neisseria gonorrhoeae* jährlich an Euro-GASP.

Weitere potenzielle Indikatoren

Es gibt einige weitere potenzielle Indikatoren, die nicht zu den von der WHO vorgeschlagenen Indikatoren gehören, aber Aufschluss über die epidemiologische Lage bezüglich STI in Deutschland in bestimmten Bevölkerungsgruppen oder Kontexten geben könnten, die für die öffentliche Gesundheit in Deutschland von Bedeutung ist. Dies sind:

- Anteil der antimikrobiellen Resistenz gegen die wichtigsten Antibiotika bei Infektionen mit *Neisseria gonorrhoeae*,
- Anzahl der neuen Mpox-Fälle pro Jahr/Prozentsatz der geimpften sexuell aktiven MSM,
- Anzahl der Tests auf *Chlamydia trachomatis* und Prozentsatz der positiven Tests pro Jahr, auf Chlamydien untersuchte prioritäre Gruppen/Anteil der bei positivem Befund behandelten Personen,
- Anzahl der MDR/XDR-Infektionen mit *Shigella* esp. bei MSM oder anderen prioritären Gruppen,
- Anzahl der MSM (und anderer prioritärer Gruppen), die eine antibiotische STI-Prophylaxe („Doxy-PrEP/PEP“) anwenden.

Schlussfolgerung

Derzeit läuft die Entwicklung international abgestimmter Indikatoren zur Überwachung der wichtigsten Aspekte hinsichtlich der Auswirkungen und der Erfassung der STI. Solche Indikatoren wurden bisher jedoch nicht genutzt. Viele der diskutierten Indikatoren müssen in Deutschland noch umgesetzt werden, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf der Nutzung von Sekundärdaten der Krankenversicherungen, aber auch aus den neu eingeführten Meldesystemen liegt.

Wo Daten bereits vorliegen, zeigt sich, dass angeborene Syphilis in Deutschland dank hocheffektiver Screening-Maßnahmen für Schwangere kein Grund zur Sorge ist. Bei anderen Indikatoren, für die bereits Daten vorliegen, wurde nur das für 2025 angestrebte Ziel einer HPV-Impfquote von 35 % bei Mädchen erreicht. Bei diesem Indikator wird das Ziel für 2030 voraussichtlich nicht erreicht.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Deutschland momentan die durch die oben genannten Indikatoren definierten Hauptziele höchstwahrscheinlich nicht erreichen wird. Es sollten umfangreiche Anstrengungen unternommen werden, um die oben genannten Indikatoren zu etablieren, die zur Überwachung des Status von STI in Deutschland und der diesbezüglichen Fortschritte erforderlich sind.

4.2.3 Virale Hepatitis B und C

Tabelle 3. Indikatoren in Bezug auf virale Hepatitis, Ziele und Stand der Fortschritte zur Zielerreichung

	Indikator	Verfügbare Daten	Ziel 2025	Ziel 2030	Quelle	Status
Epidemisches Muster	Prävalenz von chronischen Hepatitis-B-Infektionen (Allgemeinbevölkerung)	Ja	-	-	Sperle et al. 2020 (19) Steffen et al. 2022 (20)	↓ 0,14 – 0,7 %
	Prävalenz von chronischen Hepatitis-C-Infektionen (Allgemeinbevölkerung)	Ja	-	-		↓ 0,2 - 0,4 %
	Prävalenz chronischer Hepatitis-B-Infektionen (Schlüsselpopulationen)	Teilweise	-	-		Migrantinnen und Migranten: ↑ 2,3 - 3,6 % HIV + MSM: ↑ 1,7 - 4,5 % Injizierende Drogengebrauchende und Menschen in Substitution: ↑ 1,1 - 1,3 % Obdachlose: ↑ 1,9 % Menschen in Haftanstalten: nicht verfügbar (oder veraltet)
	Prävalenz chronischer Hepatitis-C-Infektionen (Schlüsselpopulationen)	Teilweise	-	-		Migrantinnen und Migranten: ↑ 0,7 % HIV + MSM: ↑ 4,0 - 4,3 % Injizierende Drogengebrauchende und Menschen in Substitution: ↑ 27 - 44 % Obdachlose: ↑ 16 % Menschen in Haftanstalten: nicht verfügbar (oder veraltet)
	Verringerung der virämischen Hepatitis-C-Prävalenz bei injizierenden Drogengebrauchenden	Teilweise	80 % Verringerung		DRUCK-Studie (21, 22) DRUCK 2.0 Pilotstudie (23)	Hepatitis-C-RNA 44 % (2011-14) → Hepatitis-C-RNA 27 % (2021-22) (↓ 61 % Reduktion)
Auswirkung	Prävalenz des Hepatitis-B-Oberflächenantigens (HBsAg) bei Kindern unter 5 Jahren	Ja	0,5 %	0,1 %	KiGGS-Studie (24) Cai et al. 2011 (25)	2003 - 2006: ↓ 0,2 % 2014 – 2017: ↓ 0 HBsAg-positive Fälle
	Zahl der Neuinfektionen mit Hepatitis B pro Jahr	Nein	11 pro 100.000	≤ 2 pro 100.000		Keine direkten Inzidenzdaten verfügbar

	Indikator	Verfügbare Daten	Ziel 2025	Ziel 2030	Quelle	Status
	Zahl der Neuinfektionen mit Hepatitis C pro Jahr	Nein	13 je 100.000	5 je 100.000		Keine direkten Inzidenzdaten verfügbar
	Zahl der Neuinfektionen mit Hepatitis C pro Jahr unter injizierenden Drogengebrauchenden	Teilweise	3 pro 100	2 je 100	Enkelmann et al. 2020 (26)	↑ 19,6 Infektionen/100 PJ im Risikobereich (95 % CI 16-24)
	Anzahl der Todesfälle aufgrund von Hepatitis B pro Jahr	Teilweise	7 je 100.000	Insgesamt ≤6 Hepatitis-C- und Hepatitis-B-bedingte Todesfälle/100.000	Mårdh et al. 2020 (27)	2015: Mortalität für alle Todesfälle im Zusammenhang mit Hepatitis B und Hepatitis C
	Anzahl der Todesfälle aufgrund von Hepatitis C pro Jahr	Teilweise	3 je 100.000			↑ 11,6/100.000
Prävention	Anzahl der Neugeborenen, die von Maßnahmen zur Verhinderung der vertikalen Übertragung von Hepatitis B (von der Mutter auf das Kind) profitiert haben	Nein	70 %	90 %		
	Hepatitis-B-Impfquote bei Kindern (dritte Dosis)	Ja	90 %	90 %	Rieck et al. 2022 (28)	2021: 87 % bei Kindern im Alter von 4-7 Jahren, 79 % bei Kindern bis zu 2 Jahren
	HBsAg-Testquote bei Schwangeren	Ja		≥ 90 %	Beermann et al. 2020 (29)	2015: ↑ 93 %
	Anzahl der verteilten Nadeln/Spritzen pro injizierenden Drogengebrauchenden	Ja	200	300	SaferKONSUM-Projekt Hommes et al. 2023 (30)	2021: Durchschnittlich, ↓ 127 Nadeln / 84 Spritzen pro injizierendem Drogengebrauchenden
	Erfassungsgrad (%) der Erhaltungstherapie mit Opioid-Agonisten (OAMT) unter PWID	Ja	≥ 40 %	≥ 40 %	Schätzung der EUDA auf der Grundlage der veröffentlichten Zahl der Opioidabhängigen (n=166.294) (ref) und der Zahl der Personen in Drogensubstitutionstherapien, 2021 (n=81.300) (31)	↑ 49 %
Tests und Behandlung	Hepatitis B - Anteil der Menschen, bei denen Hepatitis B diagnostiziert wurde	Teilweise	60 %	90 %	Steffen et al. 2020 (32)	↓ 15-66 % der HBsAg-positiven Patienten wussten von ihrer Hepatitis-B-Infektion
	Hepatitis B - Anteil der diagnostizierten Patienten, die in Behandlung sind	Teilweise	50 %	80 %	Maisa et al. 2021 (33)	Es ist nicht möglich, den Anteil der Personen in Behandlung zu berechnen. Die Zahl der Personen in Behandlung steigt kontinuierlich.

	Indikator	Verfügbare Daten	Ziel 2025	Ziel 2030	Quelle	Status
	Hepatitis B - Anteil der Menschen, bei denen Hepatitis C diagnostiziert wurde	Teilweise	60 %	90 %	Steffen et al. 2020 (32) Tergast et al. 2022 (34)	<p>↓ 35 % - 86 % der Anti-Hepatitis-C+ und 48 % - 81 % der RNA-Positiven wussten von ihrer Hepatitis-C-Infektion</p> <p>↓ 37 % laut einer Modellstudie für 2020</p>
	Hepatitis C - Anteil der diagnostizierten Patienten, die in Behandlung/geheilt sind	Teilweise	50 %	80 %	Tergast et al. 2022 (34) Steffen et al. 2022 (35) Meyer et al. 2023 (36)	<p>↓ 11 % der diagnostizierten Fälle wurden behandelt, und von den Behandelten wurden 97 % geheilt, gemäß einer Modellstudie für 2020.</p> <p>↓ Die Zahl der jährlichen Behandlungen ist seit einem Höchststand 2015 zurückgegangen und bleibt seitdem auf einem niedrigen Stand: Im Jahr 2020 wurden in Deutschland 6.500, im Jahr 2021 5.600 und im Jahr 2022 6.000 gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten mit DAA behandelt. Für die Berechnung des Anteils der Behandelten fehlt derzeit die Anzahl der diagnostizierten Fälle.</p>

Quelle: RKI

¹ Allgemeinbevölkerung bezieht sich auf die Bevölkerung Deutschlands, die nicht zu den spezifizierten gefährdeten Schlüsselgruppen gehört.

Epidemisches Modell für virale Hepatitis

Prävalenz

Allgemeinbevölkerung

In Deutschland ist die Prävalenz von Hepatitis B und C in der Allgemeinbevölkerung niedrig (siehe Definition). In einer 2008-2011 durchgeführten Bevölkerungsstudie (ohne spezielle Risikogruppen) hatten 0,3 % der Erwachsenen eine aktive Hepatitis-B-Infektion (HBsAg-positiv), 0,3 % waren Hepatitis C-positiv und 0,2 % hatten eine aktive Hepatitis-C-Infektion (Hepatitis C-RNA-positiv) (37). In einer vom RKI durchgeführten systematischen Überprüfung wurden weitere 11 Studien ermittelt, die Daten zur HBsAg-Prävalenz enthalten, die zwischen 0,3 und 0,7 % lag, bei einer weiteren Studie wurde eine Hepatitis-C-RNA-Prävalenz von 0,7 % ermittelt (19). Die Daten zur Prävalenz in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung in Deutschland sind solide, allerdings sind die Schätzungen anhand von Bevölkerungsstudien mehr als 10 Jahre alt.

Schlüsselgruppen

Die verfügbaren Daten zur Prävalenz in anderen Schlüsselgruppen, in denen die Prävalenz im Allgemeinen höher ist, sind eher begrenzt, insbesondere bei Migrantinnen und Migranten sowie Haftinsassen.

Menschen mit injizierendem Drogengebrauch (PWID)

Es gibt keine bundesweite Schätzung der PWID-Anzahl, sondern lediglich eine bundesweite Schätzung der Anzahl der Opioidabhängigen ($n = 166.294$ (164.794 - 167.794)) (38).

In den letzten zehn Jahren wurden zwei IBBS-Studien unter PWID durchgeführt, die sich beide an Personen richteten, die angaben, innerhalb der letzten 12 Monate Drogen injiziert zu haben (23, 39, 40). In diesen Studien werden Testdaten von PWID kombiniert. In der DRUCK-Studie 2011-14 unter 2.077 PWID in acht Städten wurde insgesamt eine virämische Hepatitis-C-Prävalenz von 44 % festgestellt. Bis 2022/22 stellte das RKI eine Verringerung der virämischen Prävalenz um 61 % fest (wobei das Ziel einer 80 %igen Reduzierung nicht erreicht wurde) (22, 40).

In der kürzlich durchgeführten Pilotstudie DRUCK 2.0 2021/22 in Berlin und sechs bayerischen Städten lag die virämische Hepatitis-C-Prävalenz insgesamt bei 27 %, allerdings stellte das RKI eine große Heterogenität der Prävalenz zwischen den Bundesländern und den untersuchten Städten fest, die zwischen 15 % und 32 % variierte (23).

Die HBsAg-Prävalenz war in beiden Studien ähnlich, nämlich 1,2 % in der untersuchten Bevölkerungsgruppe in den Jahren 2011-14 und 1,2 % in der Pilotstudie DRUCK 2.0 in den Jahren 2021/22, wobei große Unterschiede zwischen den untersuchten Städten bestanden (0 - 6,3 %) (23, 41).

Geplant ist ein Monitoringsystem für drogenbedingte Infektionskrankheiten in rund 15 Sentinel-Städten in Deutschland, wobei die Methoden des Pilotprojekts DRUCK 2.0 als Grundlage dienen sollen. Das RKI wartet noch auf die Bestätigung der Einrichtung dieses Monitoringsystems in einem zweijährigen Projekt, das im April 2024 beginnen soll.

Obdachlose

Die offizielle Zahl der Obdachlosen wird auf 607.000 Personen geschätzt, Tendenz steigend (42). Obdachlose sind eine heterogene Gruppe, die sich mit anderen gefährdeten Bevölkerungsgruppen überschneidet, z. B. mit Drogengebrauchenden, Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern, Flüchtlingen, Migrantinnen und Migranten ohne Dokumente und anderen Gruppen. Repräsentative oder konsolidierte Daten zur Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Prävalenz sind für Obdachlose nicht verfügbar. Daten aus einer kleinen IBBS-Pilotstudie 2021 (POINT-Studie unter Obdachlosen in Berlin) ergaben eine Hepatitis-B-Prävalenz von 1,9 %, die virämische Hepatitis-C-Prävalenz lag bei 16 % (20). Auffallend war der hohe Anteil nicht versicherter Personen (56 %) in der Studienpopulation. Das RKI stellte fest, dass der Zugang zu Impfungen und Tests unzureichend ist, lediglich 44 % der Studienpopulation waren jemals auf Hepatitis C getestet worden. Eine Ausweitung der POINT-Studie auf andere Städte ist seit 2021 geplant, jedoch wird die Finanzierung durch das BMG und das RKI nicht mehr priorisiert.

Männer, die Sex mit Männern haben

Daten über HIV-koinfizierte MSM liegen aus der HIV-1-Serokonverter-Kohortenstudie vor (43). Die Hepatitis-B-Prävalenz für akute/chronische und überwundene Infektionen sank von 4,1 % und 45 % im Zeitraum 1996-1999 auf 1,3 % bzw. 16 % im Jahr 2019. Gleichzeitig stieg die Zahl der Teilnehmer mit einem serologischen Status, der auf eine Hepatitis-B-Impfung hindeutet, von 25 % im Zeitraum 1996-1999 auf 69 % im Jahr 2019. Die Hepatitis-B-Inzidenzrate bei 565 Teilnehmern sank von 6,9/100 Personenjahren im Zeitraum 2004-2007 auf 0,45/100 Personenjahre im Jahr 2015. Die Hepatitis-C-Prävalenz für akute/chronische und überwundene Infektionen stieg bis 2014 auf 12 % (44). Seitdem ist die Prävalenz akuter/chronischer Hepatitis-C-Infektionen zügig zurückgegangen, während die Prävalenz überwundener Infektionen kontinuierlich stieg. Die Hepatitis-C-Inzidenz war im Jahr 2010 am höchsten und im Jahr 2017 am niedrigsten, es konnte jedoch keine signifikante Veränderung der Hepatitis-C-Inzidenz über die Jahre hinweg festgestellt werden. Mit der Einführung direkt wirkender antiviraler Medikamente für die Hepatitis-C-Behandlung reduzierte sich die Prävalenz und möglicherweise auch die Inzidenz akuter/chronischer Hepatitis-C-Infektionen. Dennoch sind Prävalenz und Inzidenz von Hepatitis C bei diesen HIV-1-positiven Studienteilnehmern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nach wie vor hoch und machen kontinuierliche Hepatitis-C-Präventions- und Behandlungsmaßnahmen bei HIV-positiven Personen erforderlich.

Migrantengruppen

Es gibt nur wenige veröffentlichte Daten zur Prävalenz von Hepatitis B und Hepatitis C unter bestimmten Migrantengruppen in Deutschland, wie eine Literaturrecherche mit systematischer Datenerhebung zeigt: Die Prävalenz von HBsAg lag in vier Studien zwischen 2,3 % und 3,6 % und die Prävalenz von Anti-Hepatitis-C zwischen 0,4 und 1,9 %. Nur bei einer Studie wurde die Hepatitis-C-RNA-Prävalenz untersucht (0,7 %) (19). Da die Prävalenz stark vom Herkunftsland abhängt, empfiehlt das RKI, die größten Migrantengruppen getrennt auf Hepatitis B und Hepatitis C zu untersuchen. Die HepMig-Vorstudie (10/2022-04/2024) enthält Hintergrundinformationen über die Größe der Hepatitis-B-/Hepatitis-C-infizierten Migrantengruppen in Deutschland und darüber, wie sie mit einer IBBS-Studie erreicht werden können. Bei dieser Studie wurde erstmalig ein Studiendesign unter in Rumänien und der Türkei geborenen Menschen in der Stadt Frankfurt erprobt. Diese Studie soll auf weitere Migrantengruppen und andere Städte in Deutschland ausgeweitet werden. Es ist geplant, dem BMG im Laufe des Jahres 2024 einen entsprechenden Vorschlag zu unterbreiten.

Menschen in Haftanstalten

Im Jahr 2022 waren 57.465 Personen im deutschen Strafvollzugssystem inhaftiert (45). Die Prävalenz von Hepatitis B und Hepatitis C ist nur aus einer veralteten Querschnittsstudie bekannt, die in sechs Haftanstalten 2006/2007 durchgeführt wurde: Die gewichtete Prävalenz für antiHBc, HBsAg, anti-Hepatitis-C und antiHIV lag bei 11 % (95 % Konfidenzintervall (KI)): 10,6 - 11,3), 4,2 % (95 % KI: 4,0 - 4,5), 20,6 % (95 % KI: 20,1 - 21,0) und 0,7 % (95 % KI: 0,6-0,8) (unveröffentlichter Bericht an das BMG). Das RKI wertete Apothekenverkaufsdaten zu Medikamenten gegen Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Tuberkulose und für Drogensubstitutionstherapien in Justizvollzugsanstalten mehrerer Bundesländer in Deutschland aus und schätzte die Anzahl der behandelten Personen in Haftanstalten im Jahr 2013 (46). Dabei stellte das RKI fest, dass die Anzahl der Behandlungen zwischen den Bundesländern stark schwankt und die Behandlungszahlen für die angenommene Zahl der Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infizierten in Haftanstalten unzureichend sind. Diese Daten sind ebenfalls veraltet, da die Studie durchgeführt wurde, bevor DAA-Behandlungen zur Verfügung standen.

Ein Modellprojekt zur Ausweitung der Hepatitis-C-Behandlung wird derzeit in drei Justizvollzugsanstalten zweier Bundesländer (NRW und Hessen) durchgeführt, Ergebnisse liegen noch nicht vor.

Anzahl von Menschen, die mit Hepatitis B und Hepatitis C infiziert sind

Es gibt verschiedene Ansätze, um die Anzahl der mit Hepatitis B und C infizierten Personen in Deutschland zu schätzen. Das RKI zieht zwei davon vor: eine RKI-Studie für 2013 und eine ECDC-Studie für 2019.

Bei einer vom RKI durchgeführte Studie wird eine Methode eingesetzt, bei der die Bevölkerungsgröße mit Prävalenzdaten verglichen wird, um die Gesamtzahl der infizierten Personen zu schätzen. Laut Schätzung des RKI waren 2013 in Deutschland 228.000 (170.000 - 338.000) Personen mit Hepatitis B infiziert. 40 % davon waren Erwachsene (ab 18 Jahren) in der Allgemeinbevölkerung. Weitere 58 % waren Migrantinnen und Migranten, 1,0 % Menschen mit injizierendem Opioidgebrauch und 0,4 % waren HIV+MSM. Für Deutschland wurde 2013 die Zahl der mit virämischer Hepatitis C infizierten Personen auf 235.000 (111.000 - 469.000) geschätzt. Davon waren 52 % Erwachsene aus der Allgemeinbevölkerung, 24 % Migrantinnen und Migranten, 23 % Menschen mit injizierendem Opioidgebrauch und 1 % HIV+MSM [Manuskript in Vorbereitung].

In einer Modellstudie des ECDC, in der die Hepatitis-C-Therapie berücksichtigt wurde, betrug 2019 die Gesamtzahl der Personen mit virämischer Hepatitis-C-Infektion 196.671 (137.555 - 279.639) (47). Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer Modellstudie, nach der die Zahl der Virusinfektionen in Deutschland im Jahr 2020 auf 189.000 (76.700 - 295.000) geschätzt wurde (34).

Für aktuellere Schätzungen wären neue Datenpunkte erforderlich, z. B. anhand einer repräsentativen Seroprävalenzstudie in der Allgemeinbevölkerung.

Auswirkung**Prävalenz des Hepatitis-B-Oberflächenantigens (HBsAg) bei Kindern unter 5 Jahren**

Die Hepatitis-B-Prävalenz bei Kindern wurde in zwei bevölkerungsbezogenen Studien gemessen. In der ersten Studie, die zwischen 2003 und 2006 durchgeführt wurde, wurde eine gewichtete Prävalenz von 0,2 % festgestellt (25). In der jüngsten Studie, die zwischen 2014 und 2017 durchgeführt wurde, gab es keine HBsAg-positiven Fälle [Manuskript in Vorbereitung].

Anzahl der Neuinfektionen mit Hepatitis B und C pro Jahr

Es liegen keine Inzidenzdaten vor. Mit den Surveillance-Melddaten werden auch seit langem bestehende Infektionen erfasst, die erst kürzlich diagnostiziert wurden.

Virale Hepatitis B und C sind in Deutschland meldepflichtige Krankheiten, allerdings gab es zahlreiche Änderungen im Meldesystem und bei den Falldefinitionen, die sich auf die Anzahl der gemeldeten Fälle auswirken. Seit Ende 2021 ist ein steiler Anstieg der gemeldeten Fälle sowohl für Hepatitis B als auch für Hepatitis C zu verzeichnen. Dies ist auf eine Kombination von Ursachen zurückzuführen, wie z. B. eine bessere Fallermittlung dank eines neuen, Ende 2021 eingeführten Screening-Programms für die Allgemeinbevölkerung. Dies fiel zusammen mit der Anfang 2022 einsetzenden Migration von Flüchtlingen aus der Ukraine mit bekannter Virushepatitis-Infektion, Nachholeffekten nach dem Rückgang der Zahlen während der COVID-19-Pandemie sowie der Einführung elektronischer Meldesysteme in den Laboren. Daher sind die Meldedaten nicht zuverlässig geeignet, um epidemische Muster von Virushepatitis-Infektionen in Deutschland zu beschreiben.

Hepatitis-C-Inzidenz unter injizierenden Drogengebrauchenden

Das RKI schätzte die Hepatitis-C-Inzidenz auf der Grundlage der Prävalenz bei neuen injizierenden Drogengebrauchenden anhand von Daten aus einer IBBS-Studie 2011 - 2014 auf 19,6 Infektionen/100 Personenjahre unter gefährdeten Personen (95 % KI: 16 - 24) (26). Neuere und direkte Schätzungen aus Kohortendaten stehen nicht zur Verfügung.

Mortalität

Bisher liegt nur eine Studie des ECDC für das Jahr 2015 vor, in der die Mortalität aufgrund von Virushepatitis B und C in Deutschland anhand Eurostat-Daten und dem jeweils zurechenbaren Anteil berechnet wurde. Die geschätzte Gesamtzahl der Todesfälle, die auf Hepatitis B und Hepatitis C zurückzuführen sind, lag 2015 in Deutschland bei 9.528. Daraus ergibt sich eine Mortalität für alle Todesfälle im Zusammenhang mit Hepatitis B und Hepatitis C von 11,6/100 000 (27). Anhand der Daten des statistischen Bundesamtes ließen sich neue Schätzungen erstellen, aber es fehlen genaue Angaben über den zurechenbaren Anteil.

Prävention

Prävention der Übertragung von Mutter zu Kind

Deutschland verfolgt eine gezielte Strategie zur Prävention von Übertragungen von Mutter zu Kind, die vorsieht, dass Frauen während der Schwangerschaft auf HBsAg untersucht werden. Kinder, die von HBsAg-positiven Müttern geboren werden, erhalten innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt eine gezielte Dosis an Hepatitis-B-Immunglobulin.

Für die Jahre 2011-2015 liegen für 92 - 93 % Daten zum HBsAg-Screening in der Schwangerschaft vor. Derzeit werden die jährlichen Daten bis 2022 aktualisiert.

Es gibt keine Daten über den Umfang der gezielten Postexpositionsprophylaxe und auch keine zuverlässigen Daten über die Übertragungsrate von Mutter zu Kind.

Die Prävalenz bei Kindern wurde in zwei bevölkerungsbezogenen Studien gemessen. In einer ersten, zwischen 2003 und 2006 durchgeführten Studie wurde eine gewichtete Prävalenz von 0,2 % festgestellt (25). In der jüngsten, zwischen 2014 und 2017 durchgeführten Studie gab es keine HBsAg-positiven Fälle (Manuskript in Vorbereitung).

Impfungen

Ein wirksamer Impfstoff ist verfügbar und zählt seit 1995 zu den empfohlenen Standardimpfungen für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit bestimmten Indikationen. Die Impfquote bei Kindern liegt jedoch immer noch unter dem Zielwert von 95 % und schwankte in den letzten Jahren zwischen 85 % und 88 % (28, 48, 49).

In einigen Indikationsgruppen ist die Impfquote immer noch niedrig, so liegt z. B. bei Männern, die Sex mit Männern haben, die Impfquote unter 60 % (50).

Schadensminimierung: Anzahl von Nadeln und Spritzen, die pro injizierendem Drogengebrauchenden verteilt wurden

Laut einer bundesweiten Umfrage im Jahr 2022 bei niedrighwelligen Diensten zur Schadensminimierung wurden 2021 durchschnittlich 127 Nadeln und 84 Spritzen pro PWID über die teilnehmenden Dienste an ihre Klientinnen und Klienten ausgegeben (30). Im Vergleich zu einer ersten Erhebung im Jahr 2018 wurde sogar ein Rückgang der Zahl der an PWID verteilten Nadeln/Spritzen festgestellt (30, 51).

Dabei bestanden große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern: Das WHO-Ziel für 2020 für Nadeln und Spritzen wurde in 6 Bundesländern und in der Erhebung 2021 in 4 Bundesländern erreicht.

Gemäß den aktuellen bundesweiten Schätzungen und Veränderungen von 2018 bis 2021, scheint Deutschland bei der Verteilung von Drogenutensilien weit vom WHO-Ziel entfernt zu sein. Gründe dafür könnten eine Änderung des Drogenkonsumverhaltens hin zu weniger injizierendem und mehr inhalierendem Konsum sowie die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie (Versorgungsschwierigkeiten, soziale Distanzierung, Schließungen, reduzierte Öffnungszeiten der Dienste) sein.

Die Verteilung von sterilen Utensilien über Apotheken wurde vom RKI in den letzten beiden Erhebungen nicht berücksichtigt. 2024 wird eine neue Erhebung über die Abgabe von Nadeln und Spritzen über Apotheken durchgeführt.

Schadensminimierung: Umfang (%) der Therapien mit Opioid-Agonisten (OAT) unter PWID

Der Umfang der OAT unter PWID in Deutschland wurde von der EUDA auf 49 % [48 - 49 %] geschätzt, basierend auf der veröffentlichten Zahl der Opioidabhängigen (n=166.294) (38) und der Zahl der Personen in Drogensubstitutionstherapien in 2021 (n=81.300). Das WHO-Ziel für 2020, wonach 40 % der PWID Drogensubstitutionstherapien erhalten sollen, wurde erreicht (31).

Tests und Behandlung

Anteil der mit einer Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infektion diagnostizierten Personen

Daten aus einer systematischen Übersichtsarbeit zeigen, dass in großen Screening-Studien 2012-2016 in Unfall- und Notaufnahmen sowie Hausarztpraxen 15 % - 66 % der HBsAg-positiven Patienten von ihrer Hepatitis-B-Infektion wussten und dass 35 % - 86 % der Anti-Hepatitis C+- und 48 % - 81 % der RNA-positiven Patienten von ihrer Hepatitis-C-Infektion wussten (32).

Seit Oktober 2021 wurde ein neues, einmalig durchzuführendes Screening-Programm für Hepatitis B und Hepatitis C im Rahmen einer allgemeinen Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene ab 35 Jahren eingeführt. Es scheint, dass mehr Patientinnen und Patienten aus der Allgemeinbevölkerung diagnostiziert werden. Eine Evaluierung des Programms durch das RKI ist zwar geplant, aber die Finanzierung noch nicht gesichert (52).

Anzahl der Menschen in Hepatitis-B-Behandlung

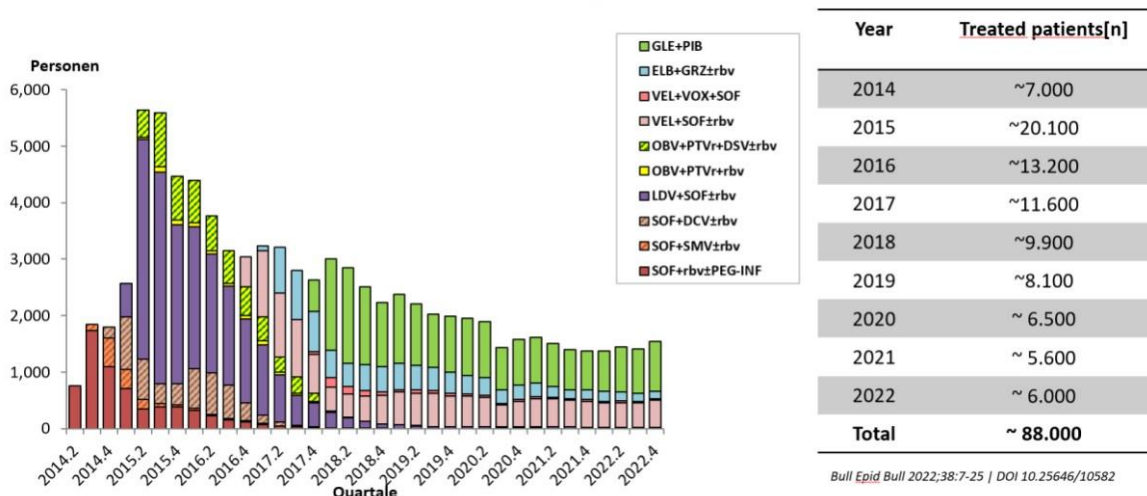
Das RKI nimmt jährlich eine Schätzung der Anzahl der Personen, die mit Nukleos(t)id-Analoga (NUCs) behandelt werden, anhand von Verkaufszahlen der Apotheken vor. Diese Daten enthalten die Verpackungsnummern aller Medikamente, die an gesetzlich Krankenversicherte in Deutschland (etwa 85 % der Bevölkerung) verschrieben werden, aufgeschlüsselt nach Wirkstoffen. Die Zahl der Personen, die eine Hepatitis-B-Therapie erhalten, nimmt in Deutschland kontinuierlich zu. Die durchschnittliche Zahl der behandelten Patienten lag 2008 bei 14.453 pro Monat und stieg bis 2019 auf 24.868 pro Monat und bis 2022 auf 31.400 pro Monat an (33).

Anzahl der Personen, die jährlich wegen Hepatitis C behandelt werden

Das RKI nimmt jährlich eine Schätzung der Anzahl der Personen, die mit direkten antiviralen Medikamenten behandelt werden, anhand von Verkaufszahlen der Apotheken vor. Diese Daten enthalten die Verpackungsnummern aller Medikamente, die an gesetzlich Krankenversicherte in Deutschland (etwa 85 % der Bevölkerung) verschrieben werden, aufgeschlüsselt nach Wirkstoffen.

Die Anzahl der behandelten Personen wird anhand der Anzahl der Verpackungen und der standardisierten Behandlungsdauer gemäß den klinischen Leitlinien (35, 36) berechnet. Der Verlauf der DAA-Verschreibungen und die geschätzte Zahl der behandelten Personen sind unten dargestellt (Abbildung 6).

Abbildung 6. Anzahl der wegen Hepatitis C behandelten Personen, 2014 - 2022, Deutschland



Quelle: RKI

Die Zahl der Behandlungen ist während der Pandemie zurückgegangen und scheint seither nicht ausreichend angestiegen zu sein.

Nach der Modellstudie für das Jahr 2020 (auf der Grundlage der rechnerischen Rückauswertung der Surveillance- und Untersuchungsdaten sowie Expertenmeinungen) wurde der Anteil der mit Hepatitis C diagnostizierten Personen an den Infizierten im Jahr 2020 auf 37 % geschätzt. 11 % der mit Hepatitis C diagnostizierten Personen wurden behandelt, und von den behandelten Personen wurden 97 % geheilt (34).

Es besteht die Befürchtung, dass insbesondere Gruppen mit erhöhtem Risiko, z. B. PWID, gefährdete Migrantengruppen, Obdachlose und Haftinsassen, nur begrenzten Zugang zu einer Hepatitis-C-Behandlung haben und dabei auf verschiedene Hindernisse stoßen (53). Wer nicht krankenversichert ist, hat keinen Zugang zu einer Hepatitis-C-Behandlung.

Im Rahmen des DRUCK 2.0-Pilotprojekts 2021/2022 gaben 196 (45 %) von 435 PWID mit früherer oder aktueller Hepatitis C an, irgendwann zuvor oder derzeit in Behandlung zu sein. Das RKI stellte fest, dass die Ergebnisse zwischen den Standorten der Studie schwanken. In diese Studie wurden nur Personen einbezogen, die erst seit kurzem (d. h. innerhalb der letzten 12 Monate) injizieren.

Beschränkungen: Die Entwicklung einer Versorgungskaskade im Zuge einer IBBS-Querschnittsstudie, bei der Selbstauskünfte mit Testdaten kombiniert werden, gestaltet sich schwierig und führt zu einer Überschätzung des Anteils der diagnostizierten und behandelten Personen, da verschiedene Infektionsepisoden nicht erfasst werden können (23).

Schlussfolgerung

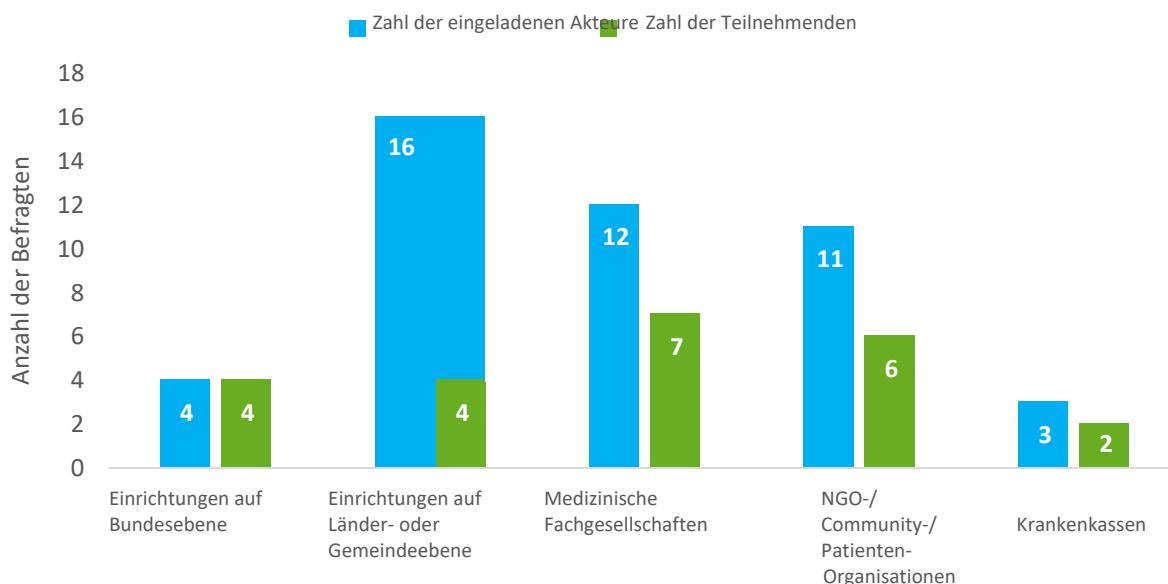
Bei den Virushepatitiden B und C ist die Situation in Deutschland so, dass sich die Epidemien auf Schlüsselgruppen wie Migrantinnen und Migranten aus Ländern mit höherer Belastung, injizierende Drogengebrauchende und andere Untergruppen mit erhöhtem Risiko konzentrieren. Es liegen keine ausreichenden Daten vor, um die Belastung, die Prävention und insbesondere die Fortschritte bei der Erreichung der Test- und Behandlungsziele in Bezug auf die Allgemeinbevölkerung und die Schlüsselgruppen umfassend zu bewerten. Für Haftinsassen, bestimmte Migrantengruppen und Menschen, die von Obdachlosigkeit betroffen sind, liegen überhaupt keine aktuellen Daten vor. Inzidenz- und Mortalitätsdaten zur Messung der Wirkungen stehen nicht zur Verfügung. Während bei den Präventionszielen gute Fortschritte erreicht wurden, besteht hinsichtlich Testung und Behandlung Nachholbedarf.

5 Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Befragung beteiligter Akteure und der Vor-Ort-Überprüfung vorgestellt und mit Informationen und Daten der Recherche anhand von Unterlagen und der Lageanalyse ergänzt. Die Ergebnisse sind nach den fünf Handlungsfeldern der Strategie BIS 2030 unterteilt, wobei in jedem Abschnitt die drei wichtigsten Fragen aufgegriffen wurden, die allen befragten Akteuren bei der Vor-Ort-Überprüfung gestellt wurden (was funktioniert gut, was sind die größten Herausforderungen und welche Änderungen wären erforderlich, um die Umsetzung der Strategie zu verbessern, siehe auch Abschnitt 3.3).

Eine Übersicht über die Organisationen, die auf die **Umfrage** geantwortet haben, ist in Abbildung 7 dargestellt (siehe auch 3.1). Die Rücklaufquote war bei den Bundesbehörden am höchsten, gefolgt von Krankenkassen, Nichtregierungsorganisationen/Community-Organisationen und medizinischen Fachgesellschaften, während die Bundesländer die niedrigste Rücklaufquote aufwiesen. Eine vollständige Liste mit den Namen aller eingeladenen und teilnehmenden Organisationen findet sich in Anhang 1.

Abbildung 7. Übersicht über die Beantwortung der Umfrage nach Kategorie der Akteure



5.1 Schaffung gesellschaftlicher Akzeptanz

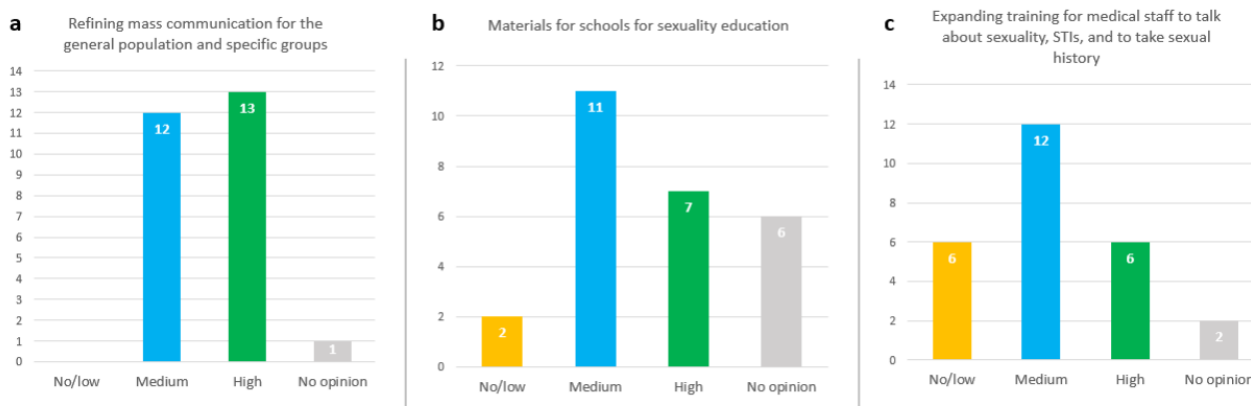
Das erste Handlungsfeld der Strategie BIS 2030 konzentriert sich auf die Schaffung gesellschaftlicher Akzeptanz. Im Mittelpunkt stehen dabei a) die Notwendigkeit der **Enttabuisierung von sexuell übertragbaren Infektionen**, indem Schamgefühle abgebaut, eine offene Kommunikation gefördert und das Wissen über HIV, Hepatitis B und C sowie andere sexuell übertragbare Infektionen erweitert wird, und b) die Bedeutung, **Stigmatisierung und Diskriminierung abzubauen**, Vielfalt zu akzeptieren und die Rechte der Betroffenen zu schützen.

5.1.1 Ergebnisse aus der Umfrage unter den Akteuren

2023 stimmten 31 % der Befragten zu, dass die bundesweiten, regionalen und lokalen Bemühungen zur Schaffung gesellschaftlicher Akzeptanz zu guten Ergebnissen und/oder Wirkungen geführt haben. 58 % stimmten nur teilweise und 11 % gar nicht zu.

Im Hinblick auf die **Enttabuisierung von sexuell übertragbaren Infektionen** schlägt die Strategie BIS 2030 vor, a) die Massenkommunikation für die Allgemeinbevölkerung und bestimmte Gruppen zu verbessern, b) Materialien für die Sexualerziehung an Schulen zu entwickeln und bereitzustellen und c) die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen, Ärzten und medizinischem Personal zu erweitern, um die Diskussion über Sexualität und STIs in der Arzt-Patienten-Beziehung zu fördern. Gleichzeitig sollen Unterlagen erstellt werden, um eine Sexualanamnese zu erleichtern. Die Umfrage ergab, dass einige Maßnahmen ergriffen wurden, um die Massenkommunikation für die Allgemeinbevölkerung und spezifische Gruppen zu verbessern (12 Befragte berichteten über Maßnahmen im mittleren Umfang und 13 über umfangreiche Maßnahmen) (Abbildung 8a). Zwei Befragte gaben an, dass keine oder nur geringe Maßnahmen ergriffen wurden, um Schulmaterialien zur Behandlung des Themas im Rahmen der Sexualerziehung zu entwerfen und bereitzustellen, während elf Befragte der Ansicht sind, dass Maßnahmen im mittleren Umfang ergriffen wurden. Sieben Befragte berichteten von umfangreichen Maßnahmen (Abbildung 8b). Andererseits wurden weniger Maßnahmen ergriffen, um das medizinische Personal vermehrt für Gespräche über Sexualität, STI und die Erhebung von Sexualanamnesen zu schulen (sechs Akteure berichteten über keine bzw. geringe Maßnahmen, 12 über Maßnahmen im mittleren Umfang und fünf über umfangreiche Maßnahmen) (Abbildung 8c).

Abbildung 8. Antworten in der Umfrage zum Umfang der unternommenen Maßnahmen*, um STI zu enttabuisieren: drei Ansätze (a - c)

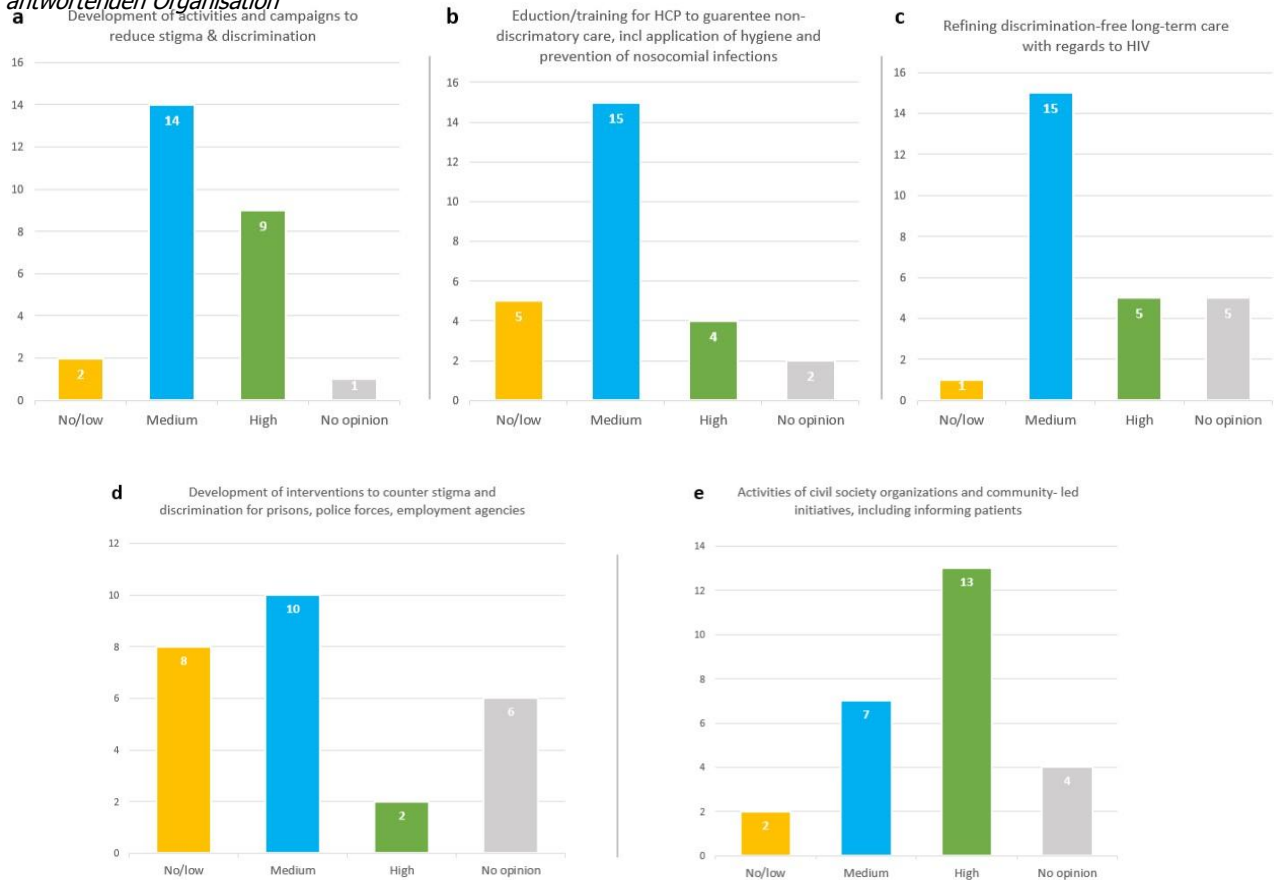


* Grad der Maßnahmen, die von den relevanten Akteuren in Deutschland aus Sicht der antwortenden Organisation ergriffen wurden (Antwortskala 0-5; 0 steht für keine Maßnahmen und 5 für den höchstmöglichen Grad an Maßnahmen): keine/geringe Maßnahmen ergriffen (0 - 1); mittlerer Umfang an ergriffenen Maßnahmen (2 - 3); umfangreiche Maßnahmen ergriffen (4 - 5).

In Bezug auf die **Verringerung von Stigmatisierung und Diskriminierung** schlägt die Strategie BIS 2030 die folgenden Ansätze vor: a) Fortführung und Weiterentwicklung von Aktivitäten und Kampagnen zum Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung; b) Fortführung und Schaffung zusätzlicher Weiterbildungsmöglichkeiten für Gesundheitsdienstleister, um eine diskriminierungsfreie Versorgung zu gewährleisten, einschließlich Hygienemaßnahmen und Prävention nosokomialer Infektionen; c) Weiterentwicklung einer diskriminierungsfreien Langzeitpflege für HIV-Patienten; d) Entwicklung von Maßnahmen zur Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung in Institutionen wie Justizvollzugsanstalten, Polizeibehörden und Arbeitsagenturen; e) Fortführung der Aktivitäten zivilgesellschaftlicher Organisationen und Community-Initiativen, einschließlich der Information von Patienten. Die Umfrage ergab, dass Aktivitäten und Kampagnen zur Verringerung von Stigmatisierung und Diskriminierung in mittlerem/hohem Maße entwickelt wurden (zwei Befragte meldeten keine/geringe Maßnahmen, 14 meldeten Maßnahmen im mittleren Umfang und neun meldeten umfangreiche Maßnahmen) (Abbildung 9a). Im Gesundheitssektor wurden Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen für Gesundheitsdienstleister zur Gewährleistung einer diskriminierungsfreien Versorgung in mittlerem Umfang durchgeführt (Abbildung 9b). Auch bei der Verbesserung der diskriminierungsfreien Langzeitpflege für HIV-Patienten wurden Maßnahmen im mittleren Umfang ergriffen (Abbildung 9c). In Einrichtungen wie Justizvollzugsanstalten, Polizeibehörden und Arbeitsagenturen wurden jedoch nur relativ wenig Maßnahmen zur Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung ergriffen: acht Akteure berichteten über keine/geringe Maßnahmen, 14 über Maßnahmen im mittleren Umfang und nur zwei über umfangreiche Maßnahmen (Abbildung 9d). Dies könnte als Hinweis darauf dienen, dass in diesen Institutionen mehr getan werden muss. Andererseits haben die Aktivitäten von Organisationen der Zivilgesellschaft und Community-basierte Initiativen in mittlerem/hohem Maße zur Verringerung von Stigmatisierung und Diskriminierung beigetragen, wobei nur zwei Akteure von keinen/geringen Maßnahmen, sieben von Maßnahmen im mittleren Umfang und 13 von umfangreichen Maßnahmen berichteten (Abbildung 9e). Dies lässt vermuten, dass sich zivilgesellschaftliche und Community-basierte Organisationen besonders für den Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung stark gemacht haben.

Abbildung 9. Antworten auf die Umfrage zum Umfang der ergriffenen* Maßnahmen zum Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung: 5 Ansätze (a-e)

* Grad der ergriffenen Maßnahmen, die von den relevanten Akteuren in Deutschland ergriffen wurden, aus Sicht der antwortenden Organisation



(Antwortskala 0 - 5; 0 bedeutet keine Maßnahme, 5 die umfangreichste Maßnahme): keine/geringe Maßnahmen ergriffen (0 - 1); mittlerer Umfang an ergriffenen Maßnahmen (2 - 3); umfangreiche Maßnahmen ergriffen (4 - 5).

5.1.2 Was funktioniert gut

Während der Überprüfungsreise erwähnten mehrere Akteure, dass die Strategie BIS 2030 für lokale Akteure hilfreich war, um Finanzmittel zu beantragen und sich für politische Unterstützung stark zu machen. Einige größere städtische Gesundheitsämter seien zudem gut aufgestellt, um gesellschaftliche Akzeptanz zu fördern, in der sexuelle Vielfalt akzeptiert und intersektionelle Risiken angegangen werden.

Die Gesetze zur Blutspende sind weniger diskriminierend und MSM nicht mehr von der Spende ausgeschlossen.

Darüber hinaus sind HIV-Selbsttests in migrantischen Communities verfügbar, wodurch bessere Chancen bestehen, über Tests zu sprechen. In einigen Regionen haben Nichtregierungsorganisationen Schulungen für Gesundheitsdienstleister und Medizinstudenten zu Sexualität, LSTBQ*-inklusive Sexualanamnese und sexuelle/geschlechtliche Vielfalt durchgeführt und diese Themen wurden in einigen Universitäten in den Lehrplan der Medizinstudenten aufgenommen, wobei die Umsetzung hauptsächlich durch die DAH über ein von der BZgA unterstütztes Programm erfolgte.

5.1.3 Festgestellte Herausforderungen

Trotz einiger Fortschritte bei der Schaffung gesellschaftlicher Akzeptanz stellt die HIV-bedingte Stigmatisierung nach wie vor eine große Herausforderung dar, insbesondere in der Gesundheitsfürsorge und unter migrantischen Communities (siehe 4.3). Die Kenntnisse über HIV sind in der Allgemeinbevölkerung im Allgemeinen recht gut ausgeprägt, jedoch deutlich geringer hinsichtlich anderer sexuell übertragbarer Infektionen (54, 55). Bei der Überprüfungsreise wurde über zunehmend unfreundliche Einstellungen in einigen Teilen der Bevölkerung gegenüber MSM und Personen mit diversem Geschlecht berichtet, was die Akzeptanz und Offenheit weiter erschwert. Nach Angaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wurden die Mittel zur Fortsetzung einiger der laufenden breiten Kommunikationskampagnen erheblich gekürzt.

Generell sind die Fähigkeit und Motivation von Gesundheitsdienstleistern und Ärztinnen und Ärzten, Fragen der Sexualität anzusprechen oder darüber zu diskutieren, eher gering ausgeprägt. Dies liegt zum Teil an fehlenden finanziellen Anreizen, denn die Kosten für die Sexualberatung, die Sexualanamnese oder die Untersuchung auf asymptomatische STI werden nicht erstattet. Dadurch erhöht sich weder die Motivation noch wird ein Klima der Akzeptanz gefördert.

Ein geringes Bewusstsein des Personals in Haftanstalten und bis zu einem gewissen Grad auch der Gesundheitsdienstleister für durch Blut übertragbare Infektionen und Fragen der sexuellen/geschlechtlichen Vielfalt ist ein weiterer Bereich, wo Nachholbedarf besteht (siehe auch 5.2.3).

Transgender-Themen werden von Gesundheitsdienstleistern und in vielen Gemeinden oft nicht ausreichend verstanden oder umfassend behandelt. Probleme bezüglich der Kommunikation und der Verwendung von Terminologie im Zusammenhang mit transsexuellen und nicht-binären Menschen müssen angesprochen werden. Idealerweise sollten Dienstleistungsanbieter auch Trans*-Personen vertreten, damit sich die Klienten besser verstanden fühlen.

5.1.4 Vorrangige Maßnahmen

- Die bestehenden Bemühungen zur Bekämpfung und Überwachung von HIV-bedingter Stigmatisierung und Diskriminierung im Gesundheitswesen sollten fortgesetzt und weiter verstärkt werden. Schulungen zum Thema Sexualität, sexuelle Vielfalt und sich überschneidende Stigmatisierung sollten landesweit fortgesetzt und ausgebaut werden, und zwar sowohl für Fachleute außerhalb des HIV-Bereichs (Allgemeinmediziner, Gynäkologen, Dermatologen, Zahnärzte, Strafvollzugsanstalten, öffentliche Gesundheitsdienste usw.) als auch für Medizinstudenten, wobei auch neue Modelle für die Gesundheitsaufklärung (E-Learning) eingesetzt werden sollten.
- Stärkere Sensibilisierung von Nicht-Fachleuten für Hepatitis C (Tests und Behandlung), einschließlich Hausärzten und anderen Personen, die die Vorsorgeuntersuchung „Check-up 35+“ durchführen, sowie des Gesundheitspersonals in Haftanstalten.
- In der Kommunikation zwischen Arzt und Patient sollten die Bemühungen um eine LSTBIQ*-inklusive Beratung zur sexuellen Gesundheit verstärkt werden.
- Aufklärung der Ärzteschaft, die nicht aus dem HIV-Bereich stammt, darüber, dass Menschen mit nicht nachweisbarer Viruslast HIV nicht übertragen (U=U). Gewährleistung, dass U=U-Botschaften in Informationskampagnen für junge Menschen und Schulen aufgenommen werden und dass Websites von Ärztekammern, Universitätskliniken usw. aktiv auf U=U hinweisen.
- Gezielte Kommunikations- und Sensibilisierungsbemühungen mit stärkerem Fokus auf das Gesundheitspersonal, Jugendliche und junge Erwachsene (in Schulen und der virtuellen Welt), Haftanstalten, Strafverfolgungsbehörden und andere Einrichtungen.
- Einbeziehung relevanter Akteure bei der Erarbeitung von Schulungsmaterialien (z. B. Community-Vertreter, medizinische Fachgesellschaften, die Justizministerien (auf Bund- und/oder Länderebene) und andere).
- Verbesserung der Kenntnisse unter Migrantengruppen über durch Blut und sexuell übertragbare Infektionen, einschließlich Selbsttests, PrEP, U=U und Hepatitisimpfung und -behandlung. Verstärkte Einbeziehung von Gleichaltrigen, um Stigmatisierung und Diskriminierung von Drogengebrauchenden, Haftinsassen, Obdachlosen und Migrantengruppen zu verringern.
- Einbeziehung von Vertretern der Community bei der Entwicklung und Bereitstellung bedarfsgerechter Angebote für wichtige Schlüsselgruppen, z. B. unter Berücksichtigung der Vertretung spezifischer Bevölkerungsgruppen unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, der Verfügbarkeit von Diensten in den relevanten Sprachen und einer kultursensiblen Erbringung von Dienstleistungen.
- Erwägung einer umfassenden Überprüfung von Gesetzen und Verordnungen zur Beseitigung diskriminierender Rechtsvorschriften im Zusammenhang mit HIV oder anderen Infektionen, z. B. in den Bereichen Beschäftigung, Versicherungen, Sport und öffentlicher Dienst. Die Erfahrungen, die das spanische Gesundheitsministerium bei einem ähnlichen Projekt gesammelt hat, könnten dabei herangezogen werden. Die im Rahmen der „Globalen Aktionspartnerschaft zur Beseitigung aller Formen von HIV-bedingter Stigmatisierung und Diskriminierung“ von UNAIDS veröffentlichten Dokumente könnten ebenfalls als Anregung dienen (56).

5.2 Weiterer Ausbau bedarfsorientierter Dienstleistungen

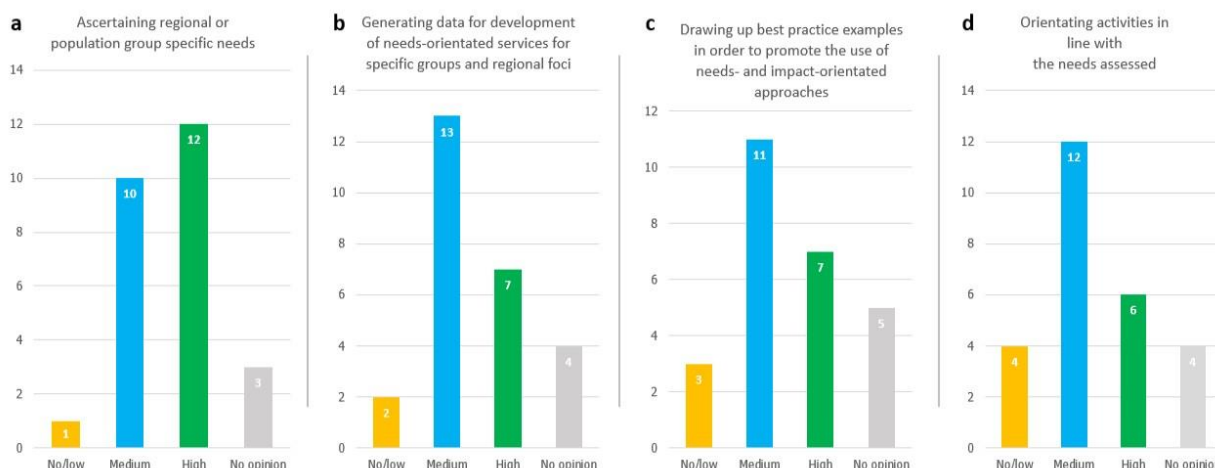
Die Prävalenz und Inzidenz von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen variiert in Deutschland je nach Bevölkerungsgruppe und geografischer Region. Um eine größere Wirkung zu erzielen und auf die spezifischen Bedürfnisse, Gefährdungen und Risikofaktoren verschiedener Bevölkerungsgruppen eingehen zu können, konzentriert sich das zweite Handlungsfeld der Strategie BIS 2030 auf den Ausbau bedarfsorientierter Angebote mit einem **Fokus auf bestimmte Bevölkerungsgruppen**, insbesondere junge Mädchen, Jugendliche, MSM, PWID, Migrantinnen und Migranten, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, Trans*-Communities, Schwangere und Haftinsassen, sowie **schwerpunktmäßig auf bestimmte Regionen** in Deutschland.

5.2.1 Ergebnisse der Befragung beteiligter Akteure

2023 stimmten 21 % der Befragten zu, dass die bundesweiten, regionalen und lokalen Bemühungen zur Erweiterung bedarfsorientierter Dienstleistungen zu guten Ergebnissen und/oder Auswirkungen geführt haben. 71 % stimmten dem nur teilweise und 8 % gar nicht zu.

Zum weiteren Ausbau bedarfsorientierter Dienstleistungen schlägt die Strategie BIS 2030 vor: a) regionale und/oder gruppenspezifische Bedürfnisse zu ermitteln, b) Daten für die Entwicklung bedarfsorientierter Dienstleistungen für bestimmte Gruppen und regionale Schwerpunkte zu generieren, c) Best-Practice-Beispiele aufzuzeigen, um bedarfs- und wirkungsorientierte Ansätze zu fördern und d) die Aktivitäten an den ermittelten Bedürfnissen auszurichten. Den Umfrageergebnissen zufolge haben die zuständigen Akteure Maßnahmen im mittleren (zehn Befragte) bis hohen Umfang (12 Befragte) ergriffen, um die spezifischen Bedürfnisse der Regionen oder Bevölkerungsgruppen zu ermitteln (10a). Die Befragten waren jedoch der Ansicht, dass nur in mittlerem Umfang Maßnahmen zur Analyse und Bewertung vorhandener Daten für die Entwicklung bedarfsorientierter Dienste (10b), zum Aufzeigen von Best-Practice-Beispielen zwecks Förderung bedarfs- und wirkungsorientierter Ansätze (10c) und zur Ausrichtung der Aktivitäten an den ermittelten Bedürfnissen (10d) ergriffen wurden.

Abbildung 10. Antworten auf die Umfrage zum Umfang der ergriffenen Maßnahmen* zum weiteren Ausbau bedarfsorientierter Dienstleistungen: 4 Aktivitäten



* Grad der ergriffenen Maßnahmen, die von den relevanten Akteuren in Deutschland ergriffen wurden, aus Sicht der antwortenden Organisation. Antwortskala 0 - 5; 0 bedeutet keine Maßnahme, 5 die umfangreichste Maßnahme): keine/geringe Maßnahmen ergriffen (0 - 1); mittlerer Umfang an ergriffenen Maßnahmen (2 - 3); umfangreiche Maßnahmen ergriffen (4 - 5).

In der Strategie sind weitere Maßnahmen für spezifische Bevölkerungsgruppen vorgesehen. In der **Allgemeinbevölkerung** sollten die Kenntnisse über das Schutzverhalten sowie über HIV, Virushepatitis und andere sexuell übertragbare Infektionen vermittelt und erweitert werden. Den Antworten auf die Umfrage zufolge wurde dies in mittlerem Maße getan, wobei 17 Akteure von Maßnahmen im mittleren und sieben Maßnahmen im hohen Umfang berichteten (Abbildung 11). Die Strategie weist auch darauf hin, dass frei zugängliche Bildungsmedien über HIV und andere STI, Präventionsdienste in sozialen Medien und qualitätsgesicherte Sexualaufklärung in Schulen für **Jugendliche und junge Menschen** zugänglich gemacht werden sollten. Der Umfrage zufolge wurde dies in mittlerem bis hohem Maße erreicht. Auch **Schwangere** sollten gezielt angesprochen werden, insbesondere im Hinblick auf die Anwendung und Berücksichtigung neuer medizinischer Erkenntnisse, wie sie zum Beispiel in der weiterentwickelten Mutterschaftsrichtlinie enthalten sind. Die Umfrage lässt darauf schließen, dass diesbezügliche Maßnahmen ergriffen werden, wobei zwei Akteure über keine Maßnahmen, sieben über Maßnahmen im mittleren Umfang und zehn über umfangreiche Maßnahmen berichteten. Hinsichtlich **Migrantinnen und Migranten** empfiehlt die Strategie kultursensible, angemessene Präventions-, Beratungs-, Test- und Betreuungsdienste zu HIV, Virushepatitis und anderen STIs. Durch niedrigschwellige, kultursensible Informationsportale in verschiedenen Sprachen, kultursensible Beratungs- und Betreuungsangebote sowie den verstärkten Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern ließen sich bestehende Hürden weiter abbauen. Den Antworten auf die Umfrage zufolge wurden Maßnahmen im mittleren Umfang ergriffen, um kultursensible und geeignete Präventions-, Beratungs-, Test- und Pflegedienste anzubieten, wobei vier Befragte von keinen/geringen Maßnahmen, 14 von Maßnahmen im mittleren Umfang und sechs von umfangreichen Maßnahmen berichteten (Abbildung 12). Ebenso meldeten zwei Befragte keine/geringe Maßnahmen zur Bereitstellung von niedrigschwelligen und kultursensiblen Informationsportalen, Beratungs- und Betreuungsdiensten in verschiedenen Sprachen, 15 berichteten von Maßnahmen im mittleren Umfang, und fünf gaben umfangreiche Maßnahmen an. Zum verstärkten Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern scheinen jedoch verschiedene Meinungen zu bestehen: neun Akteure berichten von keinem/geringem Einsatz, sieben von einem Einsatz im mittleren Umfang und acht von einem verstärkten Einsatz.

Abbildung 11. Antworten auf die Umfrage zum Umfang der ergriffenen Maßnahmen*, um Dienstleistungen stärker an gruppenspezifischen Anforderungen auszurichten: allgemeine

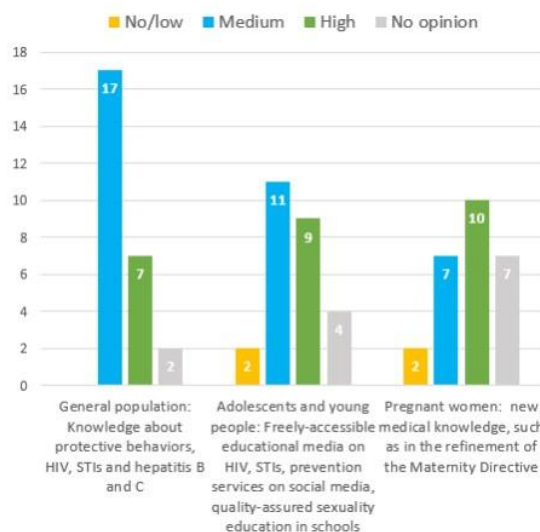
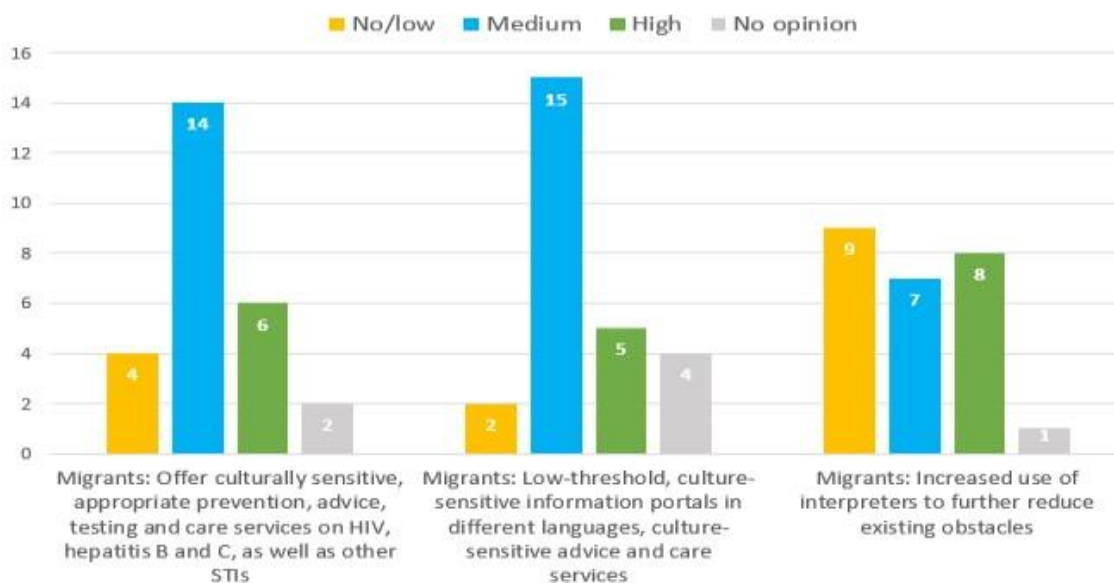


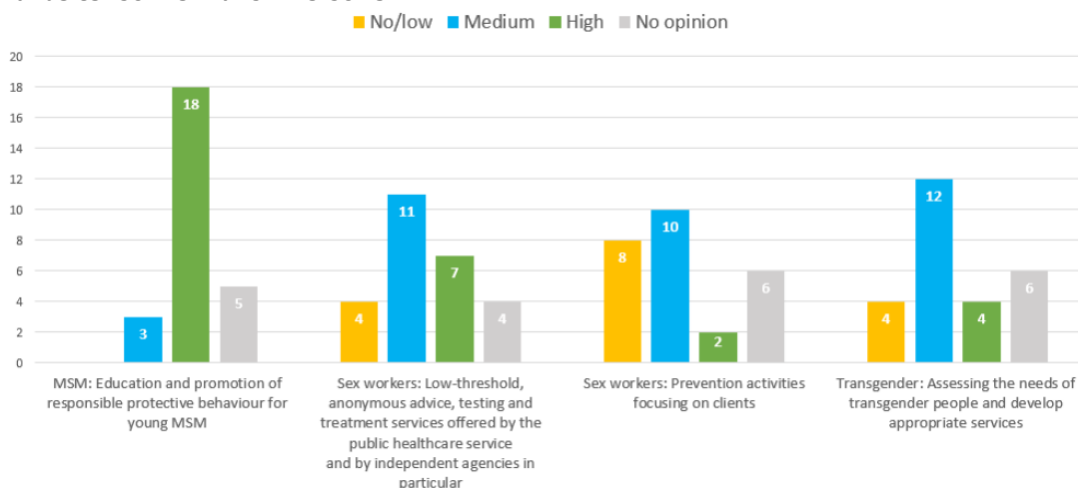
Abbildung 12. Antworten auf die Umfrage zum Umfang der ergriffenen Maßnahmen* zum Ausbau gruppenspezifischer Dienstleistungen: Migrantinnen und Migranten



* Grad der ergriffenen Maßnahmen, die von den relevanten Akteuren in Deutschland ergriffen wurden, aus Sicht der antwortenden Organisation; Antwortskala 0 - 5, 0 bedeutet keine Maßnahme, 5 die umfangreichste Maßnahme); keine/geringe Maßnahmen ergriffen (0 - 1); mittlerer Umfang an ergriffenen Maßnahmen (2 - 3); umfangreiche Maßnahmen ergriffen (4 - 5).

In Deutschland stellen **Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)**, die größte Gruppe von Menschen, die mit HIV leben, dar. Laut der Strategie BIS 2030 ist das Wissen über HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen sowie das Schutzverhalten von MSM insgesamt auf einem hohen Niveau. In der Strategie wurde jedoch hervorgehoben, dass die Aufklärung über und Förderung eines verantwortungsbewussten Schutzverhaltens bei jungen MSM einen besonderen Schwerpunkt bilden müsse. Unter den Akteuren, die auf die Umfrage geantwortet haben, herrschte allgemeine Übereinstimmung darüber, dass in diesem Bereich Maßnahmen in hohem Umfang ergriffen werden (Abbildung 13). In der Strategie BIS 2030 wird die Notwendigkeit betont, **Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern** niedrigschwellige, anonyme Beratungs- und Testangebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes und unabhängiger Träger zur Verfügung zu stellen. Laut den Umfrageergebnissen ist dies in mittlerem Umfang umgesetzt worden. In der Strategie wird auch betont, die Klientinnen und Klienten in Präventionsmaßnahmen einzubeziehen. Dies ist in geringem bis mittlerem Maße gelungen, was darauf hindeutet, dass der Schwerpunkt weiterhin auf die Klientinnen und Klienten gelegt werden muss. In Bezug auf **transsexuelle Personen** war zum Zeitpunkt der Strategie BIS 2030 wenig über die Prävalenz von HIV-Infektionen, Virushepatitis und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sowie über die Risiken und den Bedarf an Prävention und Pflege bekannt. Die Strategie empfahl daher, die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe zu bewerten und geeignete Angebote zu entwickeln. Laut den Umfrageergebnissen ist dies nur in mittlerem Umfang umgesetzt worden (13).

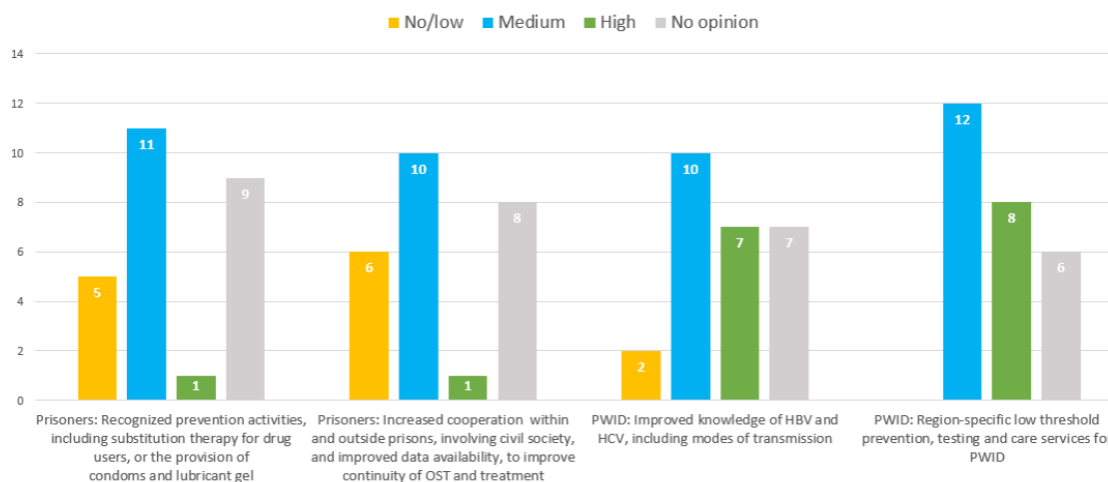
Abbildung 13. Antworten auf die Umfrage zum Umfang der ergriffenen Maßnahmen* zum Ausbau gruppenspezifischer Dienstleistungen: Männer, die Sex mit Männern haben, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter sowie Trans*-Personen



* Grad der ergriffenen Maßnahmen, die von den relevanten Akteuren in Deutschland ergriffen wurden, aus Sicht der antwortenden Organisation (Antwortskala 0 – 5 (0 bedeutet keine Maßnahme, 5 die umfangreichste Maßnahme): keine/geringe Maßnahmen ergriffen (0 - 1); mittlerer Umfang an ergriffenen Maßnahmen (2 - 3); umfangreiche Maßnahmen ergriffen (4 - 5)).

Besondere Herausforderungen bestehen in **Justizvollzugsanstalten** im Hinblick auf die Prävention und Behandlung von HIV, Virushepatitis und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Die höheren Prävalenzraten unter Haftinsassen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sind unter anderem auf den hohen Anteil von Personen mit injizierendem Drogengebrauch zurückzuführen. Die Strategie BIS 2030 empfahl a) anerkannte Präventionsmaßnahmen, einschließlich einer Substitutionstherapie für Drogengebrauchende und der Bereitstellung von Kondomen und Gleitgel, sowie b) eine verstärkte Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb von Haftanstalten unter Einbeziehung der Zivilgesellschaft und eine verbesserte Datenverfügbarkeit, um die Kontinuität von Drogensubstitutionstherapien und Behandlung zu fördern. Den Umfrageergebnissen zufolge wurden beide Empfehlungen in geringem bis mittlerem Maße umgesetzt, wobei nur ein Befragter in beiden Fällen über umfangreiche Aktivitäten berichtete (Abbildung 14). Dies legt nahe, dass mehr Arbeit in Justizvollzugsanstalten geleistet werden sollte. In Bezug auf **Menschen mit injizierendem Drogengebrauch** (PWID) wurde in der Strategie betont, dass deren Wissen speziell über Virushepatitis erweitert werden muss. Dies wurde in mittlerem bis hohem Maße erreicht. Die Strategie empfahl auch die Fortführung und Ausweitung regionalspezifischer, niedrigschwelliger Präventions-, Test- und Betreuungsdienste für PWID. Die Umfrage zeigte zudem, dass Maßnahmen im mittleren bis umfangreichen Bereich ergriffen wurden, um dies zu erreichen, wobei 12 Befragte über Maßnahmen im mittleren Bereich und acht Befragte über umfangreiche Maßnahmen berichteten (Abbildung 14).

Abbildung 14. Antworten auf die Umfrage zum Umfang der ergriffenen Maßnahmen* zum Ausbau gruppenspezifischer Dienstleistungen: Haftinsassen und Menschen mit injizierendem Drogengebrauch



* Grad der ergriffenen Maßnahmen, die von den relevanten Akteuren in Deutschland ergriffen wurden, aus Sicht der antwortenden Organisation (Antwortskala 0 - 5, 0 bedeutet keine Maßnahme, 5 die umfangreichste Maßnahme): keine/geringe Maßnahmen ergriffen (0 - 1); mittlerer Umfang an ergriffenen Maßnahmen (2 - 3); umfangreiche Maßnahmen ergriffen (4 - 5)).

5.2.2 Was funktioniert gut

Deutschland verfügt über ein leistungsfähiges System zur Bereitstellung von Präventions-, Test- und Betreuungsdiensten für **MSM** - die Bevölkerungsgruppe, auf die bis 2022 die meisten HIV-Neudiagnosen entfielen, als die Zahl der Meldungen aufgrund heterosexueller Übertragung stark anstieg, nachdem eine große Zahl von Flüchtlingen aus der Ukraine bei ihrer Ankunft in Deutschland positiv getestet worden war. In den meisten größeren Städten gibt es Checkpoints oder ähnliche Community-basierte Dienste, die MSM-freundliche Beratung, soziale Unterstützung, Tests und Präventionsdienste anbieten. Die Deutsche Aidshilfe und andere Organisationen leisten auf bundesweiter und regionaler/lokaler Ebene einen wichtigen Beitrag zur Prävention von HIV und anderen STIs für wesentliche Bevölkerungsgruppen. Darüber hinaus bieten rund 130 regionale AIDS-Hilfen und andere DAH-Mitgliedsorganisationen bundesweit Informations-, Beratungs-, Unterstützungs- und Testdienste an. Infolge gemeinsamer Anstrengungen, einschließlich des frühzeitigen Beginns einer HIV-Behandlung und der Einführung von PrEP, sind die HIV-Neudiagnosen unter MSM seit 2014 zurückgegangen.

Es gibt mehrere gute Beispiele für gemeindebasierte niedrigschwellige Angebote für andere Schlüsselgruppen, z. B. mobile Dienste für **Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter**, kultursensible Dienste für **Migrantinnen und Migranten** und integrierte niedrigschwellige Dienste für **Drogengebrauchende** mit Konsumräumen und Peer-Beratung einschließlich Tests. Viele dieser Projekte können als Modell für eine Ausweitung in anderen Regionen und Kontexten genutzt werden (Kasten 1). Migrantinnen und Migranten aus der Ukraine sind zudem gesetzlich krankenversichert und haben einen leichten Zugang zum Gesundheitssystem.

Kasten 1. Beispiel bewährter Praxis eines gemeindebasierten Dienstes für Menschen mit injizierendem Drogengebrauch (Vision e.V., Köln)

Vision e.V. ist eine nichtstaatliche Community-Organisation, die mit und für Drogengebrauchende(n) und besonders gefährdete Bevölkerungsgruppe(n) arbeitet, um Dienste zur Schadensminimierung bereitzustellen und Stigmatisierung zu verringern. Sie bieten Dienstleistungen zur Schadensminimierung und soziale Dienste an, darunter Nadel- und Sprizentausch, Substitutionstherapie und Räume für sicheren Drogengebrauch. Vision e.V. bietet auch mobile Peer-to-Peer-Treffen mit vielversprechenden Ergebnissen bei der Ermittlung von Hepatitis-C-Fällen an. Mitarbeiter gehen zusammen mit einem/-r Peer zu Brennpunkten des Drogengebrauchs und zu Obdachlosen, um Unterstützungsdienste, einschließlich Tests auf virale Hepatitis, anzubieten. Im Rahmen des Buddy-Projekts wurden 87 Personen auf Hepatitis C getestet, von denen 26 positiv waren (Positivitätsrate von 30 %) und 16 eine Behandlung erhielten.

Justizvollzugsanstalten bieten eine hervorragende Gelegenheit, um die Prävention und Bekämpfung von Infektionskrankheiten in einer häufig unterversorgten und besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppe auf kosteneffiziente Weise umzusetzen, zumal alle Haftanstalten im Prinzip kostenlose Tests und Behandlungen, einschließlich Drogensubstitutionstherapien, Spritzen und Hepatitis-B-Impfungen anbieten könnten. Es gibt positive Beispiele, bei denen Gefängniskrankenhäuser das Arzneimittelbudget verhandelt und aufgestockt haben, um die DAA-Behandlung von Hepatitis C zu ermöglichen (Kasten 2).

Deutschland hat viele erfolgreiche bundesweite Kampagnen durchgeführt, um das Wissen über HIV und sexuell übertragbare Infektionen bei **jungen Menschen** und in der Allgemeinbevölkerung zu verbessern, wobei der Schwerpunkt auf Chlamydien und HPV lag (letzteres, um die Impfquote zu erhöhen). Der dadurch aufgebaute Kenntnisstand ist bei HIV höher als bei STIs.

Kasten 2. Beispiel bewährter Praxis aus dem Berliner Justizvollzugs Krankenhaus der Justizvollzugsanstalt Plötzensee

Die Justizvollzugsanstalt Plötzensee in Berlin verfügt über eine Krankenhausabteilung, die mehrere Gefängnisse innerhalb und außerhalb Berlins versorgt. Die Haftinsassen sind während ihrer Haftzeit nicht krankenversichert, die Kosten für die medizinische Versorgung werden stattdessen aus dem Haushalt des jeweiligen Landesjustizministeriums bezahlt.

2021 stellte das Krankenhaus einen Spezialisten für Infektionskrankheiten ein, um die Untersuchung und Behandlung von Infektionskrankheiten, insbesondere HIV, Hepatitis B und C sowie Tuberkulose zu verbessern. Das Krankenhaus wandte sich an die Landesregierung und erhielt die Erlaubnis, das Budget für Medikamente um die DAA-Behandlung zu erweitern. Drogensubstitutionstherapien werden ebenfalls angeboten. Das Krankenhaus hat die Regelung eingeführt, dass alle Insassen, die eine Hepatitis-C-Behandlung benötigen, diese angeboten bekommen, wenn sie länger als sechs Monate inhaftiert sind. Durch diese zeitliche Vorgabe können die Menschen ihre Behandlung abzuschließen, zumal zur Weiterführung der Versorgung außerhalb der Haftanstalten die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Stellen erst noch verbessert werden muss.

Im Laufe von zwei Jahren erhielten 107 Personen eine DAA-Therapie gegen ihre chronische Hepatitis-C-Infektion. Bei 12 Patienten fehlen die SVR-Ergebnisse nach 12 Wochen, und bei einem Patienten wurde die Behandlung aufgrund einer vorzeitigen Entlassung unterbrochen. Die Erfolgsquote der Behandlung liegt bisher bei 86 %. Jährlich werden etwa 40-50 Tuberkulosefälle bei der Aufnahme behandelt.

Der Spezialist für Infektionskrankheiten hat sich darum bemüht, das Gefängnispersonal dafür zu sensibilisieren, dass bei der Aufnahme mehr Tests angeboten werden. Mangelndes Wissen bei Diensteanbietern sowie Schwierigkeiten bei der Einstellung von qualifiziertem Personal wurden als besorgniserregend bezeichnet. Die Einführung der Hepatitis-C-Behandlung hat zu einer höheren Akzeptanz von Tests geführt und bot auch eine Gelegenheit für die Beratung über Hepatitis und HIV.

Das Krankenhaus hat immer noch Schwierigkeiten mit der Datenerfassung und es fehlt ein bundesweites Meldesystem. Sie versuchen, auf Labordaten zuzugreifen, um sich zusammen mit den Daten der Menschen in Behandlung einen eigenen Überblick zu verschaffen. Für diese Tätigkeit werden keine Ressourcen oder Fachkenntnisse bereitgestellt, um zu gewährleisten, dass anhand dieser Daten weitere Maßnahmen umgesetzt werden können. Eine Unterstützung durch das Bundesministerium für Gesundheit oder andere bundesweite Einrichtungen wäre in diesem Sinne sehr hilfreich.

5.2.3 Festgestellte Herausforderungen

Die Verfügbarkeit bedarfsorientierter Dienstleistungen, die den spezifischen Bedürfnissen der verschiedenen Bevölkerungsgruppen entsprechen, ist ungleich über die Bevölkerungsgruppen verteilt. Dadurch haben einige Gruppen, insbesondere in ländlichen Gebieten, einen schlechteren Zugang zu den für sie erforderlichen Präventions-, Test- und Behandlungsmaßnahmen. Aber selbst in einigen Städten sind die auf die Bedürfnisse bestimmter Bevölkerungsgruppen zugeschnittenen Angebote unzureichend (oder gar nicht vorhanden), wodurch sich mehrere Herausforderungen ergeben.

Ein zunehmender Anteil der Neudiagnosen in Deutschland (fast um die Hälfte im Jahr 2022) wird unter **Migrantinnen und Migranten** gestellt. Die meisten stammen aus Afrika südlich der Sahara (von denen die meisten heterosexuell infiziert sind), aber auch viele aus anderen westeuropäischen Ländern (meist MSM). Es gibt nicht genügend kultur- und sprachensible Angebote für Migrantengruppen, einschließlich mobiler Angebote für MSM, Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern. Die bestehenden Checkpoints sind oft auf schwule und bisexuelle Männer ausgerichtet, und viele Angehörige von Migrantengruppen fühlen sich dort nicht wohl. Heterosexuelle Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara sind besonders schwer zu erreichen, da sie oft nicht Teil einer Community sind und nur wenige Organisationen mit dieser speziellen Gruppe arbeiten. Dadurch ist das Wissen über HIV-Prävention, einschließlich PrEP, in diesen Gruppen begrenzt. Um die Gruppe der heterosexuellen Migrantinnen und Migranten zu erreichen, sollten die Bemühungen hauptsächlich über Migrant-Communities erfolgen, auch weil Tests in der Primärpraxis schwierig sein könnten. Einige MSM-Migranten könnten hingegen gegebenenfalls über MSM-freundliche Dienste erreicht werden.

Eine durchgehende Versorgung gestaltet sich vor allem für Menschen in ländlichen Gebieten oder kleineren Städten schwierig, wo Angebote aufgrund der nicht-tragbaren Kosten für öffentliche Verkehrsmittel nur bedingt zugänglich sind. Hinzu kommt, dass in der BIS-Strategie **Tuberkulose** (TB) lediglich im internationalen Abschnitt angesprochen wird, aber weder als Koinfektion noch generell aufgegriffen wird. Die Situation hat sich jedoch seit der Verabschiedung der Strategie verändert, da Tuberkulose sowohl in Migrant-Communities als auch bei Menschen mit injizierendem Drogengebrauch immer häufiger auftritt. Multiresistente Stämme sind ein weiteres neues Phänomen, das sich vor allem durch den verstärkten Zustrom von Migrantinnen und Migranten aus der Ukraine entwickelt hat. Deshalb müssen Community-basierte Dienste, die Migrantinnen und Migranten sowie Menschen mit injizierendem Drogengebrauch betreuen, auch Tuberkulose-Beratung und Vorsorgeuntersuchungen (oder Überweisungen) anbieten.

Es gibt auch nicht genügend integrierte Dienste für **Drogengebrauchende**, die Dienste zur Schadensminimierung wie Nadel- und Spritzentausch, Opioid-Substitutionstherapie, sichere Konsumräume, Tests, Behandlungen und sogar Hepatitis-B-Impfungen an einem Ort anbieten.

Mit dem aktuellen Gesetz zum Schutz von in der Prostitution tätigen Personen wurde eine obligatorische Gesundheitsberatung für **Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter** durch die Gesundheitsbehörden eingeführt. Zudem ist die Verwendung von Kondomen obligatorisch. Freiwillige Beratung und Tests auf sexuell übertragbare Infektionen werden von denselben Behörden und mitunter sogar von denselben Mitarbeitern des Gesundheitswesens angeboten. Dies hat dazu geführt, dass die freiwillige Beratung von Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern weniger in Anspruch genommen wird. Mit dem neu geplanten Gesetz, das bezahlten Sex verbietet, steigt das Risiko, dass weitere Hindernisse aufgebaut werden, wenn es darum geht, Sexarbeiterinnen und Sexualarbeiter mit Präventions- und Kontrollmaßnahmen zu erreichen. Nicht in allen Städten gibt es spezielle Angebote für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, sodass einige stattdessen auf Checkpoints (sofern vorhanden) oder allgemeine öffentliche Kliniken (die nicht speziell auf Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter zugeschnitten sind) zurückgreifen. Das Wissen über PrEP ist begrenzt, und von den wichtigsten Akteuren wurde ein ungedeckter Bedarf an PrEP festgestellt, insbesondere bei Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern ohne Krankenversicherung. Außerdem sind viele Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter zugleich Migranten und haben keinen Krankenversicherungsschutz. Es besteht Bedarf an mehr Diensten, die anonyme, freiwillige, kostenlose, mehrsprachige und mobile Dienste anbieten.

Die Dienstleistungen - sowohl im klinischen als auch im Community-Bereich - und die Fähigkeiten, auf die Bedürfnisse von **Trans*- und Personen mit diversem Geschlecht** einzugehen, müssen gestärkt werden. Die Dienstleistungen müssen dabei so gestaltet werden, dass sie den spezifischen Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe umfassend entsprechen. Dazu sollte idealerweise ein direkter intersektionaler Ansatz verfolgt werden.

Die **Gesundheitsdienste im Strafvollzug** sind in hohem Maße von der politischen Unterstützung und den Prioritäten in den einzelnen Regionen (Bundesländern) und Justizvollzugsanstalten abhängig. Dadurch bestehen teilweise erhebliche Unterschiede bei der Abdeckung und Umsetzung der Angebote in den Bereichen Schadensminimierung, Prävention, Tests und Behandlung. Präventionsmaßnahmen werden nicht umfangreich angeboten. Dies ist eine verpasste Chance, denn in den Justizvollzugsanstalten (JVAs) bietet sich eine hervorragende Gelegenheit, das Bewusstsein für Infektionskrankheiten zu schärfen sowie Screening, Behandlung und Prävention, einschließlich der Impfung gegen Hepatitis B, aus einer Hand anzubieten. Nadeln und Spritzen sind in Berlin nur in einer einzigen Frauenhaftanstalt erhältlich. Das ist ein Rückgang gegenüber der Situation vor 20 Jahren, als Spritzenabgabeprogramme in mehreren (6 - 8) Haftanstalten verfügbar waren. Eine Hepatitis-B-Impfung und eine Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Behandlung ist in vielen JVAs nur für Langzeithäftlinge möglich. In einigen JVAs gibt es lange Wartelisten für Hepatitis-C-Behandlungen, und die Vorschriften sind von JVA zu JVA unterschiedlich. In einigen JVAs wird auch über Diskriminierung berichtet. An HIV oder Hepatitis erkrankte Insassen werden nur selten zur Arbeit in Küche und Haushalt zugelassen, obwohl ein Verbot vor einiger Zeit aufgehoben wurde. Es fehlt ein koordiniertes Monitoring- und Berichterstattungssystem, sodass in Deutschland keine Daten zur Krankheitslast in JVAs und zur Umsetzung von Programmen zur Krankheitsbekämpfung im Strafvollzug der Republik insgesamt vorliegen.

Auch der Zugang zu STI-Tests ist für **junge Menschen** mit oder ohne klinische Symptome schwierig. Es gibt einen allgemeinen Mangel an Kliniken für sexuell übertragbare Krankheiten. Nur wenige Dermatologen arbeiten im Bereich der Venerologie; die meisten bieten keine aktive STI-Diagnose und -Behandlung an, und bei denjenigen, die dies tun, gibt es oft lange Wartelisten.

Hinzu kommt, dass die Kosten für STI-Tests nur für symptomatische Patienten übernommen werden. Viele junge Menschen suchen daher Gynäkologen oder Checkpoints auf, um sich auf STI testen zu lassen. Diese gibt es jedoch nur in Großstädten und sind recht kostenintensiv (manche Ärzte verlangen bis zu 70 € für einen einfachen Chlamydientest). Auch die örtlichen Gesundheitsämter bieten Tests an, aber einige bieten nur HIV-Tests und keine STI- oder Hepatitis-Tests an. Die Kosten für die Tests sind wahrscheinlich eine erhebliche Barriere, um die Tests und Diagnosen insbesondere für gefährdete junge Menschen zu erhöhen. Die Kosten sind von Stadt zu Stadt und von Region zu Region unterschiedlich, je nachdem, ob die jeweilige Stadtverwaltung Mittel zur Verfügung stellt oder nicht.

In wichtigen Schlüsselgruppen gibt es eine beträchtliche, aber unbekannte Anzahl von Menschen mit erhöhtem Risiko für HIV, Hepatitis B und C und andere sexuell übertragbare Infektionen (Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, Migrantinnen und Migranten, ehemalige Haftinsassen, Drogengebrauchende, Obdachlose und andere), die **keine angemessene Krankenversicherung** haben und daher wesentliche Dienstleistungen nicht in Anspruch nehmen können. Dies bedeutet, dass Infektionen nicht erkannt und nicht behandelt werden, wodurch es zu einer weiteren Übertragung der Krankheiten innerhalb der Gesellschaft kommt. Beim Überprüfungsbesuch wurden unterschiedliche Schätzungen vorgetragen: Die Gesamtzahl der nicht versicherten Personen könnte zwischen 100.000 und 300.000 liegen. Der Anteil der Menschen ohne Versicherung liegt bei etwa 10 % der Klientinnen und Klienten, die in einer einzigen Anlaufstelle Beratung suchen, und sogar bei 56 % der Obdachlosen in Berlin.

Ein allgemeiner Mangel an verbindlichen **bundesweiten Vorgaben und Leitlinien** ist ein weiteres Problem, das Anlass zu Frustration gibt und von mehreren Akteuren angesprochen wurde. Dadurch kommt es zu erheblichen Ungleichheiten bei Angebot und Zugang zu Dienstleistungen in Deutschland. Die Kliniken hängen zu stark von der regionalen und kommunalen Politik sowie den jeweils verfügbaren Finanzmitteln ab. Dieses Problem wurde insbesondere in Bezug auf die Gesundheits- und Testdienste in JVA's angesprochen; hier wurden mehr Leitlinien und eine bessere Koordination auf Bundesebene eingefordert.

5.2.4 Vorrangige Maßnahmen

Es werden die folgenden prioritären Maßnahmen vorgeschlagen:

- Ausbau niedrigschwelliger Präventions-, Schadensminimierungs- und Testdienste für unterversorgte Bevölkerungsgruppen - insbesondere Migrantinnen und Migranten, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, Drogengebrauchende, Haftinsassen, Obdachlose, Transsexuelle und Personen mit diversem Geschlecht, einschließlich Personen ohne Krankenversicherung und öffentliche Gesundheitsdienste für Menschen in ländlichen Gebieten,
- Sicherstellung, dass die Dienste sensibel und auf die spezifischen Bedürfnisse und Gefährdungen der einzelnen Gruppen zugeschnitten sind, mit dem Ziel, die in Abschnitt 5.2.3 beschriebenen spezifischen Herausforderungen zu bewältigen, vorzugsweise in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Communities vor Ort,
- Sensibilisierung für Tuberkulose und – sofern relevant - Integration von Tuberkulose-Voruntersuchungen (oder Überweisungen) in bestehende Dienste, insbesondere für Migrantinnen und Migranten und Menschen mit injizierendem Drogengebrauch,
- Verstärkung der bundesweiten Beratung und Lenkung in die prioritären Bereiche der Strategie,
- Insbesondere für den Strafvollzug muss die Zusammenarbeit zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium der Justiz und den Justizministerien der Bundesländer verstärkt werden, um die Umsetzung von Mindestmaßnahmen zur Prävention, Testung und Behandlung bei HIV, Hepatitis B und C und STIs anhand klarer Kriterien in allen JVA's zu gewährleisten. Dies stünde im Einklang mit den *Mindestvorschriften der Vereinten Nationen für die Behandlung von Haftinsassen*, die von der deutschen Regierung finanziert werden und in denen es heißt, dass „Haftinsassen die gleichen Standards der Gesundheitsversorgung genießen sollten, wie sie in der Gemeinschaft (d. h. außerhalb der Haftanstalten) zur Verfügung stehen, und dass sie ohne Diskriminierung aufgrund ihres rechtlichen Status Zugang zu den erforderlichen Gesundheitsdiensten haben sollten“ (57). Ein gemeinsames europäisches Toolkit des ECDC und der EUDA zur Mikroeliminierung von Hepatitis B und C in Haftanstalten soll 2024 veröffentlicht werden und könnte als Anregung dienen. Es wird zudem vorgeschlagen, die Sicherstellung der weiteren Versorgung nach der Entlassung zu verbessern, sei es durch eine automatische Reaktivierung der staatlichen Krankenversicherung nach der Inhaftierung oder durch eine generelle Ausweitung der Krankenversicherung, sodass sie auch die JVA's umfasst. Schließlich wird die Einrichtung eines grundlegenden bundesweiten Systems zur routinemäßigen Überwachung und Berichterstattung hinsichtlich der Gesundheit von Haftinsassen vorgeschlagen, das auf lange Sicht möglicherweise weniger kostenintensiv ist als Forschungsstudien.
- Fortführung und Verstärkung der laufenden Bemühungen, um für alle Menschen eine angemessene Krankenversicherung zu gewährleisten, bei der niemand zurückgelassen wird, ganz im Sinne der politischen Erklärung der UN-Generalversammlung zur allgemeinen Gesundheitsversorgung (58). Dazu kann eine Überarbeitung der Rechtsvorschriften oder die Umsetzung praktischer Lösungen auf lokaler Ebene erforderlich sein (siehe auch Kasten 4).

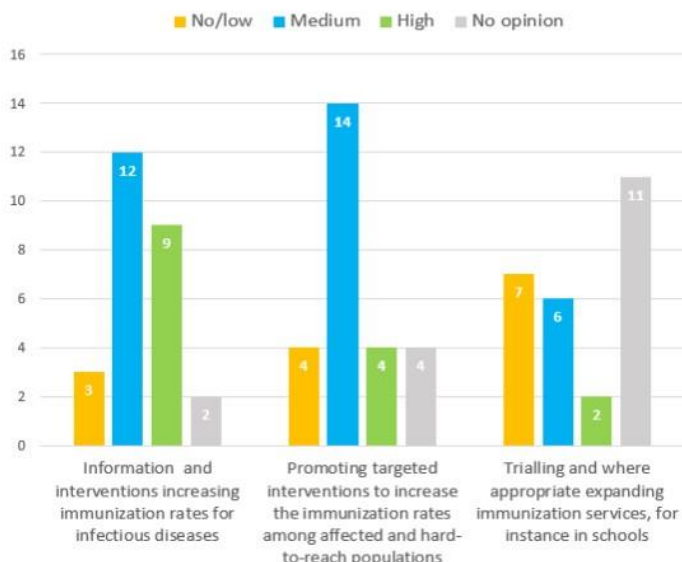
5.3 Weiterentwicklung integrierter Präventions-, Test-, und Versorgungsangebote

Das dritte Handlungsfeld der Strategie BIS 2030 konzentriert sich auf die Weiterentwicklung integrierter Präventions-, Test- und Versorgungsangebote. Die vorgeschlagenen Maßnahmen zielen darauf ab, 1) die **Übertragungen zu verringern**, 2) die **Diagnoseraten zu erhöhen** und die **Zahl der Spät Diagnosen zu senken** sowie 3) die **Betreuungsleistungen** durch miteinander verknüpfte, personenbezogene, geschlechtssensible Aufklärungs-, Präventions-, Test-, Behandlungs- und Betreuungsangebote **weiterzuentwickeln**.

5.3.1 Ergebnisse der Befragung beteiligter Akteure

2023 stimmten 26 % der Befragten zu, dass die bundesweiten, regionalen und lokalen Bemühungen zur Weiterentwicklung integrierter Angebote zu guten Ergebnissen und/oder Wirkungen geführt haben. 63 % stimmten dem nur teilweise und 11 % gar nicht zu.

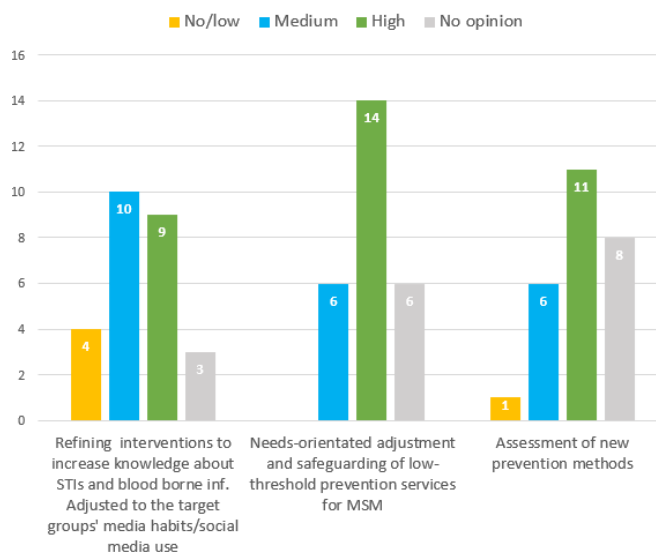
Abbildung 15. Antworten auf die Umfrage zum Umfang der Maßnahmen zur Reduzierung der Übertragungen: drei Ansätze



Hinsichtlich der **Verringerung der Übertragungen** sieht die Strategie eine Reihe von Ansätzen vor, die in Betracht gezogen werden sollten. Die Umfrageteilnehmer äußerten sich dazu, inwieweit diese Maßnahmen bisher umgesetzt wurden. Die Entwicklung von Informationsmaterialien und die Förderung von Maßnahmen zur Erhöhung der Impfquoten bei Infektionskrankheiten, die durch Impfungen verhindert werden können, wurden in mittlerem bis hohem Maße durchgeführt, wobei drei Befragte über keine bzw. geringe Maßnahmen, 12 Befragte über Maßnahmen im mittleren Umfang und neun Befragte über umfangreiche Maßnahmen berichteten (Abbildung 15). Es wurde über Maßnahmen im mittleren Umfang zur Förderung gezielter Ansätze gemeldet, um die Impfraten bei betroffenen und schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppen zu erhöhen, während geringere Maßnahmen zur Erprobung und gegebenenfalls Ausweitung von Impfangeboten, z. B. in Schulen, gemeldet wurden.

Die Teilnehmer der Umfrage berichteten über umfangreichere Maßnahmen zur Verbesserung und Anpassung der Präventionsansätze an die Mediengewohnheiten der Zielgruppen und die Nutzung sozialer Medien und Apps, um den Wissensstand über sexuell und durch Blut übertragbare Infektionen sowie entsprechende Fähigkeiten zu verbessern (Abbildung 16). Vier Befragte berichteten über keine bzw. nur geringe Maßnahmen, zehn Akteure verwiesen auf Maßnahmen im mittleren Bereich und neun berichteten über umfangreiche Maßnahmen. Die bedarfsorientierten Anpassungen und die Gewährleistung niedrigschwelliger Präventionsangebote für MSM war die Maßnahme, die am höchsten eingestuft wurde, wobei sechs Akteure von Maßnahmen im mittleren Umfang und 14 von umfangreichen Maßnahmen berichteten. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Abschnitt 5.2, in dem MSM ebenfalls als prioritäre Gruppe eingestuft wurden. Die Befragten waren auch der Meinung, dass ebenfalls Maßnahmen im mittleren bis hohen Umfang zur Bewertung neuer Präventionsmethoden ergriffen werden, wobei ein Befragter von keinen bis geringen Maßnahmen, sechs von Maßnahmen im mittleren Umfang und elf von umfangreichen Maßnahmen berichteten (Abbildung 16).

Abbildung 16. Antworten auf die Umfrage zum Umfang der Maßnahmen zur Reduzierung der Übertragungen: drei weitere Ansätze



In der Strategie BIS 2030 wurde auch eine Reihe von Ansätzen festgelegt, die zur **Erhöhung der Diagnoseraten und zur Verringerung der Spätdiagnosen** umgesetzt werden sollten.

Den Umfrageteilnehmern zufolge sind die Standards, Empfehlungen und Leitlinien für (regelmäßige) Tests auf verschiedene Infektionskrankheiten in mittlerem bis hohem Maße aktualisiert und weiterentwickelt worden (Abbildung 17). Die Förderung von Studien zur Bewertung neuer Testverfahren und technischer Methoden wurde in mittlerem Umfang durchgeführt. Fünf Befragte gaben an, dass keine bzw. nur geringe Maßnahmen ergriffen wurden, zehn Befragte berichteten von Maßnahmen im mittleren Umfang und drei Befragte von umfangreichen Maßnahmen. Studien zur Bewertung spezifischer Bedürfnisse und Ansätze zur Optimierung der Test- und Diagnoseangebote für spezifische Gruppen wurden in mittlerem Umfang gefördert. Projekte zur Überwachung und Evaluierung zielgruppenspezifischer Beratungs- und Testungsmodelle wurden den Umfrageergebnissen zufolge ebenfalls in mittlerem Umfang gefördert.

Die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen, einschließlich Informationsmaterialien für die Ärzteschaft und die Patienten, zu bestimmten, durch Blut und sexuell übertragbaren Infektionen, mit dem Ziel, die Inanspruchnahme von Test- und Behandlungsangeboten zu erhöhen, wurde von den einschlägigen Akteuren in mittlerem Umfang durchgeführt. Drei Befragte gaben an, dass keine bzw. nur geringe Maßnahmen ergriffen wurden, 12 Befragte berichteten von Maßnahmen im mittleren Bereich und sechs Befragte sprachen von umfangreichen Maßnahmen. Die Erstellung von Weiterbildungsmaterialien für die Ärzteschaft erfolgte gemäß den Angaben von drei Befragten nicht bzw. bis zu einem geringen Umfang, gemäß 13 Befragten erfolgte sie in mittlerem Umfang und laut sechs Befragten in hohem Umfang. Schließlich wurden die von medizinischen Fachgesellschaften, Ärzteverbänden und unabhängigen Trägern angebotenen Weiterbildungsangebote in mittlerem Umfang ausgebaut, wobei drei Akteure keine bzw. geringe Maßnahmen, elf Maßnahmen im mittleren Umfang und sechs umfangreiche Maßnahmen meldeten (Abbildung 17).

Abbildung 17. Antworten auf die Umfrage nach dem Umfang der Maßnahmen zur Erhöhung der Diagnoseraten und zur Verringerung von Spätdiagnosen: sieben Ansätze

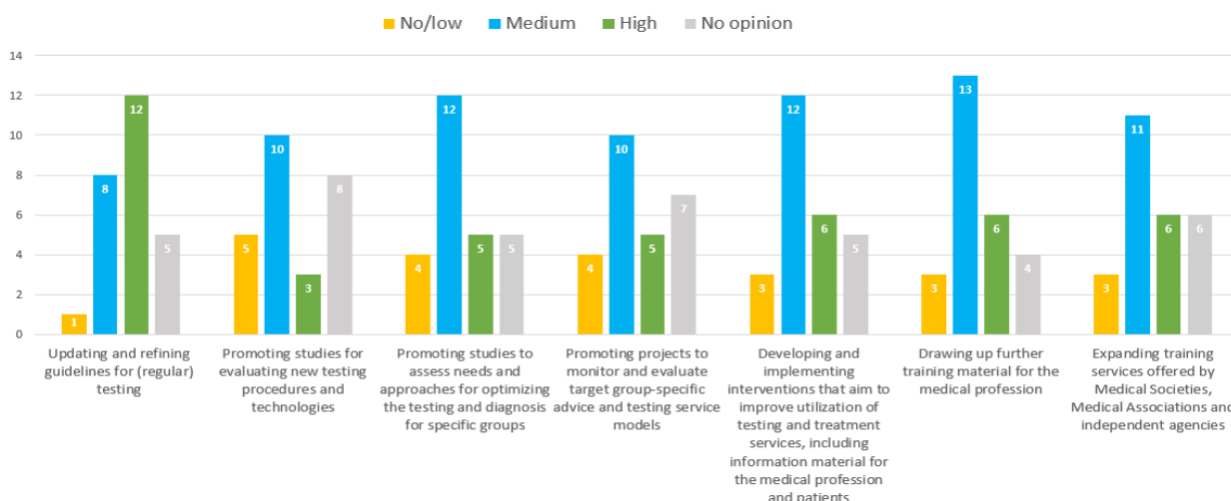
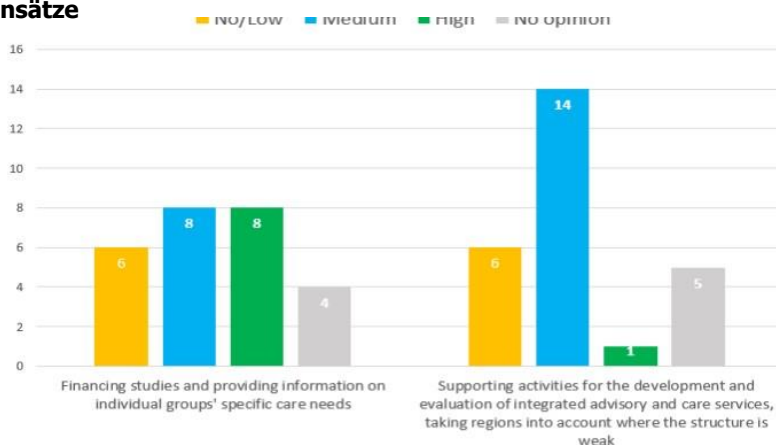


Abbildung 18. Antworten auf die Umfrage nach dem Umfang der Maßnahmen zur Verbesserung der Betreuungsleistungen: zwei Ansätze



Hinsichtlich **der Verbesserung der Betreuungsangebote** empfiehlt die Strategie als Ansätze a) die Finanzierung von Studien und die Bereitstellung von Informationen über die spezifischen Pflegebedürfnisse einzelner Gruppen und b) die Unterstützung von Aktivitäten zur Entwicklung und Bewertung integrierter Beratungs- und Betreuungsdienste unter Berücksichtigung der Lage in strukturschwachen Regionen. Die Meinungen der Befragten in Bezug auf den ersten Ansatz sind gemischt: sechs Befragte gaben an, dass keine bzw. nur geringe Maßnahmen ergriffen wurden, acht Befragte berichteten über Maßnahmen im mittleren Umfang, und acht über umfangreiche Maßnahmen (Abbildung 18). Hinsichtlich des zweiten Ansatzes gaben sechs Befragte an, dass keine bzw. nur geringe Maßnahmen ergriffen wurden, 14 berichteten von Maßnahmen im mittleren Bereich und nur ein Befragter sprach von umfangreichen Maßnahmen.

5.3.2 Was funktioniert gut

Dieser und die folgenden Abschnitte des Kapitels 5.3 sind ähnlich aufgebaut wie die vorangegangenen Abschnitte, berichten jedoch über einige Ergebnisse, die - entsprechend der Struktur der BIS-Strategie - in Unterabschnitten zu Prävention, Tests sowie Behandlung und Betreuung zusammengefasst sind. Am Anfang jedes Abschnitts werden jedoch übergreifende Erkenntnisse hervorgehoben, die sich auf die durchgehende Betreuung (Continuum of Care) beziehen.

Zwar sind spezielle Kliniken für sexuelle Gesundheit im staatlichen Gesundheitssystem in Deutschland nicht weit verbreitet, doch es gibt einige hervorragende Beispiele „bewährter Praxis“ in Einrichtungen, die integrierte, sektorübergreifende und niedrigschwellige Dienste anbieten, einschließlich anonymer STI/HIV-Beratung, Diagnostik, Behandlung und PrEP an einer Stelle.

Die Delegation besuchte den Checkpoint in Berlin (Checkpoint BLN) (Kasten 3) und wurde über ähnliche Zentren in Bochum (Walk In Ruhr (WIR) - Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin) und Frankfurt am Main (Checkpoint Frankfurt) informiert (59).

Kasten 3. Fallbeispiel aus Berlin (Checkpoint BLN)

Checkpoint BLN ist eine Einrichtung für sexuelle Gesundheit für schwule, bisexuelle und andere Männer, die Sex mit Männern haben, sowie für Trans*- und Inter*-Personen und deren Sexualpartnerinnen und Sexualpartner. Sie bieten PrEP, STI-Behandlung, Impfung gegen Hepatitis A und B, Indikation zur Postexpositionsprophylaxe (PEP), PEP, medizinische Beratung, Überweisung und Betreuung sowie bedarfsgerechte Anpassungen von Leistungen wie Übersetzung und anonyme Dienste an. Angesichts der umfassenden Liste der verfügbaren Dienstleistungen gilt Checkpoint BLN als eine Art Drehscheibe, in der „Lücken geschlossen werden“. Dabei ist jedoch zu beachten, dass all diese Dienste nur bereitgestellt werden können, weil ein Ärzteteam aus privaten Praxen am Checkpoint tätig ist, was bei weitem nicht an allen anderen Checkpoints im Land der Fall ist. Der Checkpoint BLN ist zudem dank der finanziellen Unterstützung durch das Programm *Fast Track City Berlin* in einer günstigen Lage.

Ein hoher Anteil der Klientinnen und Klienten zählt zu Hochrisikogruppen, darunter MSM, junge Männer mit Migrationshintergrund, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter sowie Menschen mit unsicherer Wohnsituation. Checkpoint BLN verfügt über qualitativ hochwertige Daten über den Klientendurchlauf, den soziodemografischen Hintergrund der Schlüsselgruppen, den Drogenkonsum der Klientinnen und Klienten, die Erfahrungen bei Kauf und Bezahlung von Sexleistungen sowie zu den Test- und Positivitätsraten (60).

Checkpoint BLN schätzt, dass 10 % seiner Klientinnen und Klienten nicht versichert sind und dass das Personal 50 % seiner Arbeitszeit dafür verwendet, Menschen ohne Krankenversicherung durch ein Programm für den erleichterten Zugang für HIV-Infizierte ohne angemessene Krankenversicherung zu unterstützen.

Checkpoint BLN hält in seiner Einrichtung auch einen „Anonymen Bereich“ zur Verfügung, in dem anonyme Testberatungen angeboten werden, einschließlich zu Tests auf HIV, Hepatitis und STIs, psychosoziale Beratung oder Beratungsreihen zu Fragen der sexuellen Gesundheit („Talk simply“), PrEP-Beratungen und anonyme Testberatungen am TIN Day (Trans Inter Non-binary Day).

Die Daten von Checkpoint BLN machen etwa 20 % aller deutschen Daten zu HIV- und STI-Tests in Community-basierten VCT-Zentren (Freiwillige Beratung und HIV-Testung) aus (60).

Die Delegation besuchte auch zwei hervorragende Beispiele öffentlicher Gesundheitsämter in Hamburg („Casablanca“) und Köln, wo umfassende Dienstleistungen für Menschen ohne Krankenversicherung (zusätzlich zu denen mit Krankenversicherung) angeboten werden (Kasten 4).

Kasten 4. Beispiele bewährter Praxis aus Köln (Gesundheitsamt Köln, Fachdienst STI und sexuelle Gesundheit, Aidskoordination Köln)

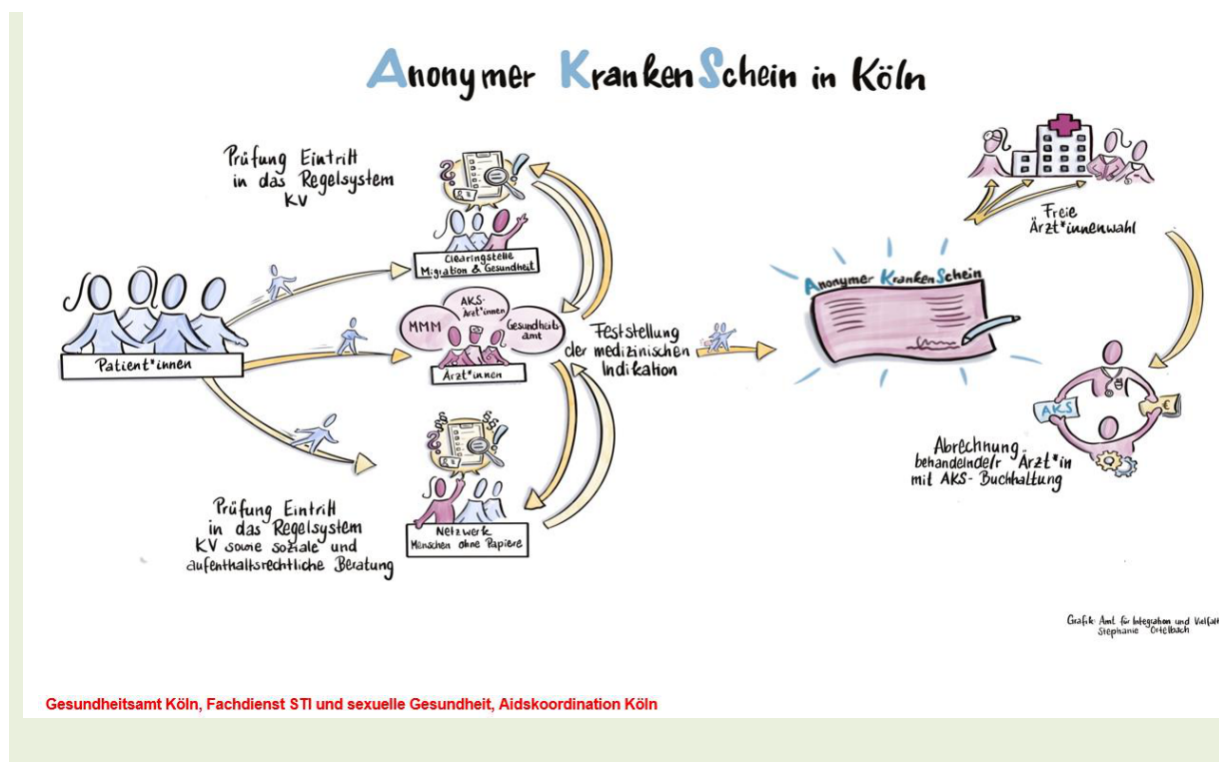
„Anonymer Krankenschein“

Beim „anonymen Krankenschein“ handelt es sich um ein Kooperationsprojekt, um die Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen für Menschen ohne Krankenversicherung zu ermöglichen. Hierbei ist hervorzuheben, dass auf bestehende Strukturen zurückgegriffen wird und kein paralleler Mechanismus zu diesem Zweck geschaffen wurde.

Die Beratung suchende Person wird untersucht und erhält von einem Berater der Migrations-Clearingstelle/ Netzwerk für Menschen ohne Papiere eine Bestätigung ihres HIV/Hepatitis-Status. Die betreffende Person bestätigt dann, dass sie seit mindestens drei Monaten ihren Hauptwohnsitz in Köln hat. Bei der Beratung wird geprüft, ob der betreffenden Person kurzfristig Zugang zur medizinischen Regelversorgung verschafft werden kann und ob dazu finanzielle Unterstützung benötigt wird.

Der Patient wird von einem Arzt (Gesundheitsamt Köln/Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung) untersucht und - sofern aus medizinischer Sicht eine weitere Behandlung erforderlich ist - das Gesundheitsamt Köln übernimmt die Kosten für die Behandlung.

Bei der Verschreibung der HIV-Medikation über den Anonymen Krankenschein wurden 2024 vier HIV-positive Menschen festgestellt, die kurzfristig keinen Zugang zur regulären Krankenversicherung hatten (Patienten aus Rumänien, Ghana, Venezuela und der Ukraine). Die Kosten für die ärztliche Beratung betragen 76,53 € und die Kosten für die Medikamente 3.951,27 €.



Prävention

Wie in Abschnitt 5.2 dargelegt, variiert die Verfügbarkeit von Präventionsdiensten je nach Bevölkerungsgruppe, geografischer Lage (nach Region, Stadt und ländlichem/städtischem Gebiet) und Umfeld (Community-basiert, öffentliches Gesundheitswesen, Privatklinik, JVA usw.). Die Community-basierten Präventionsangebote sind für MSM besonders gut etabliert und stehen im größten Teil des Landes, vor allem in städtischen Gebieten, zur Verfügung. Für andere Bevölkerungsgruppen und in ländlichen Gebieten sind sie nicht so gut verfügbar.

Die HIV-Neuinfektionen unter MSM sind seit 2014 kontinuierlich zurückgegangen; eine Ausnahme bildete lediglich das Jahr 2022, wobei dies wahrscheinlich daran lag, dass Diagnosen nach der COVID-19-Pandemie nachgeholt wurden. Es wird vermutet, dass dieser Rückgang auf einen früheren Beginn der HIV-Behandlung in Kombination mit der Anwendung der PrEP zurückzuführen ist.

PrEP ist seit September 2019 als HIV-Prävention für Personen mit HIV-Risiko in der gesetzlichen Krankenversicherung verfügbar. PrEP und PEP werden auch in einigen Community-basierten Organisationen (zusätzlich zum Angebot in Kliniken) zur Verfügung gestellt.

In einigen Städten und Regionen werden starke Anstrengungen unternommen, um die HPV-Impfraten zu erhöhen. Zudem läuft eine bundesweite Kampagne mit dem Ziel, die Impfquote zu erhöhen und Vorbehalte gegenüber der Impfung abzubauen. Dennoch gibt es bundesweit große Unterschiede beim Zugang zu Impfungen und den daraus resultierenden Impfquoten.

Es sind auch gute Mechanismen zur effizienten Verteilung von Impfstoffen und zur Durchführung von Impfungen gegen neu auftretende Infektionen (z. B. Mpox) vorhanden.

Testung

Das Testen wird in der BIS-Strategie als wichtiger Schwerpunkt genannt und wurde auch von den beteiligten Akteuren während des Überprüfungsbesuchs als wichtiger Aspekt hervorgehoben. Seit der Veröffentlichung der BIS-Strategie wurden mehrere positive Verbesserungen eingeführt, die im Folgenden näher beschrieben werden.

2020 wurde der „Arztvorbehalt“ abgeschafft, durch den es nur Ärzten gestattet war, HIV-Tests durchzuführen. Durch diese Änderung ist es für Community-Organisationen leichter, Tests anzubieten, da nun auch nicht medizinisch ausgebildetem Personal erlaubt ist, Screening-Tests in Community-basierten Kontexten durchzuführen. Dies deckt sich auch mit den europäischen und internationalen Empfehlungen.

Mittlerweile sind im Einklang mit den europäischen Empfehlungen auch Selbsttests in Apotheken zum Verkauf erhältlich. Das Angebot an niedrigschwelligen Tests hat sich in den letzten Jahren scheinbar erhöht, allerdings konnte die Delegation keine quantitativen Daten dazu sammeln. Es gibt gute Beispiele einiger Checkpoints für MSM, die kostenlose Tests anbieten, sowie einige Beispiele für Tests in Projekten zur Schadensminimierung.

2021 wurde der „Check-up 35+“ für Hepatitis B und Hepatitis C im Gesundheitswesen eingeführt, der allen Menschen über 35 empfiehlt, sich im Laufe ihres Lebens bei einer ärztlichen Untersuchung in ihrer Hausarztpraxis mindestens einmal auf Hepatitis B und Hepatitis C testen zu lassen. Nachstehend sind einige Daten zur Durchführung des „Check-up 35+“ aufgeführt (Abbildung 19).

Abbildung 19a. Umsetzung des „Check-up 35+“, 2022

THU-168 Wiegand: Results of the hepatitis B and C screening within the “Check-Up35+” in the German primary care setting 1 year after implementation by the federal joint committee

Objective

To investigate the results one year after implementation of the structured screening program “Check-up 35+”.

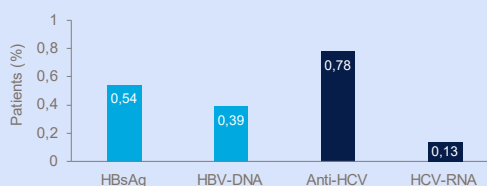
Method

- Investigation of the implementation of “Check -Up35+” in people aged ≥35 years at the primary care level in 11 ambulatory health care centers (October 2021 – September 2022)
- HBsAg and anti-HCV screenings were identified by the billing categories GOP 01865. The codes GOP 01866 and 01867 were used for HBV-DNA and HCV-RNA (PCR) reflex testing results in case of positive HBsAg and anti-HCV screening tests
- HBsAg and anti-HCV prevalence data of the prospective study period were retrospectively compared to a corresponding 12 months period prior to the COVID-19 pandemic (Oct 2018 – Sept 2019) and during the COVID-19 pandemic (Oct 2020 – Sept 2021)

Results

286,192 Lab requisitions | 56% ♀ | Median (SD) age: **61.2** (14.0) years
44% ♂

Prevalence of patients with HBV and HCV infection



Adapted from Wiegand J, et al. EASL 2023 THU -168

Abbildung 19b. Umsetzung des „Check-up 35+“, 2022

THU-168 Wiegand: Results of the hepatitis B and C screening within the “Check-Up35+” in the German primary care setting 1 year after implementation by the federal joint committee

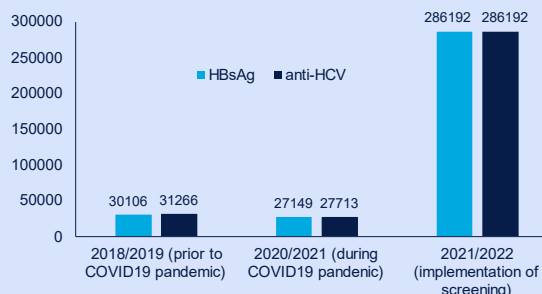
Results

Age category (years)	HBsAg		HBV DNA		Anti-HCV		HCV-RNA	
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female
35–44	1.00	0.66	0.86	0.52	1.11	0.58	0.24	0.08
45–54	0.88	0.55	0.66	0.43	1.19	0.70	0.24	0.10
55–64	0.61	0.43	0.45	0.30	1.00	0.76	0.14	0.10
65–74	0.55	0.47	0.36	0.33	0.73	0.67	0.09	0.10
75–84	0.26	0.32	0.16	0.17	0.53	0.64	0.10	0.11
>84	0.17	0.21	0.07	0.11	0.46	0.77	0.04	0.21



The highest HCV-RNA prevalence was observed in young men and was 2.4–3 times higher than in young women

Number of Hepatitis Tests per Year



A structured hepatitis screening program at the primary care level could be successfully established and leads to a large number of tests within the first year of implementation

Adapted from Wiegand J, et al. EASL 2023 THU -168

Behandlung

Deutschland hat ein erfolgreiches System etabliert, um diagnostizierten Menschen, die mit HIV leben, eine HIV-Behandlung zukommen zu lassen: 96 % der diagnostizierten Personen erhalten eine antiretrovirale Therapie (ART), und 96 % der mit einer ART behandelten Personen haben eine Virussuppression erreicht.

Es gibt Leitlinien für die Behandlung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen, die von den zuständigen medizinischen Fachgesellschaften regelmäßig überprüft und aktualisiert werden.

Wenn auch nicht weit verbreitet, so gibt es dennoch in einigen ausgewählten JVA's und Drogensubstitutions-therapie-Zentren in Deutschland einige sehr erfolgreiche Modelle für eine Hepatitis-C-Behandlung, die den Bedarf weitestgehend abdecken. Auf die meisten Standorte trifft dies allerdings nicht zu.

Die Behandlung von STI erfolgt in der Regel nur in privaten oder öffentlichen Kliniken. Es gibt jedoch auch einige Ausnahmebeispiele, wo die Behandlung von STIs in Community-basierten Einrichtungen erfolgen kann (einige Checkpoints mit vor Ort tätigen Ärzten).

Im Zuge der Erweiterung der Kriterien für eine HIV-Behandlung und der Einführung der PrEP wurden Systeme zur Überwachung auftretender Resistenzen gegen HIV- und Gonorrhoe-Medikamente eingerichtet, um die Entwicklung und Übertragung potenziell resistenter Stämme zu erkennen, zu verhindern und zu minimieren.

5.3.3. Festgestellte Herausforderungen

Trotz der vielen positiven Entwicklungen und Erfolge, die Deutschland seit der Umsetzung der BIS-Strategie erzielt hat, gibt es nach wie vor Herausforderungen und Leistungslücken.

Prävention

Die Anzahl der HIV-Neudiagnosen unter MSM ist in den letzten zehn Jahren zwar zurückgegangen, aber die Inzidenz bakterieller STIs ist seit 2010 erheblich angestiegen, vor allem unter Männern/MSM. Dies lässt eine hohe Risikobereitschaft und eine geringe Kondomnutzung in bestimmten Bevölkerungsgruppen vermuten.

Mehr als 98 % der Personen, die in Deutschland PrEP in Anspruch nehmen, sind MSM. Dies macht deutlich, dass diese Gruppe im Vergleich zu anderen bedürftigen Gruppen einen überproportionalen Zugang zu PrEP hat. Mit geschätzten 32.000 PrEP-Nutzern bis Ende 2022 ist der geschätzte PrEP-Bedarf unter MSM (zwischen 52.000 und 66.000) jedoch nur teilweise gedeckt. Das Wissen über und der Zugang zu PrEP ist nicht nur bei MSM gering, sondern auch bei Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern, Migrantinnen und Migranten, Haftinsassen, Drogengebrauchenden sowie transsexuellen und nicht-binären Personen (61-63). In vielen Kliniken gibt es lange und immer länger werdende Wartelisten für den Zugang zu PrEP, und die Verfügbarkeit ist im Land ungleichmäßig verteilt. Die bestehenden Kapazitätsengpässe werden durch die komplizierten Anforderungen an Nicht-HIV-Fachärzte für die Verschreibung von PrEP noch verschärft. Der PrEP-Zugang ist in Deutschland aufgrund spezieller Aufklärungsvorschriften der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stark an medizinische Einrichtungen gebunden. Hinzu kommt, dass nicht versicherte Personen keinen kostenlosen Zugang zu PrEP haben. Seit November 2023 gab es in Deutschland Engpässe bei der Versorgung mit generischen PrEP-Medikamenten (die in einigen Fällen aufgrund der niedrigen Kosten insbesondere auch für die HIV-Behandlung von nicht krankenversicherten Personen verwendet werden). Dies ist möglicherweise auf Schwierigkeiten in den Beschaffungs- und Lieferketten zurückzuführen.

Leider war es der Delegation während des Besuchs nicht möglich, mit einem Vertreter der Gesellschaft für Suchtmedizin zusammenzutreffen. Die verfügbaren Studien deuten einerseits darauf hin, dass der Versorgungsgrad in den untersuchten Bevölkerungsgruppen, die zurzeit mit Drogensubstitutionstherapien behandelt werden, recht hoch ist (61 % bei einer Spanne von 53 % - 65 %). Dies ergab die Untersuchung von 582 PWID, die aus 20 niedrigschwelligen Drogendiensten und 5 Drogensubstitutionstherapie-Praxen in Berlin und Bayern hinzugezogen wurden (23). Andererseits geht eine bundesweite Schätzung davon aus, dass lediglich 49 % der 166.000 opioidabhängigen Konsumenten in Deutschland Zugang haben (siehe Abschnitt 4.2). Dies liegt zwar über dem WHO-Ziel für 2020 von 40 %, ist aber viel niedriger als in vielen anderen EU-/EWR-Ländern (z. B. in Norwegen, Spanien und Frankreich, wo 85 % substituiert werden). Eine weitere Herausforderung besteht darin, Drogensubstitutionstherapie-Einrichtungen dazu zu bringen, neben der Substitution auch integrierte HIV-, Hepatitis- und STI-Tests und -Behandlungen anzubieten.

Der Hepatitis-B-Impfquote lag für die Geburtskohorten von 2012 bis 2015 bei 87 % (28, 49) und damit etwas unter dem WHO-Ziel von 95 % für 2025. Unter MSM liegt die Impfquote bei 60 % (64) und unter Migrantinnen und Migranten nach eigenen Angaben bei 40 % (61, 62).

Obwohl HPV-Impfquote in Deutschland seit 2012 kontinuierlich ansteigt, ist sie im Vergleich zu anderen europäischen Ländern nach wie vor relativ niedrig: 51 % der 15-jährigen Mädchen und 17 % der Jungen haben im Jahr 2020 die letzte Dosis erhalten, und 67 % der Mädchen sowie 30 % der Jungen haben die erste Dosis erhalten (65).

Tests

Im Rahmen dieser Bewertung wurden mehrere Herausforderungen und immer noch bestehende Leistungslücken bei der Testung festgestellt.

Wie in Abschnitt 4.3 dargelegt, werden nicht alle Menschen erreicht, die mit nicht-diagnostiziertem HIV leben, da derzeit nur schätzungsweise 90 % der Menschen mit HIV diagnostiziert wurden. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass die tatsächliche Anzahl der Menschen, die mit HIV leben, höher ist als sie geschätzt wird; in diesem Fall könnte die Lücke sogar noch größer sein. Die vorliegenden Daten lassen zudem darauf schließen, dass der Anteil der Menschen, bei denen die Diagnose spät gestellt wird, in den letzten zehn Jahren nicht zurückgegangen ist; dies gilt für alle Bevölkerungsgruppen. Dies steht im Gegensatz zu einigen anderen europäischen Ländern, in denen ein Rückgang der Spät Diagnosen verzeichnet wurde, insbesondere bei MSM, bei denen Tests in Checkpoints und in Verbindung mit PrEP im Mittelpunkt der Bemühungen standen. Die stabile Anzahl der Personen, bei denen eine Spät diagnose erfolgt, lässt darauf schließen, dass die Testprogramme nicht effizient genug sind, um alle zu erreichen, die einen Test benötigen. Auch in den Gesundheitseinrichtungen werden viele Testgelegenheiten verpasst und in den Testzentren werden nur unzureichend gleichzeitig Tests auf verschiedene Infektionen durchgeführt.

Es gibt einige aussichtsreiche Projekte zur Durchführung von Routinetests auf HIV und Hepatitis C in Notaufnahmestationen in den Großstädten. Die Tatsache, dass eine schriftliche Einwilligung für die Testung vorgelegt werden muss, hat sich jedoch als hinderlich für die Durchführung des Projekts als Opt-out-Konzept erwiesen, wie es in anderen europäischen Ländern sehr erfolgreich umgesetzt wurde (66, 67).

Ein klares Hindernis für den Zugang zu Tests sind die Kosten. Während des Überprüfungsbesuchs wurde dies als Problem genannt. Dies gilt für Tests auf Nachfrage der Klientinnen und Klienten als auch für Testangebote, die von Dienstleistern bereitgestellt werden, und zwar sowohl in Community-basierten Einrichtungen als auch in den allgemeinen Gesundheitszentren. An den meisten Standorten, einschließlich vieler Checkpoints und anderer Community-basierter Teststellen, wurde die Delegation darüber informiert, dass der Test sowohl für HIV als auch für andere STIs mit Kosten verbunden sind, was für gefährdete und einkommensschwache Menschen, die einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind, ein Hindernis darstellt. Ein Hauptproblem im Gesundheitssystem besteht darin, dass Tests auf HIV und andere STIs nur für Menschen mit Symptomen, einem festgestellten Risikoverhalten (z. B. einem positiven Partner), PrEP-Nutzer oder für Frauen unter 25 Jahren oder Schwangere (bzgl. Chlamydien) erstattet werden. Dies bedeutet, dass die Kosten für Screening-Tests nicht erstattet werden und Ärzte möglicherweise weniger bereit sind, solche Tests anzubieten. Viele Klienten - selbst solche, die die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen - wissen zudem nicht, dass sie das Recht haben, testen zu lassen und umgekehrt ist einigen Ärztinnen und Ärzten, die keine HIV-Spezialisten sind, nicht bewusst, dass symptomatische Tests kostenlos angeboten werden sollten. Sie glauben, dass sie keine Kostenerstattung erhalten und testen daher nicht einmal symptomatische Personen kostenlos, geschweige denn, dass sie die Partnerin oder den Partner behandeln.

Um den Zugang zu Tests zu erleichtern, wird in allen europäischen und internationalen Leitlinien und Standards seit einigen Jahren empfohlen, dass eine individuelle Beratung vor dem Test und eine schriftliche Einwilligung in den HIV-Test nicht mehr erforderlich sein sollten. Die Daten zeigen, dass beide Maßnahmen den Zugang zu Tests erschweren und zusätzliche Kosten in Form von Zeit und Ressourcen für den Testanbieter entstehen. Die im Rahmen der Überprüfung befragten Akteure scheinen weiterhin auf einer Beratung vor dem Test und einer schriftlichen Einwilligung als Voraussetzung für den Test zu bestehen, während europäische und internationale Leitlinien (in bestimmten Situationen) Opt-out-Tests und nur Informationen vor dem Test fordern (1, 68). Es hat sich gezeigt, dass die Umsetzung der internationalen Empfehlungen zur Information vor der Testdurchführung den Zeitaufwand für die Testung minimiert, die Attraktivität von Testangeboten im Gesundheitswesen erhöht und zum Abbau von Stigmatisierung unterstützt, indem Tests als Norm behandelt werden.

Schließlich gibt es keine systematische Überwachung der öffentlichen Gesundheitstestprogramme und kein geeignetes Surveillance-Instrument für den Einsatz in den Testzentren, d. h. es gibt keine Koordinationsstelle außerhalb der Kontrollstellen, die systematisch Daten über HIV-Tests und HIV-Indikationen sammelt oder bewertet, ob die Testprogramme (kosten)wirksam sind oder nicht. Es liegen auch keine Daten darüber vor, wo die Diagnose erfolgte (d. h. Erfassung des Umfelds, in dem der erste reaktive Test bei den mit HIV diagnostizierten Personen durchgeführt wurde). Auch gibt es nur begrenzte Versuche, in wiederholten Erhebungen festzustellen, inwieweit die Menschen in niedrigschwelligen Community-basierten Testzentren für MSM und Drogengebrauchende ausreichend erfasst werden. In der Vergangenheit wurde durch Laborerhebungen die Anzahl der durchgeführten HIV-Tests erfasst. Dies wurde jedoch nicht weiterverfolgt, da die Labors nicht in der Lage waren, zwischen einem ersten positiven Test und einer wiederholten Diagnose zu unterscheiden. Es sind jedoch einmal Krankenversicherungsdaten extrahiert worden und dies wird in Zukunft erneut geschehen, sobald konsolidierte Krankenversicherungsdaten vorliegen.

Behandlung

In Deutschland ist die Zahl der Personen, die im Rahmen der sozialen Krankenversicherung wegen Hepatitis B behandelt werden, stetig gestiegen, und zwar von 14.400 im Jahr 2008 auf 26.700 im Jahr 2021. Allerdings liegt die Behandlungsquote bei den diagnostizierten Personen hinter dem Ziel zurück. Seit 2014 wurden schätzungsweise 88.000 Menschen wegen Hepatitis C im Rahmen der Krankenversicherung behandelt, wobei die Zahl 2015 besonders hoch war.

Es scheinen jedoch keine Daten zur Verfügung zu stehen, um einschätzen zu können, inwieweit diese Zahlen den Bedarf decken. Es gibt keine Schätzungen hinsichtlich der Gesamtzahl der Menschen, die mit einer – diagnostizierten oder nicht-diagnostizierten - Hepatitis-B- oder Hepatitis-C-Infektion leben, hinsichtlich des Anteil der mit einer chronischen Hepatitis-B- oder Hepatitis-C-Infektion diagnostizierten Personen und hinsichtlich des Anteils der diagnostizierten (und für Hepatitis B in Frage kommenden) Patienten, die eine Behandlung erhalten. Mortalitätsdaten, z. B. Schätzungen der Zahl der Todesfälle aufgrund von Lebererkrankungen, die auf Hepatitis B und Hepatitis C zurückzuführen sind, sind ebenfalls nicht verfügbar, wie in einem kürzlich durchgeführten Scoping Review beschrieben (32).

Eine zentrale Herausforderung in Deutschland ergibt sich dadurch, dass viele Menschen, die ein erhöhtes Risiko haben und mit diagnostiziertem oder nicht-diagnostiziertem Hepatitis B, Hepatitis C und HIV leben, derzeit nicht krankenversichert sind. Es fehlen nicht nur Daten über die Gesamtzahl der in Deutschland lebenden nicht-versicherten Personen, sondern auch Schätzungen über die Zahl der behandlungsbedürftigen (diagnostizierten oder nicht-diagnostizierten) Personen, die keinen Zugang zu einer Behandlung haben.

Die Tatsache, dass Hepatitis C in der Regel in Spezialkliniken oder Privatpraxen behandelt wird, stellt für viele Menschen mit injizierendem Drogengebrauch ein Hindernis dar, wodurch sie sich möglicherweise nie in Behandlung begeben. Dadurch, dass es an integrierten Drogensubstitutionstherapie-/Hepatitis-C-Behandlungen und anderen Diensten zur Schadensminimierung mangelt, setzen weniger Patienten die Behandlung fort bzw. schließen sie ab.

In JVA's zeigen Daten aus einer kürzlich von der DAH durchgeführten Umfrage, dass in 41 % der JVA's eine Hepatitis-B-Behandlung „bei Bedarf“ und in 29 % der JVA's eine Hepatitis-C-Behandlung „bei Bedarf“ angeboten wird. Der Delegation wurden nebenbei auch Fälle gemeldet, bei denen die in JVA's angebotenen Medikamente sich von den Medikamenten unterscheiden, die die Patienten außerhalb der Haftanstalt einnehmen.

Einige Akteure äußerten sich besorgt über die Zunahme antimikrobiell resistenter Gonorrhoe, da zwischen 2021 und 2022 ein Anstieg der Fälle mit verminderter Empfindlichkeit um 60 % (von 0,5 auf 0,8 pro 100.000 Einwohner) beobachtet wurde. Die höchsten Resistenzraten wurden in Hamburg und Berlin gemeldet.

5.3.4 Vorrangige Maßnahmen

Ausgehend von den oben beschriebenen positiven Entwicklungen und den verbleibenden Herausforderungen werden mehrere vorrangige Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Tests und Behandlung vorgeschlagen.

- Für die Kontinuität von Prävention, Testung und Betreuung wird empfohlen, die bestehenden Modelle von speziellen öffentlichen und Community-basierten Kliniken für sexuelle Gesundheit auszubauen, um integrierte, niedrigschwellige Dienste für STI/HIV-Beratung, Tests, Behandlung und PrEP, auch für Menschen ohne Krankenversicherung, anzubieten.

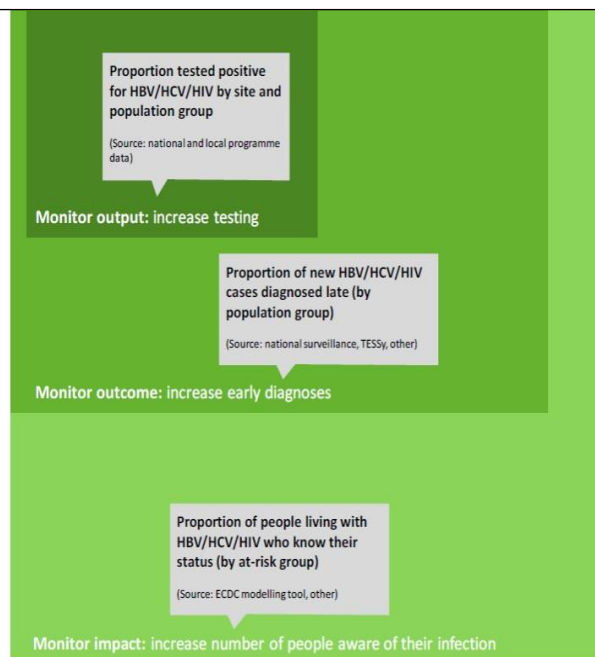
Prävention

- Sicherstellung der fortlaufenden Finanzierung von Präventionsdiensten und Vorrang für Community-basierte Präventionsprogramme. Bereitstellung von Finanzmitteln für das gesamte Spektrum der bedürftigen Bevölkerungsgruppen und Entwicklung von Dienstleistungen, die ihren spezifischen Umständen und Bedürfnissen entsprechen, wie in den Abschnitten 5.2.3 und 5.2.4 beschrieben.
- Erweiterung des Zugangs zu PrEP über MSM hinaus; Aufklärung und Information über PrEP für Gruppen mit einem hohen Infektionsrisiko, die sich dessen aber nur wenig bewusst sind; Behebung von Kapazitätsengpässen durch Lockerung der Anforderungen an Nicht-HIV-Fachärzte zur Verschreibung der PrEP; Ausweitung des Zugangs, in dem die Krankenversicherungen PrEP bei Bedarf anbieten.
- Gewährleistung eines gleichberechtigten Zugangs zu Leistungen zur Schadensminimierung in allen Regionen und Bereichen des Landes.
- Erhöhung der Impfquote für Hepatitis B und HPV: Ausweitung bedarfsorientierter Informationsmaßnahmen und Optionen für den Zugang zu Impfungen, u. a. durch niedrigschwellige Angebote für eine HPV-Impfung und Einbeziehung der Hepatitis-B-Impfung in bestehende Leistungen für Migrantinnen und Migranten, injizierende Drogengebrauchende und MSM, u. a. in öffentlichen Gesundheitskliniken und Haftanstalten, sowie Sensibilisierung von Gesundheitsdienstleistern, z. B. Hausärzten. Sicherstellung, dass die beschafften Mpxv-Impfstoffe vor Ablauf des Verfallsdatums verwendet werden.
- Ausweitung integrierter, auf die Personen zugeschnittener Leistungen durch die Beseitigung von Vorschriften und Regelungen, die derzeit die Einbeziehung von psychologischer Unterstützung, Sexualberatung, Beratung zu psychischer Gesundheit und Chemsex in Community-basierten Einrichtungen verhindern.
- Aufgrund der zunehmenden Prävalenz von Tuberkulose, insbesondere in Migrantengemeinschaften, und des Auftretens neuer multiresistenter Tuberkulosestämme müssen Community-basierte Dienste, die Migrantinnen und Migranten sowie Personen mit injizierendem Drogengebrauch betreuen, ebenfalls Tuberkuloseberatung und -screening (oder Überweisungen) anbieten.

Tests

- Es wäre sehr hilfreich, die Überwachung der verschiedenen Testmaßnahmen in Community-basierten und gesundheitlichen Einrichtungen zu verstärken, um analysieren zu können, wo die Diagnosen erfolgen, und um die (Kosten-)Wirksamkeit der verschiedenen Programme zu bewerten. Es wird empfohlen, ein einheitliches System zur Datenerhebung und Berichterstattung an das RKI einzurichten und vorhandene Ressourcen besser für die Erhebung und Analyse von programmatischen Daten zu nutzen.
- Der integrierte Testleitfaden des ECDC empfiehlt Rahmenbedingungen für die Überwachung von Testprogrammen (Abbildung 20) und schlägt die Erfassung der folgenden grundlegenden Daten vor: Anzahl der Tests, grundlegende demografische Daten der getesteten Person (z. B. Alter, Geschlecht und Bevölkerungsgruppe), Ort/Kontext der Testung und Anzahl der reaktiven/positiven Tests (1).
- Zudem wird die Ausweitung aktiver Testangebote in Einrichtungen empfohlen, in denen Menschen mit erhöhtem Risiko anzutreffen sind, also injizierende Drogengebrauchende, Migrantinnen und Migranten, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, Transsexuelle und Personen mit diversem Geschlecht, Haftinsassen, ebenso wie in Einrichtungen des Gesundheitswesens, einschließlich der Grundversorgung, um über einen risikobasierten Ansatz bzw. auf Nachfrage von Klienten durchgeführte Tests hinauszugehen. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass Klarheit über die Behandlungswege besteht. Dazu gehört auch die Berücksichtigung der Testkosten und der fehlenden Kostenerstattung unter bestimmten Umständen, z.B. bei Personen ohne Krankenversicherung, denn der Kostenfaktor stellt ein erhebliches Hindernis für Tests dar und kann dazu führen, dass die gefährdetsten Gruppen keinen Zugang zu Tests erhalten.

Abbildung 20. Überwachung und Bewertung von Testprogrammen (1)



Schließlich wird empfohlen nachzuprüfen, welche Testgelegenheiten verpasst werden, um die diesbezügliche Situation zu verbessern. Dazu können z. B. bestimmte Indikatoren stärker herangezogen werden und in den jeweiligen Einrichtungen STI- und Hepatitis-Tests in die HIV-Tests einbezogen werden und umgekehrt (z. B. in Konsumräumen, Drogensubstitutionstherapie-Einrichtungen, Gesundheitseinrichtungen, Haftanstalten, Arztpraxen und Notaufnahmen).

- Es wird nachdrücklich empfohlen, dass Deutschland die obligatorische schriftliche bzw. dokumentierte Einwilligung nach Aufklärung und erweiterte Beratung vor dem Test als Voraussetzung für einen Test überdenkt, zumal dies nicht den europäischen und internationalen Leitlinien entspricht und ein großes Hindernis für die Ausweitung des Testangebots im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen darstellt, in denen sich Risikopersonen aufhalten.
- Erwägung der Durchführung von HIV-, Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Tests in Notaufnahmestationen nach dem Opt-out-Prinzip und Auswertung der entsprechenden Ergebnisse. Opt-out-Tests in JVA's könnten ebenfalls in Betracht gezogen und möglicherweise in einem Pilotprojekt getestet werden.
- Außerdem wird vorgeschlagen, bundesweite Leitlinien bzw. Empfehlungen für HIV-/STI-/Hepatitis-Tests zu entwickeln, die speziell für den Einsatz im öffentlichen Gesundheitswesen bestimmt sind und in denen klar festgelegt ist, wer, wie oft und auf welche Infektionen getestet werden soll. Damit sollen die Voraussetzungen in den einzelnen Ländern angeglichen, die Zuweisung lokaler Mittel unterstützt und Fortschritte erzielt werden, um die Diagnoseziele in den jeweiligen Krankheitsbereichen zu erreichen.

Behandlung

- Sicherstellung des Zugangs zu HIV-, Virushepatitis- und STI-Behandlungen für alle Bedürftigen, unabhängig von ihrem Versicherungsstand (niemand soll zurückgelassen werden) als gesetzliche Verpflichtung auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes, um die Verbreitung von Infektionen zu verhindern und die nicht infizierte Bevölkerung zu schützen (TasP, Schutz durch Therapie), also auch durch PrEP und Drogensubstitutionstherapien. Durch die Bereitstellung von Behandlungsoptionen für alle werden auch die Vorbehalte der Menschen gegenüber Tests abgebaut, die sich nicht testen lassen wollen, weil sie wissen, dass im Falle einer Diagnose die Behandlung unbezahlbar ist. Darüber hinaus könnte die Behandlung der gefährdetsten Personen zur Stabilisierung ihrer Lebensumstände beitragen und sie zur Stellung eines Asylantrags motivieren, um schließlich die Versicherung in Anspruch zu nehmen, auf die viele einen gesetzlichen Anspruch haben.
- Es ist wichtig, die Versorgung und den Zugang zu umfassenden integrierten Behandlungsdiensten für Schlüsselgruppen mit hoher Inzidenz und Prävalenz zu verbessern, insbesondere für Menschen mit injizierendem Drogengebrauch, Migrantinnen und Migranten, Haftinsassen, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter sowie transsexuelle und nicht-binäre Menschen.
- Um die Behandlungsmöglichkeiten für Drogengebrauchende zu verbessern, wird vorgeschlagen, Hepatitis-C-/HIV-Behandlungen in Drogensubstitutionstherapie-Zentren und Haftanstalten zu integrieren sowie die Behandlungsoptionen insbesondere für Haftinsassen nach ihrer Entlassung zu optimieren. Erfahrungen aus anderen Ländern legen nahe, dass innovative Betreuungsmodelle für Menschen mit injizierendem Drogengebrauch in Behandlungszentren für Drogenabhängige machbar sind. Dabei wird gleichzeitig der Schweregrad der Lebererkrankung untersucht und auf Hepatitis C behandelt. Barrieren werden dadurch abgebaut und die Diagnose und Behandlung von Hepatitis C vor Ort wird erleichtert (69-71). Auch gemeinsame telemedizinische Maßnahmen mit Unterstützung durch erfahrene Hepatitis-C-Spezialisten können dazu beitragen, dass Ärzte, die in Suchtbehandlungszentren tätig sind, die erforderlichen Kenntnisse und Selbstwirksamkeit bei der Betreuung von Hepatitis-C-Patienten erlangen, die ansonsten nicht zu ihrem medizinischen Aufgabenbereich gehörten.
- Die verstärkte Behandlung bei Multimorbidität durch Bereitstellung einer integrierten und personenbezogenen Betreuung für eine älter werdende Bevölkerung von Menschen mit HIV ist eine Priorität im Einklang mit den neuen Indikatoren und Zielen von UNAIDS und WHO, um eine integrierte Versorgung zu fördern (72, 73).

5.4 Förderung von sektorübergreifender Vernetzung der Akteure

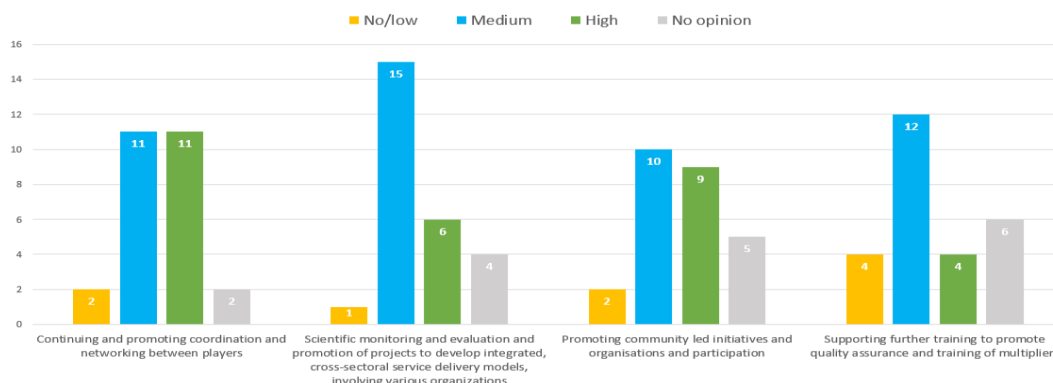
Im vierten Handlungsfeld der Strategie BIS 2030 wird die Notwendigkeit betont, die sektorübergreifende Vernetzung und Zusammenarbeit zu fördern, und zwar über verschiedene Krankheitsbereiche, Berufe und Sektoren hinweg. Stärkung der eigenen Fähigkeiten und Beteiligung der Communities werden als Schlüsselmaßnahmen genannt, um die Gesundheit und das Engagements der Menschen zu fördern, ebenso wie gute Beispiele für Vernetzung und Kooperation in strukturschwachen Gebieten, die in Zusammenarbeit zwischen relevanten öffentlichen, privaten, kommunalen und unabhängigen Akteuren ausgebaut werden sollten.

5.4.1 Ergebnisse der Befragung beteiligter Akteure

2023 stimmten 46 % der Teilnehmenden zu, dass die bundesweiten, regionalen und lokalen Bemühungen zum weiteren Ausbau bedarfsorientierter Angebote zufriedenstellende Ergebnisse und/oder Wirkungen erzielt haben. 50 % stimmten teilweise und 4 % nicht zu.

Um die Qualität der Dienste zu sichern, empfiehlt die BIS-Strategie 2030 eine Reihe von Ansätzen: a) Fortführung und Förderung der Koordinierung und Vernetzung zwischen den Akteuren; b) wissenschaftliche Überwachung und Evaluierung und gegebenenfalls Förderung von Projekten zur Entwicklung integrierter, sektorübergreifender Modelle für die Erbringung von Diensten unter Beteiligung verschiedener Partnerorganisationen, wie Patientenvereinigungen, nichtstaatliche AIDS-Hilfe- und Dienstleistungsorganisationen und andere unabhängige Träger; c) Förderung von Community-basierten Initiativen und Organisationen sowie deren Beteiligung; d) Unterstützung von Weiterbildungsmaßnahmen zur Förderung der Qualitätssicherung und Ausbildung. Gemäß den Aussagen der Umfrageteilnehmer wurden in allen oben genannten Bereichen Maßnahmen im mittleren bis hohen Umfang ergriffen (Abbildung 21).

Abbildung 21. Antworten auf die Umfrage nach den Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Dienstleistungen durch sektorübergreifende Vernetzung und Zusammenarbeit



5.4.2 Was funktioniert gut

Die BIS-Strategie hat zur Verbesserung der Koordinierung und Zusammenarbeit zwischen einigen Akteuren geführt, insbesondere auf Bundesebene, wo die Strategie die Vernetzung und sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedern der Lenkungsgruppe und teilweise auch zwischen den Mitgliedern des Koordinierungsgremiums für die Umsetzung der Strategie BIS und der Länderkoordinierungsstelle unterstützt.

Auf regionaler Ebene wurde die Strategie BIS genutzt, um HIV, Hepatitis und andere sexuell übertragbare Infektionen in einigen Bundesländern auf der politischen Tagesordnung zu behalten und die Mittelbeschaffung in einigen Community-basierten Organisationen zu unterstützen. In anderen Regionen wurde die Strategie zur Entwicklung eines regionalen Aktionsplans genutzt, um die lokale Umsetzung und Finanzierung für das jeweilige Gebiets zu fördern.

Im Hinblick auf die sektorübergreifende Zusammenarbeit diente die Strategie als „Einladung“ an Community-Organisationen, Workshops in JVs abzuhalten, um deren Personal und die Insassen hinsichtlich HIV, Hepatitis und sexuell übertragbaren Infektionen, einschließlich Prävention, Übertragung, U=U, Testung, Behandlung und damit verbundene Themen wie u. a. geschlechtliche/sexuelle Vielfalt zu sensibilisieren.

In den von der Delegation besuchten Großstädten (Hamburg, Köln) scheint die sektorübergreifende Zusammenarbeit und Koordinierung zwischen den beteiligten Akteuren des öffentlichen Gesundheitswesens, der Communities und der Kliniken bereits sehr gut zu funktionieren.

Die Strategie bietet zudem eine ausgezeichnete Gelegenheit für einen strukturierten Erfahrungsaustausch zwischen den Ländern und für die Aktualisierung von Informationen zwischen den Akteuren auf regionaler und bundesweiter Ebene. Es gibt einige Arbeitsgruppen, die zu spezifischen Themen länderübergreifend zusammenarbeiten, z. B. zu sicheren Konsumräumen. Solche Kooperationen sollten auch auf andere Bereiche ausgeweitet werden.

5.4.3 Festgestellte Herausforderungen

Im deutschen Gesundheitssystem und dem föderalen Regierungssystem fallen viele der wichtigsten Politikbereiche, u.a. die Gesundheitsversorgung, unter die unabhängige Zuständigkeit der einzelnen Bundesländer, sodass oft eine zentrale Leitungsstruktur fehlt. Dies führt dann wiederum dazu, dass die Entwicklung und Umsetzung einer bundesweiten Politik nur begrenzt möglich ist und die Bereitstellung entsprechender Dienstleistungen stark an die Landespolitik und deren Haushaltsvorgaben geknüpft ist.

Das Koordinierungsgremium für die Strategie BIS wurde 2016 eingerichtet, um die Umsetzung der Strategie BIS 2030 zu lenken. Die Rollen und Mandate der Mitglieder des Koordinierungsgremiums sind jedoch nicht klar bestimmt und müssten genauer festgelegt werden, um eine gute Funktionsweise zu sichern. Das Koordinierungsgremium ist seit 2019 auch nicht mehr persönlich zusammengetroffen, was sich negativ auf die Motivation und das Engagement der Mitglieder auswirkt.

Die Länderarbeitsgruppe hat keinen offiziellen „Auftrag“, sondern nur ein begrenztes Mandat, Themen aufzugreifen.

Obwohl die sektorübergreifende Zusammenarbeit auf Länderebene in den von der Delegation besuchten Städten außergewöhnlich gut läuft, ist unklar, ob die Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzten und den öffentlichen Gesundheitsdiensten bzw. den Community-basierten Angeboten im gesamten Land ausreichend gut funktioniert. Die Delegation erfuhr auch von Beispielen, wo die Zusammenarbeit zwischen Community-basierten und öffentlichen Gesundheitsdiensten in einigen Regionen nicht so gut läuft. Dort wurde geäußert, dass die Testangebote in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen unzureichend seien und bei der Kommunikation/Zusammenarbeit Verbesserungsbedarf bestehe.

5.4.4 Vorrangige Maßnahmen

- Bezüglich des Koordinierungsgremiums wird vorgeschlagen, dass das Bundesministerium für Gesundheit jährlich zwei Präsenztreffen veranstalten sollte. Außerdem wird vorgeschlagen, dass das Koordinierungsgremium um einen Vertretenden des Bundesministeriums der Justiz erweitert werden sollte, damit die Belange von Haftinsassen adressiert werden können. Es sollte zudem ein regelmäßiger Wechsel des Vorsitzes des Koordinierungsgremiums in Betracht gezogen werden, um Engagement und Vielfalt bei der Festlegung von Prioritäten zu gewährleisten. Sitzungsprotokolle und andere relevante Dokumente sollten zwecks Erhöhung der Transparenz an interessierte Interessengruppen außerhalb des Gremiums weitergeleitet werden.
- Für den Lenkungsausschuss und das Koordinierungsgremium sollte ein regelmäßiger Wechsel der Mitglieder (alle zwei bis fünf Jahre) in Erwägung gezogen werden, um Inklusion und Vielfalt zu fördern und sicherzustellen, dass sich verschiedene Bundesländer, verschiedene Gesundheitsämter und verschiedene Vertreter von Schlüsselgruppen aktiv einbringen können.
- Die Länderarbeitsgruppe könnte effizienter eingesetzt und das Engagement der Mitglieder verstärkt werden, beispielsweise indem die Länder selbst die Koordination der Gruppe unter einem rotierenden Vorsitz übernehmen und den Mitgliedern die Möglichkeit gegeben wird, ihre eigenen Prioritäten zu setzen und Themen zur Diskussion vorzuschlagen. Gleichzeitig sollte die Einrichtung von Unterarbeitsgruppen nach Bedarf möglich sein.
- Es wird empfohlen, sowohl für das Koordinierungsgremium als auch für den Lenkungsausschuss und die Länderarbeitsgruppe klare Aufgabenstellungen, Rollen, Formate und Ziele zu entwickeln, um die Umsetzung der Strategie BIS 2030 schneller voranzubringen.
- Das BIS-Koordinierungsgremium sollte in Erwägung ziehen, strengere bundesweite Empfehlungen zu den Dienstleistungsanforderungen in prioritären Handlungsfeldern zu entwickeln, um Ungleichheiten beim Zugang zu den entsprechenden Dienstleistungen im Land entgegenzuwirken.
- Speziell für den Strafvollzug muss die Zusammenarbeit zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium der Justiz und den Justizministerien der Bundesländer verstärkt werden, um die Prävention, Tests und Behandlungsoptionen für HIV, Hepatitis B und C sowie sexuell übertragbare Infektionen in allen Bereichen des Strafvollzugs anzugleichen und ein Mindestpaket an Maßnahmen zu schnüren, deren Umsetzung mit einem einheitlichen Überwachungssystem verfolgt wird.
- Es wird generell vorgeschlagen, die Schlussfolgerungen aus der Auswertung der Ergebnisse zu nutzen, um den verschiedenen Gruppen neue Impulse zu geben, indem ihnen klare Rollen und Zuständigkeiten zugewiesen werden, sodass klar ist, wer welche Maßnahmen koordinieren soll. Eine Möglichkeit wäre auch die Einrichtung themenspezifischer Arbeitsgruppen, um die aufgezeigten prioritären Maßnahmen zügig umzusetzen.

5.5 Weiterer Ausbau der Wissensbasis und der Datennutzung

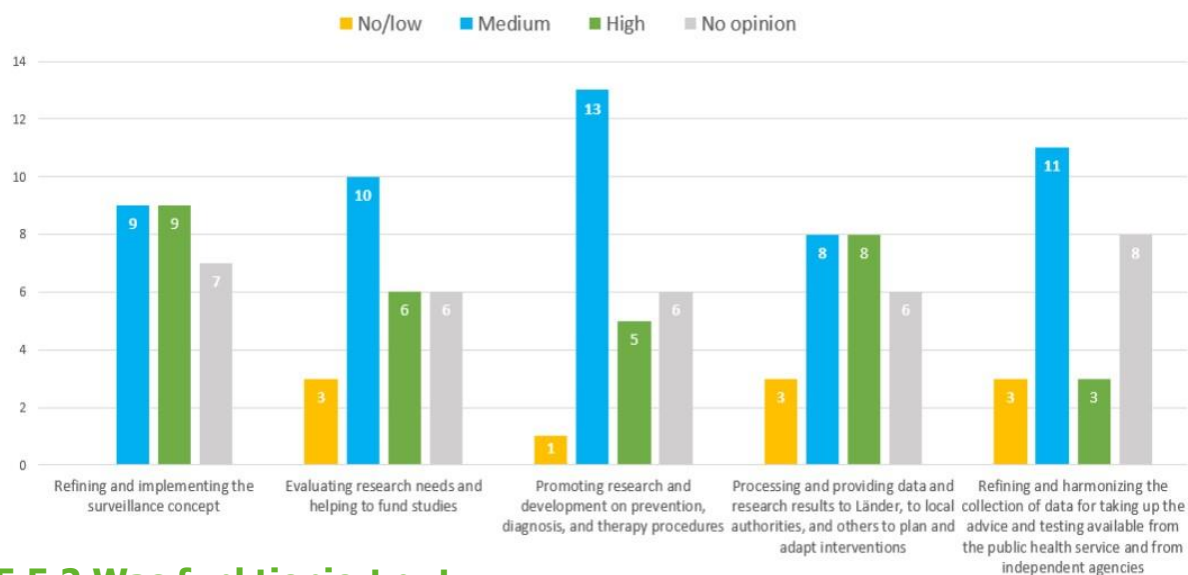
Forschung und Surveillance bilden eine solide Grundlage für die Planung und Umsetzung von evidenzbasierten Präventions-, Test- und Behandlungskonzepten. Mit der Entwicklung eines umfassenden Surveillance-Konzepts hat das Bundesministerium für Gesundheit ein System etabliert, das relevante Informationen für die Beobachtung des epidemiologischen Verlaufs von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sowie für die Planung und Durchführung von Maßnahmen bereitstellt. Im fünften Handlungsfeld der Strategie BIS 2030 wurde die Notwendigkeit betont, a) das Surveillance-Konzept weiterzuentwickeln und umzusetzen, b) den Forschungsbedarf zu evaluieren und Studien finanziell zu unterstützen, c) die Forschung und Entwicklung von Präventions-, Diagnose- und Therapieverfahren zu fördern, d) Daten und Forschungsergebnisse aufzubereiten und den Ländern, Kommunen sowie anderen Akteuren zur Verfügung zu stellen, um Maßnahmen zu planen und gegebenenfalls anzupassen und e) die Datenerhebung für die Nutzung von Beratungs- und Testangeboten des öffentlichen Gesundheitsdienstes und freier Träger weiterzuentwickeln und zu vereinheitlichen.

5.5.1 Ergebnisse der Befragung beteiligter Akteure

2023 stimmten 45 % der Teilnehmenden zu, dass die bundesweiten, regionalen und lokalen Bemühungen zum weiteren Ausbau bedarfsorientierter Angebote zufriedenstellende Ergebnisse und/oder Wirkungen erzielt haben. 45 % stimmten teilweise und 10 % nicht zu.

Insgesamt zeigen die Antworten auf die Umfrage, dass die relevanten Akteure in Deutschland Maßnahmen im mittleren Umfang ergriffen haben, um die Wissensbasis und die Datennutzung weiter auszubauen (Abbildung 22). Insbesondere hinsichtlich der Anpassung und Umsetzung des Surveillance-Konzepts berichteten neun Befragte über Maßnahmen im mittleren Umfang und neun Befragte gaben an, dass umfangreiche Maßnahmen ergriffen wurden. Bezüglich der Bewertung des Forschungsbedarfs und der finanziellen Unterstützung von Studien berichteten drei Befragte über keine bzw. nur geringe Maßnahmen, zehn Befragte sprachen über Maßnahmen im mittleren Bereich und sechs Befragte berichteten über umfangreiche Maßnahmen. Der Umfang an Maßnahmen zur Förderung von Forschung und Entwicklung in den Bereichen Prävention, Diagnose und Therapieverfahren wurde von einem Befragten als gar nicht bis gering eingeschätzt, 13 Befragte berichteten über Maßnahmen im mittleren Bereich und fünf Befragten stufte die Maßnahmen als umfangreich ein. In Bezug auf die Verarbeitung und Bereitstellung von Daten und Forschungsergebnissen für die Bundesländer, lokale Behörden und andere Einrichtungen zwecks Planung und Anpassung der Maßnahmen waren drei Akteure der Ansicht, dass bisher keine bis geringe Maßnahmen ergriffen wurden, acht Akteure verwiesen auf Maßnahmen im mittleren Umfang, und acht Akteure vertraten die Meinung, dass umfangreiche Maßnahmen ergriffen wurden. Die Verbesserung und Vereinheitlichung der Datenerhebung für die Nutzung von Beratungs- und Testangeboten des öffentlichen Gesundheitsdienstes und unabhängiger Träger wurde von drei Befragten als nicht bis gering, von elf Befragten als im mittleren Umfang und von drei Befragten als hoch eingestuft (Abbildung 22).

Abbildung 22. Antworten auf die Umfrage nach dem Umfang der Maßnahmen zur Erweiterung der Wissensbasis und Datennutzung



5.5.2 Was funktioniert gut

Im Allgemeinen sind die strategischen Informationssysteme (Surveillance- und Kontrolldaten) für HIV, Virushepatitis und sexuell übertragbare Infektionen bundesweit und auf Länderebene fest etabliert, funktionieren gut und werden beständig verbessert.

Es gibt leistungsfähige elektronische Meldesysteme für Hepatitis B, Hepatitis C und Mpox, und auf Länderebene sind detaillierte Daten verfügbar, die eine umfassende Datenanalyse und -nutzung auf lokaler Ebene ermöglichen.

Die Surveillance von im Labor diagnostizierter Gonorrhoe mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Azithromycin, Cefixim oder Ceftriaxon wurde ab März 2020 eingeführt. Dieses System wird durch ein starkes Sentinel-Surveillance-System ergänzt, bei dem lokale Labore Gonokokken-Isolate an das RKI schicken, um sie dort zentral mit hochwertigen phänotypischen AMR-Tests untersuchen und weitere genotypische Eigenschaften bestimmen zu lassen.

Zurzeit befindet sich ein elektronisches bundesweites Meldesystem für HIV, Syphilis, Chlamydien/LGV und Gonorrhoe (unabhängig von der Medikamentenempfindlichkeit) im Aufbau, dass im Sommer 2024 eingeführt werden.

Insgesamt werden in Deutschland viele qualitativ hochwertige Forschungsstudien zur Epidemiologie und zu Verhaltenskonzepten im Zusammenhang mit HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen durchgeführt, die sich auf Risikogruppen und die Allgemeinbevölkerung sowie auf die Bereitstellung von Diensten in den jeweiligen Kontexten beziehen.

5.5.3 Festgestellte Herausforderungen

Der Zugang zu und die routinemäßige Erfassung von Daten aus dem fragmentierten deutschen Gesundheitssystem ist eine zentrale Herausforderung. In vielen Fällen sind die einzige verfügbare Datenquelle für die Bereitstellung von Dienstleistungen oder die Kostenübernahme sekundäre Gesundheitsdaten aus Versicherungsrezepten oder Rechnungen, in denen Daten über Behandlungen, Tests und PrEP verzeichnet sind.

Die sehr strengen Datenschutzbestimmungen scheinen ebenfalls oft ein großes Hindernis zu sein.

Es fehlt an einheitlichen Überwachungssystemen für die Erhebung von Daten aus den öffentlichen Gesundheitsdiensten auf bundesweiter und regionaler Ebene, z. B. über Tests. Mehrfache Versuche, ein standardisiertes Datenerfassungssystem aufzubauen, laufen seit Jahren, scheiterten aber an der Finanzierung, sodass die bereits bestehenden umfangreichen Monitoring-Konzepte bisher nicht umgesetzt wurden.

Forschungsstudien sind teuer, daher erscheint es für Deutschland kosteneffizienter zu sein, routinemäßige Überwachungs- und Kontrollsysteme einzuführen, soweit dies umsetzbar ist. Es besteht durchaus ein hoher Bedarf an Surveillance- und Forschungsdaten, aber die verfügbaren Mittel scheinen dazu nicht immer vorhanden zu sein.

Offenbar müssen die Kapazitäten für Surveillance-Maßnahmen und für die strategische Analyse und Nutzung verfügbarer Daten verstärkt werden, um sie für die Entwicklung entsprechender Dienstleistungen auf lokaler Ebene als Grundlage nutzen zu können.

Die Daten zu HIV und Syphilis werden zurzeit (voraussichtlich bis Sommer 2024) über ein papierbasiertes Meldesystem an das RKI gemeldet. Dies führt zu Verzögerungen bei der Rückmeldung der Daten an die Länder und beeinträchtigt die detaillierte Aufschlüsselung der Daten, um sie für eine Auswertung auf Länderebene umfassend nutzen zu können.

Bislang (bis zur Einführung des neuen elektronischen Systems) gibt es in Deutschland kein bundesweites Surveillance-System und keine Daten über Chlamydien/LGV und Gonorrhoe (außer in Sachsen).

5.5.4 Vorrangige Maßnahmen

- Es ist unbedingt erforderlich, in die programmatische Datenerfassung für Hepatitis B und C sowie für STIs zu investieren und diese zu verbessern.
- Es muss sichergestellt werden, dass zuverlässige Schätzungen über die Zahl der Menschen, die mit HIV, Hepatitis B und C leben, vorliegen. Bei der Modellierung könnte die Unterstützung des ECDC erforderlich sein und angefordert werden.
- Integration von Datenquellen, wo dies möglich und sinnvoll ist, z. B. durch Nutzung von Daten, die im Zuge der Digitalisierung des Gesundheitswesens generiert werden, oder durch Einrichtung eines Surveillance-Systems für AIDS anhand sekundärer Gesundheitsdaten.
- Verbesserung der Schätzungen hinsichtlich der durchgehenden Betreuung der Allgemeinbevölkerung und von Schlüsselgruppen bei Hepatitis B und C. Dazu wird eine enge Zusammenarbeit zwischen den klinischen und öffentlichen Gesundheitseinrichtungen empfohlen.
- Es sollten nach Möglichkeit Mortalitätsdaten für Hepatitis B und C erfasst werden, z. B. Schätzungen der Zahl der Todesfälle durch Lebererkrankungen, die auf Hepatitis B und Hepatitis C zurückzuführen sind, um die Fortschritte auf dem Weg zu den Hepatitis-Mortalitätszielen der WHO für 2030 festzustellen (18, 74).
- Vorrangig sollten aufgeschlüsselte 95-95-95-HIV-Schätzungen für Schlüsselgruppen erstellt werden, da für einige Schlüsselgruppen schlechtere Ergebnisse zu erwarten sind und die verfügbaren Daten als Grundlage zur politischen Planung dienen können.
- Gewährleistung einer kontinuierlichen PrEP-Surveillance, um die Anwendung der PrEP zu überwachen und Lücken rechtzeitig zu erkennen.
- Vornahme einer Schätzung der Gesamtzahl der Menschen, die in Deutschland ohne Krankenversicherung leben, einschließlich der Zahl der nicht-versicherten Menschen, die mit HIV, Hepatitis B und C leben.
- Einführung eines einheitlichen Kontrollsystems zur Erhebung von Testdaten bei den öffentlichen Gesundheitsdiensten und anderen einschlägigen Einrichtungen sowie zur Datenanalyse dieser wichtigen Dienstleistungsanbieter, insbesondere für verschiedene Schlüsselpopulationen, aber auch auf bundesweiter Ebene.
- Empfohlen wird weiterhin die Einführung eines Koordinierungsmechanismus, um ein allgemeines bundesweites Kontroll- und Berichterstattungssystem für Gesundheitsbelange im Strafvollzug in Abstimmung mit den Justizministerien von Bund und Ländern zu etablieren (siehe auch 5.4.4 und 5.2.4).
- Sicherstellung, dass detaillierte Surveillance-Daten rechtzeitig an die Länder, die lokalen Behörden und andere Beteiligte weitergeleitet werden. Maßnahmen zum Aufbau von Kapazitäten, um lokale Fachkenntnisse in den Bereichen Surveillance, Monitoring, Analyse und strategische Nutzung verfügbarer Daten auszubauen und sie für die lokale Programmplanung und die Gestaltung der Angebote und Maßnahmen vor Ort nutzbar zu machen.
- Stärkung der operativen Forschung und Überführung der Forschungsergebnisse in die Praxis (Sicherstellung, dass anhand der zahlreichen Forschungsergebnisse entsprechende Maßnahmen entwickelt werden).
- Erstellung einer Anzeigetafel (Dashboard oder ähnliches System), um zu verfolgen, wie Deutschland auf dem Weg zu den UN-Nachhaltigkeitszielen und anderen Zielen der WHO und UNAIDS bezüglich HIV, viraler Hepatitis und STIs vorankommt. Dazu sollten eine Mindestanzahl grundlegender Indikatoren pro Krankheitsbereich festgelegt werden.

6. Übergreifende vorrangige Maßnahmen

In diesem letzten Abschnitt sind übergreifende vorrangige Maßnahmen zusammengefasst, die sich aus der Bewertung ergeben und anhand der wichtigsten festgestellten Herausforderungen und Lücken in der Strategie BIS 2030 und ihrer Umsetzung ermittelt wurden.

Die Delegation stellte fest, dass die Strategie nach wie vor ein hervorragendes und umfassendes Grundlagendokument darstellt, bei dem die Integration von Dienstleistungen und bevölkerungsspezifische Bedürfnisse und Hintergründe im Mittelpunkt stehen. Es wurden jedoch mehrere Lücken und Entwicklungen festgestellt, die seit der Verabschiedung der bundesweiten Strategie BIS 2030 eingetreten sind. Dazu gehört u. a. die unzureichende Erwähnung von Transsexuellen und Personen mit diversem Geschlecht und deren Gesundheitsbedürfnisse, die fehlende Empfehlung der PrEP als zentrales Instrument der HIV-Prävention, die fehlende Erwähnung von Tuberkulose und der Notwendigkeit, Tuberkulose-Dienste – wo möglich - in bestehende Dienste zu integrieren, neue Herausforderungen im Zusammenhang mit Migrantinnen und Migranten aus der Ukraine und neue Epidemien wie Mpox sowie ein fehlender einfacher Rahmen mit Kernindikatoren zur Kontrolle der Fortschritte Deutschlands bei der Erreichung der UN-Nachhaltigkeitsziele und anderer wichtiger globaler, europäischer und nationaler Ziele.

In den nachstehenden Schlüsselempfehlungen werden mehrere Maßnahmen vorgeschlagen, um die festgestellten Lücken und Entwicklungen (und andere beobachtete Herausforderungen) zu bewältigen. Die Delegation kam nicht zu dem Schluss, dass eine Änderung oder Aktualisierung der Strategie selbst erforderlich ist. Sie empfiehlt stattdessen, die Bemühungen auf die Umsetzung der Strategie und ihrer Elemente zu konzentrieren.

6.1 Übergreifende vorrangige Maßnahme 1: Gewährleistung einer „allgemeinen Gesundheitsversorgung“

Ziel der Strategie BIS 2030 ist die Erreichung der UN-Nachhaltigkeitsziele („Beendigung von AIDS“ und „Bekämpfung von Virushepatitis“). Nicht alle Menschen, die in Deutschland mit HIV, Virushepatitis und sexuell übertragbaren Infektionen leben, sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (entweder weil sie keinen Anspruch haben oder nicht wissen bzw. nicht in der Lage sind, ihren Anspruch geltend zu machen).

Dies bedeutet, dass Teilgruppen der Bevölkerung in Deutschland, die von HIV, Virushepatitis und sexuell übertragbaren Infektionen bedroht sind oder damit leben, keinen Zugang zu den wesentlichen Test-, Präventions-, Behandlungs- und Pflegediensten haben. Dies betrifft insbesondere die gefährdetsten Gruppen, bei denen ein erhöhtes Risiko für eine Infektion und weitere Übertragung besteht. Das wiederum bedeutet, dass Deutschland mehrere UN-Nachhaltigkeitsziele nicht erreichen wird.

- Damit Deutschland die globalen Ziele erreicht und niemanden zurücklässt, müssen Mechanismen oder rechtliche Möglichkeiten geschaffen werden, die gewährleisten, dass ALLE Menschen unabhängig von ihrem Versicherungsstatus Zugang zu den benötigten Dienstleistungen haben. Dies stünde im Einklang mit der politischen Erklärung der UN-Generalversammlung zur allgemeinen Gesundheitsversorgung und entspricht einer rechtlichen Verpflichtung im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes zur „Verhütung der Ausbreitung von Infektionen“ und zum Schutz der nicht-infizierten Bevölkerung durch „Therapie als Prävention“.
- Es gibt bereits gute Beispiele für Einrichtungen, die wesentliche Leistungen für Menschen ohne Krankenversicherung erbringen (Kasten 4). Solche Modelle könnten auf das ganze Land ausgeweitet werden, idealerweise auf der Grundlage einer staatlichen Finanzierung für nicht-versicherte Personen oder alternativ durch innovative Vorschläge, wie solche Leistungen auf Länderebene gewährleistet werden könnten. Dieses Thema sollte im Koordinierungsgremium und in der Länderarbeitsgruppe weiter diskutiert werden.
- Es sollte eine zügige Bewertung der Kosten erfolgen, die entstehen, um eine nicht-versicherte Person nach und nach in das System einzugliedern und anschließend der Bedarf dieser Person an weiteren Tests, Behandlungen, Impfungen usw. ermittelt werden. Dies könnte dann als schlagkräftiges Argument angeführt werden. Die Ressourcen des Personals werden übermäßig stark beansprucht (in einigen Einrichtungen bis zu 50 % der Arbeitszeit), um Lösungen zu finden, wenn eine nicht-versicherte Person positiv getestet wird. Diese Zeit könnte für die Betreuung von mehr Klientinnen und Klienten genutzt werden, wenn alle Zugang zu einer Behandlung hätten. Zu den Personalressourcen gehören beispielsweise die Zeitbedarfe des klinischen Personals, der Sozialarbeiter und des Verwaltungsapparates.
- Insbesondere für JVA's sollte die Sicherstellung der weiteren Versorgung nach der Entlassung verbessert werden, sei es durch eine automatische Reaktivierung der staatlichen Krankenversicherung oder durch eine generelle Ausweitung der Krankenversicherung, sodass sie auch die Haftanstalten umfasst.

6.2 Übergreifende vorrangige Maßnahme 2: Verbesserung der Lebensqualität von Menschen, die mit HIV und viraler Hepatitis leben

Es ist erwiesen, dass die HIV-bedingte Stigmatisierung und Diskriminierung in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen immer noch sehr hoch ist.

- Um erfahrene Stigmatisierung zu überwinden und die psychische Gesundheit zu schützen bedarf es eines ganzheitlichen Ansatzes.
- Gemeinsame Anstrengungen zur Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen, die mit HIV und viraler Hepatitis leben, sind ebenfalls erforderlich. Dazu gehören gezielte und individuelle Schulungen des medizinischen Personals, auch in JVA's, die Unterstützung von Kampagnen, die sich an die Bevölkerung und die Beschäftigten des Gesundheitswesens richten, sowie eine Erweiterung der Angebote zum Schutz der psychischen Gesundheit.
- Es wird vorgeschlagen, innerhalb des Koordinierungsgremiums eine Arbeitsgruppe einzurichten, die einen Aktionsplan zur Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung erarbeitet, um die globalen Ziele zu erreichen.

6.3 Übergreifende vorrangige Maßnahme 3: Erweiterung und Verbesserung bedarfsorientierter und integrierter Angebote

- Entsprechend den Empfehlungen in den Abschnitten 5.2.4 und 5.3.4 müssen niedrigschwellige Angebote zur Prävention, Schadensminimierung, Testung und Behandlung für unterversorgte Bevölkerungsgruppen - insbesondere Migrantinnen und Migranten, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, Drogengebrauchende, Haftinsassen, Obdachlose, Transsexuelle und nicht-binäre Personen, einschließlich Personen ohne Krankenversicherung und Menschen in ländlichen Gebieten - weiter ausgebaut und integrierte Versorgungsmodelle stärker genutzt werden.
- Sicherstellung, dass die Dienste kultursensibel und auf die spezifischen Bedürfnisse und Schwachstellen der einzelnen Gruppen zugeschnitten sind, mit dem Ziel, die in Abschnitt 5.2.3 beschriebenen spezifischen Herausforderungen zu bewältigen, vorzugsweise in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Communities vor Ort.
- Erweiterung aktiver Testangebote in Einrichtungen, in denen Menschen mit erhöhtem Risiko anzutreffen sind, um über einen risikobasierten Ansatz bzw. auf Nachfrage von Klienten durchgeführte Tests hinauszugehen. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass Klarheit über die Behandlungswege besteht. Prüfung, inwieweit die Kosten für Tests verringert oder abgeschafft werden können und ob die Möglichkeit besteht, Gesundheitsdienstleistern die entsprechenden Kosten unter bestimmten Umständen zurückzuerstatten, da die Kosten ein erhebliches Hindernis darstellen und besonders schwache Personengruppen dadurch keinen Zugang zu Tests haben.
- Es wird nachdrücklich empfohlen, dass Deutschland die obligatorische schriftliche bzw. dokumentierte Einwilligung nach Aufklärung und erweiterte Beratung vor dem Test als Voraussetzung für einen Test überdenkt, zumal dies nicht den europäischen und internationalen Leitlinien entspricht und ein großes Hindernis für die Ausweitung des Testangebots im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen darstellt, in denen sich Risikopersonen aufhalten.
- Für JVA's sollten Mindestangebote zur Prävention, Testung, Impfung und Behandlung von HIV, Hepatitis B und C sowie sexuell übertragbaren Infektionen festgelegt werden, die bundesweit und im Einklang mit den *Standard-Mindestvorschriften der Vereinten Nationen für die Behandlung von Haftinsassen* umgesetzt werden können (57).

6.4 Übergreifende vorrangige Maßnahme 4: Politische Führung und Koordination

Die Nachhaltigkeit der Programme hängt derzeit in hohem Maße von der politischen Unterstützung auf Länderebene ab, wodurch eine zentrale Autorität begrenzt und die Möglichkeiten zur Festlegung und Umsetzung bundesweiter politischer Maßnahmen eingeschränkt sind. Es sollte jedoch eine stärkere bundesweite Koordination, Lenkung, Anleitung, politische Unterstützung und Förderung von Schulungsprozessen geben, um die Situation in den einzelnen Ländern anzugleichen.

- Das BIS-Koordinierungsgremium sollte die Entwicklung strengerer bundesweiter Empfehlungen zu den Dienstleistungsanforderungen in vorrangigen Handlungsfeldern ins Auge fassen, um Ungleichheiten beim Zugang zu den entsprechenden Dienstleistungen im Land abzubauen. Insbesondere für Tests in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen müssen klare bundesweite Leitlinien geschaffen werden.
- Es müssen klare Aufgabenbeschreibungen für den Lenkungsausschuss und das Koordinierungsgremium zur Umsetzung der Strategie BIS sowie für die Länderarbeitsgruppe definiert werden, in denen klare Ziele und Rollen zur besseren Umsetzung der Strategie BIS 2030 verankert sind. Es sollte zudem ein regelmäßiger Wechsel des Vorsitzes dieser Gremien in Betracht gezogen werden, um Engagement und Vielfalt bei der Festlegung von Prioritäten zu gewährleisten.
- Es sollte möglich sein, im Rahmen des Koordinierungsgremiums und der Länderarbeitsgruppe spezifische Unterarbeitsgruppen zu wichtigen Aktionsbereichen einzurichten (wobei die Mitglieder der Unterarbeitsgruppen keine ständigen Mitglieder der Hauptgremien sein müssen).
- Speziell für den Strafvollzug sollte die Zusammenarbeit zwischen allen relevanten Abteilungen des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums der Justiz und der Justizministerien der Bundesländer verstärkt und gemeinsame Ziele festgelegt werden. Es wird auch vorgeschlagen, dass ein Vertreter des BMJ in das Koordinierungsgremium aufgenommen wird.

6.5 Übergreifende vorrangige Maßnahme 5: Kontrolle der Umsetzung der Strategie BIS

Der Zugang zu und die routinemäßige Erfassung von Daten aus dem fragmentierten deutschen Gesundheitssystem ist eine zentrale Herausforderung, wobei sekundäre Gesundheitsdaten aus Versicherungsrezepten oder Rechnungen oft die einzigen verfügbaren Datenquellen sind. Auch die strengen Datenschutzbestimmungen stellen ein großes Hindernis dar. Die Strategie BIS 2030 verfügt über kein Monitoring- und Evaluierungssystem, sodass die Fortschritte bei der Erreichung der Ziele nicht routinemäßig erfasst werden.

- Es wird empfohlen, eine Anzeigetafel für die Umsetzung der Strategie BIS einzurichten, aus der ersichtlich ist, wie Deutschland bei der Erreichung der UN-Nachhaltigkeitsziele und anderer Ziele der WHO und UNAIDS im Bereich HIV, Virushepatitis und sexuell übertragbare Infektionen vorankommt. Das bedeutet, dass die Indikatoren und Zielvorgaben mit den SDG und den damit verbundenen regionalen und globalen Zielen verknüpft sind und die Umsetzung der Strategie nur indirekt überwacht wird. Das RKI hat gute Voraussetzungen, um eine solche Anzeigetafel bis 2030 jährlich zur Verfügung zu stellen.
- Es wird ferner vorgeschlagen, dass das Koordinierungsgremium unter Leitung des RKI eine Mindestanzahl an Kernindikatoren für die einzelnen Krankheitsbereiche festlegt. Innerhalb des Koordinierungsgremiums könnte eine spezielle Arbeitsgruppe eingerichtet werden, die bis zur nächsten Sitzung einen entsprechenden Vorschlag ausarbeitet.
- Wichtig ist ebenfalls, dass bestehende Datenlücken geschlossen werden, insbesondere für Virushepatitis (geschätzte Belastung, Versorgungsgrad, Sterblichkeit), sexuell übertragbare Infektionen (Auswirkungen und Versorgungsgrad) und bis zu einem gewissen Grad für HIV (95-95-95 für Schlüsselgruppen) sowie für Tests (Reichweite und Ergebnisse der Tests in verschiedenen Kontexten). Gleichzeitig muss die Kontinuität der Surveillance-Systeme, auch für drogenbedingte Infektionskrankheiten, und die fortgesetzte PrEP-Surveillance sichergestellt werden, um die Anwendung der PrEP zu überwachen und gegebenenfalls Lücken zu ermitteln.
- Zur Unterstützung der oben genannten prioritären Maßnahme 1 wird empfohlen, die Gesamtzahl der Menschen zu schätzen, die in Deutschland ohne Krankenversicherung leben, einschließlich Anzahl der nicht-versicherten Menschen mit HIV, Hepatitis B und C. Es sollte analysiert werden, welche Auswirkungen dies auf die Erreichung der UN-Nachhaltigkeitsziele in Deutschland hat.

6.6 Übergreifende vorrangige Maßnahme 6: Ermittlung von Risiken für die erfolgreichen Umsetzung der Strategie BIS 2030 und Erarbeitung von Lösungen zur Risikobegrenzung

Obwohl die SDGs prioritäre Bereiche darstellen, sind die von der Strategie BIS 2030 abgedeckten Krankheiten nicht unbedingt politische Prioritäten und die Umsetzung der Strategie ist nicht mit Finanzierungsmitteln verbunden.

- Das Koordinierungsgremium sollte vor allem darauf hinwirken, dass die mit der Strategie abgedeckten Krankheiten weiterhin oben auf der Agenda der öffentlichen Gesundheitspolitik stehen.
- Das Koordinierungsgremium sollte gegebenenfalls kurze Risiko- bzw. Folgenabschätzungen zu potenziellen Risiken für die erfolgreiche Umsetzung der Strategie BIS auf Bundes- und Länderebene durchführen und Lösungen vorschlagen, um diesen Risiken entgegenzuwirken.
- Zu den bei dieser Bewertung festgestellten Risiken zählen u. a. folgende:
 - Es sind keine Finanzmittel vorgesehen, die speziell für die Überwachung der Umsetzung der Strategie eingesetzt werden.
 - Schaffung des neuen Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) und eventuelle Auswirkungen auf die Fähigkeit zur Bereitstellung strategischer Informationen und zur Durchführung von Kommunikationskampagnen.
 - Mangelnder Zugang zu Präventions-, Test- und Behandlungsangeboten für Menschen ohne Krankenversicherung.

Referenzen

1. Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten. Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA: An integrated approach. Stockholm: ECDC, 2018.
2. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen Berlin: Bundesministerium für Gesundheit, 2016.
3. Bundesministerium für Gesundheit. Koordinierungsgremium zur Umsetzung der Strategie BIS 2030 [aktualisiert am 2. Oktober 2023]. Abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/hiv-hepatitis-und-sti/koordinierungsgremium.html>.
4. REDCap. REDCap (Research Electronic Data Capture) 2024 [26. Februar 2024]. Abrufbar unter: <https://www.project-redcap.org/>.
5. Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB). Datenreport 2021: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 2021. Vertrags-Nr.: 24. Januar 2024.
6. Busse R, Blümel M. Germany: Health System Review. Health Systems in Transition. 2014, 16 (2): S. 1 - 296. 7. Europäische Beobachtungsstelle für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, WHO-Regionalbüro für Europa DoHSaPH. Organization and financing of public health services in Europe - Country reports. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2018.
8. Ehrlich J, Grote U, Gerber-Grote A, Strassburg M. The Child Health Care System of Germany. J Pediatr. 2016, 177s: S. 71- S. 86.
9. Deutsche Aidshilfe, Institut für Demokratie und Zivilgesellschaft. Positive Stimmen 2.0. Mit HIV leben, Diskriminierung abbauen: Einblicke und Ergebnisse aus einem partizipativen Forschungsprojekt zum Leben mit HIV in Deutschland. Berlin: Deutsche Aidshilfe, 2021.
10. Schmidt D, Kollan C, Schewe K, Hanhoff N, Rüsenberg R, Friebe M, et al. Evaluation der Einführung der HIV-Präexpositionsprophylaxe als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (EvE-PrEP): Hocheffektiver Schutz vor HIV und keine Zunahme von sexuell übertragbaren Infektionen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2023, 66 (9): S. 1008 - 18.
11. Schmidt D DY, Kollan C, Marcus U, Iannuzzi S, von Kleist M. Dynamics of HIV PrEP use and coverage during and after COVID-19 in Germany. BMC Public Health. In Überarbeitung
12. Schmidt D, Kollan C, Bartmeyer B, Bremer V, Schikowski T, Friebe M, et al. Low incidence of HIV infection and decreasing incidence of sexually transmitted infections among PrEP users in 2020 in Germany. Infection. 2023, 51 (3): S. 665 - 678.
13. Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG). S2k-Leitlinie Deutsch-Österreichische Leitlinien zur antiretroviralen Therapie der HIV-1-Infektion. Hamburg: Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG); 2021.
14. Schmidt D, Kollan C, Stoll M, Stellbrink HJ, Plettenberg A, Fätkenheuer G, et al. From pills to patients: an evaluation of data sources to determine the number of people living with HIV who are receiving antiretroviral therapy in Germany. BMC Public Health. 2015, 15: S. 252.
15. Jansen K, Steffen G, Potthoff A, Schuppe AK, Beer D, Jessen H, et al. STI in times of PrEP: high prevalence of chlamydia, gonorrhoea, and mycoplasma at different anatomic sites in men who have sex with men in Germany. BMC Infectious Diseases. 2020, 20 (1): S. 110.
16. Jansen K, Bremer V, Steffen G, Sarma N, Nielsen S, Münstermann D, et al. High prevalence of chlamydia, gonorrhoea, mycoplasma and trichomonas in female sex workers reached at their working place in Germany. Brisbane, Australien: STI- & HIV-Weltkongress 2015, 13. bis 16. September 2015.
17. Bremer V, Haar K, Gassowski M, Hamouda O, Nielsen S. STI tests and proportion of positive tests in female sex workers attending local public health departments in Germany in 2010/11. BMC Public Health. 2016, 16 (1): S. 1175.
18. WHO-Regionalbüro für Europa. Regional action plans for ending AIDS and the epidemics of viral hepatitis and sexually transmitted infections 2022–2030. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2023.
19. Sperle I, Steffen G, Leendertz SA, Sarma N, Beermann S, Thamm R, et al. Prevalence of Hepatitis B, C, and D in Germany: Results From a Scoping Review. Frontiers in Public Health. 2020, 8: S. 424.
20. Steffen G, Weber C, Cawley C, Sarma N, Jansen K, Leicht A, et al. Prävalenz von sexuell und durch Blut übertragenen Infektionen und Tuberkulose bei Menschen in Wohnungslosigkeit in Berlin – Erste Ergebnisse der Pilotstudie POINT. Epidemiologisches Bulletin. 2022 (13): S. 25 - 32.
21. Derks L, Gassowski M, Nielsen S, An der Heiden M, Bannert N, Bock CT, et al. Risk behaviours and viral infections among drug injecting migrants from the former Soviet Union in Germany: Results from the DRUCK-study. International Journal of Drug Policy. 2018, 59: S. 54 - 62.
22. Robert Koch-Institut. Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie). Berlin: RKI, 2016.
23. Zimmermann R, Krings A, Steffen G. DRUCK 2.0 - Pilotierung eines Surveillancesystems zu durch Blut und sexuell übertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden. Berlin: Robert Koch-Institut, 2024.

24. Hölling H, Schlack R, Kamtsiuris P, Butschalowsky H, Schlaud M, Kurth BM. Die KiGGS-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2012, 55 (6 - 7): S. 836 - 842.
25. Cai W, Poethko-Müller C, Hamouda O, Radun D. Hepatitis B virus infections among children and adolescents in Germany: migration background as a risk factor in a low seroprevalence population. The Pediatric Infectious Disease Journal. 2011, 30 (1): S. 19 - 24.
26. Enkelmann J, Gassowski M, Nielsen S, Wenz B, Roß S, Marcus U, et al. High prevalence of hepatitis C virus infection and low level of awareness among people who recently started injecting drugs in a cross-sectional study in Germany, 2011-2014: missed opportunities for hepatitis C testing. Harm Reduction Journal. 2020, 17 (1): S. 7.
27. Mårdh O, Quinten C, Amato-Gauci AJ, Duffell E. Mortality from liver diseases attributable to hepatitis B and C in the EU/EEA - descriptive analysis and estimation of 2015 baseline. Infectious diseases (London, England). 2020, 52 (9): S. 625 - 637.
28. Rieck T FM, Siedler A, Impfquoten von Kinderschutzimpfungen in Deutschland – aktuelle Ergebnisse aus der RKI-Impfsurveillance. Epidemiologisches Bulletin. 2022, 48: S. 3 - 25.
29. Beermann S, Jacob J, Dudareva S, Jansen K, Marcus U, Zimmermann R, et al. Gelingt das Screening von Schwangeren auf HIV, Syphilis und Hepatitis B in Deutschland? Eine Analyse auf Basis von Routinedaten. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2020,63 (9): S. 1143 - 1150.
30. Hommes F, Krings A, Dörre A, Neumeier E, Schäffer D, Zimmermann R. International harm reduction indicators are still not reached: results from a repeated cross-sectional study on drug paraphernalia distribution in Germany, 2021. Harm Reduction Journal. 2023, 20 (1): S. 137.
31. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Viral hepatitis elimination barometer among people who inject drugs in Europe 2023 [im November 2023 aktualisiert]. Abrufbar unter: https://www.emcdda.europa.eu/publications/data-factsheet/viral-hepatitis-elimination-barometer-among-people-who-inject-drugs-in-europe_en#section5.
32. Steffen G, Sperle I, Leendertz SA, Sarma N, Beermann S, Thamm R, et al. The epidemiology of Hepatitis B, C and D in Germany: A scoping review. PLoS One. 2020, 15 (3): e0229166.
33. Maisa A, Kollan C, An der Heiden M, van Bömmel F, Cornberg M, Mauss S, et al. Increasing Number of Individuals Receiving Hepatitis B nucleos(t)ide Analogs Therapy in Germany, 2008-2019. Frontiers in Public Health. 2021, 9: 667253.
34. Tergast TL, Blach S, Tacke F, Berg T, Cornberg M, Kautz A, et al. Updated epidemiology of hepatitis C virus infections and implications for hepatitis C virus elimination in Germany. Journal of Viral Hepatitis. 2022, 29 (7): S. 536 - 542.
35. Steffen G BA, Dudareva S, Hommes F, Krings A, Kollan C, Schmidt D, Zimmermann R. Virushepatitis C im Jahr 2021. Epidemiologisches Bulletin. 2022, 38: S. 7 - 25.
36. Meyer ED, Dudareva S, Kollan C, Mauss S, Wedemeyer H, Schmidt D, et al. Additional challenges in reaching hepatitis C elimination goals in Germany due to the COVID-19 pandemic - descriptive analysis of drug prescription data from January 2018 to June 2021. Frontiers in Public Health. 2023, 11: 1149694.
37. Poethko-Müller C, Zimmermann R, Hamouda O, Faber M, Stark K, Ross RS, et al. Die Seroepidemiologie der Hepatitis A, B und C in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013, 56 (5-6): S. 707 - 715.
38. Kraus L, Seitz NN, Schulte B, Cremer-Schaeffer P, Braun B, Verthein U, et al. Estimation of the Number of People With Opioid Addiction in Germany. Deutsches Ärzteblatt International. 2019, 116 (9): S. 137 - 143.
39. Zimmermann R, Marcus U, Schäffer D, Leicht A, Wenz B, Nielsen S, et al. A multicentre sero-behavioural survey for hepatitis B and C, HIV and HTLV among people who inject drugs in Germany using respondent driven sampling. BMC Public Health. 2014, 14: S. 845.
40. Wenz B, Nielsen S, Gassowski M, Santos-Hövenner C, Cai W, Ross RS, et al. High variability of HIV and HCV seroprevalence and risk behaviours among people who inject drugs: results from a cross-sectional study using respondent-driven sampling in eight German cities (2011-14). BMC Public Health. 2016, 16 (1): S. 927.
41. Haussig JM, Nielsen S, Gassowski M, Bremer V, Marcus U, Wenz B, et al. A large proportion of people who inject drugs are susceptible to hepatitis B: Results from a bio-behavioural study in eight German cities. International Journal of Infectious Diseases. 2018, 66: S. 5-13.
42. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W) e.V. Mindestens 607.000 Menschen in Deutschland wohnungslos im Jahr 2023 [zitiert am 21. Februar 2024]. Abrufbar unter: <https://www.bagw.de/de/themen/zahl-der-wohnungslosen/uebersicht>.
43. Krings A, Schmidt D, Kollan C, Meixenberger K, Bannert N, Münstermann D, et al. Increasing hepatitis B vaccination coverage and decreasing hepatitis B co-infection prevalence among people with HIV-1 in Germany, 1996-2019. Results from a cohort study primarily in men who have sex with men. HIV Medicine. 2024, 25(2): S. 201 - 211.
44. Krings A, Schmidt D, Meixenberger K, Bannert N, Münstermann D, Tiemann C, et al. Decreasing prevalence and stagnating incidence of Hepatitis C-co-infection among a cohort of HIV-1-positive patients, with a majority of men who have sex with men, in Germany, 1996-2019. Journal of Viral Hepatitis. 2022, 29(6): S. 465 - 473.
45. Schneider FK, Krystallia; Neumerier, Esther. Bericht 2023 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2022 / 2023). München: EMCDDA; 2022.

46. Müller J, Schmidt D, Kollan C, Lehmann M, Bremer V, Zimmermann R. High variability of TB, HIV, hepatitis C treatment and opioid substitution therapy among prisoners in Germany. *BMC Public Health*. 2017, 17(1): S. 843.
47. Thomadakis C, Gountas I, Duffell E, Gountas K, Bluemel B, Seyler T, et al. Prevalence of chronic HCV infection in EU/EEA countries in 2019 using multiparameter evidence synthesis. *The Lancet Regional Health - Europe*. 2024, 36: 100792.
48. Steffen G, Sperle I, Harder T, Sarma N, Beermann S, Thamm R, et al. Hepatitis B vaccination coverage in Germany: systematic review. *BMC Infectious Diseases*. 2021, 21(1): S. 817.
49. Robert Koch-Institut. Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2017. *Epidemiologisches Bulletin*. 2019, 18: S. 147 - 153.
50. Brandl M, Schmidt AJ, Marcus U, An der Heiden M, Dudareva S. Are men who have sex with men in Europe protected from hepatitis B? *Epidemiology & Infection*. 2020, 148: e27.
51. Zimmermann R, Krings A, Schneider F, Schäffer D, Neumeier E. Konsumutensilienvergabe in Deutschland: Ergebnisse einer Befragung von Einrichtungen der Drogenhilfe und Suchttherapie zur Ausgabe von Utensilien zum sicheren Drogenkonsum 2018. *Suchttherapie*. 2022, 23(03): S. 130-40.
52. Bätz O, Petroff D, Joachim-Richter A, Jedrysiak K, Wolfram I, Berg T, et al. Results of the hepatitis B and C screening within the "Check-Up 35+" in the German primary care setting one year after implementation by the joint committee. *Journal of Hepatology*. 2023, 78: S. 1176.
53. Buggisch P, Heiken H, Mauss S, Weber B, Jung MC, Görne H, et al. Barriers to initiation of hepatitis C virus therapy in Germany: Eine retrospektive, fallkontrollierte Studie. *PLoS One*. 2021, 16(5): e0250833.
54. Briken P, Dekker A, Cerwenka S, Pietras L, Wiessner C, von Rügen U, et al. Die GeSiD-Studie „Gesundheit und Sexualität in Deutschland“ – eine kurze Einführung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2021, 64 (11): S. 1334 - 1338.
55. Ludwig J, Brunner F, Wiessner C, Briken P, Gerlich MG, von dem Knesebeck O. Public attitudes towards sexual behavior-Results of the German Health and Sexuality Survey (GeSiD). *PLoS One*. 2023, 18(3): e0282187.
56. UNAIDS. The Global Partnership for Action to Eliminate all Forms of HIV-related Stigma and Discrimination 2024 [zitiert am 26. Februar 2024]. Abrufbar unter: <https://www.unaids.org/en/topic/global-partnership-discrimination>.
57. UN-Generalversammlung. The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela rules) 2016 [zitiert am 26. Februar 2024]. Abrufbar unter: <https://www.refworld.org/legal/resolution/unga/2016/en/119111>.
58. UN-Generalversammlung. Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage 2019 [zitiert am 26. Februar 2024]. Abrufbar unter: <https://www.un.org/pga/73/event/universal-health-coverage/>.
59. Müller MC, Usadel S, Zimmermann S, Fahrhöfer A, Kern WV, Hoffmeister U, et al. Closing Sexual Health Service Gaps With a New Service Model in Germany: Performance of an on-Site Integrated, Cross-Sectoral, Low Threshold Sexually Transmitted Infections/HIV Counseling and Treatment Service. *Frontiers in Public Health*. 2022, 10: 793609.
60. Schmidt AJ KC, Kimmel S, Dorsch H-P, Knoll C. Halbjahresbericht 2/2023. HIV- and STI-testing in community-based VCT centres in Germany. Berlin: Deutsche Aidshilfe; 2024.
61. Koschollek C, Kuehne A, Müllerschön J, Amoah S, Batemona-Abeke H, Dela Bursi T, et al. Knowledge, information needs and behavior regarding HIV and sexually transmitted infections among migrants from sub-Saharan Africa living in Germany: Results of a participatory health research survey. *PLoS One*. 2020, 15(1): e0227178.
62. Kuehne A, Koschollek C, Santos-Hövenner C, Thorlie A, Müllerschön J, Mputu Tshibadi C, et al. Impact of HIV knowledge and stigma on the uptake of HIV testing - Results from a community-based participatory research survey among migrants from sub-Saharan Africa in Germany. *PLoS One*. 2018, 13(4): e0194244.
63. Koppe U, Spurgat C, Knoop JM, Hahne A, Appenroth MN, Pöge K, et al. Up to the TASG: a participatory study on sexual health of trans and non-binary persons in Germany. *European Journal of Public Health*. 2022, 32 (Suppl 3).
64. EMIS Network. EMIS-2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, 2019.
65. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Human Papillomavirus (HPV) vaccination coverage 2024 [zitiert am 26. Februar 2024]. Abrufbar unter: <https://immunizationdata.who.int/pages/coverage/hpv.html>.
66. EuroTEST. HepHIV-Konferenz 2023, Madrid. Presentations, Parallel abstract driven session 1: Improving BBV Testing Strategies in Emergency Departments [cited 2024 4 April]. Abrufbar unter: <https://eurotest.org/conferences/hephiv-2023-madrid-conference/presentations/>.
67. UK Health Security Agency. Emergency department bloodborne virus opt-out testing: 12-month interim report 2023. UK Health Security Agency, 2023.
68. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Consolidated guidelines on HIV testing services. Genf: WHO, 2019.
69. Butsashvili M, Kamkamidze G, Kajaia M, Gvinjilia L, Kuchuloria T, Khonelidze I, et al. Integration of hepatitis C treatment at harm reduction centers in Georgia-Findings from a patient satisfaction survey. *International Journal of Drug Policy*. 2020, 84: 102893.

70. Catie. Hepatitis C treatment in harm reduction programs for people who use drugs 2020 [zitiert am 19. März 2024]. Abrufbar unter: <https://www.catie.ca/prevention-in-focus/hepatitis-c-treatment-in-harm-reduction-programs-for-people-who-use-drugs>.
71. Centre of Excellence for Health Immunity and Infections (CHIP). SACC - Shared Addiction Care Collaboration 2024 [zitiert am 19. März 2024]. Abrufbar unter: <https://chip.dk/Clinical-programs/SACC>.
72. UNAIDS. Global AIDS Strategy 2021–2026: End Inequalities, End AIDS. Genf: UNAIDS, 2022.
73. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. Genf: WHO, 2022.
74. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Interim guidance for country validation of viral hepatitis elimination. Genf: WHO, 2021.

Anhang 1. Liste der Akteure, die die Umfrage erhalten und beantwortet haben

Einrichtungen auf Bundesebene	Umfrage wurde beantwortet
Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	Ja
Robert Koch-Institut (RKI)	Ja
Deutsche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	Ja
Antidiskriminierungsstelle des Bundes	Ja
Ebene der Bundesländer	Umfrage wurde beantwortet
16 Bundesländer	Berlin, Hamburg, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen
Nichtregierungsorganisationen/Community-/Patientenorganisationen	Umfrage wurde beantwortet
Deutsche Aidshilfe (DAH)	Ja
Akzept e.V./Fixpunkt e.V.	Ja
Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung (Pro Familia e.V.)	Ja
Berufsverband erotische und sexuelle Dienstleistungen e.V. (BesD)	Ja
Afrikanisches Gesundheits- und HIV-Netzwerk in Deutschland (AGHNiD)	Ja
JES Bundesverband e.V. (Bundesweites Selbsthilfenetzwerk für Junkies, Ehemalige und Substituierte)	Ja
Deutsche AIDS-Stiftung (DAS)	Nein
Deutsche Leberhilfe e.V.	Nein
Fachverband für Drogen- und Suchthilfe e.V. (FDR)	Nein
Bundesverband der Freien Wohlfahrtspflege	Nein
Vertreter von Positiven-Selbsthilfe	Nein
Medizinische Gesellschaften	Umfrage wurde beantwortet
Bundeszahnärztekammer	Ja
Deutsche AIDS-Gesellschaft	Ja
Deutsche Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für	Ja
Deutsche STI-Gesellschaft	Ja
Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten	Ja
Ärztliche Gesellschaft für Gesundheitsförderung (ÄGGF)	Ja
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	Ja
Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes	Nein
Bundeszahnärztekammer	Nein
Deutsche Leberstiftung	Nein
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)	Nein
Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS)	Nein
Krankenversicherungen	Umfrage wurde beantwortet
Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.	Ja
Kassenärztliche Bundesvereinigung	Ja
Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)	Nein

Anhang 2. Liste der während des Aufenthalts besuchten Organisationen

Bundesbehörden
<p>Bundesministerium für Gesundheit (BMG)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterabteilung 63 - Gesundheitsschutz - Referat 631 - Infektionskrankheiten - Referat 213 - Gemeinsamer Bundesausschuss, Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP), Allgemeine medizinische Fragen in der GKV
<p>Robert Koch-Institut (RKI)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abt. 3 - Infektionsepidemiologie - FG 34 - HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen
<p>Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abteilung T „Themenspezifische gesundheitliche Aufklärung“ - Referat T3 „Sexuelle Gesundheit, Prävention von HIV und anderen STI“
Gesundheitseinrichtungen auf Länder- oder Gemeindeebene
<p>Hamburg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministerium für soziale Angelegenheiten, Bereich Gesundheit - Centrum für HIV und sexuell übertragbare Infektionen in Altona (Casablanca) - Institut für Hygiene und Umwelt
<p>Köln</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitsamt der Stadt Köln - Öffentliche STI-Klinik Köln (Gesundheitsamt Köln)
<p>Sachsen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sächsisches Staatsministerium für Soziales und gesellschaftlichen Zusammenhalt - Gesundheitsamt Amt für Gesundheit und Prävention, Gesundheitsamt, Sachgebiet Sexuelle Gesundheit, Beratungsstelle für AIDS und sexuell übertragbare Infektionen - Gesundheitsamt Leipzig, Sachgebiet Infektionskrankheiten/Prävention, Beratungsstelle für sexuell übertragbare Infektionen und AIDS - Landratsamt Meißen, Gesundheitsamt, AIDS-Beratung und Beratung zu anderen sexuell übertragbaren Krankheiten - Landratsamt Nordsachsen, Dezernat Soziales und Gesundheit, Gesundheitsamt, Sachgebiet Gesundheitsförderung/Prävention/Beratung - Amt für Gesundheit und Prävention, Sachgebiet Spezieller Infektionsschutz, Beratungsstelle sexuelle Gesundheit
Nichtregierungsorganisationen/Community-/Patientenorganisationen
<p>Berlin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deutsche Aidshilfe (DAH) - Fixpunkt e.V. - Afrikanisches Gesundheits- und HIV-Netzwerk in Deutschland (AGHNiD) - Checkpoint BLN
<p>Köln</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aidshilfe Köln - Vision e.V. - Deutsche Leberhilfe e.V.
<p>Hamburg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Checkpoint Hein & Fiete

<p>Sachsen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aidshilfe Dresden e.V. - Aidshilfe Leipzig e.V. - Aidshilfe Westsachsen e. V. - Lesben- und Schwulenverband Sachsen, Projekt Queer am Arbeitsplatz - Landesarbeitsgemeinschaft Queeres Netzwerk Sachsen - Trans-Inter-Aktiv in Mitteldeutschland e.V. (TIAM)
<p>Medizinische Gesellschaften oder Kliniken</p>
<p>Deutsche Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin e.V. (Dagnä)</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)</p>
<p>Deutsche Leberstiftung</p>
<p>St. Josef Krankenhaus, Notaufnahme, Berlin</p>
<p>Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Klinik und Poliklinik für Dermatologie, HIV-Ambulanz</p>
<p>HIV-Schwerpunktpraxis und Infektiologie, Dr. R., Leipzig</p>
<p>Andere</p>
<p>Landeskrankenhaus Berlin, Justizvollzugsanstalt Plötzensee, Berlin</p>