

Novellierung BSeuchG, AG 5 "GeschlechtskrG"

Zusammenfassendes Thesenpapier

zur Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen

1. Vorbemerkung

Gesetze können die Entwicklung von Präventionsstrategien bei übertragbaren Erkrankungen fördern, sie aber nicht ersetzen.

Eine Modernisierung bundesgesetzlicher Regelungen, die durch spezifische Ausführungsbestimmungen der Länder ergänzt werden müssen, bietet für wissenschaftliche Fachgesellschaften und Fachorganisationen größere Möglichkeiten, Richtlinien zur primären und sekundären Prävention der STD ⁽¹⁾ unter Verwendung umfangreicher internationaler Erfahrungen ^(2, 3, 4, 5, 6) zu vertiefen und ihre Umsetzung durch fachliche Begleitung mitzugestalten.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe "GeschlechtskrG" zur Novellierung des BSeuchG werden in Thesenform dargestellt und durch knappe Begründungen ergänzt. Die den Thesen vorangestellten namentlich gekennzeichneten Beiträge zur historischen Entwicklung und zur Epidemiologie sind als Hintergrundwissen für das Verständnis der Thesen hilfreich, sie geben jedoch nicht notwendigerweise in allen Aussagen die Auffassung aller Arbeitsgruppenteilnehmer wieder.

1.1 Historische Erfahrungen:

Leidel, Gesundheitsamt Köln

¹ GBGK: Richtlinien 1992 zur Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten, Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Heidelberg 1992

² CDC: Sexually transmitted diseases clinical practice guidelines, CDC, Atlanta, 1991

³ WHO: STD treatment strategies, WHO/VDT/89.447, Geneva, 1989

⁴ WHO: STD control in prostitution - review of the problem-intervention strategies, WHO/VDT/89.446, Geneva, 1989

⁵ Dyck E. van, Piot P., Meheus A.: Bench - level laboratory manual for sexually transmitted diseases, World Health Organization, WHO/VDT/89.443, Geneva, 1989

⁶ WHO study group on management of sexually transmitted diseases patients, WHO technical report series, 810, Geneva, 1992

LEIDEL-THESENPAPIER Seite 1 - 7

(⁷, ⁸, ⁹)

1.2 Epidemiologie der sexuell übertragbaren Erkrankungen:

Jäger, Hauptgesundheitsamt Bremen
Schwartzländer, AIDS-Zentrum des BGA (Vorschlag)

Sexuell übertragbare Erkrankungen (internationale Kurzbezeichnung: "STD", sexually transmitted diseases) entstehen durch Bakterien, Viren, Pilze oder Parasiten, die außerhalb des menschlichen Wirtsorganismus kaum überlebensfähig sind. Die häufigste Übertragung dieser Erreger erfolgt über genitale Kontakte. Bei einigen Mikroorganismen dieser Gruppe sind auch Mutter-Kind-Übertragungen, sowohl vorgeburtlich als auch durch das Stillen, und Infektionen durch verunreinigte medizinische Instrumente oder Blutprodukte möglich (Beispiele: Syphiliserreger, Hepatitis-Viren, HIV).

Der Begriff "STD" umfaßt weit über 20 Krankheitserreger, die teils zu harmlosen, rasch heilbaren Erkrankungen (Beispiel: Hefepilzinfektion), oder auch zu lebenslang persistierenden, nicht heilbaren viralen Erkrankungen führen (Beispiel: HIV-Infektion).

Die Zusammenfassung sehr unterschiedlicher Erkrankungen unter dem Begriff "STD" ist aus präventiven Gründen sinnvoll. Der früher gebräuchliche Begriff "Geschlechtskrankheiten" trifft nur auf Infektionen zu, deren erste Erkrankungsstadien die Genitalregion betreffen. Seit der Entdeckung systemischer Viruserkrankungen, die überwiegend sexuell übertragen werden, hat dieser Begriff unter Präventionsgesichtspunkten seine praktische Bedeutung verloren.

"Klassische", bakterielle STD sind in Europa selten und betreffen überwiegend Personen mit sehr hohem Infektionsrisiko (Beispiel: Gonorrhoe) (¹⁰). Dagegen sind

⁷ AIDS: Fakten und Konsequenzen; Endbericht der Enquête-Kommission des 11. Deutschen Bundestages "Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung", Bonn 1990, S. 315 und 318 ff

⁸ Schmacke, N: AIDS und Seuchengesetze: Anmerkungen zu historischen Erfahrungen bei der "Bekämpfung" von Infektionskrankheiten

⁹ Brandt, AM: No magic bullet: A social history of venereal disease in the United States since 1880. Oxford University Press, New York, 1985

¹⁰ Renton A, Whitaker L.: Using STD occurrence to monitor AIDS prevention (EC concerted action on assessment of AIDS/STD preventive strategies). Lausanne, Institute universitaire de médecine sociale et préventive, 1991

einige bakterienähnliche und virale sexuell übertragbare Infektionen auch in der Bundesrepublik relativ häufig in allen Bevölkerungsschichten und verursachen durch Folgerkrankungen erhebliche Kosten im Gesundheitswesen (Beispiel: Chlamydien- und HPV - Infektion) (^{11, 12, 13}). Bei diesen weit verbreiteten Erkrankungen sind Präventionsstrategien, die sich auf "Hochrisikogruppen" konzentrieren, wenig effektiv (^{14, 15, 16}).

Komplikationen sexuell übertragbarer Erkrankungen sind Unterleibsentzündung (Adnexitis), Nebenhodenentzündung, Eileiterschwangerschaft, ungewollte Kinderlosigkeit (Infertilität), vorzeitiger Blasensprung, Frühgeburtlichkeit, Geburtskomplikationen, sowie prä- und postpartale Neugeboreneninfektionen, wie Keratitis, Pneumonie, Sepsis. Bei einigen Infektionen kann es ferner zu chronischen, systemischen oder malignen Erkrankungen kommen (Beispiele: Hepatitis B, Syphilis, HPV, HIV/AIDS).

Die sexuelle Übertragung von Infektionserregern wird oft durch bereits vorliegende genitale oder systemische Infektion gefördert. Dies trifft auch auf die **HIV-Infektion** zu. (¹⁷)

Genitale Geschwüre (z.B. Syphilis, Ulcus molle, Herpes) fördern die HIV-Übertragung (¹⁸). Umgekehrt erleichtert die Immunschwäche bei der HIV-Infektion das Auftreten dieser Erkrankungen (Beispiel: Syphilis, die bei HIV-Infizierten schwieriger zu diagnostizieren und zu behandeln ist (^{19, 20, 21})). Andere Erkrankungen fördern die HIV-

¹¹ Washington A.E., Arno P.S., Brooks M.A.: The economic cost of pelvic inflammatory disease, JAMA 255 (1986) 1735

¹² Over M., Piot P.: HIV infection and sexually transmitted diseases. Forthcoming in Jamison D.T., Mosley W.H. (ed): Disease Control Priorities in Developing Countries. New York: Oxford University Press for the World Bank

¹³ Cost effectiveness of STD-Interventions, STD Diagnostics Initiative 1992; 1: 1-4.

¹⁴ Rose G: The role of government in preventive medicine, Öff.Gesundh.-Wes.53(1991)725-729

¹⁵ Rose G: The strategy in preventive medicine, Oxford Univ. Press, 1992

¹⁶ Anderson JE, Dahlberg LL: High-risk sexual behaviour in the general population: results from a national survey, 1988-1990, Sex. Transm. Dis. 1992, 19:320-325

¹⁷ Wasserheit JN: Epidemiological synergy - interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases, Sexually transmitted diseases, 1992; 19: 61-77

¹⁸ Cameron D.W., D'Costa L.J., Maitha G.M., Cheang M., Piot P., Simonsen J.N., Ronald A.R., Gakinya M.N., et al: Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: risk factors for seroconversion in men, Lancet 1989, ii:403-407

¹⁹ Norgard MV: Clinical and diagnostic issues of acquired and congenital syphilis encompassed in the current syphilis epidemic, Curr Opinion in Inf Dis 1993, 6:9-16

²⁰ Johnson P.D.R., Graves S.R., Stewart L., Warren R., Dwyer B.: Specific syphilis serological tests may become negative in HIV-infection, AIDS 4 (Vol 5), 419-424, 1991

²¹ Telzak E.E, Greenberg M.S., Harrison J., Stoneburger R.L., Schulz S.: Syphilis treatment response in HIV - infected individuals, AIDS 5:591-596, 1991

Übertragung, ohne daß die HIV-Infektion ihre Inzidenz wesentlich beeinflusst (zervikale Entzündungen durch Mykoplasmen, Chlamydien, β -hämolisierende Streptokokken oder Trichomonaden) ⁽²²⁾. Eine dritte Gruppe von STD (chronisch persistierende, onkogene, virale Infekte) werden schließlich durch HIV aktiviert, ohne daß sie ihrerseits einen nennenswerten Einfluß auf die HIV-Inzidenz haben ^(23, 24). Die Ursachen der Förderung der HIV-Übertragung liegen darin, daß sexuell übertragbare Erkrankungen Epitheldefekte setzen können (Makroulzeration bei Geschwüren, Mikroulzeration bei Trichomonaden und Chlamydien) und zu einer Erhöhung der Lymphozyten und Makrophagenpools führen (potentielle Überträger oder potentielle Empfänger von HIV).

Epidemiologische Trends bei einzelnen STD:

Gonorrhoe-Erkrankungsmeldungen sind in Industriestaaten rückläufig. Die Inzidenz dieser Erkrankung nimmt jedoch nach Meldung der WHO weltweit wieder zu. Die Ursachen für den Rückgang "klassischer", bakteriellen Erkrankungen in den Industriestaaten liegen vermutlich in rechtzeitiger Antibiotikatherapie und eventuell auch in risikoärmerem Sexualverhalten bei "Hochrisikogruppen" in Folge der Aufklärung über die HIV-Infektion. Die Meldepflichtdaten bei "klassischen" STD werden jedoch durch Meldeverhalten und eventuell auch durch eine abnehmende Wahrnehmung beeinflusst. Insbesondere ist der Rückgang der Gonorrhoe-Erkrankungsmeldungen in der Bundesrepublik nicht nur durch eine abnehmende Inzidenz, sondern eventuell auch durch eine abnehmende Aufmerksamkeit verursacht. Die Gonorrhoe scheint ein nicht unerhebliches Problem in den an die Bundesrepublik angrenzenden osteuropäischen Staaten zu sein und aus den neuen Bundesländern werden vereinzelt wieder häufiger Gonorrhoe-erkrankungen gemeldet. Studien von STD-Ambulanzen in England und in Amsterdam berichten über einen erneuten Anstieg der Gonorrhoe-Inzidenz bei Homosexuellen seit 1989 ⁽²⁵⁾. Mögliche Ursache sind entweder ein Nachlassen im "Safersexverhalten" oder erhöhte Risikobereitschaft bei jungen Homosexuellen.

Die Chlamydieninzidenz wird in den USA auf 3 bis 4 Millionen geschätzt ^(26, 27).

²² Laga M, Monoka A, Kivuvu M, Malele B, Tuliza M, Nzila N, Goeman J, Behets F, Batter V, Alary M, Heyward WL, Ryder RW, Piot P: Non-ulzerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study, AIDS 1993, 7:95-102

²³ 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults, MMWR 1992; 41/RR-17: 1-19

²⁴ Rellihan M.A., Dooley D.P., Burke T.W., Berkland M.E., Longfield R.N.: Rapidly progressing cervical cancer in a patient with human immunodeficiency virus infection, Gynaecol Oncol 1990; 36:435-8

²⁵ Literaturstelle 10, ebenda

²⁶ Lin JSL, Jones WE, Yan L, Wirthwein KA, Flaherty EE, Haivanis RM, Rice PA: Underdiagnosis of chlamydia trachomatis infection - diagnostic limitations in patients with low-level infection, Sex. Transm. Dis. 1992, 19:259-265

²⁷ Stacey C., Munday P., Thomas B., Gilchrist C., Taylor-Robinson D., Beard R.: Chlamydia trachomatis in the fallopian tubes of women without laparoscopic evidence of salpingitis, The Lancet 1990, 336:960-963

Asymptomatische sexuell aktive Frauen in den USA sind zu 11 % infiziert, asymptomatische sexuell aktive Frauen in der Bundesrepublik je nach Untersuchergruppe zwischen 1 und 10 % ⁽²⁸⁾. Bei Frauen mit diagnostizierter Gonorrhoe wurden in 30 bis 60 % Chlamydien nachgewiesen, bei Partnern chlamydienpositiver Frauen in 70 %. Nach Aussagen von Prof. Hoyme (Essen) beträgt die Prävalenz der Chlamydieninfektion bei asymptomatischen Schwangeren in der Bundesrepublik 4 % (persönliche Mitteilung). Indirekt sind Rückschlüsse auf die Inzidenz von Chlamydien aus den Trends bei Folgeerkrankungen (Unterbauchentzündung (PID), extra-uterine Schwangerschaft) möglich, bei denen jedoch auch andere sexuell übertragbare Infektionserreger eine wesentliche Rolle spielen (Mykoplasmen, β -häm. Streptokokken) ⁽²⁹⁾.

In den USA wurde in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg der Eileiterschwangerschaften, besonders bei sozial schwachen Bevölkerungsschichten, verzeichnet ⁽³⁰⁾. In einem Sentinel-Projekt in Amsterdam, an dem 32 ausgewählte Arztpraxen seit 1986 teilnehmen, konnte die Inzidenz von PID in den Jahren von 1986 bis 1990 beobachtet werden. Der Rückgang der PID von etwa 40 pro 10.000 auf etwa 30 pro 10.000 Frauen in diesen Arztpraxen könnte seine Ursache in risikoärmerem Sexualverhalten aufgrund der HIV-Aufklärung haben. Andererseits ist jedoch auch ein Selektionsfehler möglich, da nicht alle Arztpraxen erfaßt wurden, sondern nur eine konstant gleichbleibende kleine Auswahl. Die Untersuchergruppe befürchtet einen Aufwärtstrend bei der Unterleibsentzündungen, da ein zunehmendes sexuelles Risikoverhalten in Amsterdam zu verzeichnen sei. Besonders bei Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren scheint es ein gewisses Nachlassen von Safersexverhalten zu geben ⁽³¹⁾.

Ähnlich wie bei der Gonorrhoe wird auch die Anzahl der Syphiliserkrankungen in der Bundesrepublik rückläufig gemeldet. Daher wird beispielsweise bereits erwogen, auf den TPHA-Test als Routinemaßnahme in der Schwangerschaft zu verzichten. Auch hier handelt es sich bei den Daten der Meldepflicht nicht um epidemiologisch gesicherte, sondern um vom Meldeverhalten und der Aufmerksamkeit beeinflusste Zahlen. Das vorliegende Datenmaterial aus den USA scheint aussagekräftiger zu sein. In den USA konnte wie in der Bundesrepublik eine steile Abnahme der Meldungen seit 1941 bis etwa 1985 verzeichnet werden. Seit 1987 kam es jedoch wieder zu einem deutlichen Anstieg der Erkrankungszahlen, der umso beunruhigender ist, da aus dem Rückgang der Gonorrhoe in den USA auf abnehmendes sexuelles Risikoverhalten geschlossen wurde. Die Darstellung der Syphilismeldungen in den USA zwischen 1984 und 1992

²⁸ Hoyme U.B.: Epidemiologie der Chlamydieninfektion bei der Frau, Hahnenklee Symposium 1985, Sexuell übertragbare Krankheiten, Ed. Roche, Basel 1985

²⁹ Weström L, Wölnner-Hanssen P: Pathogenesis of pelvic inflammatory disease: Genitourin Med 1993; 69:9-17

³⁰ Nederlof K.P., Lawson H.W., Saftlas A.F., Atrash H.K., Finch E.L.: Ectopic pregnancy surveillance, United States, 1970-1987, In CDC Surveillance Summaries, Dec. 1990, MMR 1990; 39 (No SS-4) 9-17

³¹ Coutinho RA, Rijisdijk AJ, van der Hoek JA, Leentvaar-Kuijpers: Decreasing incidence of PID in Amsterdam, Genitourinary Medicine 1992, 68:353-3555

zeigt, daß trotz HIV-Aufklärung eine bis 1990 steigende Tendenz zu verzeichnen ist ⁽³²⁾. Die öffentliche Aufmerksamkeit führte seit 1990 zu intensiven, neuartigen Interventionsprogrammen, die zumindest einen weiteren Anstieg der Syphilisfälle in den USA zu verhindern scheinen ^(33, 34). Hierbei haben sich klassische Kontroll- und Zwangsmaßnahmen jedoch als ineffektiv erwiesen ⁽³⁵⁾.

Bei der Analyse der Syphilisfälle fällt auf, daß die Epidemie in erster Linie den schwarzen Bevölkerungsanteil trifft. Dies liegt nicht an einer erhöhten genetischen Disposition bei Afroamerikanern, sondern an sozialen Faktoren, die mit dieser Epidemie assoziiert sind. Die wesentlichen Ursachen der Syphilisepidemie in den USA liegen in Armut, Drogenabhängigkeit und hierbei insbesondere bei der Beschaffungsprostitution und dem assoziierten Crack-Konsum, der einen hohen Beschaffungsdruck auslöst ⁽³⁶⁾. Der starke und bisher noch nicht stabilisierte Anstieg der Meldungen neonataler Syphilisfälle in den USA verdeutlicht das zunehmende Problem sexuellen Hochrisikoverhaltens auch bei weiblichen Personengruppen.

HPV ist europaweit die häufigste genital übertragbare Infektion. In England und Wales zeigt sich bei gleichzeitigem Rückgang der GO zwischen 1976 und 1988 ein stetiger Anstieg der Condylom-Erkrankungen ⁽³⁷⁾

De Villiers et al ermittelten 1992 die Prävalenzrate bei 20.000 unauffälligen Frauen in der Bundesrepublik für die HPV-Typen 6, 11, 16 und 18 mit der wenig sensiblen Filter-in-situ-Hybridisierung auf 10 bis 15 % ⁽³⁸⁾. Damit ließe sich die Prävalenz mit der ca. um den Faktor 3 empfindlicheren "PCR"-Methode auf ca. 40 % schätzen ^(39, 40).

Die Prävalenz der "high-risk"-HPV-Serotypen 16/18, die in relativ kurzer Zeit zu Krebsvorstufen führen, liegt bei sexuell aktiven gesunden Frauen etwa bei 3 % in der

³² Dunn R.A., Rolfs R.T.: The resurgence of syphilis in the United States, Current Opinion in Infectious Diseases, 4:3-11, 1991

³³ CDC: Alternative case-finding methods in a crack-related syphilis epidemic - Philadelphia, CDC, MMR Feb. 1991 (Vol 40) No. 5, 77-79

³⁴ Sims C et al: Epidemic early syphilis - Montgomery county, Alabama, 1990-1991, MMR 1992; 41: 790-792

³⁵ Andrus J.K., Fleming D.W., Harger D.R., Yan Chin M., Benett D.V., Horan J.M., Oxman G., Olson B., Foster L.R.: Partner notification: can it control epidemic syphilis?, Ann Intern Med 1990, 112:539-543

³⁶ Chiasson M.A., Stoneburger R.L., Hildebrand D.S., Ewing W.E., Telzak E.E., Jaffe H.W.: Heterosexual transmission of HIV-1 associated with the use of smokable freebase cocaine (crack), AIDS (Vol 5), 1121-1126, 1991

³⁷ siehe Literaturstelle 10, ebenda

³⁸ De Villiers EM, Wagner D, Schneider A et al: Human papillomavirus DNA in women without and with cytological abnormalities: results of a five year follow-up study. Gynecol. Oncol. 1992; 44: 33-39

³⁹ Schneider A, Wagner D: Infektionen der Frau mit genitalem Papillomvirus, Dt. Ärztebl. 90, Heft 10, 1993: C480-C482

⁴⁰ Schneider A., Koutsky LA.: Natural history and epidemiological features of genital HPV infection, in The Epidemiology of Cervical Cancer and Human Papillomavirus edited by Munoz N., Bosch FX, Shah KV, Meheus A: Lyon, International Agency for Research on Cancer (IARC), 1992

Bundesrepublik (38). Auch bei Herpes wird zumindest bei Patienten von STD-Ambulanzen über eine zunehmende Inzidenz in England/ Wales und in den USA berichtet (10, 41). HPV und HSV 2 verursachen durch Aktivierung normalerweise ruhender Genstrukturen Krebsvorstufen, aus denen sich ein Zervixkarzinom entwickeln kann, wenn weitere Faktoren hinzukommen (chronische lokale Entzündungen und lokale Immunsuppression durch Chlamydien, Trichomonaden, Mykoplasmen)(42, 43).

Trotz Einführung der Impfungen gab es in den USA eine langsame Zunahme der Hepatitis-B Erkrankung von 1978 bis 1987, obwohl ein Rückgang der Erkrankungszahl bei Homosexuellen zu verzeichnen ist (300.000 Neuinfektionen / Jahr, davon 10 % chronische Lebererkrankungen, weitere 1,7 % Todesfälle infolge Leberzirrhose, weitere 0,4 % Todesfälle infolge von Leberkarzinom) (44, 45).

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es bezüglich Hepatitis B nur sporadische, nicht repräsentative Meldungen oder Zahlen in der Meldepflicht, die kaum interpretierbar sind. 1991 verglich Hess et al in Mainz serologische Marker von Hepatitis A, B und C bei Blutspendern und Personen mit sexuell übertragbaren Erkrankungen (Syphilis, Condylomata accuminata, Gonorrhoe, rezidivierende Herpes genitales) und fand signifikante Unterschiede bei anti-HBs und HBsAG. Die Prävalenz von anti-HBc bei Patienten mit verschiedenen STD lag bei 30,9 % im Gegensatz zu Blutspendern mit 4,1 %. Prävalenzzahlen von 60 bis 69 % fanden sich bei Patienten mit Gonorrhoe-, HPV- und Syphilisinfektionen (46). Daten zur Inzidenz der Hepatitis C Virusinfektion, die als sexuell übertragbare Erkrankung mit ähnlicher Infektiosität wie HIV gilt (47), fehlen in der BRD noch weitgehend.

Eine weitere, sehr ernste Virusinfektion (HTLV-1), die sexuell und durch Blutprodukte übertragbar wird, scheint nicht mehr ausschließlich auf Japan und die Karibik begrenzt zu sein. Die WHO berichtet über Prävalenzdaten von 5-19% bei iv-Drogenabhängigen in den USA und Europa (48).

41 Epidemiology of sexually transmitted diseases: the global picture, WHO Bulletin CMS 1990: 68 (5):639-654

42 Koutsky LA et al: A cohort study of the risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 in relation to papillomavirus infection, NEJM 1992; 327: 1272-1278

43 Mertz GJ: Epidemiology and diagnosis of genital herpes infections, Current Opinion in Infectious Diseases 1993, 6:17-20

44 Kane M(WHO): Sex is main mode of hepatitis B spread in USA and Europe, Oral presentation: Hepatitis B - a sexually transmitted disease in heterosexuals, Barcelona, 06-07.05.1990

45 Alter M: Heterosexual activity: a leading risk factor in the transmission of Hepatitis B. In Piot P, Andre F, eds: Hepatitis B as a Sexually Transmitted Disease in Heterosexuals. Excerpta Medica, 1990: 17-22

46 Heß G., Massig A., Rossol S., Voth R., Clemens R., Schütt H., Meyer zum Büschenfelde K.H.: Sexuelle Übertragung von Hepatitisviren, MMW, Jahrgang 133 (1991) 3, 16-19

47 Teder R.S., Gilson R.J.C., Briggs M., et al: Hepatitis C virus: evidence for sexual transmission, Brit Med J 302 (1991) 1299-1302

48 Human T-cell lymphotropic virus-1 (HTLV-1), Weekly Epidemiological Record, WHO, 1992; 67:213-

HIV: (Formulierung durch Schwartländer / AIDS-ZENTRUM DES BGA):

Das HIV-Infektionsrisiko ist bei der Gruppe der weiblichen Prostituierten, die im Rahmen von STD-Präventionsmaßnahmen traditionell kontrolliert wurden, relativ niedrig ⁽⁴⁹⁾.

Andere STD können als Marker der HIV-Prävalenz benutzt werden ⁽⁵⁰⁾

Zusammenfassend sind die wichtigsten epidemiologischen Trends der STD-Infektionen in Europa seit Anfang dieses Jahrzehntes:

- Steigende Inzidenz der HIV-Infektion bei Abhängigen von illegalen Drogen, die zur größten Betroffenenengruppe werden
- Stabilisierung der AIDS-Erkrankungszahlen bei Homosexuellen; allerdings gibt es Berichte über erhöhtes Risikoverhalten bei jungen Homosexuellen.
- Langsam zunehmender Anteil von HIV-infizierten Frauen.
- Rückgang der bakteriellen sexuell übertragbaren Erkrankungen mit Ausnahmen (Inzidenz der rektalen Gonorrhoe in einigen Städten Zunahme primär resistenter Stämme, steigende Inzidenz in Osteuropa?)
- Zunahme der viralen sexuell übertragenen Erkrankungen (insbesondere HPV).
- Zunahme der Chlamydieninfektion in fast allen Ländern

Möglicher 3. Abschnitt:

1.3 Sozialwissenschaftliche Überlegungen, Verhalten, primäre Prävention

Formulierung Herr Bargstedt????

Für die Gestaltung und Auswertung von Interventionsprogrammen der primären Prävention sind

220

⁴⁹ HIV-Infektion in European female sex workers: epidemiological link with the use of petroleum-based lubricants. European working group on HIV-Infection in Female Prostitutes, AIDS 1993, 7:401-408

⁵⁰ European Community Concerted Action on HIV seroprevalence among sexually transmitted disease patients in 18 European sentinel networks. The European Study Group. AIDS 1993, 7:393-400

neben epidemiologischen auch Daten notwendig, die Aufschluß geben über Veränderungen der Kenntnisse und des Verhaltens bei angesprochenen Zielgruppen.

Mögliche Literaturstellen zu diesem Bereich: ⁽⁵¹⁾

Thesen der Arbeitsgruppe "Geschlechtskr." zur Novellierung des BSeuchG (Mai 1993):

1. These

Ein Sondergesetz ist für den Umgang mit sexuell übertragbarer Erkrankungen

51

Macintyre S, West P: "What does the Phrase 'safer sex' mean to you?" Understanding among Glaswegian 18-year-olds in 1990, AIDS 1990; 7:121-125

Weilandt C.: Country report on AIDS-prevention towards migrants in Germany, Wiss. Inst. d. Ärzte Deutschlands WIAD eV., Bonn, 1991

von Salisch M., Oswald H.: Jugendliche und AIDS: Sexualverhalten und Umgang mit dem Ansteckungsrisiko, Z. Sexualforsch., 2, 216-226, 1989

von Salisch M.: Sexualität und interpersonale Intimität - Ein Vergleich zwischen Berliner Jugendlichen deutscher und türkischer Nationalität Z.f.Sozialisationsforschung u. Erziehungssoziologie, 10, 14-32, 1990

Bärmann U., Hesse S., Neubauer G.: Sexualpädagogik und AIDS-Prävention in der Jugendarbeit, Uni. Bielefeld, Fak. f. Pädagogik, Bielefeld 1991

Leslie-Harwit M., Meheus A.: Sexually transmitted disease in the young people: the importance of health education, Sexually Transmitted Diseases, Jan-Mar, 1991, 15-20

Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. European Study group on Heterosexual Transmission of HIV, BMJ 1992; 304: 809-813

Ellerbrock TV et al: Heterosexually transmitted human immunodeficiency virus infection among pregnant women in a rural Florida community, NEJM 1992; 327: 1704-1709

Gillies P, Slack R, Stoddart N, Conway S: HIV related risk behaviour in UK holiday-makers, AIDS 1992; 6: 339-341

Hawkes S, Malin A, Arau T, Mabey D: HIV infection among heterosexual travellers attending the hospital for tropical diseases, London, Genitourin Med 1992; 68 309-311

Markert S: Risikoverhalten von Freiern - Ergebnisse einer sozialwissenschaftlichen Untersuchung, Prävention 1992; 1: 17-21

Gersch C., Heckmann W., Leopold B., Syrer Y.: Drogenprostituierte und ihre Freier, SPI Berlin, 1988

Bütler D., Flückiger S., Hansen E.: Einmal "ohne" ist zuviel - Grundlagen für eine AIDS-Prävention bei Freiern, AIDS-Hilfe Schweiz, 1990

Heinz-Trossen A: Zur Reglementierung der Prostitution - insbesondere zur Arbeit der Gesundheitsämter der Bundesrepublik Deutschland West, Öff. Gesundh.-Wes. 1991; 53:311-324

Heinz-Trossen A: Prostitution und Gesundheitspolitik, Verlag: Peter Lang, 1993

(STD) nicht erforderlich. Unter den im Folgenden genannten Voraussetzungen kann eine Regelung innerhalb des BSeuchG erfolgen.

Begründung:

Die Regelungen des BSeuchG, die sich auf die Behandlung von Einzelfällen, Infektionsepidemiologie oder Impfungen beziehen, haben im Prinzip auch Gültigkeit für sexuell übertragbare Erkrankungen.

Bei einer sondergesetzlichen Regelung wären vielfältige Überschneidungen mit dem Bundes-Seuchengesetz zu beachten, da der Begriff sexuell übertragbare Krankheiten auch Erkrankungen umfaßt, für die bereits im Bundes-Seuchengesetz Regelungen bestehen (Beispiel infektiöse Hepatitis). Der Übergang zwischen STD und anderen Infektionserkrankungen ist fließend, daher sind zur Senkung des Infektionsrisikos bei diesen Erkrankungen auch Maßnahmen notwendig, die zur Vermeidung aller Infektionserkrankungen von Bedeutung sind. Eine gesetzliche Regelung (Sondergesetz), die sich im Zusammenhang mit STD auf besondere Personen- oder Berufsgruppen bezieht, ist unzweckmäßig und unnötig.

2. These

Der den sexuell übertragbaren Erkrankungen gemeinsame, wesentliche Infektionsweg erfordert ergänzende Maßnahmen, die in einem zusätzlichen Abschnitt eines umfassenden Infektionsschutzgesetzes (BSeuchG) festgelegt werden sollten.

Begründung:

Im Zusammenhang mit sexuell übertragbaren Erkrankungen werden in der Bundesrepublik Deutschland die folgenden Probleme gesehen, die einer Lösung zugeführt werden müssen:

Fehlende Infektionsepidemiologie bei STD

Daten über Inzidenz und Prävalenz der wesentlichen Erkrankungen sind die Grundlage für eine realistische Planung von Interventionsstrategien und deren Evaluierung. In der

BRD sind diese notwendigen Daten zur Zeit nicht verfügbar.

Unzureichende Versorgung bei STD

Bestimmte Teile der Bevölkerung werden offensichtlich von der ambulanten kassenärztlichen Versorgung nicht oder nur ungenügend erreicht. Dies trifft zum Beispiel oft für viele Migranten und Armut Prostituierte zu.

Unzureichende Erfahrung oder Ausbildung in der Diagnostik und Therapie sexuell übertragbarer Erkrankungen ist bei niedergelassenen Ärzten ein häufiges Problem, das auch von medizinischen Fachgesellschaften beklagt wird. Auch ist eine Behandlung ohne Stigmatisierung von STD-Infizierten im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nicht ohne weiteres gewährleistet. Eine direkte umfassende kenntnisreiche und effektive Diagnostik und Therapiemöglichkeit fehlt insbesondere, wenn ein eindeutiger Kostenträger nicht identifiziert werden kann.

Bei diesen Personengruppen fehlt eine gesetzliche Grundlage der Abrechnung der Sofortdiagnostik und Sofortbehandlung, die gesetzlich durch einen Auftrag an den ÖGD geregelt werden sollte.

Unzureichende Sicherstellung einer langfristig wirksamen primären Prävention bei STD

Die gegenwärtige Situation der Prävention bei sexuell übertragbaren Erkrankungen ist gekennzeichnet durch das häufige Fehlen leichter Zugangswege und den Mangel an niedrigschwelligen Informations- und Hilfsangeboten. Ferner erreichen Programme der primären Prävention häufig nur Klientel der Mittelschicht oder Personen, deren Risiko ohnehin als nicht sehr hoch eingestuft wird. Personen mit hohen Risiken oder Personen aus sozial schwachen Schichten werden dagegen ungenügend oder häufig überhaupt nicht erreicht.

Der Zugang für Beratung, Diagnostik und Therapie ist für viele Menschen aus Risikogruppen schwierig. Bei aufsuchender Gesundheitsberatung sind kurzfristige Erfolge nur selten zu erwarten, da zunächst langfristig Vertrauen aufgebaut werden muß. Präventionsangebote sollten jedoch gerade auf sozial schwache Bevölkerungsschichten zugeschnitten sein, die von der üblichen Gesundheitsvorsorge nicht erreicht werden und nur unzureichend geschützt sind.

Grundsätzliche rechtliche Hinderungsgründe bestehen nicht gegen die Aufnahme leistungsrechtlicher Regelungen im Bundesseuchengesetz. Sollte es im Rahmen der Novellierung des BSeuchG erforderlich sein bestimmte Regelungen in andere Leistungsgesetze aufzunehmen, sollte das BMG nach entsprechenden Formen der Umsetzung suchen.

3. These

Eine gesetzliche Grundlage für aussagekräftige und praktisch verwertbare Datenerhebungen ist für eine sinnvolle Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen unverzichtbar.

Begründung:

Für die Entwicklung von umfassenden Interventionsstrategien ist eine aussagekräftige Infektionsepidemiologie und Wissen in bezug auf die Einflußgrößen risikofördernden und risikovermeidenden Verhaltens.

Eine gesonderte Erwähnung dieses ist in einem Abschnitt über "STD" dann entbehrlich, wenn er an anderer Stelle im BSeuchG ausführlich dargestellt wird.

Eine anonyme Meldepflicht bei bestimmten STD, ein funktionsfähiges System der Meldung von STD und Folgeerkrankungen durch Beobachtungspraxen und ein System der Meldung von Laboren und stationären Abteilungen können die Grundlage einer fundierten epidemiologischen Datenerhebung bilden, die unmittelbare Auswirkung auf die Praxis haben sollte (siehe Abschlußbericht der AG Infektionsepidemiologie).

4. These

Zur Sicherstellung einer effektiven primären und sekundären Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen ist die Vergabe von Aufträgen an den ÖGD und andere Träger erforderlich.

4.1 Auftrag an den ÖGD

4.11 LEIDEL-Thesenpapier S.8, Nr.1

Eine in einem Bundesgesetz festgeschriebene Berichtspflicht der Gesundheitsämter im Hinblick auf die Epidemiologie der STD und über durchgeführte Maßnahmen der primären und sekundären Prävention muß noch präzisiert werden.

4.12 LEIDEL-Thesenpapier S.8, Nr.2

4.13 LEIDEL-Thesenpapier S.9, Nr.3

Zusätze:

"qualifizierte soziale Beratung und ggf. Betreuung"

"Akutbehandlung für Patienten, für die nach Beurteilung des Gesundheitsamtes eine andere Behandlung nicht möglich ist"

(Beispiele: Seeleute, Drogenabhängige, noch nicht integrierte Migranten ohne europäische Sprachkenntnisse etc)

"Schutzimpfungen bei STD" (zZ Hepatitis B, Hepatitis A bei best. Gruppen ebenfalls sinnvoll)" (Hier besteht Übereinstimmung mit der AG "Impfwesen")

4.14 LEIDEL-Thesenpapier S.10, Nr.4

4.15 Eine generelle auf bestimmte Gruppen bezogene, einmalige oder generelle Untersuchungspflicht ist nicht erforderlich, unbeschadet der Möglichkeit, in begründeten Einzelfällen auf Anordnung des Amtsarztes Untersuchungen vorzuschreiben. Ein freiwilliges Untersuchungsangebot ist gleichwohl erforderlich, zumal dieses gerade auch von bedürftigen ausländischen, Gelegenheits- und Armutsprostituierten wahrgenommen wird, die sich einer Untersuchungspflicht mit hoher Wahrscheinlichkeit entziehen.

4.2 Aufträge an andere Träger (ProFa, Kassen) sollten durch den ÖGD koordiniert werden.

5. These

Eine Kostenregelung, in Anlehnung an den § 62 BSeuchG, ist erforderlich, um ein subsidiäres Behandlungsangebot in Ambulanzen des ÖGD und in STD-Referenzzentren sicherzustellen und um so eine qualifizierte Diagnose und Therapie auch zu gewährleisten, wo die kassenärztliche Versorgung nicht ausreicht.

Sachmittel der primären Prävention (Aufklärungsmaterial, Kondome, wasserlösliche Gleitmittel, Spritzen) **sollten kostenfrei an bedürftige Personen mit hohem Risiko** (Beispiel: "Stricher") **abgegeben werden können**

Begründung:

vgl. Begründung zu These 2

6. These

Die Behandlung von STD ist eine ärztliche Aufgabe.

Träger von beratenden und betreuenden Einrichtungen im Rahmen von STD haben für die Qualität der Aus- und Weiterbildung des multidisziplinär zusammengesetzten Personals besondere Sorgfalt walten zu lassen.

Begründung:

Der Arztvorbehalt kann zweckmäßigerweise in eine allgemeine Regelung entsprechend § 30 BSeuchG aufgenommen werden

Bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie sind folgende Grundregeln einzuhalten:

Der betreuende Arzt ist, gemäß den aktuellen Standards der medizinischen Fachgesellschaften und des BGA, zu einem sachgerechten und umfassenden Therapie- und Beratungsangebot verpflichtet.

Vor einer möglichen Diagnostik steht immer eine umfangreiche Beratung über Sinn und mögliche Folgen einer Untersuchung. Eine Diagnostik bei fehlendem Therapieangebot ist nur dann zulässig, wenn die zu diagnostizierende Person aufgeklärt ist und den jeweiligen Test ausdrücklich wünscht.

7. These

7.1 Die für Regelung von Einzelfällen vorgesehen Abschnitte des BSeuchG behalten ihre Gültigkeit. Gesonderte Regelungen sind im Rahmen von STD nicht erforderlich.

7.2 Eine Behandlungspflicht ist bei Infektionserkrankungen rechtlich bedenklich und entfällt.

7.3 Für bakterielle, therapierbare Krankheiten sollte eine Regelung entsprechend dem bisherigen § 12 Geschlechtskrankheitengesetz wie

folgt begrenzt werden: "Ein namentliche Meldung von kranken Personen ist nur in Ausnahmen dann vorzusehen, wenn diese eine ernste Gefahr der Krankheitsübertragung auf andere bilden. Weitergehende Meldepflichten wie im bisherigen § 13 GeschlechtskrG sind nicht vorzusehen.

Begründung:

- 7.1 Einzelfallregelungen, die über den im BSeuchG genannten Rahmen hinausgehen, haben sich bisher nicht als sinnvoll und präventiv wirksam erwiesen.
- 7.2 Bei lebenslang persistieren Infektionen (Beispiel HPV, HSV, HIV) ist eine Pflicht zur Behandlung offensichtlich unsinnig. Auch bei behandelbaren Erkrankungen bestehen erhebliche Bedenken, ob eine bestimmte Behandlungsmethode erzwungen werden darf (Beispiel Candidamykose). Eine erzwungene Behandlung steht ferner gegen das Recht der Unverletzlichkeit der Person und muß daher vermieden werden.

Dagegen ist es die Pflicht eines untersuchenden Arztes bei Vorliegen einer STD den Patienten ausführlich zu beraten und, falls möglich, eine Behandlung unmittelbar anzubieten.

- 7.3 Die Regelungen zur namentlichen Meldepflicht stellen einen Kompromiß dar. Die Praxis in den einzelnen Bundesländern ist derzeit sehr unterschiedlich in bezug auf Maßnahmen, die aus namentlichen Meldungen von STD auf Grund der jetzigen gesetzlichen Regelung erfolgen.

Eine Meldepflicht, die über die bakteriellen behandelbaren Erkrankungen hinausgeht, ist nicht erwünscht. Insbesondere wird bei viralen, chronisch persistierenden Erkrankungen eine namentliche Meldepflicht für kontraproduktiv gehalten.

8. These

Die dringend notwendige Änderung gesetzlichen Regeln in Bezug auf den Verkauf sexueller Dienstleistungen kann nicht im Rahmen eines Infektionsschutzgesetzes erfolgen.

Die aktuelle gesetzliche Regelung der Prostitution ist in der Bundesrepublik überholt und unzweckmäßig. Infektionserkrankungen stehen bei gesellschaftlichen Problemen mit der Prostitution nicht im Vordergrund. So sind beispielsweise professionell arbeitende Prostituierte für die Verbreitung der HIV-Infektion in Europa von

untergeordneter Bedeutung (⁵², 49).

Es ist jedoch kontraproduktiv für effektive Präventionsmaßnahmen, wenn die Schaffung hygienischer, Infektionsrisiko-armer Arbeitsplätze für Prostituierte nach geltendem Recht immer noch als Förderung der Prostitution, d.h. Förderung eines illegalen Tatbestandes, ausgelegt werden kann. Die fehlende Sozial- und Krankenversicherungs-möglichkeit für Prostituierte ist sicher ebenfalls nicht förderlich für eine regelmäßige gesundheitliche Betreuung dieser Personen.

Im Gegensatz zu anderen gewerblichen Kontakten (z.B. Verkauf von Lebensmitteln) stellen in der Prostitution Käufer und Verkäufer sexueller Dienstleistungen gleichermaßen ein potentiell Gefahrenpersonal füreinander dar. Kontrollmaßnahmen, wie Untersuchungspflichten, kämen prinzipiell auch für Käufer sexueller Dienstleistungen in Betracht; sie ist jedoch ungleich schwieriger realisierbar, als bei den VerkäuferInnen.

Eine generelle Untersuchungspflicht für Verkäufer sexueller Dienstleistungen ist nur im Rahmen einer Legalisierung der Prostitution als Beruf ("Betriebsärztlicher Dienst" oder freie Arztwahl) sinnvoll und nur dann, wenn das Eigeninteresse betroffener Personen im Vordergrund steht (z.B. Krebsvorsorge bei HPV-Infektion).

Die Konsequenz aus der medizinischen Diagnostik bei sexuell übertragbaren Erkrankungen ist auch in der Prostitution eine intensive, vertrauensfördernde Beratung und eine sachgerechte medizinische, psychologische und soziale Unterstützung. Ein Tätigkeitsverbot bei lebenslangen chronisch-persistierenden Erkrankungen mit hoher Gefährdung des Sexualpartners (Infektionen mit HPV 16/18, HSV 2, HIV 1 + 2, HTLV 1 oder chronisch-persistierende Hepatitis B) ist kaum realisierbar, insbesondere nicht im Zusammenhang mit Armuts- und Drogenbeschaffungsprostitution.

Nachbemerkung

Die unter These 2 genannten Probleme und zur ihrer Regelung in einem zusätzlichen Kapitel im BSeuchG vorgesehenen Lösungswege treffen auch für andere Infektionskrankheiten zu.

Die Arbeitsgruppe würde es daher begrüßen, wenn die Thesen zur Prävention, Beratung und Betreuung auch in die Diskussion um andere Infektionskrankheiten Eingang finden könnten.

Im Hinblick auf die Einbeziehung der sexuell übertragbaren Erkrankungen, aber auch unter allgemeinen Akzeptanzgesichtspunkten, wird empfohlen, eine modernere

Kurzbezeichnung zu wählen und den Begriff "Bundes-Seuchengesetz" zu verlassen.
Geeignet erscheint eine Kurzbezeichnung wie "Bundes-Infektionsschutzgesetz".

zitierte Literaturstellen: