

4.5 Sexuell übertragbare Infektionen und ihre Bedeutung für die Männergesundheit und männliche Sexualität

Matthias Stiehler

Zusammenfassung

Sexuell übertragbare Infektionen (STI) gehören zur Sexualität. Seit den 2000er Jahren wird wieder eine Zunahme dieser Krankheitsgruppe registriert. Dabei wird ein Zusammenhang zwischen HIV-Infektionen und den Infektionen mit den klassischen, bakteriellen STI gesehen. Hat die HIV-Prävention seit Beginn der 80er Jahre auch zu einer Abnahme von Gonokokken, Chlamydien und Syphilis geführt, steigen all diese Infektionen im Zuge veränderter Behandlungsoptionen von HIV wieder an und geraten so auch wieder stärker in den Fokus von Medizin und Prävention. Gleiches gilt für (auch) sexuell übertragbare Virusinfektionen (Hepatitis, HPV).

Von fast allen dieser STI sind Männer stärker betroffen als Frauen. In Deutschland spielt, wie in den meisten westlichen Ländern, die Übertragung von Mann zu Mann die größte Rolle. Weltweit ist jedoch die heterosexuelle Transmission bedeutsamer. Die Bedeutung, die die sexuell übertragbaren Infektionen für das Verständnis männlicher Sexualität besitzen, resultiert aus dem ersichtlichen Sexualverhalten von Männern. Es ist über kulturelle und gesellschaftliche Einflüsse hinweg durch deutlich größere Promiskuität und Risikobereitschaft geprägt. Die Prävention sexuell übertragbarer Infektionen braucht daher eine geschlechtsspezifische Ansprache, die auch die Lebenswelten der Männer im Blick hat.

Summary: Sexually transmitted infections and their importance for men's health and sexuality

Sexually transmitted infections (STI) are part of sexuality. Since the years after 2000 an increase in this group of diseases is recorded. Here, a relationship between HIV infection and the infection with the classical bacterial STI is seen. Has HIV prevention since the early eighties has also led to a decrease in gonorrhoea, chlamydia and syphilis. All of these infections in the wake of changed treatment options of HIV are rising again and fall more in the focus of medicine and prevention. The same also applies to sexually transmitted viral infections (Hepatitis, HPV).

In almost all of these STI men are more affected than women. In Germany, as in most Western countries, the transmission from man to man plays the biggest role. However, heterosexual transmission is more important worldwide. The meaning of sexually transmitted infections for the understanding of male sexuality results from the apparent sexual behavior of men. It is marked //on cultural and social influences by significantly greater promiscuity and willingness to take risks. The prevention of sexually transmitted infections, therefore, needs a gender approach, //which also includes the lifestyle of men.

Einleitung

Sexuell übertragbare Infektionen (sexually transmitted infections – STI) sind ein zentrales Gesundheitsthema. Weltweit gesehen gilt:

»Mehr als 1 Million Menschen erwerben täglich eine sexuell übertragbare Infektion. Jedes Jahr erkranken schätzungsweise 500 Millionen Menschen an einer der 4 STIs: Chlamydien, Gonorrhö, Syphilis und Trichomoniasis. STIs haben tiefgreifende Auswirkungen auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit weltweit, und zählen zu den Top 5 Krankheitskategorien, wegen denen Erwachsene Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen« [1].

Seit den 2000er Jahren gewinnt diese Krankheitsgruppe aufgrund zunehmender Infektionszahlen insbesondere in den westlichen Industrienationen wieder erhöhte Aufmerksamkeit. Als Ursache für diese Entwicklung werden die deutlichen Fortschritte bei der Behandelbarkeit von HIV-Infektionen gesehen [2]. Damit einher ging eine Lockerung der Fokussierung allein auf HIV/AIDS, aber auch eine reale Zunahme der Erkrankungen aufgrund geänderten Schutzverhaltens. Beide Faktoren werden im Folgenden bei der Darstellung einzelner STI noch besprochen. Eine Folge dieser Entwicklung ist die zunehmende Einordnung auch von HIV-Infektionen in die Gruppe der STI.

Für das Thema Männergesundheit sind die sexuell übertragbaren Infektionen aus drei Gründen relevant: Zum einen sind Männer in vielen Fällen häufiger betroffen als Frauen. Das hat manchmal mit Übertragungswegen, zumeist aber mit Verhaltensaspekten zu tun. Dadurch stellt sich – zweitens – fast zwangsläufig die Frage nach männlicher Sexualität. Da Sexualität unauflöslich mit dem Beziehungsgeschehen verbunden ist, spielen diese Aspekte auch bei den STI eine zentrale Rolle. Das wiederum eröffnet als dritten Aspekt den Blick

auf die gesellschaftliche Wahrnehmung männlicher Sexualität.

HIV/AIDS

Die Infektion mit dem HI-Virus (human immunodeficiency virus), die in den allermeisten Fällen unbehandelt zu AIDS (Acquired immunodeficiency syndrome) führt, ist die sexuell übertragbare Infektion mit dem höchsten Aufmerksamkeitswert. Dies führt beispielsweise dazu, dass Aufklärungskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zumeist von AIDS *und* STI sprechen und die Fachberatungsstellen der Gesundheitsämter häufig beide Bezeichnungen in ihrem Namen tragen (z. B.: »Beratungsstelle für AIDS und sexuell übertragbare Infektionen im Gesundheitsamt Dresden«). Nichtsdestotrotz lässt sich eine HIV-Infektion aufgrund ihrer Hauptübertragungswege in die Reihe der STI einordnen.

Der Grund für diese Sonderstellung liegt in erster Linie in dem Erschrecken, das die Entdeckung von AIDS Anfang der achtziger Jahre auslöste. Inmitten der damaligen Vorstellung, Infektionskrankheiten ließen sich mit dem Fortschreiten medizinischer Erkenntnisse wirksam bekämpfen [3], wurde plötzlich ein Virus entdeckt, gegen das es keine Heilungschancen gab und das zumeist erst Jahre nach einer Übertragung zu einer, dann aber tödlichen Krankheit führt.

Für das Thema Männergesundheit war von Beginn an bedeutsam, dass in der westlichen Welt vor allem homo- und bisexuelle Männer betroffen waren. Dies gilt in Deutschland bis heute. 2014 gab es bei Männern 2.864 Neudiagnosen, bei Frauen 659 [4]. Die Inzidenz lag damit bei Männern bei 7,2 Fällen je 100.000 Männer, die Inzidenz bei Frauen dagegen bei 1,6 je 100.000 Frauen [4]. Der relative Anteil von Männern an den HIV-Neudiagnosen liegt seit den 2000er Jahren kontinuierlich bei über 80% [4].

Ursache für die unterschiedliche Geschlechtsverteilung ist zum einen der Übertragungsmechanismus, zum anderen unterschiedliches Sexualverhalten. Der Transmissionsmechanismus lässt eine Übertragung »vom Mann weg« leichter zu. So besteht bei gleicher Viruslast eine höhere Infektiosität von Sperma gegenüber Scheidensekret. Zugleich sind die Angriffsflächen bei aufnehmendem Kontakt (Scheideninnenwände, Darm, Mundhöhle) größer als beim aktiven Sexualpartner (Eichelspitze, Vorhautinnenseite). Da Infektionsketten im heterosexuellen Bereich immer auch eine Übertragung »von der Frau weg« enthalten müssen, sind sie seltener als im homosexuellen Bereich.

Allerdings erklärt der Übertragungsmechanismus den Geschlechtsunterschied nur begrenzt. Während UNAIDS global von geschätzt 16.900.000 HIV-infizierten Männern ausgeht, nimmt diese Organisation bei Frauen eine Zahl von 17.400.000 an [5]. Und selbst bei einer Betrachtung ausschließlich von Europa liegt die heterosexuelle Transmission deutlich über den Infektionen von Männern durch Sex mit Männern [6]. Verhaltensaspekte und kulturelle Einflüsse müssen daher als wesentliche Faktoren des Infektionsgeschehens gesehen und in ihrer Geschlechtsspezifität verstanden werden.

Virushepatitiden

Infektionen mit Hepatitisviren können Leberentzündungen (Hepatitis) mit unter Umständen schwerwiegenden Folgen verursachen. Sexuelle Übertragungswege spielen insbesondere bei Hepatitis B (inkl. D) und C eine Rolle. Bestimmte Sexualpraktiken können zudem zu einer Hepatitis A führen.

Die Übertragung von Hepatitis B verläuft ähnlich wie die des HI-Virus über Blut, Sperma und Scheidensekret. Hinzu kommt als potenziell infektiöse Flüssigkeit auch Speichel, sodass neben eindringenden sexuellen Kontakten

auch intensives Küssen als Übertragungsweg infrage kommt. Das Hepatitis D-Virus hingegen kann ausschließlich gemeinsam mit dem Hepatitis B-Virus übertragen werden, sodass eine Hepatitis B-Prophylaxe auch eine Infektion mit HDV (Hepatitis D-Virus) ausschließt.

Hepatitis B gehört zu den häufigsten Infektionskrankheiten weltweit [7]. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation waren bzw. sind etwa 2 Milliarden Menschen mit dem Hepatitis B-Virus infiziert. Davon durchlaufen etwa 240 Millionen eine chronische Infektion und ca. 780.000 sterben jedes Jahr [8]. In Deutschland zählt Hepatitis B gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) § 7 Abs. 1 zu den meldepflichtigen Krankheiten. 2014 wurden 2.374 Hepatitis B-Infektionen gemeldet, von denen 755 den Referenzbestimmungen entsprachen [7]. Die Inzidenz für Hepatitis B lag bei Männern mit 1,3 Infektionen pro 100.000 Männer deutlich höher als bei Frauen (0,6):

»Bei Männern zeigte sich der Häufigkeitsgipfel in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen. [...] Mit Ausnahme der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen, in der die Inzidenz bei Männern und Frauen annähernd gleich war, zeigte sich beginnend mit der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen eine durchweg höhere Inzidenz bei Männern im Vergleich zu gleichaltrigen Frauen« [7, S. 275].

Der Infektionsweg bei den Männern lag in den meisten Fällen bei gleichgeschlechtlichen Kontakten [7], was den Gender Gap erklärt.

Die zentrale Präventionsmöglichkeit von Hepatitis B- und damit indirekt auch von Hepatitis D-Infektionen besteht in einer Schutzimpfung. Sie ist in den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission für das Säuglingsalter vorgesehen [9]. Die Sächsische Impfkommission geht noch einen Schritt weiter und empfiehlt für bestimmte Risikogruppen die Impfung auch im Erwachsenenalter [10]. Dazu zählt unter anderem die Gruppe der Män-

ner, die Sex mit Männern haben. Aufgrund der Verfügbarkeit einer HBV/HAV-(Hepatitis B- und Hepatitis A-Virus-)Kombinationsimpfung wird bei ihrer Anwendung auch ein Schutz gegen das Hepatitis A-Virus erreicht, dass unter Umständen bei bestimmten Sexualpraktiken (anal-orale Kontakte) ebenfalls übertragen werden kann.

Neben Hepatitis B spielt Hepatitis C eine wichtige Rolle unter den Hepatitiden. Zumeist geschieht eine Übertragung durch kontaminiertes Blut, über sexuelle Kontakte deutlich seltener.

»In bestimmten Betroffenengruppen bzw. bei bestimmten Sexualpraktiken scheint jedoch ein relevantes sexuelles Übertragungsrisiko zu existieren, z. B. bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten. Betroffen waren hauptsächlich HIV-positive Patienten, die ungeschützten Analverkehr und andere verletzungsträchtige Sexualpraktiken ausübten« [11].

Daher ist auch hier die Inzidenz mit 9,4 Erstdiagnosen je 100.000 Einwohnern bei Männern deutlich höher als bei Frauen (5,0) [12]. Eine Schutzimpfung gegen Hepatitis C gibt es nicht. Allerdings sind die medikamentösen therapeutischen Optionen und damit die Heilungschancen in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen.

Als Fazit lässt sich auch bei den sexuellen Infektionen mit Hepatitisviren ein deutlicher Geschlechtsunterschied zu Ungunsten der Männer feststellen. Die Unterschiede hier bestehen vor allem im Übertragungsgeschehen, das durch bestimmte Sexualpraktiken gefördert wird. Auch hier ist eine Infektion »vom Mann weg« deutlich leichter möglich als von Frau zu Mann und von Frau zu Frau.

Syphilis

Neben den viralen sexuell übertragbaren Infektionen gibt es eine Reihe bakterieller Infek-

tionen. Zu den wichtigsten zählt ohne Zweifel die Syphilis. Syphilis (Synonym: Lues) ist eine weltweit verbreitete, durch Bakterien (*Treponema pallidum*) ausgelöste Geschlechtskrankheit. Die Übertragung findet meist direkt über die Haut und Schleimhaut statt, wenn diese Mikroläsionen aufweisen. Aufgrund der Empfindlichkeit der Bakterien gegenüber Austrocknung, Hitze und pH-Wert-Schwankungen spielt die Weitergabe des Erregers über Gegenstände, Türklinken, Klobrillen und ähnlichem keine Rolle. Die häufigsten Infektionsstellen sind Genital-, Anal- und Mundbereich, wobei in ca. 10% der Fälle auch jede andere Körperstelle Eintrittsort des Erregers sein kann.

In den späten 70er Jahren gab es noch eine Inzidenz von 14 je 100.000 Einwohnern [13]. Anschließend gingen die gemeldeten Syphilisfälle deutlich zurück. Dies ist zum einen sicher als Nebenergebnis der in den 80er Jahren anlaufenden AIDS-Prävention zu sehen, zum anderen war es dem zunehmend schlechteren Meldenniveau geschuldet, von dem in den 90er Jahren auch die neuen Bundesländer betroffen waren [13]. Dies änderte sich erst mit dem neuen Infektionsschutzgesetz, das 2001 in Kraft trat. In § 7 Abs. 3 IfSG war die nichtnamentliche Meldung von *Treponema pallidum* für die Labore verpflichtend vorgeschrieben. In den Folgejahren stiegen die Infektionszahlen wieder beträchtlich (siehe Abbildung 1). Gab es 2001 1.697 gemeldete Syphilisinfektionen, waren es 2014 bereits 5.726 [14]. Gerade in den vergangenen fünf Jahren war der Anstieg wieder beträchtlich. Allein zwischen 2013 und 2014 betrug er mehr als 14%. Die Inzidenz von 7,09 je 100.000 Einwohner liegt jedoch immer noch deutlich unter dem Wert von Ende der 70er Jahre.

Der Großteil der Infektionen betrifft Männer. Insbesondere der Zuwachs seit 2001 ist ihnen zuzurechnen. Während Frauen zwischen 2001 und 2014 nur einen vergleichsweise geringen Zuwachs in der Inzidenz von 0,64 auf 0,88 je 100.000 Frauen zu verzeichnen hatten,

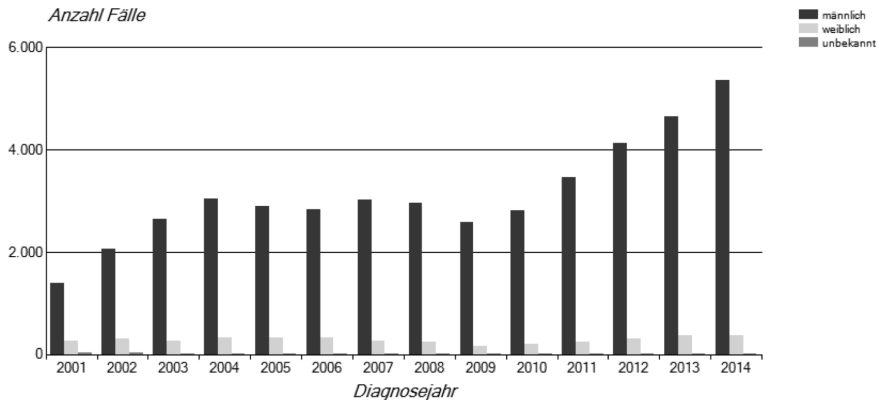


Abb. 1 Gemeldete Syphilis nach Geschlecht, Deutschland, 2001–2014 [14]

stieg sie bei Männern im gleichen Zeitraum von 3,43 auf 13,53 je 100.000 Männer, also etwa um das Vierfache [14]. Mehr als 80% der unter den gemeldeten Infektionen angegebenen Übertragungswege fielen auf Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Diese Gruppe macht – ebenso wie bei den HIV-Infektionen – die größte Betroffenenengruppe aus. Beide Infektionen nahmen zudem seit Anfang der 2000er Jahre deutlich zu [15]. Das deutet darauf hin, dass die Zunahme der Syphilisinfektionen nicht nur auf ein verbessertes Meldeverhalten zurückzuführen ist. Zwei weitere Faktoren spielen eine deutlich größere Rolle: Zum einen muss davon ausgegangen werden, dass eine Zunahme sexuell übertragbarer Infektionen aufgrund der damit einhergehenden Läsionen auch die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion erhöht [16]. Zum anderen – und das scheint der entscheidende Faktor zu sein – traten Ende der 90er Jahre Verhaltensänderungen auf, die mit einem erhöhten Risikoverhalten zumindest von Teilen der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben, einhergeht [17]. Hintergrund ist die seit dieser Zeit verfügbare hochwirksame medikamentöse Therapie einer HIV-Infektion, wodurch die Todesbedrohung, die zuvor von einer HIV-Infektion ausging, deutlich abnahm. Für diese These spricht die Beobachtung der Altersver-

teilung bei gemeldeten *Treponema pallidum*-Infektionen (siehe Abbildung 2). Die Spitze bei der Altersgruppe der 45–49-Jährigen deutet nicht auf ein Aufklärungsdefizit, sondern auf Verhaltensänderungen hin.

Gonorrhö (Tripper)

Gonorrhö (auch als Tripper bekannt) ist eine bakterielle Infektion, die bei Männern seltener symptomfrei verläuft als bei Frauen. Insbesondere Infektionen im Rachen und am Anus können allerdings unentdeckt bleiben. Eine Infektion geschieht durch direkten Schleimhautkontakt, sodass der Erreger (*Neisseria gonorrhoeae* syn. Gonokokken) – wie bei anderen bakteriellen sexuell übertragbaren Infektionen auch, aber im Unterschied zu HIV – auch oral-genital übertragen werden kann.

Im europäischen Vergleich sticht Großbritannien mit einer Inzidenz von 45,4 Neuinfektionen je 100.000 Einwohner im Jahr 2012 hervor [18]. Der durchschnittliche Wert für Europa betrug im gleichen Jahr 15,3 Fälle je 100.000 Einwohner, 25,7 bei Männern und 9,2 bei Frauen [18], was einen Anteil von 26% Frauen und 69% Männer an den Neuinfektionen entspricht (5% keine Angabe) [18]. Bei den Frauen fand die Übertragung fast aus-

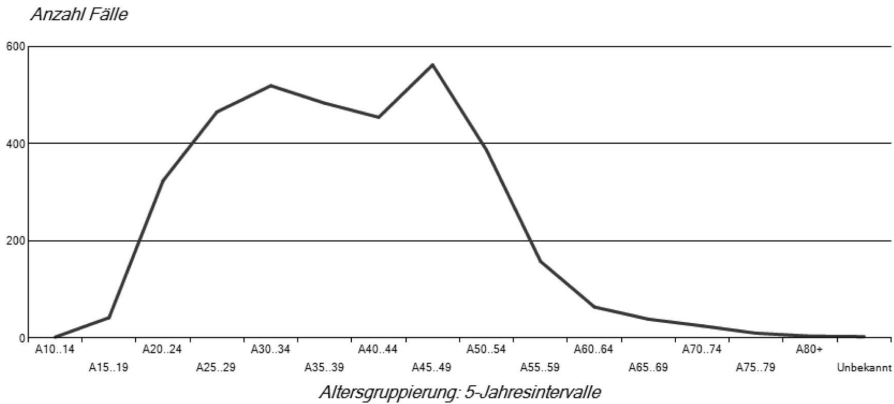


Abb. 2: Gemeldete Syphilis, Infektionsweg: MSM, nach Altersgruppen, Deutschland, 2014. Quelle: [14].

schließlich auf heterosexuellem Weg statt, während 55% der infizierten Männer der Gruppe der MSM angehörten. Allerdings war die Zahl der Infektionen, die Männer auf heterosexuellem Weg erwarben, immer noch größer als die der Frauen [18]. Diese Statistik umfasst jedoch lediglich 29 europäische Staaten. Andere Länder, darunter Deutschland, erheben keine repräsentativen Daten zu Gonokokkeninfektionen [18].

In der Bundesrepublik gab es bis zum Jahr 2000 eine Meldepflicht gemäß dem Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten (GeschlkrG). Jedoch hatte die Meldemoral seit den 80er Jahren signifikant nachgelassen. Dadurch wurde Anfang der 2000er Jahre von einer Dunkelziffer von etwa 90% ausgegangen [13]. Für die These, dass trotz Meldepflicht die weitaus meisten Gonokokkeninfektionen nicht gemeldet wurden, spricht auch, dass die Infektionszahlen in den neuen Bundesländern nach der Angleichung an das Meldesystem der alten Bundesländer stark abnahm. Ein weiterer Grund für den Rückgang der Gonokokken-Infektionen in den 80er Jahren wird jedoch auch an dem zunehmenden Schutzverhalten im Zusammenhang mit der damals neu entdeckten AIDS-Gefahr liegen [13].

Verlässliche Meldedaten haben wir für Deutschland lediglich in Sachsen, da hier nach

Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes eine Meldeverordnung herausgebracht wurde, die eine anonyme Labormeldepflicht auch für Gonorrhö vorsieht [19]. Zwar lassen sich diese Zahlen nicht eins zu eins auf alle anderen Bundesländer übertragen, aber zumindest geben sie einen ungefähren Einblick in die Situation Deutschlands.

In Sachsen stieg die Inzidenz von 2003 bis 2014 von 6,8 gemeldeten Fällen je 100.000 Einwohner auf 17,9 [20]. Der Anteil der Männer lag in dieser Zeit zwischen 62% und 74% (2014: 62%) [20]. Bereits in den 70er und 80er Jahren mit Inzidenzen von über 300 [20] lag der Anteil der Männer immer deutlich über dem der Frauen.

Der Altersgipfel bei der Inzidenzrate liegt sowohl bei Frauen als auch bei Männern zwischen 15 und 24 Jahren [20]. In dieser Altersklasse gab es im Jahr 2014 einen erstaunlichen Befund: Während in allen Altersgruppen über alle Jahre hinweg stets mehr Männer infiziert waren, drehte sich 2014 der Befund in der Altersklasse der 15–24-Jährigen um. Hier lag die Inzidenz bei diesen Frauen bei 88 je 100.000 Frauen, während der bei den gleichaltrigen Männern bei 60 je 100.000 Männern lag [20]. Damit lag eine Umkehrung des Befundes der vorangegangenen Jahre statt. Ob dies eine Trendwende widerspiegelt oder nur

ein Ausreißer ist, der aufgrund eines unsicheren bzw. ungenauen Meldeverhaltens zustande kam, lässt sich derzeit nicht abschließend beurteilen. Zum jetzigen Zeitpunkt ist jedoch eher von der zweiten Möglichkeit auszugehen.

Chlamydien

»Chlamydia trachomatis [...] gehört weltweit zu den häufigsten Erregern sexuell übertragbarer Infektionen [...]. Im Jahr 2001 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geschätzt, dass weltweit jährlich 89 Millionen Neuinfektionen mit genitalen Chlamydien erfolgen. In den Industriestaaten sind Chlamydien die häufigsten bakteriellen Erreger von Urogenitalinfektionen« [21]. Eine Übertragung findet fast ausschließlich durch eindringenden Sexualkontakt statt, wobei ebenso wie bei Gonokokkeninfektionen ein unmittelbarer Schleimhautkontakt gegeben sein muss. Befallen wird das Zylinderepithel der Harnröhre, des Muttermundes, des Enddarms und des hinteren Rachenraums, nicht aber das Plattenepithel der Scheide oder des vorderen Rachenraums.

»2012 wurden 385.307 Fälle von Chlamydien in 26 Mitgliedsstaaten des europäischen Wirtschaftsraums gemeldet, was einer Gesamtrate von 184 je 100.000 Einwohnern entspricht. Chlamydien wurden häufiger bei Frauen als bei Männern festgestellt, mit einer Gesamtrate von 211 je 100.000 Frauen und 153 je 100.000 Männer« [22, S. 7].

Chlamydien sind demzufolge die einzige der großen STI, bei denen mehr Frauen als Männer infiziert bzw. als infiziert gemeldet sind.

In Deutschland wird schätzungsweise von etwa 300.000 Neuinfektionen jährlich ausgegangen [20]. Genaue Zahlen liegen jedoch nicht vor, da auch Chlamydia trachomatis-Infektionen nach IfSG keiner Meldepflicht unterliegen. Ausnahme ist hier wieder Sachsen, das wie bei Neisseria gonorrhoeae nach § 2 IfSGMeldeVO eine anonyme Meldung an

die Gesundheitsämter vorsieht. 2014 gab es in diesem Bundesland 4.184 gemeldete Fälle, was einer Inzidenz von 101 je 100.000 Einwohnern entspricht [20]. Das bedeutet gegenüber 2005 etwa eine Verdoppelung der Meldungen.

Im Jahr 2014 waren 76% Frauen und 23% Männer (bei 1% keine Angabe des Geschlechts) unter den Gemeldeten [20]. Dies entspricht nur einem geringfügigen Anstieg des Anteils der Männer gegenüber den Vorjahren. Die höchste Inzidenz haben Frauen wie Männer in der Altersgruppe der 15–24-Jährigen, Frauen mit 1.146 je 100.000 Frauen im Jahr 2014, Männer mit 169 je 100.000 Männer [20]. Dieser deutliche Geschlechtsunterschied gibt jedoch nicht die tatsächliche Infektionssituation wieder. Seit 2008 wird Frauen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr einmal jährlich ein Chlamydienscreening angeboten [23]. Doch selbst wenn die Partner im Falle eines positiven Befundes (ungetestet) mitbehandelt werden, gelangt nur der eine positive Test zur Meldung. Wir müssen also aufgrund der häufig symptomfreien Infektionsverläufe des nur für junge Frauen geltenden Screeningangebots und der fehlenden flächendeckenden Meldepflicht von einer deutlichen Unterdiagnostik dieser Infektion gerade bei älteren Frauen und heterosexuellen Männern ausgehen.

In den Gesundheitsämtern Sachsens gibt es über die genannte Richtlinie für niedergelassene Ärzte ein Screeningangebot für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter sowie für Männer, die Sex mit Männern haben. Außerdem können in Ausnahmefällen auch sonstige Frauen und Männer gescreent werden. Im Gesundheitsamt Dresden gab es 2014 51 nachgewiesene Chlamydieninfektionen, davon 31 Männer. Von diesen gehörten wiederum 17 der Gruppe der MSM an.

Humane Papillomviren

Humane Papillomviren (HPV) gehören zu den häufigsten sexuell übertragbaren Viren

weltweit. Derzeit sind mehr als 140 Subtypen bekannt, von denen einige Feigwarzen, sehr wenige Krebs verursachen können [24]. Am verbreitetsten ist das Cervixkarzinom, aber auch Analkarzinome und seltener Genitalkarzinome. Zudem gehen neuere Studien davon aus, dass eine Infektion mit bestimmten Subtypen ein höheres Risiko für ein bestimmtes Speiseröhrenkarzinom (ösophageales Plattenepithelkarzinom – OSCC) darstellt [25].

Eine Meldepflicht nach IfSG besteht nicht. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass sich fast jeder Mensch in seinem Leben mit mindestens einer Form des HPV infiziert – meist jedoch ohne bzw. ohne schwerwiegende Folgen. Etwa 12 Subtypen werden als Hochrisikotypen eingestuft, die Zellveränderungen bewirken können, die sich zum Karzinom weiterentwickeln können. Darunter vor allem die Typen 16 und 18, gegen die eine Impfung wirkt [26]. Diese Impfung wird für Mädchen zwischen 9 und 14 (max. 18) Jahren empfohlen und auch von den Krankenkassen bezahlt [9]. Jungen bekommen diese Impfung in Deutschland nicht empfohlen, auch wenn sie für Jungen zugelassen ist und internationale Studien die Wirksamkeit nachgewiesen haben [27]. In Australien wurde das bereits für Mädchen bestehende Schulimpfprogramm auf Jungen ausgeweitet [28].

Schlussfolgerungen

Die beschriebenen sexuell übertragbaren Infektionen eröffnen im Fokus von männlicher Sexualität und Männergesundheit die Themen Verhalten und Prävention.

Es fällt auf, dass eine Beschäftigung mit STI – gerade weil es zunächst nur um nüchterne Daten geht – einen geschlechterdifferenzierten Blick eröffnet. In Deutschland sind außer bei Chlamydien, deren Infektionsstatistik vor allem durch das ungleiche Screeningangebot für Frauen und Männer verzerrt wird, von

allen beschriebenen sexuell übertragbaren Infektionen mehr Männer betroffen. Dies hat mit den Transmissionsmechanismen, vor allem aber auch mit dem Sexualverhalten zu tun. So fällt auf, dass das statistische Ausmaß promiskuen Verhaltens in den Formen, in denen eine »reine« männliche Sexualität anzutreffen ist (MSM), ungleich größer als im heterosexuellen oder weiblich-homosexuellen Bereich ist [29]. Doch auch dort, wo im weltweiten Vergleich ebenso viele oder mehr Frauen von einer STI betroffen sind, etwa bei HIV-Infektionen, werden die Ursachen auch hier dem männlichen Sexualverhalten angerechnet [30]. Von einem – nicht individuell, aber statistisch relevanten – ungleichen Sexualverhalten von Frauen und Männern muss und wird beim Thema sexuell übertragbarer Infektionen ausgegangen. Beispielsweise ergab die STD-Sentinel-Surveillance des Robert Koch-Instituts ein deutlich höheres promiskues Verhalten von Männern gegenüber dem von Frauen – auch in festen Partnerschaften [31]. Und dieser Befund scheint, gerade mit Blick auf die sexuell übertragbaren Infektionen über die Kulturen und konkreten gesellschaftlichen Bedingungen hinweg, bestandsfest. In den westlichen Kulturen zeigt sich dies insbesondere an den insgesamt hohen Infektionsraten im Bereich der »Männer, die Sex mit Männern haben«.

Auf dieser Grundlage wirken sich dann die Unterschiede im gesellschaftlichen Umgang mit Homosexualität und in der Stellung der Geschlechter aus. In den Gesellschaften, in denen die heterosexuelle Transmission etwa bei HIV vorherrscht, spielen beispielsweise wirtschaftliche Themen wie Armut, familienferne Beschäftigung der Männer, aber auch Prostitution und gesellschaftliche Tabuisierungen bestimmter Formen von Sexualität oder auch von Infektionsmechanismen eine wesentliche Rolle [30]. Prostitution ist über alle gesellschaftlichen und historischen Grenzen hinweg eine unveränderlich geschlechtsheterogene Erscheinung. Diese unterliegt natürlich Schwankungen und im Sexualverhalten

spiegeln sich immer gesellschaftliche Determinanten wieder. Zudem sagen Statistiken nichts über die konkreten individuellen Ausprägungen aus, sondern geben lediglich allgemeine Tendenzen wider. Dennoch macht das Thema der STI eine grundlegende Differenz im Sexualverhalten von Frauen und Männern deutlich, die nicht wegdiskutiert werden kann.

Diese Feststellung ist auch für die Prävention sexuell übertragbarer Infektionen von entscheidender Bedeutung. Die Vorstellungen einfacher Modulation auch männlicher Sexualität gehen an der Lebenswirklichkeit vorbei. Dabei fällt auf, dass trotz betonter Toleranz gegenüber unterschiedlichen sexuellen Orientierungen bestimmte Formen männlicher Sexualität moralisch abgewertet werden. Zwar hat die bundesdeutsche AIDS-Prävention für die Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben, aufgezeigt, dass Prävention dort am Wirksamsten ist, wo sie die Lebenswelt der Zielgruppen akzeptiert. Jedoch scheint unsere Gesellschaft diese Toleranz eher für marginalisierte Gruppen von Männern aufzubringen. Dem Mann als Mann gilt dieses Verstehen nicht, wie derzeit beispielsweise die Prostitutionsdiskussion zeigt [32].

Handlungsempfehlungen

In diesem Sinn gilt die Forderung der WHO, STI-Prävention auf spezifische Zielgruppen zu fokussieren und sich auf deren Lebenswirklichkeit zu beziehen [1], auch für die gesamte Gruppe der Männer. Männliche Lebenswelten und spezifisch männliche Lebenssituationen müssen identifiziert, akzeptiert und in wirksame Präventionskonzepte gerade für den Bereich der Sexualität einbezogen werden. Dieses Thema betrifft sowohl die Forschung als auch den gesellschaftlich-politischen Diskurs.

Diese Überlegungen betreffen zudem nicht nur umfassende präventive Programme. Auch unmittelbare Interventionen wie das Chlamydien-Screeningangebot oder die HPV-Impfung,

die sich derzeit in einem geschlechtsspezifischen Ungleichgewicht befinden, müssen die Männer und deren Lebenssituation deutlicher als bisher in den Blick nehmen. Zumal die bisherige Praxis dem Beziehungsaspekt, der mit sexuellen Begegnungen und damit auch mit den STI verbunden ist, nicht gerecht wird.

Es sind daher neben der Mahnung, in Präventionsaktivitäten immer auch Männer unterschiedlicher sexueller Orientierung einzubeziehen, auch die konkreten Forderungen nach einem kostenfreien Chlamydien-Screening für Männer (Altergrenze bis 30) sowie der Einbeziehung von männlichen Jugendlichen in die HPV-Impfempfehlungen nach australischem Vorbild zu stellen.

Literatur

- 1 World Health Organization (WHO). Sexually transmitted infections. 2015 [zitiert am 5.10.2015]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>.
- 2 Rosenbrock R. AIDS-Prävention – ein Erfolgsmodell in der Krise. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz. 2007;50:432–441.
- 3 Universität Bielefeld. Wissenschaft öffentlich. Erfolge im Kampf gegen Infektionen. 2005 [zitiert am 5.10.2015]. <https://www.uni-bielefeld.de/Universitaet/Einrichtungen/Zentrale%20Institute/IWT/FWG/Infektionen/Erfolg.html>.
- 4 Robert Koch-Institut. HIV-Diagnosen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. epid bull. 2015;27:239–251.
- 5 UNAIDS. AIDSInfo. 2015 [zitiert am 5.10.2015]. <http://aidsinfo.unaids.org/>.
- 6 European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2013. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2014 [zitiert am 5.10.2015, S.30,32]. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-report-Europe-2013.pdf>.
- 7 Robert Koch-Institut: Virushepatitis B und D im Jahr 2014. epid bull. 2015;29:271–284.
- 8 World Health Organization (WHO). Hepatitis B. 2015 [zitiert am 6.10.2015] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en>.
- 9 Robert Koch-Institut: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Stand August 2015 [zitiert 6.10.2015]. <http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/impfen.html>.

- www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html.
- 10 Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen. Stand 01.01.2015 [zitiert am 6.10.2015]. https://www.gesunde.sachsen.de/download/luu/LUA_HM_Impfempfehlungen_E1.pdf.
 - 11 Robert Koch-Institut. Hepatitis C. RKI-Ratgeber für Ärzte. 2015 [zitiert am 06.10.2015]. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HepatitisC.html#doc2389942bodyText5.
 - 12 Robert Koch-Institut. Hepatitis C im Jahr 2014. *epid bull.* 2015;30:289–299.
 - 13 Robert Koch-Institut: Gonorrhoe und Syphilis in Deutschland bis zum Jahr 2000. *epid bull.* 2001;38:287–291.
 - 14 Robert Koch-Institut. *SurvStat@RKI 2.0*. [zitiert am 20.9.2016]. <https://survstat.rki.de>.
 - 15 Robert Koch-Institut. Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland (Stand: Ende 2013). *epid bull.* 2014;44:429–437.
 - 16 Schmidt AJ, Marcus U, Hamouda O. KABA-STI-Studie. Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich sexuell übertragbarer Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichem Sex. Robert Koch-Institut: Eigenverlag; 2007.
 - 17 Stiehler, M. Neue Wege der HIV-Prävention. Das Konzept des subjektiven Risikomanagements bei »Männern, die Sex mit Männern haben«. *MedWelt*. 2009;60 9:266–270.
 - 18 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC): Surveillance report. Sexually transmitted infections in Europe 2012. [zitiert am 13.10.2015]. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/sexually-transmitted-infections-europe-surveillance-report-2012.pdf>.
 - 19 Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSGMeldeVO) vom 3. Juni 2002, rechtsbereinigt mit Stand vom 16. Dezember 2012, § 2 Abs. 2.
 - 20 Ehrhard I. Epidemiologie von HIV und STI. Vortrag auf der Jahrestagung der sächsischen AIDS-Berater am 17.6.2015 in Dresden.
 - 21 Robert Koch-Institut. Chlamydiosen (Teil 1): Erkrankungen durch *Chlamydia trachomatis*. [zitiert am 13.10.2015]. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Chlamydiosen_Teil1.html.
 - 22 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Surveillance report. Sexually transmitted infections in Europe 2012. [zitiert am 13.10.2015]. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/sexually-transmitted-infections-europe-surveillance-report-2012.pdf>.
 - 23 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch in der Fassung vom 10. Dezember 1985 zuletzt geändert am 21. Juli 2011. [zitiert am 14.10.2015]. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-557/ESA-RL_2011-07-21.pdf.
 - 24 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): HPV-Infektion. [zitiert am 15.10.2015]. <https://www.gib-aids-keine-chance.de/wissen/sti/hpv.php>.
 - 25 Neueste Medizinische Nachrichten: Faktoren, die HPV- und Speiseröhrenkrebs verlinken. [zitiert am 15.10.2015] <http://www.deutschmedizin.com/items/view/6370>.
 - 26 Deutsches Krebsforschungszentrum: HPV als Krebsrisiko. [zitiert am 15.10.2015]. <https://www.krebsinformationsdienst.de/vorbeugung/risiken/hpv2.php>.
 - 27 Robert Koch-Institut: Schutzimpfung gegen Humane Papillomaviren (HPV): Häufig gestellte Fragen und Antworten. [zitiert am 15.10.2015]. http://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/HPV/FAQ-Liste_HPVImpfen.html.
 - 28 Plaum P. Australien: Kondylome ade – dank HPV-Impfung. [zitiert am 10.5.2015]. <http://www.medscapemedizin.de/artikel/4901057>.
 - 29 Deutsche AIDS-Hilfe. Die KABA-STI-Studie. *HIV-Report.de* 2006;12: 6–10.
 - 30 Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Detailinformationen über die HIV-Epidemie: Aktuelle Situation und Trends. [zitiert am 15.10.2015]. http://www.bmz.de/de/was_wir_machen/themen/gesundheit/HIVAIDS/hintergrund/trends.html.
 - 31 Robert Koch-Institut: Sechs Jahre STD-Sentinel-Surveillance in Deutschland – Zahlen und Fakten. *epid bull.* 2010;3:20–27.
 - 32 Howe C. Männer(bilder) im Rahmen von Prostitution – die Konstruktion des Freiers. In: Luedke J Baur N (Hrsg.) *Was macht den Mann zum Mann. Beiträge zur Konstruktion von Männlichkeiten in Deutschland*. Opladen: Verlag Barbara Budrich; 2007:239–264.