

Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen oder Kontrolle der Prostituierten und Geschlechtskranken? Eine exemplarische, epikritische Untersuchung in Bremen*

H. Jäger, I. Pätzelt, N. Schmacke
Hauptgesundheitsamt Bremen

Prevention of Sexually Transmitted Diseases or Control of Prostitutes and VD Patients?

Data derived from laboratory and activity statistics of the Venereal Disease department of the Public Health Office in Bremen were analysed between 1961 and 1991. The traditional concept to fight venereal diseases aimed at controlling persons "at risk" for syphilis, gonorrhoea, chancroid or lymphogranuloma. This "high-risk" approach of STD prevention stressed the compulsory, at least twice monthly screening of female prostitutes and neglected other population groups like clients of prostitutes and young people, who might have an elevated risk in acquiring STD. The spread of STD like chlamydia, HPV, herpes and even HIV in considerable parts of the general population underlines the need for developing a more effective STD prevention, based on scientific diagnosis and treatment. Intervention programmes in STD control must be performed in full partnership with the targeted population; this can require great effort and time. But STD control certainly cannot be achieved under the threat of punishment or proscription.

Key words

Sexually transmitted diseases – STD – Prevention – History

Zusammenfassung

Die zur Verfügung stehenden Daten der Haut- und Geschlechtskrankenberatung des Hauptgesundheitsamtes wurden von 1961–1991 analysiert und kritisch gewertet. Die Strategie der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten konzentrierte sich bei dem untersuchten, traditionellen Konzept auf vier bakterielle, sexuell übertragbare Erkrankungen und die Kontrolle von Personen, bei denen ein erhöhtes genitales Infektionsrisiko vermutet wurde (de facto überwiegend registrierte, weibliche Prostituierte). Diese Praxis wird anhand von Kasuistiken schlaglichtartig verdeutlicht. Andere sexuell übertragbare Erkrankungen, wie die Chlamydieninfektion oder persistierende Virusinfekte (Herpes simplex, HPV, HIV), blieben von dem ursprünglichen Konzept unberührt und ihre nicht unerhebliche Verbreitung in der Bundesrepublik Deutschland wurde vermutlich durch die Strategie des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nicht beeinflusst. Eine umfassende gesundheitliche Betreuung von Personen mit einem erhöhten Risiko für sexuell übertragbare Erkrankungen ist erforderlich. Die Prostituiertenkontrolle war erfolglos und gaukelte potentiellen Freiern die Illusion eines fehlenden Risikos vor.

Einführung

Die Arbeit der Haut- und Geschlechtskranken (H&G)-Beratung des Gesundheitsamtes Bremen hielt sich von 1953–1987 an die Anforderungen des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (1) und konzentrierte sich auf die Kontrolle weiblicher Prostituierten und einiger weniger Personen, die als Träger eines genitalen Infektionsrisikos eingestuft wurden. Dazu gehörte die mindestens zweiwöchige Zwangsuntersuchung von weiblichen Prostituierten, die sich in der Regel auf Methylenblauabstrich der Urethra und der Zervix uteri (mit Röhrenspekula ohne kolposkopische Sicht) und ein Syphilisscreening beschränkten. Ferner wurde dem Verdacht auf sog. Infektionsquellen nachgegangen. Diese Präventionsstrategie

war bis Mitte der 80er Jahre im öffentlichen Gesundheitsdienst der Bundesrepublik Deutschland unumstritten (2). Modernisierungsvorschläge (3) konzentrierten sich überwiegend auf neuere technische Verfahren der Erregerdiagnostik. 1987 wurden die Zwangsuntersuchungen in Bremen endgültig abgeschafft und Klienten freiwillig und auf Wunsch anonym betreut. Im Hauptgesundheitsamt Bremen wurde zu diesem Zeitpunkt parallel und völlig unabhängig zur H&G-Beratung eine AIDS-Beratungsstelle aufgebaut, die nicht Gegenstand der vorliegenden Analyse ist. Ein alternatives Leistungsangebot konnte bis Anfang 1991 in der H&G-Beratung nicht angeboten werden. Ziel der vorliegenden Arbeit ist eine kritische Effizienzanalyse der H&G-Beratungsstelle bis 1990, um daraus eine notwendige

Neuorientierung der Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen (4) ableiten zu können.

Material und Methode

Die folgenden Datenquellen sind im Hauptgesundheitsamt Bremen verfügbar:

- Labortagebücher der H&G-Beratung von 1961–1991 (Ausnahme: 1978 und 1979),
- Jahresgesundheitsberichte der H&G-Beratung in Form einer statistischen Auflistung von 1973–1986 und
- Karteikarten von behandelten, kontrollierten oder betreuten Personen seit 1945.

Validität des Datenmaterials und Analyse

Die vollständig ausgewerteten Daten der Labortagebücher beschreiben die diagnostischen Leistungen der Beratungsstelle. Rückschlüsse auf die Inzidenz sexuell übertragbarer Erkrankungen sind aus ihnen nicht möglich. Die Labortagebücher sind Indikatoren für die Zu- oder Abnahme von Aktivitäten der Beratungsstelle. Die Jahresgesundheitsberichte in der von 1973–1985 geführten Form erfassen alle ärztlichen Maßnahmen der Beratungsstelle und beschreiben indirekt die Inzidenz diagnostizierter Erkrankungen. Die statistische Erfassung konzentriert sich jedoch mehr auf die Kontrolle von Risikopersonen und weniger auf die diagnostischen und therapeutischen Aspekte der Arbeit. Die vom Gesundheitsamt betreuten Personen (5) wurden in der Statistik in sechs Kategorien eingeteilt und die ihnen entsprechenden Untersuchungssituationen gezählt:

1. „Vorgeführte, krankheitsverdächtige Personen“ (von der Polizei zur Zwangsuntersuchung gebrachte Personen);
2. „Selbstmelder mit Krankheitsverdacht“ (freiwillige Klienten der Beratungsstelle);
3. „Von Ärzten oder Behörden überwiesene Krankheitsverdächtige“ (hierbei handelt es sich um tatsächlich untersuchte Personen; nicht zu verwechseln mit den Meldungen der Geschlechtskranken durch niedergelassene Ärzte an das Gesundheitsamt);
4. „Infektionsquellen“ (Personen, die eine Geschlechtskrankheit weitergetragen haben sollen);
5. „Auf Anordnung des Gesundheitsamtes stationär eingewiesen“ (Personen, bei denen eine ambulante Behandlung aus medizinischen oder anderen Gründen nicht erfolversprechend schien);
6. „Karteimäßig überwachte Personen“ (weibliche und männliche Prostituierte oder andere Personen aus früher sog. Hochrisikogruppen).

Ferner wurde in den Jahresgesundheitsberichten ein „Bestand“ an erkrankten Personen festgehalten. Das entspricht Personen, die im Vorjahr behandelt wurden, aber sich noch Kontrolluntersuchungen unterziehen mußten. Unter dem Begriff „Zugänge“ wurden neuerkrankte Personen verstanden oder Personen, die „karteimäßig überwacht“ werden sollten. Die Inzidenz der beurteilten Erkrankungen wurde ebenfalls unter dem Begriff „Zugang“ in Verbindung mit einer Diagnose festgehalten. Unter „Abgängen“ sind Personen zu verstehen, die entweder von einer Krankheit geheilt wurden, der Kontrolle entglitten oder der Prostitution vermeintlich nicht mehr nachgingen. Die Karteikarten der Beratungsstelle wurden seit 1945

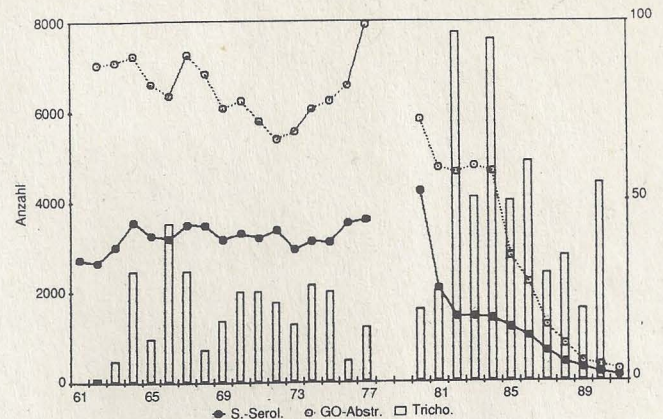


Abb. 1 Untersuchungen auf GO und Syphilis sowie Trichomonaden nachweis. Anzahl der serologischen Syphilisuntersuchungen (S. Serol.), der Gonorrhöabstriche (GO-Abstr.) und Trichomonaden nachweise (Tricho.) in der Beratungsstelle für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Bremen. Die Daten von 1978 und 1979 fehlen. Die Untersuchungszahlen für Gonorrhö und Syphilis gingen seit 1981 deutlich zurück. Dagegen nehmen die Nachweise von Trichomonaden eher zu. Wurde die Fixierung auf die meldepflichtigen Erkrankungen gelockert und sorgfältiger mikroskopiert?

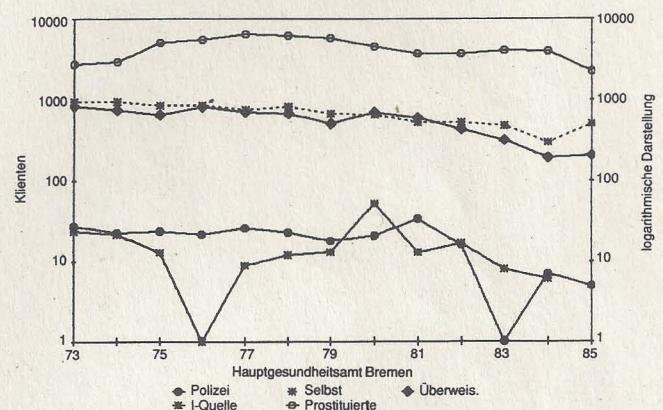


Abb. 2 H&G-Beratung – Klienten nach Gruppen. Untersuchungszahlen in der Beratungsstelle für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Bremen (logarithmische Darstellung) bei verschiedenen Gruppen von Klienten.

Polizei von der Polizei zwangsweise vorgeführte Personen
Selbst freiwillige Klienten
Überweis. von niedergelassenen Ärzten zur Begutachtung überwiesene Patienten
I-Quelle sog. Infektionsquellen – Personen, die verdächtig wurden, Infektionsträger zu sein
Prostituierte als sog. Karteipersonen registrierte Personen
Die Untersuchungszahlen sind (mit Ausnahme der freiwilligen Klienten/innen) im Zeitraum von 1973–1985 konstant.

von häufig wechselnden Personen subjektiv unterschiedlich geführt und sind mit Sicherheit nicht vollständig. Eine komplette Auswertung der Karteikarten erschien deshalb wenig aussagekräftig. Andererseits geben ausgewählte exemplarische Fallbeispiele Aufschluß über den kriminalistischen, kontrollierenden Arbeitsansatzes der Beratungsstelle bis 1987.

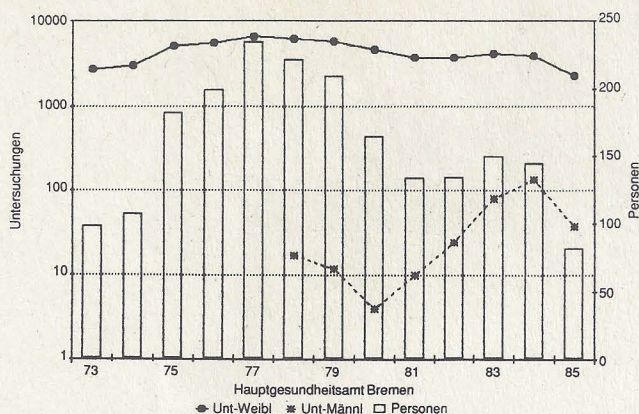


Abb. 3 Anzahl der Untersuchungen bei Prostituierten. Anzahl der Untersuchungen und Zahl der kontrollierten Prostituierten in der Beratungsstelle für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Bremen von 1973–1985. Der Untersuchungsfrequenz (Maßstab der linken Skala, logarithmische Darstellung) bei weiblichen (Unt-Weibl) und männlichen (Unt-Männl) Prostituierten betrug ca. 26–30 pro Jahr. Daraus läßt sich die Anzahl dieser Personen grob einschätzen (Maßstab der rechten Skala).

Als Vergleichszahlen zu den Daten der Beratungsstelle wurden die Jahresberichte des Hygiene-Institutes Bremen von 1987–1990, die Bundes- und Landesstatistik (Bremen) für meldepflichtige Geschlechtskrankheiten herangezogen. Das Staatliche Hygiene-Institut ist das größte Einsendelabor in Bremen und aus seiner Statistik lassen sich mit Einschränkungen grobe Trends der Inzidenz bei einzelnen Erkrankungen ablesen.

Ergebnisse

Laborleistungen

Die Arbeit der Beratungsstelle konzentrierte sich auf die Erkennung und Bekämpfung der vier in der Bundesrepublik Deutschland meldepflichtigen Erkrankungen (Gonorrhö, Syphilis, Lymphogranuloma inguinale, Ulcus molle). Ferner wurden Trichomonaden und Ektoparasiten diagnostiziert. Seit 1985 ist die Hepatitis-B-Serologie und seit 1990 ein Chlamydienabstrich (Chlamydiazym) möglich. Von 1961 bis 1980 bestand die Lues-Serologie in einem orientierenden Chediak-Test (6), der durch einen Wassermann-Test (7) bestätigt wurde. Seit 1980 wurde die Lues-Diagnostik durch die Einführung des direkten Antikörpernachweises (TPHA [8], bei Bedarf weitere Differenzierung) verbessert. Die Dunkelfeldbetrachtung des Nativpräparates wurde nur bis 1984 in der Statistik gezählt. Die Gonorrhödiagnostik erfolgte durch einen methylenblaugefärbten Urethra- und Zervixabstrich, der bei Bedarf durch eine Kultur bestätigt wurde. Die Diagnose des Ulcus molle wurde klinisch gestellt und evtl. durch den Nachweis fischzugartig angeordneter Bakterien im Methylenblaupräparat bestätigt. Trichomonaden wurden im Nativpräparat diagnostiziert. Für Lymphogranuloma inguinale bestand bis 1990 keine diagnostische Nachweismethode.

Die Gesamtzahl der Lues-Screening-Tests lag von 1961–1980 relativ konstant zwischen 3000 und 4000 pro Jahr und nahm dann rasch bis auf 185 im Jahr 1990 ab (Abb. 1). Parallel dazu verminderten sich ebenfalls seit 1980 die Me-

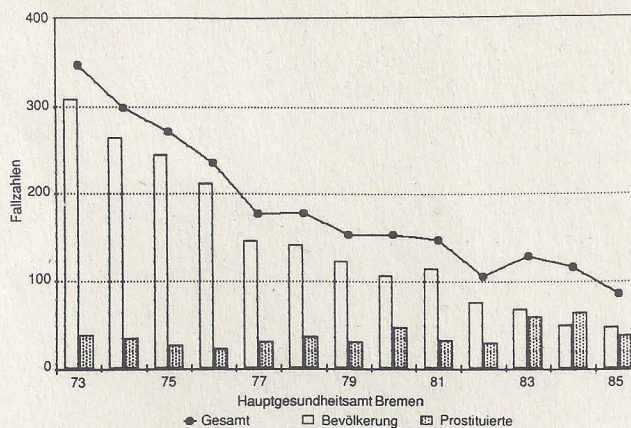


Abb. 4 H&G-Beratung bei Gonorrhöerkrankungen. Anzahl der nachgewiesenen Gonorrhöerkrankungen in der Beratungsstelle für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Bremen von 1973–1985. Auffällig ist der Rückgang der Erkrankungszahlen bei Personen der Allgemeinbevölkerung, der nicht unbedingt durch eine verminderte Inzidenz erklärt werden kann, da die Erkrankungshäufigkeit bei Prostituierten in diesem Zeitraum konstant bleibt. Am ehesten dürfte dies durch ein verbessertes Angebot niedergelassener Ärzte zu erklären sein.

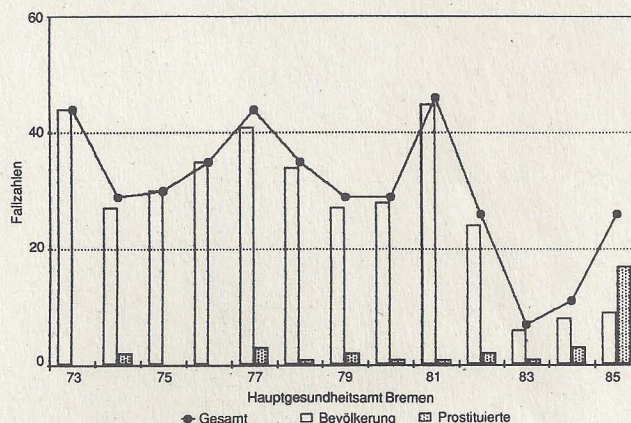


Abb. 5 H&G-Beratung bei Syphiliserkrankungen. Anzahl der nachgewiesenen Syphiliserkrankungen in der Beratungsstelle für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Bremen von 1973–1985. Auffällig ist der Rückgang der Erkrankungszahlen bei Personen der Allgemeinbevölkerung seit 1981, der nicht unbedingt durch eine verminderte Inzidenz erklärt werden kann, da die Erkrankungshäufigkeit bei Prostituierten in diesem Zeitraum eher ansteigt. Eine mögliche Erklärung ist auch hier ein verbessertes Angebot niedergelassener Ärzte.

thylenblauabstriche von über 6000 auf 345 im Jahr 1990. Der Nachweis von Trichomonaden nahm dagegen trotz rückläufiger Untersuchungszahlen seit 1981 deutlich zu. Über jeweils ein, maximal zwei Fälle von Lymphogranuloma inguinale wurde in den Jahren 1973, 1975, 1980 und 1981 berichtet. Im Durchschnitt fünf (0–13) Fälle von Ulcus molle wurden von 1961–1981 jährlich und dann nicht mehr diagnostiziert.

Jahresgesundheitsberichte 1973–1985

Die Anzahl der Untersuchungen weist aus dem berichteten Zeitraum nur geringe Schwankungen auf (Abb. 2).

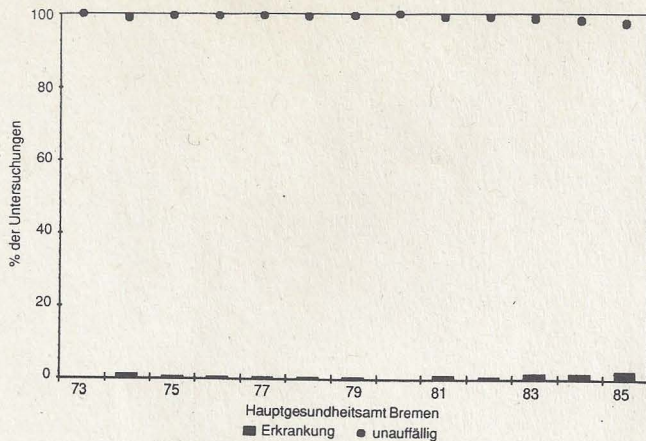


Abb. 6 Screening bei weiblichen Prostituierten, Erkrankungsnachweis/negativer Befund. Nachweis von Infektionen an meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten gegenüber den unauffälligen Untersuchungsbefunden bei weiblichen Prostituierten in der Beratungsstelle für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Bremen von 1973–1985. Die Nachweise von meldepflichtigen Erkrankungen bei registrierten Prostituierten lagen in diesem Beobachtungszeitraum pro Jahr zwischen 0–3,5 % aller Untersuchungen bei dieser Personengruppe. Insgesamt 99,2 % (57 059 von 57 495) Untersuchungen von 1973–1985 ohne Erkrankungshinweis. Diese Frauen waren bis zu 30mal pro Jahr gezwungen, Genitalabstriche über sich ergehen zu lassen, die sich auf ein offensichtlich nur geringes Gesundheitsrisiko beschränkten.

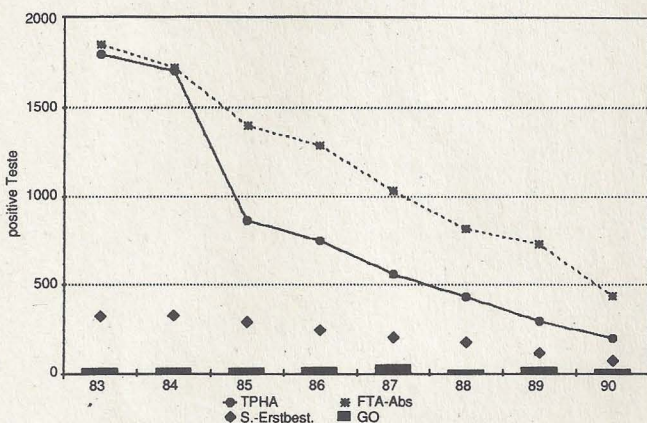


Abb. 7 Staatliches Hygiene-Institut Bremen, Gonorrhö und Syphilis. Nachweis von *Neisseria gonorrhoeae* und reaktive Syphilis-Serologie (TPHA und FTA-Abs) in den Jahren 1983–1990. Die Gonorrhönnachweise blieben über den Beobachtungszeitraum konstant. Die Anzahl positiver Syphilisteste nimmt deutlich ab, was jedoch weniger ausgeprägt ist, wenn bei den positiven Reaktionen der Anteil der Erstbestimmungen (S.-Erstbest.) betrachtet wird. Besonders 1983 und 1984 wurden offensichtlich Patienten/innen mit bekannter, behandelter Syphilis besonders engmaschig kontrolliert.

Die Zahl der überwachten Prostituierten kann geschätzt werden, wenn die zu dieser Zeit übliche Untersuchungsfrequenz von 26–30 (im Mittel 28) pro Jahr zugrunde gelegt wird (Abb. 3) und lag je nach Betrachtungsjahr zwischen 100 und 200 Personen. Die diagnostizierten Gonorrhöerkrankungen reduzierten sich von 347 (1973) auf 87 (1985). Ursache dafür war ein Rückgang der Inzidenz bei Personen aus der Allgemeinbevölkerung, während die Inzidenz bei Prostituierten konstant blieb (Abb. 4). Bei

den diagnostizierten Syphiliserkrankungen sank die Inzidenz seit 1981 in der Gruppe der Allgemeinbevölkerung, während sie bei Prostituierten im Jahr 1985 zunahm (Abb. 5). Von 1973–1975 wurden bei weniger als 10 männlichen, sog. „Hochrisikopersonen“ 320 und bei ca. 160 weiblichen Prostituierten 57 495 Untersuchungen durchgeführt. Von diesen Untersuchungen waren 97,2 % (311/320) bei Männern und 99,2 % (57 059/57 495) bei Frauen ohne Erkrankungshinweis (Abb. 6). Insgesamt wurden in dem von 1973–1985 in der Beratungsstelle bei männlichen Hochrisikopersonen und weiblichen Prostituierten 1 bzw. 32 Syphilis- und 8 bzw. 491 Gonorrhöerkrankungen entdeckt. Die Anzahl der Erkrankungen bei Personen der Allgemeinbevölkerung liegen demgegenüber bei 358 Syphilis- und 1908 Gonorrhöfällen.

*Statistik des Staatlichen Hygiene-Institutes
Bremen 1983–1990*

Die Zahl der Nachweise von *Neisseria gonorrhoea* sind seit 1983 im Untersuchungsgut des Hygiene-Institut konstant, während die Zahl der diagnostizierten Syphiliserkrankungen rückläufig ist (Abb. 7).

Kasuistiken

1. Eine 21jährige Frau wird 1949 dem Bremer Gesundheitsamt von einem niedergelassenen Arzt gemeldet, nachdem dieser eine frische Lues festgestellt hatte. Die Regelung der Kostenübernahme der Behandlung führt zu einem Schriftwechsel mit dem Gesundheitsamt Osterholz, welches die Patientin etwas später in die dortige Beratungsstelle vorlädt. Wegen Nichterscheinens wird die Polizei eingeschaltet, welche eine Bremer Adresse ermittelt. Es folgt ein reger Schriftwechsel zwischen den beiden Gesundheitsämtern, da das Gesundheitsamt Osterholz sich weiterhin zuständig fühlt. Man recherchiert bei der Gemeindeverwaltung, da die Patientin nicht bereit sei, freiwillig in ein Gesundheitsamt zu kommen. Bremen lädt die Patientin unter Androhung von Strafmaßnahmen vor. Die Patientin erscheint nicht und Bremen schaltet die Kriminalpolizei zur Fahndung ein. Schließlich teilt im Januar 1950 ein niedergelassener Facharzt mit, die Patientin habe eine ausreichende Zahl von Penizillin-Kuren erhalten. Die Lues-Serologie wurde als negativ bescheinigt. Osterholz besteht auf einer weiteren Fürsorge. Bremen schließt die Akte.
2. Eine 21jährige Frau, die im Verdacht steht, phasenweise als Prostituierte zu arbeiten, wird 1951 von der Polizei vorgeführt. Zitat aus dem Vordruck des Vorladungsschreibens: „Sie haben mit häufig wechselnden Partnern Geschlechtsverkehr. Deshalb sind Sie Infektionen in besonderem Maße ausgesetzt und dringend verdächtig, geschlechtskrank zu sein bzw. Geschlechtskrankheiten weiter zu verbreiten“. Sie wird zwischen 1951 und 1956 insgesamt 19mal unter Zwang in die Beratungsstelle gebracht. Das Gesundheitsamt und die Polizei bemühen sich intensiv, den Lebenswandel der Frau zu erforschen. Sie wird als „Ansteckungsquelle“ geführt, da bei ihr der Verdacht bestehe, an „Lues-GO“ erkrankt zu sein. Es wird u. a. notiert, daß sie am 22. 3. 1953 mit einem namentlich genannten Mann „ohne Entgelt G.-Verkehr“ gehabt habe. Zitat aus einem Fahndungsersuchen bez. dieser Patientin, da sie nach Diagnose einer Erkrankung bei dem für die Behandlung vorgesehenen Arzt nicht angekommen sei: „An das ... 2. Kommissariat ... Betr.: Ruth X. geb.: ... wohnhaft: ... Aus Mädchenkreisen wird uns mitgeteilt, dass die ... Genannte

sich des öfters in Bremen in Hafenlokalen aufhält. Am 18. 7. 1955 erschien sie hier zur Untersuchung, es wurde eine Gonorrhö festgestellt und X. (zu) fachärztlicher Behandlung überwiesen, die sie jedoch nicht aufgenommen hat. Bei Antreffen in den Hafenlokalen wird um Zuführung gebeten...". Nach umfangreichen Recherchen meldet Monate später das Gesundheitsamt Celle die Behandlung der GO. Die Akte der Patientin wird 1956 mit dem Vermerk geschlossen: weitere Fürsorge durch das Gesundheitsamt Bremerhaven.

3. Eine 21jährige Frau wird 1957 wegen „Umhertreibenes“ von der Polizei in die Beratungsstelle gebracht. Es bestehe der Verdacht auf Geschlechtskrankheiten. Bis 1961 erfolgen sechs Zwangsuntersuchungen. Alle Untersuchungen sind ohne Befund. Letzter Eintrag: „Kommt in Anstalt nach Düsseldorf“.
4. Ein an GO erkrankter Mann meldet 1962 eine 41jährige Frau als Partnerin und „Infektionsquelle“. Nach Hausbesuch und Vorladung erscheint die Frau. Sie wird im Abstand von 6 Wochen viermal untersucht, ohne Befund.
5. 1959 wird auf Wunsch des Jugendamtes eine 17jährige Frau untersucht. Bei der Erstuntersuchung mit negativem Befund wird auf der Karte vermerkt: „Virgo intacta“. Von 1959–1963 erfolgen dann 7 Vorführungen und 12 Selbstmeldungen. Es werden insgesamt viermal GO-Infektionen festgestellt. Der Schriftwechsel weist auf die extrem schwierige soziale Lage der Frau hin. Es finden sich jedoch keine Hinweise auf eingeleitete soziale Unterstützungen.

Alle Akten kennzeichnet ein Fehlen sorgfältiger Sozialanamnesen. Statt dessen reichten vage Verdächtigungen auf häufig wechselnden Geschlechtsverkehr aus, um in die Gesundheitsfürsorge der Beratungsstelle übernommen zu werden.

Diskussion

Der von 1960–1990 in Bremen praktizierte Ansatz der Bekämpfung sexuell übertragbarer Erkrankungen war eingengt auf die Kontrolle von wenigen Infektionen bei eng definierten Risikopersonen. Die Bedeutung von Gonorrhö- und Syphiliserkrankungen scheint seit 1948 in Bremen und in den anderen alten Bundesländern dramatisch abzunehmen, soweit vom Meldeverhalten abhängige Statistiken diese Einschätzung zulassen (Abb. 8, 9). Andererseits entwickelt sich in Europa eine Zunahme der Morbidität und Mortalität infolge anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen (9). Dazu gehören neben den Chlamydien (wesentliche Ursache von Adnexitiden und ektopen Schwangerschaften) (10), die persistierenden, onkogenen Virusinfektionen, wie HPV, Hepatitis B und C, Herpes simplex 1/2 und HIV 1/2. Diese entscheidenden Erkrankungen blieben bei dem untersuchten Präventionssatz unberücksichtigt. Die Laboruntersuchungen spiegeln neben dem vermutlichen Rückgang der Syphilisinzidenz in der Bundesrepublik Deutschland eine zunehmende Lockerung und schließlich Aufgabe der Kontrolle weiblicher Prostituierten wider. Diese Frauen sahen nach Abschaffung der obligatorischen Abstrichprozeduren oft keinen Sinn zu weiteren Kontakten mit der Beratungsstelle, da diese ihnen keine relevanten medizinischen Dienstleistungen bieten konnte.

Ein zunehmender Nachweis von Trichomonaden trotz rückläufiger Untersuchungszahlen mag in einer erhöhten Aufmerksamkeit der Untersucher für Scheidenmilieustörungen liegen. Ulcus molle und Lymphogranuloma inguinale

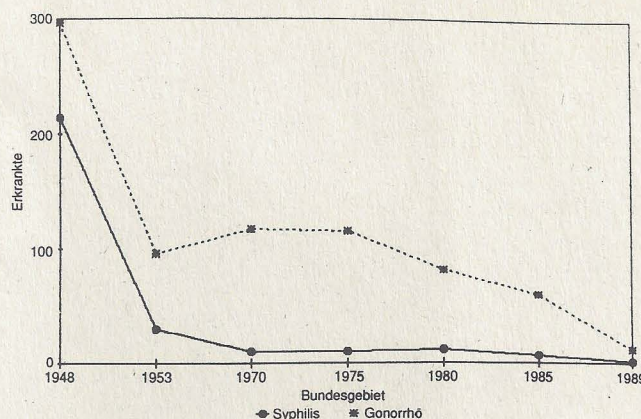


Abb. 8 Gemeldete Erkrankungen an Syphilis und Gonorrhö in der Bundesrepublik Deutschland pro 100 000 Einwohner von 1948–1989. Diese Zahlenangaben sind nicht eindeutig interpretierbar, da neben einem Rückgang der Inzidenz an beiden Erkrankungen auch Meldeverhalten, Aufmerksamkeit und diagnostische Kenntnisse der verschiedenen Ärzte eine vermutlich nicht unerhebliche Rolle spielen. Die wesentlichen Faktoren für einen Rückgang der Inzidenz dieser Erkrankungen sind neben der Stabilisierung gesellschaftlicher Verhältnisse im Anschluß an die Nachkriegswirren die verbesserten diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei bakteriellen Infektionen.

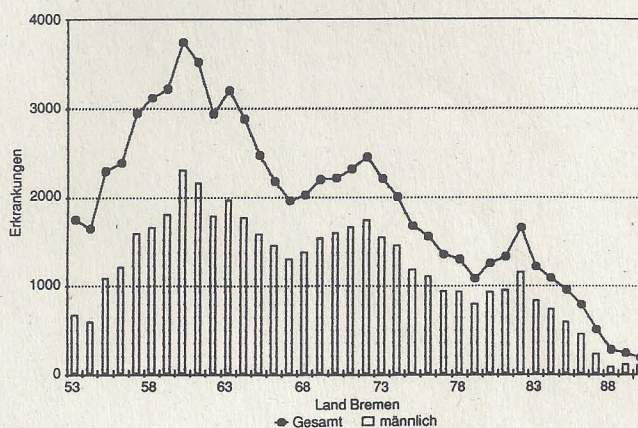


Abb. 9 Erkrankungsmeldungen an meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten im Land Bremen 1953–1990 (Verhältnis Gonorrhö : Syphilis : Ulcus molle/Lymphogranuloma inguinale wie 100:20:1). Die Linie stellt die Gesamtzahl der Meldungen und die Balken den Anteil der männlichen Patienten dar. Die Präventionsstrategie aufgrund des Gesetzes zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten konzentrierte sich überwiegend auf die Kontrolle weiblicher Personen. Die Erkrankungen traten jedoch vorwiegend bei Männern auf. Für das Zustandekommen der Zahlenangaben spielt neben einem Rückgang der Inzidenz an den meldepflichtigen sexuell übertragbaren Erkrankungen, Meldeverhalten, Aufmerksamkeit und diagnostische Kenntnisse der verschiedenen Ärzte eine nicht unerhebliche Rolle.

sind in tropischen Ländern, insbesondere in Ballungsgebieten und Touristenzentren, zunehmend verbreitet. Dagegen sank ihre Bedeutung in der Beratungsstelle auf Null. Eine mögliche Erklärung läge in einer Verbesserung des Angebotes niedergelassener Ärzte und einer Abwanderung des Klientels der Beratungsstelle. Dafür spricht auch die sinkende Inzidenz von Go-

norrhö- und Syphiliserkrankungen bei Personen der Allgemeinbevölkerung in der Beratungsstelle, während sie in den Jahren 1973–1985 bei den Prostituierten relativ konstant blieb. Dies entspricht auch der Statistik des Hygiene-Institutes, die eine gleichbleibende Inzidenz der Gonorrhö in Bremen vermuten läßt. Bei weiblichen Prostituierten waren 99,2% der Untersuchungen unauffällig. Zwischen 1973 und 1985 wurde Syphilis zu 91,6% (358/391) und Gonorrhö zu 95,1% (1908/2007) bei Personen aus der Allgemeinbevölkerung diagnostiziert. Daher bestehen erhebliche Zweifel, ob von den in Bremen kontrollierten etwa 160 weiblichen Prostituierten tatsächlich die wesentliche Gefahr sexuell übertragbarer Erkrankungen ausging und ob der sehr große Aufwand von durchschnittlich 28 Untersuchungen pro Jahr für diese Frauen medizinisch gerechtfertigt werden konnte. Die Frage der Rechtsstaatlichkeit der beschriebenen sozialen Diskriminierung dieser Frauen durch Gesundheitsämter und Polizei ist ebenfalls höchst zweifelhaft. Die Prävention bei anderen Personengruppen mit einem erhöhten Risiko für sexuell übertragbare Erkrankungen, wie z.B. Freier, männliche Ferntouristen oder Jugendliche, wurde in dem untersuchten Konzeptansatz vernachlässigt. Bei der weiten Verbreitung der neuen sexuell übertragbaren Erkrankungen ist es zunehmend fraglich, ob eine "high risk"-Strategie für die Prävention erfolgreich sein kann (11). Durch die bis 1987 in Bremen durchgeführten Zwangskontrollen von Prostituierten wurden einerseits bakterielle Erkrankungen erkannt und einer Therapie zugeführt, andererseits möglicherweise bei Freien und Prostituierten die Illusion gefördert, daß das Ansteckungsrisiko mit sexuell übertragbaren Erkrankungen in der Prostitution vernachlässigt werden und daher auf Kondombenutzung verzichtet werden könne.

Sexuell übertragbare Erkrankungen sind eine wesentliche Morbiditätsursache in der Bundesrepublik Deutschland, wobei insbesondere Chlamydien und HPV-Infektionen an Bedeutung gewinnen (12, 13, 14). Die HIV-Infektion verbreitet sich besonders im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit (15) und es ist zu befürchten, daß mit dem Mißbrauch von Designerdrogen und dem damit verbundenen, gesteigerten Zwang zur Beschaffungsprostitution auch die längst überwunden geglaubte Syphilis wie in den USA wieder an Bedeutung gewinnt (16).

Für die Entwicklung einer erfolgreicherer Strategie der Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen sind epidemiologische und soziologische Studien wünschenswert, um die Inzidenz und Prävalenz der sexuell übertragbarer Erkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland richtig einschätzen zu können und um neue Interventionsmodelle wissenschaftlich zu begleiten. Die Aufnahme von Prostituierten in die Krankenkassen und Sozialversicherung wäre ein erster Schritt zu einer umfassenden Betreuung dieser Personengruppe, deren gesundheitliche Risiken rechtzeitig auch dann erkannt werden sollten, wenn sie keine Relevanz für einen potentiellen Freier haben, wie z.B. bei der Krebsvorsorgeuntersuchung. Die Diagnostik und Therapie sexuell übertragbarer Erkrankungen setzt Kenntnisse voraus, die weit über die Beurteilung von Routineabstrichen hinausgehen. Zwangsmaßnahmen und Reglementierungen haben sich auch in anderen Präventionsprogrammen als untauglich erwiesen (17). Für eine erfolgreiche Aufklärung und Betreuung von Personen mit erhöhten Gesundheitsrisiken sind ein akzeptierender, vertrauensfördernder Ansatz, intensive Sozial- und Öffentlichkeitsarbeit und eine qualifizierte, umfassende Kompetenz in Diagnostik und Therapie erforderlich (18).

Anmerkungen und Literatur

- 1 Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. 7. 1953, BGBl. I, S. 700; BGBl. III, 2126-4
- 2 Neumann, G.: Geschlechtskrankheiten – Ergebnisse einer großstädtischen Beratungsstelle. Bundesgesundhbl. 27 (1984) 276–278
- 3 Christner-Meinke, G.: Anregungen zur Modernisierung der Geschlechtskrankenfürsorge in den Gesundheitsämtern. Bundesgesundhbl. 27 (1984) 278–280
- 4 Jäger, H.: Sexuell übertragbare Erkrankungen und öffentlicher Gesundheitsdienst – Vorschläge zur Neugestaltung der Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen. *Gesundh.-Wes.* 54 (1992) 211–218
- 5 Die gekennzeichneten Zitate sind Formulierungen der Jahresberichtsformulare
- 6 Chediak: Unspezifische Kardiopalinmikroflokkungsreaktion mit Meinickes Klärungsextrakt. DMW 3 (1934) 94
- 7 Wassermann: Lues-spezifische Komplementbindungsreaktion
- 8 TPHA: Treponema pallidum haemagglutination assay
- 9 DeSchryver, A., A. Meheus: Epidemiology of sexually transmitted diseases: The global picture bulletin of the World Health Organization 68 (1990) 639–654
- 10 Stacey, C., P. Munday, B. Thomas, C. Gilchrist, D. Taylor-Robinson, R. Beard: Chlamydia trachomatis in the fallopian tubes of women without laparoscopic evidence of salpingitis. *The Lancet* 336 (1990) 960–963
- 11 Rose, G. A.: The role of government in preventive medicine. *Öff. Gesundh.-Wes.* 53 (1991) 725–729
- 12 Hoyme, U. B.: Epidemiologie der Chlamydieninfektion bei der Frau, Hahnenklee-Symposium 1985, sexual übertragbare Krankheiten. Ed. Roche, Basel 1985
- 13 Cole, B.: Asymptomatic chlamydia trachomatis urethritis in men, *Sex. Transm. Dis.* 13 (1986) 163
- 14 Greenberg, M. D., L. H. Rutledge: Spectrum of human papillomaviruses. *Current Opinion in Infectious Diseases* 4 (1991) 22–26
- 15 Chiasson, M. A., R. L. Stoneburger, D. S. Hildebrand, W. E. Ewing, E. E. Telzak, H. W. Jaffe: Heterosexual transmission of HIV-1 associated with the use of smokable freebase cocaine (crack). *AIDS* 5 (1991) 1121–1126
- 16 Dunn, R. A., R. T. Rolfs: The resurgence of syphilis in the United States. *Current Opinion in Infectious Diseases* 4 (1991) 3–11
- 17 Brandt, A. M.: AIDS in the historical perspective: four lessons from the history of sexually transmitted diseases. *Am. J. Publ. Health* 78 (1988) 367–371
- 18 CDC: Sexually transmitted diseases clinical practice guidelines, 1992, CDC, Atlanta, USA, 1991

Dr. med. H. Jäger

Hauptgesundheitsamt Bremen
Hornerstr. 60–70
2800 Bremen 1