

2003 Fachtagung

Dokumentation
der Fachtagung 2003 für
Aids-Fachkräfte und
Aids-KoordinatorInnen in NRW vom
6.-8. Mai 2003 in Schwerte.



**Verband der AidskoordinatorInnen
NRW e. V.**

Anschrift:

**VAK-NRW e.V.
c/o Dr. F. J. Ehrle,
Palmstr. 26,
50672 Köln**

www.vak-nrw.de

Inhalt

Inhalt.....	3
1 Epidemiologie von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen.....	5
1.1 HIV / AIDS.....	5
1.2 Syphilis.....	8
1.3 Gonorrhoe.....	9
1.4 Chlamydien.....	9
1.5 STD-Sentinel.....	9
1.6 Hepatitis.....	10
2 Open Space.....	11
2.1 Prävention mit und für Schwarzafricanern.....	11
2.2 Prävention im Gesundheitswesen allgemein.....	11
2.3 Öffentlichkeitsarbeit: Aufklärung weiter notwendig.....	12
2.4 Beratung von Migranten/innen.....	13
2.5 20 Jahre AIDS-Prävention und immer noch keine Regelungen der „Basics“ der HIV-Prävention.....	14
2.6 PEP – Postexpositionsprophylaxe. Perspektiven für die Versorgung vor Ort.....	15
2.7 LehrerInnenmaterial.....	16
3 Prävention sexuell übertragbarer Infektionen.....	18
3.1 Geschichte und juristische Aspekte.....	18
3.2 Situation der Workshop-Teilnehmer.....	19
3.3 Detaillierte Vorstellung der am häufigsten auftretenden Infektionen.....	19
3.3.1 virale Infektionen.....	19
3.3.2 bakterielle Infektionen.....	19
3.3.3 sonstige Infektionen.....	20
3.4 Erarbeitung von Präventionsbotschaften.....	20
3.4.1 Präventionsbotschaften für Jugendliche.....	20
3.4.2 Präventionsbotschaften für die Einzelberatung.....	21
3.4.3 Primärprävention in der Allgemeinbevölkerung.....	22
4 Interkulturelle Aspekte der Sexualpädagogischen Arbeit.....	23
4.1 Vorstellungsrunde.....	23
4.2 Wo habt ihr mit anderen Kulturen in eurem Alltag zu tun (außerhalb der Arbeit)?.....	23
4.3 Wäscheklammernmethode.....	24
4.4 Arbeitsbezug zum Thema.....	24
4.5 Geschichte meiner Aufklärung.....	25
4.6 Exkurs über Spätaussiedler.....	25
4.7 Auflockerungsübung: Der Wind weht für alle die.....	25
4.8 Fragestellungen und schwierige Situationen in der eigenen Arbeit, bei der die andere Kultur eine Rolle gespielt hat.....	26
4.8.1 Sprachprobleme.....	26
4.8.2 Welche Aspekte muß ich bei multikulturellen Gruppen (Eltern / Schüler) berücksichtigen?.....	26
4.8.3 Kollegiale Fallberatung.....	28
4.9 Ja / Nein Übung.....	28
5 Normen und Werte in der HIV-Arbeit.....	30

5.1	Theoretisches Verständnis der Bedeutung, Entstehung, Relevanz und Problematik von Normen und Werten.....	30
5.2	Die wesentlichen ‚positiven‘ Effekte von Normen auf die Regulierung von Systemen.....	33
5.3	Die wesentlichen ‚negativen‘ Effekte von Normen auf die Regulierung von Systemen	34
5.4	‚Entstehung‘ oder ‚Stiftung‘ von Normen (und Werten)	36
5.5	‚Entstehung‘ oder ‚Stiftung von Normen innerhalb einer Gruppe	37
5.6	‚Entstehung‘ und ‚Stiftung von Normen in Individuen	37
5.7	Thesen zum Problem der ‚Flexibilität‘ von Normen	37
5.8	Begründung und Legitimierung von Normen	38
5.9	‚Vermeidbarkeit‘ von Normen	38
5.10	Normen und Werte in Beziehungen.....	39
6	Abschlussplenum am 08.05.03	42
	Anhang	43
7	Sexuell übertragbaren Infektionen	43
	Detaillierte Vorstellung der am häufigsten auftretenden Infektionen	43
7.1	virale Infektionen.....	43
7.1.1	Hepatitis A.....	43
7.1.2	Hepatitis B.....	44
7.1.3	Hepatitis C.....	46
7.1.4	Condylomata acuminata	48
7.1.5	Condylomata plana.....	50
7.1.6	Herpes genitalis.....	50
7.1.7	Herpes labialis (HSV, Typ I) tritt mit Bläschen am Mund auf.....	51
7.2	bakterielle Infektionen	51
7.2.1	Chlamydien-Infektionen.....	51
7.2.2	Mykoplasmen-Infektionen.....	52
7.2.3	Gonorrhö.....	53
7.2.4	Syphilis	55
7.2.5	Treponematosen.....	59
7.3	sonstige Infektionen	60
7.3.1	Kandidose.....	60
7.3.2	Trichomoniasis	60
7.3.3	Parasiten (Amöben) im Darm.....	61
7.3.4	Epizoonosen:	61
7.3.5	Filzläuse (Phthiriasis pubis).....	61
7.3.6	Krätze (Scabies).....	61

Impulsreferat

1 Epidemiologie von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen

Dr. Osamah Hamouda

Protokoll: Karin Hoeltz

Herr Dr. Hamouda ist Leiter des Fachgebietes „HIV/AIDS, STD und Hepatitis B/C“ innerhalb der Abteilung Infektionsepidemiologie des Robert-Koch-Institutes RKI.

1.1 HIV / AIDS

Weltweit leben 42 Millionen Menschen mit HIV/AIDS. Jährlich ist mit 5 Millionen Neuinfektionen zu rechnen. 3 Millionen Menschen sterben im Jahr an AIDS.

Mit 29,4 Millionen Betroffenen ist Afrika südlich der Sahara am stärksten betroffen. Starke Zunahmen der Neuinfiziertenzahlen sind in Süd-Ost-Asien, China und Osteuropa zu verzeichnen.

Durch die Einführung der HAART (Hochaktive antiretrovirale Therapie) hat sich in den reichen Ländern der Ausbruch von AIDS verzögert:

Die AIDS-Fallzahlen sind zurückgegangen und nicht mehr als Indikator der epidemiologischen Situation in den Ländern zu verwenden.

Während die AIDS-Zahlen in Spanien und Portugal die höchsten europäischen Werte annehmen und von Südwest nach Nordost in Europa abnehmen, sieht es bei den HIV-Inzidenzen umgekehrt aus, was nicht zuletzt auf die enorme Zunahme der Inzidenzen in Russland und Estland zurückzuführen ist.

An **Surveillance-Instrumenten** gab und gibt es in Deutschland:

AIDS-Fallregister	1982	freiwillig, gute Daten
Blutspender-Screening	1985	
Meldepflicht für positive HIV-Tests	1987, Laborberichtspflichts-Verordnung	
HIV-Sentinel-Surveillance	1991	in neuen Bundesländern
AUT bei Neugeborenen	1993-1999	Berlin und Niedersachsen
Klinische Surveillance der HIV-Krankheit	1999	Meldungen aus 18 großen Kliniken: 50% der HIV-Infizierten erfasst
Meldepflicht für bestätigte Tests	2001 IfSG	

Zur Zeit werden in Deutschland konstant ca. 2000 HIV-Infektionen im Jahr diagnostiziert. 500 Menschen sterben im Jahr an AIDS. Die Zahl der Menschen, die mit HIV/AIDS leben, steigt also langsam an.

Die Meldedaten vor 1993 sind aufgrund von Doppelmeldungen zu hoch, da erst seit 1993 auf sichere Erstmeldungen geachtet wird. Insofern arbeitet das Epidemiologische Bulletin nur mit den Meldungen ab 1993, was zu falsch niedrigen Zahlen führen muss, wodurch Legitimationsdiskussionen in der Kommune erschwert werden könnten. Dr. Hamouda riet, immer wieder deutlich zu machen, dass **Meldedaten nie ein Abbild der Wirklichkeit sein können sondern immer nur ein Mosaikstein.**

Durch Übersendung des Meldedurchschlages an den einsendenden Arzt/Ärztin ab dem 2. Halbjahr 1998, wodurch auf freiwilliger Basis weitere epidemiologische Informationen erhoben werden können, stieg die Datenqualität.

Seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes 2001 erhält das RKI zu 85 - 90 % kodierte Meldungen, zu 10 - 14 % vollständig anonyme. Für die Meldung aus den anonymen Beratungsstellen der Gesundheitsämter meinte Herr Dr. Hamouda, dass eine Codierung nach IfSG schön wäre aber nicht unbedingt sein müsse. **Beratung hat Vorrang vor Datenerfassung** - so lautet seine Position.

Dass seit 1993 die Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen von über 2000 auf unter 2000 im Jahr zurückgegangen zu sein scheinen (mit zwischenzeitlicher Zunahme um 1997/98 nach Vancouver), hält er für eine Frage der Datenqualität, bzw. eine Funktion von verschiedenen Einflussfaktoren wie Testangebot, Präsenz des Themas in der Presse usw. . Denn die Zahlen sagen ja nur etwas über die neu diagnostizierten HIV-Infektionen, nichts über tatsächliche Inzidenzen aus!

Von wie vielen Faktoren die Datenqualität abhängt, zeigt auch ein Einbruch im Meldverhalten nach Einführung des Infektionsschutzgesetzes. Der Passus, dass bestätigte Tests gemeldet werden müssen, führte bei kleinen, bis dato gut kooperierenden Laboren, die nur den Elisa selber durchführen und den Bestätigungstest fremd vergeben, dazu, dass sie im Vertrauen auf die Meldepflicht des anderen Labors nicht mehr meldeten. Aufgrund von internen Umstellungen im RKI fiel der Rückgang der Meldungen zunächst auch nicht weiter auf!

Unter den Meldungen mit bekanntem Infektionsweg machen Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben, 50% aus, bezogen auf alle Meldungen 38%. Um Anzeichen auszumachen, dass HIV -Infektion zunimmt, was vielen subjektiven Beobachtungen entspricht, muss man die Gruppe der Männer (75% der Infizierten) betrachten. Statistisch signifikant ist die Zunahme in 2002 nicht, es kann aber speziell in der Gruppe der MSM u.U. eine kleine Zunahme zu verzeichnen sein.

Für Frauen gilt:

Sie haben einen Anteil von 25% unter den Neudiagnostizierten. Über die Jahre seit 1993 wurden sehr konstant 450 Infektionen pro Jahr diagnostiziert. Hier ist keine Zunahme auszumachen, wohl aber eine deutliche Zunahme des Anteils der Frauen aus Hochprävalenzländern (HPL), der inzwischen bei 50% liegt!

Das Durchschnittsalter zum Diagnosezeitpunkt soll helfen zu ermitteln, wie viele Neuinfektionen es gibt. Unter der Voraussetzung, dass es keine erheblichen Abweichungen beim Infektionszeitpunkt gibt, bedeutet ein ansteigendes Alter zum Diagnosezeitpunkt, dass es keine Neuinfektionen gibt. Der Pool der Infizierten altert, bis die Betroffenen peu à peu diagnostiziert werden. Junge Neuinfizierte kommen nicht mehr hinzu. Umgekehrt bedeutet ein gleichbleibendes oder gar sinkendes Alter, dass sich viele junge Menschen neu infizieren. In Deutschland sind die Zahlen nicht richtig verwertbar.

Dass viele Neudiagnostizierte aus einigen großen Städten zu kommen scheinen, ist teilweise auf einen systematischen Fehler zurückzuführen:

Die Postleitzahlen der meldenden Labors wurden eingesetzt anstatt die des Patientenwohnsitzes.

Neu eingeführt wurde die Aufgliederung nach Herkunftsland / -region. Daraus ergaben sich folgende Zahlen:

50 % stammen aus Deutschland und 16% aus der Subsahara-Region Afrikas. Bei 21% der Meldungen fehlt die Angabe.

Von den MSM stammen die meisten (72%) aus Deutschland. Von den betroffenen Heterosexuellen kommen 63% aus Deutschland und darüber hinaus viele aus Südostasien.

Bei den ivDU wurden in 44% Deutschland und 14% die GUS -Staaten als Herkunftsländer ermittelt.

Zum Zeitpunkt der Diagnose besteht zu 60% Stadium A, 20% Stadium B und immerhin 15-20% bereits Stadium C. Am frühesten erfahren i.v.-DrogengebraucherInnen von ihrer HIV-Infektion, nämlich zu 75% im Stadium A. Auch Menschen aus Hochprävalenzgebieten erfahren zu 70% im Stadium A von ihrer Infektion (wahrscheinlich oftmals im Rahmen der Schwangeren-Untersuchungen), während das in der Gruppe der MSM und Heterosexuellen nur zu 60% gelingt.

Für das Vollbild AIDS gibt es folgende Beobachtungen:

Bis 1994 gab es eine stetige Zunahme unter den neuen AIDS-Diagnosen, abgesehen von einer kleinen Delle Ende der 80er Jahre, die auf die PCP-Prophylaxe zurückzuführen ist. Mit Einführung der Proteaseinhibitoren und HAART sind die

AIDS-Neudiagnosen abgefallen auf zur Zeit konstant 500 - 600 Fälle im Jahr. Das gilt analog für die Untergruppen der MSM und der Heterosexuellen. In der Gruppe der HPL und besonders der ohne Angaben ist dieser Rückgang nicht so sehr zu beobachten, wahrscheinlich weil insbesondere in der letzten Gruppe viele Menschen erst im Stadium AIDS diagnostiziert werden und von daher die Möglichkeiten der HAART nicht nutzen können.

Die meisten Menschen, die eine AIDS-definierenden Erkrankung entwickeln, wissen maximal ein halbes Jahr von ihrer Infektion und haben zum größten Teil (80%) keine HAART bekommen.

Das Alter bei Ausbruch von AIDS steigt in allen Gruppen an. Auch das Sterbealter nimmt zu.

Die AIDS-Fallbögen zur freiwilligen Meldung von AIDS-Fällen gibt es nach wie vor beim RKI. Dr. Hamouda äußert die Bitte an diejenigen, die Todesscheine durchsehen, dass auf diesen AIDS-Fallbögen der Tod von Menschen mit AIDS an das RKI gemeldet wird, wenn als Todesursache „AIDS“ vermerkt ist.

1.2 Syphilis

Durch Änderungen der gesetzlichen Meldevorgaben und dadurch bedingte Änderungen des Meldeverhaltens sind ältere Zahlen und damit längerfristige Trends nur eingeschränkt verwertbar.

Betrachtet man die addierten Zahlen aus der Bundesrepublik und der DDR, so lässt sich ein Anstieg bis ca. 1980 und anschließender Abfall beobachten. Wenn auch Männer auf höherem Niveau betroffen waren, verliefen die Kurven für Frauen und Männer parallel.

Seit Inkrafttreten des IfSG im Jahre 2001 wird eine Zunahme der Syphilismeldungen registriert, vor allem bei Männern. Die Gruppe der Frauen war durch die intensive Überwachung von Prostituierten immer schon relativ gut erfasst. Bei ihnen ist keine wesentliche Zunahme an Infektionen zu verzeichnen.

Die Zahl der betroffenen Männer hat sich verdreifacht, deutlicher als durch verändertes Meldeverhalten erklärbar wäre! Besonders betroffen ist die Altersgruppe der 30- bis 40-Jährigen. Die Betroffenen leben vor allem in den Ballungsräumen und Großstädten. Das gilt auch für andere europäische Länder.

Zur Hälfte der gemeldeten Fälle gibt es keine Angaben über wahrscheinliche Infektionswege.

In der Gruppe der Männer mit Angabe zum Infektionsweg macht Sex zwischen Männern (MSM) zwei Drittel der Ursachen aus. Bei Frauen sind 80% heterosexuell. Sex-Workerinnen sind kaum betroffen.

In der Gruppe der MSM mit Syphilisdiagnose sind 30 – 40 % gleichzeitig mit HIV infiziert. HIV-Infizierte erwerben häufiger eine Syphilis als HIV-Negative. Mögliche Ursachen könnten sein, dass HIV- Infizierte dank HAART glauben, nicht infektiös zu sein und auf Schutzmaßnahmen verzichten, oder dass durch die intensive Diskussion über Safer-Sex-Richtlinien für HIV weitere Infektionswege für andere STI außer Acht gelassen werden wie z.B. orale Praktiken oder Fisting.

Für die Testberatung ist es wichtig, immer auch auf Syphilis hinzuweisen.

RKI, DAGNÄ und STD-Gesellschaft wollen eine Empfehlung für eine Querfinanzierung erarbeiten, so dass bei Wunsch nach einem HIV-AK-Test eine Untersuchung auf Syphilis angeboten werden kann und umgekehrt. So könnte die notwendige systematischere Untersuchung vorangerieben werden.

1.3 Gonorrhoe

Gegen die Empfehlung des RKI ist die Gonorrhoe laut IfSG nicht mehr meldepflichtig – im Gegensatz zur vorherigen Meldepflicht nach Geschlechtskrankengesetz. Der politische Grund für den Ausschluss war, die Zahl meldepflichtiger Krankheiten gering zu halten, um das Meldeverhalten zu verbessern. Für die Surveillance von Trends in der STI- und HIV-Epidemiologie ist diese Entscheidung schlecht.

1.4 Chlamydien

Hier gilt Ähnliches wie für die Gonorrhoe. Während Chlamydien-Infektionen fast überall in Europa meldepflichtig sind, gibt es im IfSG keine entsprechende Vorgabe. Herr Dr. Hamouda hofft, dass im Zuge von EU-Richtlinien Chlamydien- und Gonokokken-Infektionen meldepflichtig werden.

Er ermuntert die AIDS-Koordinator/innen, auf Länderebene bei den zuständigen Politiker/innen ein Bewusstsein für die Notwendigkeit der erweiterten Meldepflicht im STI-Bereich zu schaffen, damit diese Infektionen bei der nächsten fälligen Novellierung des IfSG in ca. 1 – 2 Jahren aufgenommen werden können.

1.5 STD-Sentinel

Durch die Zusammenführung der Daten aus 70 Gesundheitsämtern, 15 Fachambulanzen und 150 Praxen erhofft sich das RKI Erkenntnisse über die Häufigkeit und geographische Verteilung sowie epidemiologische Trends von einer Vielzahl von Erregern.

Gelder für eine kostenlose Untersuchung auf HPV und Chlamydien sollen bereitgestellt werden.

Das Ganze ist noch in der Aufbauphase. Am 9.5.03 findet das erste gemeinsame Treffen aller Kooperationspartner statt.

1.6 Hepatitis

Hier besteht das gleiche Dilemma wie für HIV:

Der genaue Infektionszeitpunkt lässt sich kaum eruieren. Das gilt für die Hepatitis C noch stärker als für die Hepatitis B.

Die Datenmisch-Situation bezüglich Hepatitis C ähnelt der bei HIV. Erschwerend kommt hinzu, dass die Hepatitis C-Daten nach 3 Jahren vernichtet werden müssen.

Dr. Hamouda hält es für erforderlich, ein ähnliches bundesweites Meldesystem für Hepatitis C aufzubauen wie für HIV, um bereits eingegangene Meldungen abgleichen und neu diagnostizierte Fälle ausmachen zu können. Wenn auch das jetzige Verfahren besser ist als das nach BSeuchG, ist es noch nicht ausgereift.

Bezüglich der Hepatitis B sieht er die vordringlichste Aufgabe aller im Gesundheitsbereich Tätigen, die Schutzimpfung zu propagieren.

2 Open Space

Protokoll: Dr. Franz-Josef Ehrle

2.1 Prävention mit und für Schwarzafrikanern

Kurzprotokoll

Bearbeitete Inhalte:

- Wer ist diese Zielgruppe?
- Wie und wo sprechen wir sie an?
- Wer spricht sie an?
- Unser Auftrag kollidiert mit den Erwartungen
- Klare Erläuterungen des Immundefektes

Ziele, Empfehlungen, Vereinbarungen

- Breitestmögliche Informationen über Hilfesysteme zum Thema HIV/AIDS in Deutschland
- Verständliches Vermitteln von Schutz, Behandlung und
- Verantwortungsvoller Umgang mit der Krankheit

Aber:

- Unser Auftrag kollidiert mit den Erwartungen
- Akzeptanz des Anderen

Folge:

vor diesem Hintergrund ist Zusammenarbeit möglich

Initiator:	Mitwirkende:
Johanna Häring	Annegret Schreeck

2.2 Prävention im Gesundheitswesen allgemein

Kurzprotokoll

Bearbeitete Inhalte:

- Überschneidungen verschiedener Bereiche

- Über Vernetzung nachdenken → wer/was kann vernetzt werden? → personelle Ressourcen → Zielgruppen → Krankheiten → Multiprofessionalität → Kompetenzen
- Wie erreiche ich welche Zielgruppe?
- Bedarf

Ziele, Empfehlungen, Vereinbarungen

- Lebenskompetenzen fördern → Selbstbestimmung und Selbstwahrnehmung, Lebensvisionen ermöglichen
- Methodensammlungen anlegen, die mit verschiedenen Inhalten gefüllt werden könnten/Präventionsarbeitskreis
- Politischen Rückhalt suchen
- Bedarf anzeigen/abklären
- Auf attraktive Ansprache achten/altersgemäß, zielgruppengemäß
- Auf Kooperation und Vernetzung setzen
- Anregung:
- Kommunale Gesundheitskonferenz einbeziehen

Initiator:	Mitwirkende:
Thomas Götzmann	Dr. Ilse Stemplewski, Josef Breetz, M. Lehre, W. Bergtholdt, C. Kröger, A. Schmitz, K. Hoeltz, R. Matzke, Th. Wüst, T. Götzmann, A. Petzoldt

2.3 Öffentlichkeitsarbeit: Aufklärung weiter notwendig

Kurzprotokoll

Bearbeitete Inhalte:

Es war Konsens, dass nicht ein Artikel landweit veröffentlicht werden sollte, sondern jede AIDS-Fachkraft möglichst oft Artikel schreiben sollte. Mögliche Ideen und Artikel:

- 15 Jahre + 1 AIDS-Aufklärung/-Koordination
- Konkreter Fall von Diskriminierung (Zahnarztbesuche, Kindergartenplatz, Operation)
- HIV-Test:

- viele erst Jahre nach Infektion
- Besonders die 30-40jährigen sind betroffen; lange Partnerschaft beendet – neu verliebt → infiziert
- Pausenaktion in berufsbildender Schule mit Beratungsstand über mehrere Tage bis Wochen
- Aktion mit Sportverein z.B. Hockey
- Aktion mit Reisebüro (3-4.000 Mappen für Alleinreisende)
- Gemeinsamer Flyer zu Sexualpädagogik vor Ort (gesponsert von Lions/Rotary Club etc.)

Ziele, Empfehlungen, Vereinbarungen

- Filmplakatbörse zugunsten der AIDS-Hilfe
- Wo ist PEP erhältlich vor Ort → viele Presseveröffentlichungen im Jahr nicht nur zum WAT

Zusätzliche Anregung:

- Veröffentlichung AIDS-Dialog
- Bürgerradiosendung
- Musterartikel → VAK e.V.

Initiator:	Mitwirkende:
Karola Born	Helga Scheil-Goemann, Claudia Pollmann, Elvira Dzikonski, Susanne Oheim, Harriet Fischer, Renate Kaspar, Waltraud Bergthold

2.4 Beratung von Migranten/innen

Kurzprotokoll

Bearbeitete Inhalte:

Probleme:

- zu wenig Dolmetscher (keine finanzielle Möglichkeit, kulturbedingte Hemmschwelle behindert korrekte inhaltliche Übersetzung)
- Mangelndes Wissen der Berater/innen über Kultur

- Deutsche Materialien zur Prävention sind nicht übertragbar auf andere Kulturkreise
- Illegale Personen → großes Problem bei Versorgung
- Problem bei der medizinischen Versorgung. Mangelnde Compliance, halten Sprechzeiten nicht ein, keine regelmäßige Einnahme von Pillen usw.
- Andere Gesundheitsvorstellungen

Ziele, Empfehlungen, Vereinbarungen

- Interdisziplinärer Austausch
- Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsämter
- Kooperation mit Einrichtungen, die Migranten/innen erreichen (einschl. Qualifizierung zu HIV etc.)

Initiator:	Mitwirkende:
Manfred Weber-Schulte	Sabine Wentzky, Gaby Neumann-de Burgos, Ilona Sowa, Heidi Hoeboer

2.5 20 Jahre AIDS-Prävention und immer noch keine Regelungen der „Basics“ der HIV-Prävention

Kurzprotokoll

Bearbeitete Inhalte:

- Fehlende Verpflichtung von kommerziellen Betreibern von Gaststätten, Saunen, Bordellen, Sex-Clubs, Sex-Kinos, Swinger-Clubs etc. zur kostenlosen Abgabe von Kondomen/Gleitmitteln an die Besucher dieser Einrichtungen
- HIV-AK-Tests ohne Einwilligung der Patienten
- Ablehnung von invasiven Eingriffen bei Vermutung/Vorliegen einer HIV-Infektion
- Kostenübernahme neuer Behandlungsmethoden durch Kostenträger
- Ausschluss von Lebensversicherungen, wenn Verdacht auf eine HIV-Infektion besteht (v.a. bei homosexuellen Männern)
- Unnötige, aber teure Kondomumverpackungen

Ziele, Empfehlungen, Vereinbarungen

- Auflagenerteilung nach Gaststättengesetz und/oder IfSG
- Verankerungen entsprechender Regelungen bei einer Novellierung des IfSG
- Aufnahme von entsprechenden Regelungen in das Antidiskriminierungsgesetz
- Aufarbeiten der Inhalte durch die Landeskommission AIDS NRW mit entsprechenden Empfehlungen an die Landesregierung
- Mobilisierung von Bundes-/Landtagsfraktionen
- Veröffentlichung in AIDS-Dialog und anderen Medien
- Aufhebung der entsprechenden Verordnung bzw. Prüfung, ob diese noch in Kraft (bzgl. Umverpackungen bei Kondomen; im Ausland gilt die EN, die eine solche Umverpackung nicht vorsieht)
- Kooperationspartner suchen

Initiator:	Mitwirkende:
Franz-Josef Ehrle	Brigitte Menze, Astrid Schweppe, Helga Tolle

2.6 PEP – Postexpositionsprophylaxe. Perspektiven für die Versorgung vor Ort

Kurzprotokoll

Bearbeitete Inhalte:

- Bestandsaufnahme Situation Stadt – Land
- Indikationen
- Erreichbarkeit von Beratungs- und Versorgungseinrichtungen
- Informationsverbreitung
- Problematische Aspekte:
- ‚Freibriefmentalität‘, unreflektierter Einsatz
- Zielgruppen

Ziele, Empfehlungen, Vereinbarungen

- Konkrete Anlaufstelle, die PEP durchführt
 - Allgemein bekannt
 - Hohe Fachkompetenz

- 24stündige Erreichbarkeit
- Informationsverbreitung
- Zielgruppenspezifisches Fachwissen
 - Fortbildung
 - Flyer
- Verweis auf Anlaufstelle über:
 - Anrufbeantworter der eigenen Beratungsstelle
 - Internet
 - Flyer
 - BZgA-Beratungstelefon
 - Schwerpunktpraxen

Initiator:	Mitwirkende:
Uschi Backes, Beate Guse	Ingrid Beifuß, Franz-Josef Ehrle, Rüdiger Panhorst

2.7 LehrerInnenmaterial

Kurzprotokoll

Bearbeitete Inhalte:

- Unterrichtspraxis Biologie, Bd. 11, Menschliche Sexualität und Entwicklung, Aulis Verlag, Kapitel:
- Übertragungswege von HIV

Ziele, Empfehlungen, Vereinbarungen

- a. Material bedarf der Richtigstellung
- b. Geklärt werden muß noch:
 - Ist eine Neuauflage geplant bzw. gibt es eine solche bereits
 - Fortbildungsveranstalter
 - Fortbildungsleiter/Zeitpunkt der Fortbildung
- c. Im Namen des SprecherInnenkreises werden Schreiben gehen an:
 - Verlag
 - FortbildungsleiterIn
 - Kultusminister
 - Herr Lesser, MGSFF

- Veranstalter der Fortbildung
- Info-Schreiben an SprecherInnenkreis der Youthworker

Initiator:	Mitwirkende:
Beate Guse	Ingrid Beifuß, Thomas Wüst, Matthias Lehre, Karin Hoeltz, Susanne Oheim, Renate Kaspar, Rüdiger Panhorst

Workshop 1

3 Prävention sexuell übertragbarer Infektionen

Referent: Dr. phil. Dr. med. Stephan Dressler, Berlin

Protokoll: Karola Born

3.1 Geschichte und juristische Aspekte

Früher sprach man von Geschlechtskrankheiten als sogenannten venerischen Krankheiten (venus: lat.: sinnliches Begehren). Nicht die Infektion, sondern nur die Symptome der Erkrankung konnten festgestellt werden.

1927 wurde in Deutschland der Vorläufer für das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erlassen (GeschlechtskrG v. 23.7.1953, geändert am 2.3.1974). Im § 1 wurden die Krankheiten, die vorwiegend durch sexuelle Kontakte übertragen wurden, aufgezählt:

Syphilis (Lues), Tripper (Gonorrhoe), weicher Schanker (Ulcus molle) und Venerische Lymphknotenentzündung (Lymphogranulomatosis inguinalis Nicolas und Favre). Bis vor einigen Jahren beschränkte sich die venerologische Tätigkeit der Ärzte auf diese „klassischen Geschlechtskrankheiten“.

Nach dem GeschlechtskrG waren die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mit Feststellung, Erkennung und Heilung der Erkrankung sowie die vorbeugende und nachgehende Gesundheitsfürsorge Aufgabe der Gesundheitsämter. Minderbemittelte Kranke erhielten kostenlose Behandlung. In wenigen Fällen erfolgten eine Zwangsdiagnostik und eine Zwangstherapie.

Das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (BseuchG) galt ab 18.7.1961. Übertragbare Krankheit im Sinne des Bundes-Seuchengesetzes war auch die Hepatitis.

Seit dem 1.1.2001 hat das Infektionsschutzgesetz (IfSG) sowohl das Bundes-Seuchengesetz als auch das Geschlechtskrankengesetz abgelöst. Es regelt u.a. die Meldepflicht (z.B. bei Erregernachweis, klinischen Verdacht oder Tod) und gibt Gesundheitsämtern die Möglichkeit, Betroffenen Beratung und Unterstützung (auch aufsuchend) anzubieten. Aufgrund des kurzen Zeitraums und der vergleichsweise geringen Erfahrungen mit dem IfSG und den darin vorgesehenen Meldeverfahren ist eine abschliessende Beurteilung der bislang vorliegenden Daten insbesondere im Hinblick auf die Vollständigkeit der Erfassung von Erkrankungen derzeit noch nicht möglich.

Die Einteilung der „sexual transmitted infections“ (STI) erfolgt oft unterschiedlich. Die amerikanischen „Centers for Disease Control and Prevention“ (CDC) in der USA unterscheiden in ihren letzten Therapieempfehlungen nach der Symptomatik 39 verschiedene STI.

Es gibt Unterteilungen nach behandelbar/ nicht behandelbar, granulomatöse/nicht-granulomatöse/ulzerierende Erkrankungen, Klassifikation nach Erregern (v.a. Viren, Bakterien, Protozoen, Parasiten, Pilze) u.v.a.m.

3.2 Situation der Workshop-Teilnehmer

Die einzelnen Teilnehmer im Workshops haben sehr unterschiedliche Möglichkeiten zur Beratung und Prävention zu STI. Während einige Aids-Koordinatoren/innen allein AIDS bekämpfen sind in anderen Beratungsstellen auch die Verhütung anderer sexuell übertragbarer Infektionen und oder Tuberkulose angesiedelt. Einige AIDS-Fachkräfte übernehmen auch Tätigkeiten des amtsärztlichen Dienstes. Auch die personelle Ausstattung der Beratungsstellen sowie die Untersuchungs- und Betreuungsmöglichkeiten variieren erheblich.

3.3 Detaillierte Vorstellung der am häufigsten auftretenden Infektionen

Ausführlich wurden folgende Infektionen vorgestellt. Eine detaillierte Beschreibung der Krankheiten befindet sich im Anhang:

3.3.1 virale Infektionen

- a Hepatitis A
- b Hepatitis B
- c Hepatitis C
- d Condylomata acuminata, andere Bezeichnungen:
- e Feigwarzen, Genitalwarzen, spitze Kondylome, Erreger:
- f humanes Papillomavirus (HPV) Typ 6 und 11.
- g Condylomata plana, andere Bezeichnungen:
- h flache Kondylome, Erreger:
- i humanes Papillomavirus (HPV) Typ 16 und 18.
- j Herpes genitalis
 - (Herpes labialis (HSV, Typ I) tritt mit Bläschen am Mund auf.)

3.3.2 bakterielle Infektionen

- a Chlamydien-Infektionen
- b Mykoplasmen-Infektionen

- c Gonorrhoe, andere Bezeichnungen:
- d Tripper, GO.
- e Syphilis, andere Bezeichnungen:
- f Lues venerea.
- g Treponematosen

3.3.3 sonstige Infektionen

- a Kandidose
- b Trichomoniasis
- c Weitere Parasiten (Amöben) im Darm
- d Epizoonosen:
 - Filzläuse (Phthiriasis pubis)
 - Krätze(Scabies)

3.4 Erarbeitung von Präventionsbotschaften

Es wurden in drei Arbeitsgruppen von den Workshop-Teilnehmern Präventionsbotschaften zu STI formuliert.

3.4.1 Präventionsbotschaften für Jugendliche

In der Arbeitsgruppe wurde ein erstes Konzept der Essener Beratungsstellen für sexuell übertragbare Krankheiten diskutiert. Das Angebot kann von verschiedenen Trägern abgefragt werden, aber auch aktiv mitgestaltet werden.

Folgende Botschaften wurden erarbeitet:

- HIV muss vermieden werden, weil es immer noch tödlich ist. Kondome schützen.
- Mit STI müssen wir zu leben lernen. Auch außerhalb des sexuellen Kontakts kann man sie bekommen, aber STI sind heilbar, und Kondome reduzieren das Risiko.
- Achte auf Deinen Körper. Wenn Du glaubst, dass etwas nicht stimmt (z.B. Ausfluss, Juckreiz, Brennen, anderer Geruch, Schwellung oder Rötung), geh zum Arzt (Gynäkologen oder Urologen) bzw. zu einer Beratungsstelle oder zu einer Person deines Vertrauens. Du brauchst dich nicht zu schämen. Die Symptome können zwar verschwinden, aber trotzdem zu schwerwiegenden Gesundheitsfolgen führen.

- Du solltest vor Hepatitis B geimpft sein (Auffrischung nach 10-15 Jahren).
- Mädchen:
- Ab 14 Jahren solltet ihr zur Vorsorgeuntersuchung zum Frauenarzt gehen.

Um die Körperwahrnehmung der Jugendlichen zu verbessern, können Tast-Memory und Riech-Parcours in der Sexualpädagogik eingesetzt werden.

3.4.2 Präventionsbotschaften für die Einzelberatung

Bei allen Personen, die in die AIDS-Beratung kommen, um sich auf HIV testen zu lassen, soll auf folgende STI **standardmäßig** hingewiesen werden:

- Chlamydien
- HSV
- HPV
- HBV

Das Risiko, sich mit diesen STI zu infizieren, ist wesentlich höher als die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich mit HIV angesteckt haben.

- Diese Standard-Info reicht oft für die Personen, die bei einer neuer Partnerschaft aus Fairness den HIV-Antikörper-Test machen lassen, bei Personen mit außerpartnerschaftlichen heterosexuellen Kontakten sowie bei Migranten aus Hochprävalenzländern. Für die Unterstützung der Beratung hat sich die BZgA-Broschüre „Ach übrigens“ bewährt.
- Bei Freiern sollte zusätzlich auf Gonorrhö und Syphilis hingewiesen werden, bei Freiern des Straßenstrichs ist ggf. die Gefahr der HCV zu erwähnen.
- Bei Männern, die Sex mit Männern haben, oder bei Menschen, die SM bevorzugen, sollten Hepatitis A, Gonorrhö, Syphilis und Krankheitserreger im Darm angesprochen werden. Auch die Gefahr von HCV-Übertragungen besteht, wenn auch die Zahl sexuell übertragbarer HCV-Infektionen noch nicht abschließend beurteilt werden kann.
- Bei Menschen mit berufsbedingtem Infektionsrisiko (medizinisches Personal, Polizei, Feuerwehr,...) sollte auf HCV hingewiesen werden.
- Für Frauen mit Kinderwunsch sowie für Schwangere könnten abhängig von der Anamnese auch Gonorrhö und Syphilis wichtig sein.
- Partnerinnen bzw. Partner von HIV-Positiven sollten die Gefahr von Gonorrhoe, Syphilis und HCV kennen.
- Bei lesbisch lebende Frauen sollte HCV thematisiert werden.
- I.V. Dogengebraucher könnten HCV infiziert sein. Bei Beschaffungsprostitution besteht die Gefahr von Gonorrhö, Syphilis und Parasiten.

3.4.3 Primärprävention in der Allgemeinbevölkerung

Auf individueller Ebene sollte z.B. in Beratungsgesprächen, die anlässlich eines HIV-Antikörpertests durchgeführt werden, oder bei gynäkologisch-urologischen Vorsorgeuntersuchungen die Problematik der STIs ggf. angesprochen werden (Schaffung eines Bewusstseins auf individueller Ebene mit Beratung zur Verhaltensprävention).

Bei jeder gynäkologischen Vorsorge-Untersuchung wird routinemäßig auf Candida und Trichomaden untersucht.

In Kooperation mit anderen Institutionen können Gesundheitsämter auf lokaler bzw. regionaler Ebene in der Allgemeinbevölkerung auf die Problematik der STIs hinweisen. Derartige Initiativen und Kampagnen sollten darauf verzichten, mit Angst und Einschüchterung zu arbeiten, darauf hinweisen, dass STIs kein moralisches, sondern ein gesundheitliches Problem sind und die große Mehrzahl der STIs gut behandelbar ist (Schaffung eines verhältnispräventiven Klimas, in dem die Problematik anerkannt ist und individuelle Verhaltensprävention leichter möglich ist).

Für die verschiedenen Institutionen sollte unser Beratungsangebot zu STI bekannt gemacht werden. Der Kontakt zu bestehenden Strukturen (Schulen, Frauengesundheitszentren, Pro-Familia-Beratungsstellen, Jugendzentren, Beratungseinrichtungen etc.) sollte intensiviert werden, um dort die Mitarbeiter zu schulen. Isolierte Botschaften zu STI machen keinen Sinn. Zu erwägen ist die Einbettung von Präventionsbotschaften und Informationen zu STIs in Konzepte der sexuellen Gesundheit bzw. Sexualaufklärung. Eine „umbrella-message“, die generell „passt“, gibt es angesichts unterschiedlicher Übertragungswege nicht.

Aber auch die Sekundärprävention ist effizient zur Verhinderung der STI-Verbreitung. Wichtig sind eine frühe Diagnose und effiziente Behandlung von Betroffenen und ggf. ihren SexualpartnerInnen.

Bei der Deutschen AIDS-Hilfe erscheint demnächst eine Broschüre für Berater zu STI.

Workshop 2

4 Interkulturelle Aspekte der Sexualpädagogischen Arbeit

Referentin: Milan Nespov, Hannover

Protokoll: Astrid Schweppe

Einleitung

In dem Workshop ging es darum, eigene Einstellungen zu reflektieren und eigene Kenntnisse durch Hintergrundinformationen zu verschiedenen Migrationsgruppen (hier überwiegend Menschen aus dem islamischen Kulturkreis und Spätaussiedler) zu erweitern. Es wurden Methoden zur interkulturellen Sexualpädagogik vorgestellt und praktisch erprobt. Darüber hinaus wurden schwierige Situationen / Fälle aus der Präventions- und Beratungspraxis, die in Zusammenhang mit dem Thema Migration standen, besprochen.

4.1 Vorstellungsrunde

Jede(r) TeilnehmerIn (TN) sollte sich vorstellen, in dem er / sie etwas über die Bedeutung seines / ihres Namens erzählt, bzw. eine Geschichte, welche mit dem Namen verbunden ist. Diese Einstiegsmethoden bietet die Möglichkeit in multikulturellen Gruppen, etwas über die verschiedenen Kulturen zu erfahren.

Frage an die TN:

4.2 Wo habt ihr mit anderen Kulturen in eurem Alltag zu tun (außerhalb der Arbeit)?

Im Alltag sind andere Kulturen sehr präsent in den Bereichen Film, Musik, Kunst, Essen.

Im Workshop wurde darüber hinaus benannt:

- andere Auffassung von Krankheit
- Umgang mit dem eigenen Körper
- Religion
- persönliche Begegnungen
- Sport, hierbei wurde von TN ein Zusammenhang zu Philosophie und Religion hergestellt (Tai chi, Yoga)

Auffällig in den Kontakten zu Menschen mit Migrationshintergrund sind Unterschiede

- in der Sprache, sowie bei Kommunikationsregeln
- bei Mode, Haartracht und Schmuck
- im Zeitverständnis
- bei den Höflichkeitsregeln
- bei den Sitten und Gebräuchen
- bei den Werten und ethischen Auffassungen

Die Kultur der MigrantInnen verändert sich durch die Migration, entweder durch Anpassung an die Kultur des Zuzuglandes oder durch bewußte Abgrenzung. Dies führt häufig zu Unsicherheiten bei uns, da wir nicht einschätzen können, wie sich die Kultur verändert hat.

4.3 Wäscheklammermethode

Bei dieser Methode geht es darum Körperstellen mit Wäscheklammern bzw. mit Klebepunkten zu makieren an denen ich nicht berührt werden möchte bzw. an denen eine Berührung für mich o.k. ist. Diese Methode bietet in Gruppen die Möglichkeit bei späteren Grenzverletzungen auf die öffentlich gemachten Makierungen hin zu weisen. Außerdem werden Grenzverletzungen für alle schneller sichtbar.

4.4 Arbeitsbezug zum Thema

Die TN wurden aufgefordert zu überlegen in welchen beruflichen Zusammenhängen das Thema Migration eine Rolle spielt bzw. wo sie mit MigrantInnen Kontakt haben. Hier wurden folgende Arbeitsbereiche benannt:

- Gesundheitsfördernde Projekte mit SchülerInnen
- Präventionsprojekte und sexualpädagogische Projekte mit SchülerInnen und Auszubildenden
- MultiplikatorInnenschulungen
- HIV-Testberatung
- Betreuung von Betroffenen und ihren Familien
- STD-Beratung

In diesem Zusammenhang wurden Fragestellungen bzw. schwierige Situationen, in der die Kultur eine Rolle gespielt hat, für die spätere Bearbeitung gesammelt (siehe 4.8).

4.5 Geschichte meiner Aufklärung

Die TN haben sich in Kleingruppen von 3-4 Personen über die Fragestellung: „Woher hast du Informationen über Körper, Sexualität, Liebe... erhalten? „, ausgetauscht.

4.6 Exkurs über Spätaussiedler

Die Geschichte der Spätaussiedler ist geprägt durch Umsiedlung, durch das Gefühl nicht erwünscht zu sein und sich somit auch nicht zu Hause fühlen zu können. Religion wurde seit 1917 in Russland stark unterdrückt und spielte in den staatlichen Schulen keine Rolle. Dies stand im Widerspruch zu der Religion, die in den Familien praktiziert wurde. Je traditioneller und religiöser die Familien orientiert sind, desto weniger Sexualaufklärung findet statt. In den russischen Schulen hat Sexualaufklärung auch so gut wie nicht stattgefunden, jedoch wurde Sexualität von Jugendlichen früh gelebt, meist ohne Verhütung, da Verhütungsmittel schlecht zugänglich sind. Schwangerschaftsabbruch war völlig legitim und gängig als Mittel zur Familienplanung.

Während des Kommunismus fand die Gleichstellung von Frau und Mann zwar im Berufsleben statt, jedoch in den Familien sah dies anders aus. Dort wurden die traditionellen Rollen weitergelebt. Wenn diese Familien nach Deutschland kommen und die Eltern hier häufig arbeitslos sind, entfällt für die Frauen die Gleichberechtigung aus dem Berufsbereich. Bei den Männern bröckelt die Autorität als Familienoberhaupt. Häufig kommt dazu eine Enttäuschung darüber, dass der Wunsch „nach Hause zu kommen“ nicht aufgegangen ist. Die Jugendlichen wollten zum größten Teil nicht nach Deutschland kommen. Sie grenzen sich über die eigene Definition als Russe ab und bekämpfen sich mit anderen Migrantengruppen, wie z.B. den Türken. Ernsthafte Gespräche sind unter diesen Grundvoraussetzungen in multikulturellen Gruppen oft nicht möglich.

Die Eltern gehen mit der Sexualität der Jugendlichen bei Jungen und Mädchen sehr unterschiedlich um. Die Jungen dürfen relativ viel, bei den Mädchen dagegen wird versucht sie von Sexualität und Beziehungen fern zu halten. Die Jugendlichen haben nicht gelernt Beziehungen zu leben, von daher sind ihre Beziehungen oft sehr kurzfristig. Bei den Spätaussiedlern gibt es nicht so klare Regeln in den Communitys wie z.B. bei den Muslimen.

4.7 Auflockerungsübung: Der Wind weht für alle die...

Dabei sitzen die TN im Kreis, einer steht in der Mitte und sagt den Satz:

Der Wind weht für alle die... z.B. ein bestimmtes Kleidungsstück tragen, eine Eigenschaft haben, eine bestimmte Musik bevorzugen etc. Alle für die das Gesagte zutrifft tauschen die Plätze, wobei der zunächst in der Mitte Stehende sich auch

einen Platz sucht. Somit bleibt ein anderer TN übrig, der nun das nächste Kriterium ansagt.

4.8 Fragestellungen und schwierige Situationen in der eigenen Arbeit, bei der die andere Kultur eine Rolle gespielt hat

4.8.1 Sprachprobleme

Auch wenn die Sprachprobleme natürlich kein ursächlich sexualpädagogisches Problem sind, können sie die Situation belasten, da diese bei den MigrantInnen auf die Erfahrung trifft, nicht verstanden zu werden bzw. selber nicht zu verstehen und sich dadurch ohnmächtig zu fühlen.

Wichtig ist bei schlechten Deutschkenntnissen von TN das Sprechtempo zu reduzieren, einfache Begriffe zu verwenden und Bilder zu benutzen. Es können auch Dolmetscher in Beratungssituationen herangezogen werden. Dies ist jedoch nur sinnvoll, wenn der Dolmetscher das Vertrauen beider am Gespräch Beteiligter hat und ihm das Fachvokabular bekannt ist. Schwierig ist es beim Thema Sexualität und AIDS Familienangehörige als Dolmetscher zu nutzen.

Darüberhinaus können fremdsprachliche Broschüren eingesetzt werden. Eine Liste mit fremdsprachlichen Broschüren ist zu beziehen unter: www.hamburg.de/behoerden/BAGS

4.8.2 Welche Aspekte muß ich bei multikulturellen Gruppen (Eltern / Schüler) berücksichtigen?

Sprache ⇒ Sprachkenntnisse vorher abfragen

Herkunft

⇒ Aussiedler (3 - 4 Millionen in Deutschland)

Aussiedler hatten oft keine Sexualaufklärung und verfügen damit über kein Wissen über z.B. biologische Vorgänge. Dies muß ich mit einplanen, damit meine Informationen verstanden werden können. Strenge Verhaltensregeln, die ich beachten muß gibt es nicht.

⇒ Islamischer Kulturkreis (3-4 Millionen in Deutschland)

Die Familie steht im Mittelpunkt. Dabei handelt es sich um Großfamilien mit mehreren Generationen und einer großen Verwandtschaft. Die Ehe ist eine Pflicht.

Die Rollenzuweisung zwischen Männern und Frauen ist klar, der Mann ist der Aktive, die Frau passiv. Es gibt eine große Schwulenfeindlichkeit, wobei der aktive Partner akzeptiert wird, der passive jedoch wegen der „weiblichen“ Rolle verachtet wird.

Jungfräulichkeit vor der Ehe ist Pflicht, Sexualität ist nur in der Ehe erlaubt und dient dem Kinderkriegen. 10-20% der Jungen bzw. jungen männlichen Erwachsenen nehmen dieses Gebot auch für sich ernst.

Für Mädchen bzw. unverheiratete Frauen ist Sexualität eine Gefahr, da von der Jungfräulichkeit die Ehre abhängt. Damit ist auch nicht nur die Ehre der Frau gefährdet, sondern die der Familie. Die männlichen Familienmitglieder sind für die Ehre der Frauen verantwortlich. Passiert eine Regelverletzung haben die Männer nicht richtig aufgepasst. Für Frauen resultieren hieraus Kleidungs- und Verhaltensvorschriften. Eine Frau muß ihre Reize (Haut / Haare) verhüllen. Sie darf einen fremden Mann (also einen Mann, der nicht zur Familie gehört) nicht angucken, berühren oder mit ihm sprechen. Über Sexualität zu sprechen hat fast den gleichen Stellenwert wie praktizierte Sexualität. Für die sexualpädagogische Arbeit bedeutet dies auf jeden Fall die Gruppen nach Geschlechtern zu trennen.

Eltern haben häufig die Angst, daß wir ihre Kinder durch unsere scheinbare Regellosigkeit verziehen, bzw. zur Sexualität verführen. Von daher ist es wichtig auf Elternabenden deutlich zu machen,

- daß wir die Regeln der Eltern tollerieren
- wir die SchülerInnen nach Geschlechtern trennen
- wir die Mädchen und Jungen nicht zum Sex verführen wollen
- daß das von uns vermittelte Wissen später in der Ehe hilfreich ist, und eher von Gesundheitserziehung, als von Sexualerziehung zu reden.

Zu Beginn einer Veranstaltung kann es sinnvoll sein deutlich zu machen, daß wir die Regeln der jeweiligen Herkunftskulturen respektieren, daß es jedoch in unserem Land Regeln gibt, die für uns bindend sind:

- § 2 GG:
- freie Entwicklung der Persönlichkeit
- zur Persönlichkeit gehört auch die eigene Sexualität und die eigene sexuellen Orientierung
- § 3 GG:
- Gleichberechtigung von Frau und Mann

4.8.3 Kollegiale Fallberatung

Weitere schwierige Situationen aus der Praxis wurden mit der Methode der kolligialen Fallberatung bearbeitet.

Diese Methode gliedert sich in 5 Schritte:

1. Der Fallgeber schildert den Fall, das Problem, die Situation
2. Die KollegInnen stellen Verständnisfragen, der Fallgeber antwortet
3. Die KollegInnen geben Rückmeldung unter dem Aspekt:
 - Ich würde mich an deiner Stelle ... fühlen
4. Die KollegInnen geben Rückmeldung unter dem Aspekt:
 - Ich würde an deiner Stelle ... tun
5. Der Fallgeber meldet zurück:
 - Was kann ich von den Anregungen gebrauchen?, Was hilft mir? Was mache ich nun mit meinem Fall?

4.9 Ja / Nein Übung

Bei dieser Übung geht es darum, Aussagen für sich persönlich zu bewerten. Der Leiter stellt eine Behauptung auf, dann positionieren sich die TN im Raum auf einer Skala. Die Endpunkte der Skala sind „Ja, stimmt“ bzw. „Nein, stimmt nicht“. In einem zweiten Schritt sollen die TN begründen, warum sich an diese Stelle der Skala aufgestellt haben. Hierbei können Weltanschauungen und Gesetze thematisiert werden.

Folgende Aussagen wurden von uns bewertet und diskutiert. Einige interessante Aspekte der Diskussion sind in Klammern vermerkt):

- Sexualität gehört zu den Grundbedürfnissen aller Menschen
- Liebe und Sexualität gehören zusammen
- Intime Themen wie Sexualität sollte man nicht in großen Gruppen besprechen
- Schülerinnen sollten in der Schule kein Kopftuch tragen
- (In der Türkei dürfen Mädchen und Frauen in öffentlichen Gebäuden kein Kopftuch tragen)
- Ein Schwangerschaftsabbruch ist in Ordnung, wenn eine Frau selbst entscheidet
- (Unterschiede zwischen Weltanschauung und Gesetz deutlich machen)
- Mein(e) Ehepartner(in) sollte jungfräulich sein
- Auch 14jährige haben ein Recht auf sexuelle Beziehungen
- (Einschränkung durch das Strafgesetzbuch, Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung)
- Pornografie kann zur sexuellen Aufklärung beitragen

- (harte Pornografie (mit Kindern, mit Tieren, mit Gewaltdarstellungen) ist verboten. Bei normaler Pornografie ist zu bedenken, daß die drastische, detaillierte Darstellung der Geschlechtsorgane gegen das sittliche Empfinden verstoßen kann. Außerdem fehlt den Darstellungen eine Geschichte, eine Handlung, die Beziehung zwischen den Menschen.)
- Eltern dürfen die schulische Aufklärung verhindern
- (Eltern können dies nach den Richtlinien nicht, auch eine Befreiung vom Unterricht ist nicht möglich)
- Eine klare Rollenaufteilung zwischen Mann und Frau ist notwendig für das Zusammenleben
- Homosexualität entspricht nicht der Natur des Menschen
- Meine Tochte würde ich vor ihrem 14. Geburtstag über Verhütungsmittel aufklären
- Prostitution ist abzulehnen, da sie die Menschenwürde der Frau verletzt
- Selbstbefriedigung ist nur ein Ersatz für partnerschaftliche Sexualität
- Sexuelle Lust und Erotik gehören nicht in die Schule
- Bauchfreie Kleidung von Schülerinnen sollte in der Schule verboten werden

Literatur und weitere Informationen:

Les Monde diplomatique: Atlas der Globalisierung, taz Verlags- und Vertriebs GmbH, ISBN:

3-9806917-6-4, hierin Karten zum Verbot von Homosexualität, Abtreibungsverbot, Religionen etc.

LJS Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Keiner ist wie alle, Sexualpädagogik interkulturell, LSJ, Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.:

0511 – 858788, E-mail:

info@jugendschutz-niedersachsen.de

Liste mit fremdsprachlichen Broschüren: www.hamburg.de/behoerden/BAGS

Workshop 3

5 Normen und Werte in der HIV-Arbeit.

Umgang mit den eigenen und fremden Normen, Werten und Grenzen in der AIDS-Arbeit

Referenten: Dr. med., Dr. phil Stefan Nagel,, Düsseldorf

Protokoll: Dr. Franz-Josef Ehrle

Der Workshop wurde von 15 TeilnehmerInnen (von insgesamt 37 Personen, die an der Fachtagung teilnahmen) besucht.

Normen und Werte können persönlich, fachspezifisch oder allgemeingesellschaftlich begründet sein. Sie spielen in Beratung und Psychotherapie, ganz besonders aber im Umgang mit HIV und HIV-infizierten Menschen eine wichtige Rolle.

Teilweise kommen sie bewusst und reflektiert zur Anwendung, teilweise wirken sie auch unbebewusst auf die beteiligten Personen und in den jeweiligen Beziehungen. Die Auswirkungen können positiv, aber auch in verheerender Weise negativ sein.

Das Ziel des Workshops war es, zunächst ein theoretisches Verständnis der Bedeutung, Entstehung, Relevanz und Problematik von Normen und Werten sowohl im Alltag wie spezifisch im Rahmen der HIV-Arbeit zu entwickeln. Weiterführend wurde aber auch die für den einzelnen Workshop-Teilnehmer wichtigen Normen und Werte reflektiert und diskutiert.

5.1 Theoretisches Verständnis der Bedeutung, Entstehung, Relevanz und Problematik von Normen und Werten

Eingangs des Workshops wurden sowohl Fallbeispiele aus der Beratung gesammelt wie die Begriffe ‚Norm‘ und ‚Wert‘ gegeneinander abgegrenzt.

Eine Norm ist ein **systemregulierender Maßstab** im Sinne eines Sollwertes (lat. Norma = Winkelmaß, Richtschnur, Regel).

Während sich der Begriff ‚Norm‘ auf ein System bezieht wird unter dem Begriff ‚Wert‘ ein **handlungsregulierender Maßstab** (Idealnorn) verstanden. Im Rückgriff auf Talcott Parsons, 1964 wurde ‚Wert‘ definiert als „ein Element eines gemeinsamen Symbolsystems (shared symbolic system), das als Kriterium oder als Selektionsstandard bei den in einer Situation als innerlich offen erscheinenden Alternativen (intrinsically open) der Orientierung dient.“

Anschließend an diese Begriffsabgrenzung wurde die Reichweite der Wirkung von Normen besprochen.

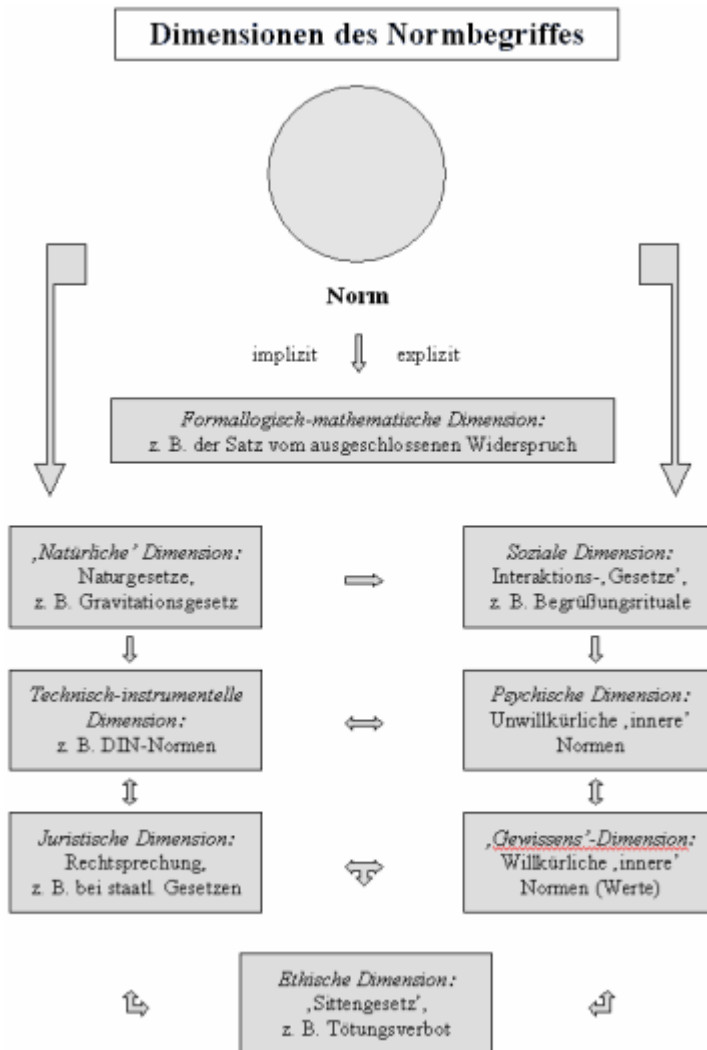
Dabei wurde festgehalten, dass Normen ihre Wirkung sowohl implizit wie explizit entfalten. Normenkonflikte resultieren oft aus der Kollision von externen und internen Normen. Gerade Beziehungsnormen werden sehr hoch bewertet und sind doch gleichzeitig hoch konfliktrichtig. Normen sind handlungsleitend und unterliegen dabei einem Plausibilitäts- bzw. Legitimierungszwang.

An dieser Stelle erfolgte ein kurzer Exkurs in den Zusammenhang zwischen Moral und Norm bzw. Wert. Max Weber, ein deutscher Soziologe, hat die Gegensatzpaare „Gesinnungs-“, und „Verantwortungsethik“ Anfang des 20. Jahrhunderts in die Moraldiskussion eingeführt. Die „Gesinnungsethik“ geht von einer Norm setzenden Ethik aus. Gegen eine solche, Normen als absolute Werte setzende, Ethik ist einzuwenden, dass ihre Normen indem Moment unmoralisch werden, wo sie versucht, ihre Werte mit Gewalt durchzusetzen. Als Veranschaulichung diente der Irakkrieg als Beispiel. Gesinnungsethik lehnt per se Gewalt ab. Wenn aber Gewalt als letztes Mittel eingesetzt wird, um Gewaltfreiheit zu erreichen, wird Moral wie sie der Gesinnungsethiker seinem Handeln zugrunde legt unmoralisch. (zur „Verantwortungsethik vgl. unten siehe 5.9)

Die Wirkung von Normen lässt sich in verschiedenen Bereichen („Dimension“) feststellen. acht Dimensionen wurden herausgearbeitet, wobei jeweils zur Erläuterung Beispiele für die Wirkung in der entsprechenden Dimension benannt wurden:

1. *Formallogisch-mathematische Dimension.* Als Beispiel wurde auf den Satz vom ‚ausgeschlossenen Widerspruch‘ verwiesen.
2. *„Natürliche“ Dimension:*
 - Naturgesetze. Hier wurde auf das Gravitationsgesetz als Veranschaulichung hingewiesen.
3. *Technisch-instrumentelle Dimension:*
 - veranschaulicht wurde diese an den DIN-Normen
4. *Juristische Dimension:*
 - Rechtsprechung. Die Normen dieser Dimension finden ihren Niederschlag in Gesetzen
5. *Soziale Dimension:*
 - Interaktions-, ‚Gesetze‘. Beispiel hierfür sind Begrüßungsrituale
6. *Psychische Dimension*
7. *Gewissens-‘Dimension:*
 - Willkürliche ‚innere‘ Normen (Werte), die handlungsregulierend wirken
8. *Ethische Dimension:*
 - Sittengesetze. Ein Beispiel für diese Dimension ist das Tötungsverbot.

Abb. 1:



5.2 Die wesentlichen ‚positiven‘ Effekte von Normen auf die Regulierung von Systemen

Da es sich bei Normen wie oben festgehalten, um systemregulierende Werte (Sollvorgaben) handelt, wurden anschließend die wesentlichen ‚positiven‘ Effekte von Normen auf die Regulierung von Systemen herausgearbeitet. (s. Abb. 2)

Demnach besteht die Funktion von Normen in der Strukturierung, Stabilisierung, Intra- und Interaktionalisierung sowie Funktionalisierung von Komplexität eines wie auch immer gearteten Systems (oder um den oben genannten Begriff aufzugreifen, einer ‚Dimension‘).

Im Falle der Strukturierung von Komplexität dienen die Normen dazu die Elemente eines Systems in eine Ordnung zu bringen. Dies trägt wiederum zur Stabilisierung dieser Komplexität bei, indem die Normen die Elemente eines Systems sichern und die Elemente nach innen und nach außen ordnen. Die Strukturierung und Stabilisierung von Komplexität durch Werte erlaubt erst die Intraaktionalisierung von Komplexität, d.h. die Elemente eines Systems können miteinander kommunizieren und sich untereinander verständigen. Gleichzeitig erlauben sie auch die Interaktionalisierung von Komplexität; dem System ist es möglich mit anderen Systemen und/oder ihren Elementen zu kommunizieren und sich zu verständigen. Die vorgenannten Funktionen, die Normen erfüllen tragen insgesamt dazu bei, dass ein System effizient und effektiv arbeiten kann.

Abb. 2:

Wesentliche ‚positive‘ Effekte von Normen auf die Regulierung von Systemen
1. Strukturierung von Komplexität: Ordnung innerhalb der Elemente eines Systems
2. Stabilisierung von Komplexität: Sicherung der Elemente eines Systems und ihrer Ordnung nach innen und nach außen
3. Intraaktionalisierung von Komplexität: Kommunikation und Verständigung der Elemente eines Systems untereinander
4. Interaktionalisierung von Komplexität: Kommunikation und Verständigung des Systems mit anderen Systemen und/oder ihren Elementen
5. Funktionalisierung von Komplexität: Effizienz und Effektivität eines Systems und seiner Elemente

5.3 Die wesentlichen ‚negativen‘ Effekte von Normen auf die Regulierung von Systemen

Um nochmals daran zu erinnern:

bei Normen handelt es sich, um systemregulierende Werte (Sollvorgaben). Normen üben aber nicht allein ‚positive‘ Effekte aus. Sie können auch ‚negative‘ Effekte zeitigen. (s. Abb. 3) Die ‚negativen‘ Effekte wurden als ‚spiegelbildlich‘ zu den ‚positiven‘ Effekten bestimmt.

Dem ‚positiven‘ Effekt der Strukturierung von Komplexität steht die Hierarchisierung derselben gegenüber. Der festgestellten ‚positiven‘ Stabilisierung entspricht die ‚negative‘ Fixierung. Intra- und Interaktionalisierung entspricht eine ‚Bürokratisierung‘ und Isolierung von Komplexität, während der ‚positive‘ Effekt

der Funktionalisierung von Komplexität sich in sein Gegenteil, eine Entfunktionalisierung von Komplexität verwandeln kann.

Die Hierarchisierung von Komplexität tritt dann ein, wenn innerhalb der Elemente eines Systems sich Machtstrukturen aufbauen – an und für sich noch kein Negativum – die sich aber zum Machtmissbrauch entwickeln können. ‚Positiv‘ bewertet wurde der Beitrag von Normen zur Stabilisierung von Komplexität in ihrer Sicherung der Elemente eines Systems und ihrer Ordnung nach innen und nach außen. Diese Stabilisierung kann jedoch zu einer Fixierung von Komplexität führen, indem die Elemente eines Systems soweit schematisiert werden, dass dies zu einer völligen Erstarrung des Systems führt. Ein weiterer wesentlicher ‚negativer‘ Effekt von Normen auf die Regulierung eines Systems besteht in der ‚Bürokratisierung‘. Die Kommunikation und Verständigung der Elemente eines Systems läuft aufgrund der hohen Schematisierung ins Leere. Die angewandte Norm vermittelt keinen Sinn mehr, sondern genügt nur noch der Form; nicht mehr die Sinnhaftigkeit einer Norm steht im Mittelpunkt, sondern nur noch der formale Aspekt.

Als Folge von Fixierung und ‚Bürokratisierung‘ tritt eine Isolierung von Komplexität auf, d.h. die Kommunikation des Systems mit anderen Systemen oder ihren Elementen ist gestört. Last but not least stellt die Entfunktionalisierung von Komplexität, die Destruktion von Effizienz und/oder Effektivität eines Systems und seiner Elemente einen weiteren wesentlichen ‚negativen‘ Effekt von Normen auf die Regulierung von Systemen dar. Hierarchisierung, Fixierung, ‚Bürokratisierung‘ und Isolierung von Komplexität führen zu einer Entfunktionalisierung. Als Beispiel für die Entfunktionalisierung von Normen wurde auf den Medizinbetrieb verwiesen, wenn der Kontakt zum Patienten als Folge der Erledigung anderer Aufgaben (z.B. Dokumentation) im Extremfall bis auf Null zurückgeht.

Abb. 3:

**Wesentliche ‚negative‘ Effekte von Normenauf
die Regulierung von Systemen**

1. Hierarchisierung von Komplexität:

Machtstrukturen innerhalb der Elemente eines Systems einschließlich Machtmißbrauch

2. Fixierung von Komplexität:

Schematisierung der Elemente eines Systems und ihrer Ordnung bis zur völligen Erstarrung

3. ‚Bürokratisierung‘ von Komplexität:

‚Leerlaufen‘ der Kommunikation und Verständigung der Elemente eines Systems untereinander

4. Isolierung von Komplexität:

Störung der Kommunikation des Systems mit anderen Systemen oder ihren Elementen

5. Entfunktionalisierung von Komplexität:

Destruktion von Effizienz und/oder Effektivität eines Systems und seiner Elemente

5.4 ‚Entstehung‘ oder ‚Stiftung‘ von Normen (und Werten)

Nachdem die Begriffe von Norm und Wert definiert, die Dimensionen, in denen sie wirken, aufgezeigt und die positiven wie negativen Effekte die Normen auf die Regulierung von Systemen haben verdeutlicht worden waren, wendete sich der Workshop der Frage nach der ‚Entstehung‘ von Normen (und Werten) zu.

Ausgehend von der Überlegung, dass Normen Folgen des Zusammenlebens darstellen wurde dabei unterschieden zwischen der ‚Entstehung‘ von Normen und Werten, die das Verhalten einer Gruppe bestimmen resp. das eines Individuums.

5.5 ‚Entstehung‘ oder ‚Stiftung von Normen innerhalb einer Gruppe

Bezüglich der ‚Entstehung‘ von Normen und Werten bei Gruppen wurde auf das Konstrukt des „Gesellschaftsvertrages“ zurückgegriffen. Dieser ‚Vertrag‘ hat seinen Ursprung entweder in ‚übernatürlichen‘ Notwendigkeiten, die sich in Form von ‚göttlichen‘ Gesetzen manifestieren. Ein Beispiel hierfür sind die Gesetzestafeln, die Gott Moses auf dem Berg Sinai für das Volk Israel gab. Ein anderer Grund für die ‚Stiftung‘ von Normen sind ‚Naturnotwendigkeiten‘; bei der Normsetzung wird auf ‚natürliche‘ Gesetze rekurriert. Ein weiterer Grund für die ‚Entstehung‘ von Normen und Werten sind sogenannte Kulturnotwendigkeiten, die in von Menschen gemachten Gesetzen ihren Ausdruck finden.

5.6 ‚Entstehung‘ und ‚Stiftung von Normen in Individuen

Die von der Gruppe ‚gestifteten‘ Normen und Werte wirken auf das Individuum im Wege der ‚Internalisierung‘. Wie kommt es aber zu dieser ‚Internalisierung‘? Wege hierzu sind innerartliche Kommunikation, expansive Umwelterfahrung und systematisches Lernen.

Unter innerartlicher Kommunikation wird die Internalisierung von Werten und Normen durch das Individuum in Form der Prägung, Konditionierung und Erziehung verstanden. Weiterhin internalisiert das Individuum Werte und Normen durch expansive Umwelterkundung, d.h. Erfahrung während man unter systematischem Lernen, die Bildung eines Individuums versteht, durch die Normen und Werte gleichfalls internalisiert werden.

Im wissenschaftlichen Diskurs der Neuzeit sind die übernatürlichen Notwendigkeiten sowie der Rekurs auf Naturnotwendigkeiten als ethische Begründung für Normgebung entfallen. Die Entstehung von Normen wird heute evolutionsbiologisch erklärt. Normen scheinen ein Gruppenphänomen zu sein, dass dem Individuum nahegebracht wird. - Woher weiß aber das Individuum um die Existenz von Normen? Wie sich das ‚Gewissen‘ eines Individuums ausbildet ist nach wie vor unklar. Vermutlich sind hirnpfysiologische Strukturen vorhanden, die eines gewissen Inputs bedürfen; vielleicht analog der Entwicklung der Sprachfähigkeit beim Kind?!

5.7 Thesen zum Problem der ‚Flexibilität‘ von Normen

Normen müssen stabil sein, damit sie ihre positiven Wirkungen entfalten können. Sie müssen aber auch flexibel genug sein, um eine Erstarrung des Systems und seiner Elemente zu vermeiden. Deshalb entfalten Normen nur eine relative Wirkung.

Wie aufgezeigt besteht einer der ‚positiven‘ Effekte von Normen in der Stabilisierung von Komplexität bei der Regulierung von Systemen. Der

gegenteilige, negative Effekt bestand in der Gefahr einer völligen Erstarrung eines Systems. Die Herausforderung besteht also darin, inwiefern können Normen so flexibel gehalten werden, dass sie einerseits der Stabilisierung dienen; andererseits aber eine Erstarrung vermieden wird.

5.8 Begründung und Legitimierung von Normen

Hierzu wurden Thesen erarbeitet. „Von Ewigkeit zu Ewigkeit“ bestehen nur die scheinbar unverrückbaren natürlichen und übernatürlichen Gesetze. Im Gegensatz hierzu sind Normen aufgrund ihres prinzipiellen Gewordenseins im kulturellen und sozialen Umfeld *prinzipiell* veränderbar.

Wenn Normen aber veränderbar sind, dann ergibt sich die Frage nach der Begründung und Legitimierung von Normen und Werten. Und welche Instanzen sind mit der Begründung und Legitimierung von Normen überhaupt betraut?! Insbesondere stellt sich diese Frage, da (1) nach dem von Nietzsche postulierten „Tod Gottes“ der Rückgriff auf eine übernatürliche Legitimierung entfällt und (2) mit der Unerlaubtheit des naturalistischen Fehlschlusses vom Sein auf das Sollen (Hume), eine vermeintlich ‚natürliche‘ Legitimierung im Sinne eines ‚Naturrechts‘ ebenfalls entfallen ist. Um die Begründung und Legitimierung von Normen zusätzlich zu verkomplizieren unterliegen Normen und Werte einer ‚paradoxen Vorbedingung‘. Sie müssen zur Sicherung der positiven Effekte *ausreichend stabil (Ordnungsprinzip)* sowie zur Vermeidung der negativen Effekte zugleich *ausreichend flexibel (Freiheitsprinzip) sein*. – Nur am Rande sei vermerkt, dass die Norm der Freiheit als Norm in sich schon einen Widerspruch darstellt.

5.9 ‚Vermeidbarkeit‘ von Normen

Nachdem die TeilnehmerInnen des Workshops mit Hilfe des Referenten die vorgenannten Überlegungen zur Begründung, Legitimität und paradoxen Vorbedingung von Normen und Werten angestellt hatten, ging es um die Frage:

Sind Normen ‚vermeidbar‘?

Nein! – lautet die kurzgefasste Antwort auf diese Frage. Normen (und übrigens auch Werte) sind im Rahmen von Interaktion und Kommunikation **grundsätzlich nicht zu vermeiden**. Sie sind für das effiziente (Prozess) und effektive (Ergebnis) Funktionieren eines Systems unverzichtbar. Daraus abgeleitet ergibt sich, dass der angemessene Umgang mit Normen nicht in ihrer Vermeidung, sondern in ihrer **bewussten, reflektierten und sinnvollen Anwendung** besteht. Hierbei sind aber stets die positiven und negativen Effekte (‚Risiken und Nebenwirkungen‘) gegeneinander abzuwägen. Hier setzt übrigens die „Verantwortungsethik“ an. Diese wägt im Gegensatz zur bereits oben erwähnten „Gesinnungsethik“ (vgl. S. 31) zwischen den positiven und negativen Effekten (Risiken und Nebenwirkungen) von Normen ab.

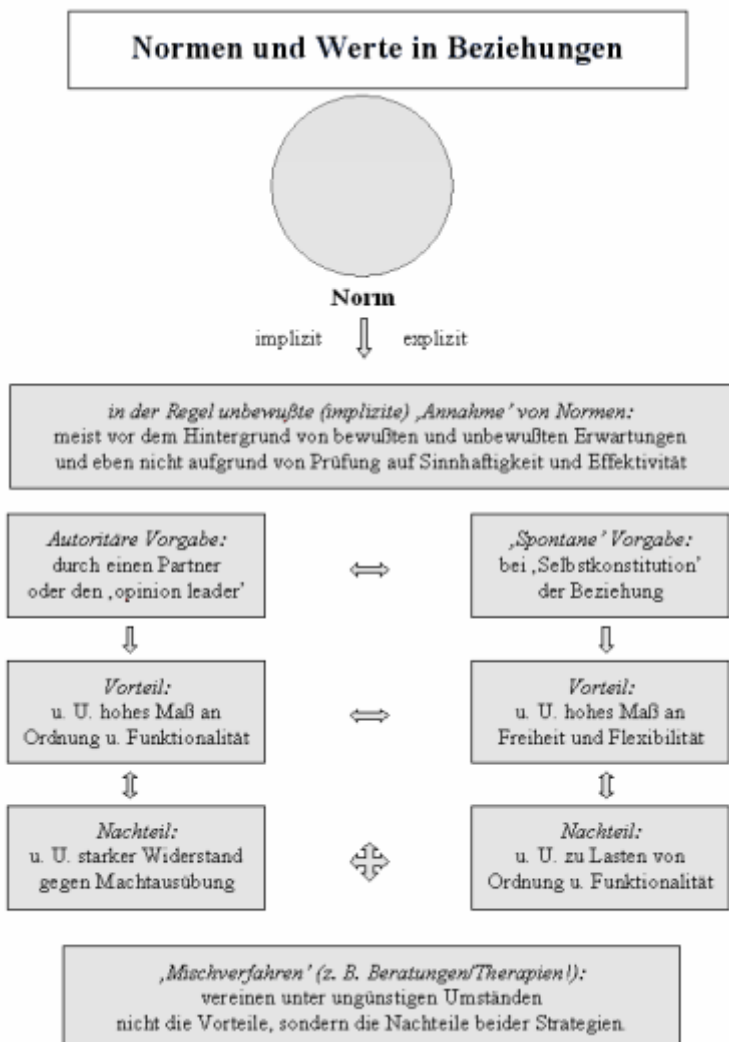
Allerdings muss die „Verantwortungsethik“ gegen sich gelten lassen, dass ein bewusster, sinnvoller und reflektierter Einsatz von Normen nach dem Prinzip minimale Ursache, maximale Wirkung, d.h. ein Abwägen von Risiken und Nebenwirkungen für die es die Verantwortung zu übernehmen gilt, in letzter Konsequenz oft nicht möglich ist. Trotzdem geht der Trend hin zur „Verantwortungsethik“, da diese verspricht, Normen und Werte unter Berücksichtigung der Risiken und Nebenwirkungen flexibel zu halten

5.10 Normen und Werte in Beziehungen

Im früheren Verlauf des Workshops haben wir erfahren, dass einer der ‚positiven‘ Effekte von Normen in der Ermöglichung von Intra- und Interaktion liegt. Damit bestimmen Normen auch wesentlich die Ausgestaltung von Beziehungen wie sie z.B. in einer Beratung ent- und bestehen. Eine Norm kann sowohl implizit wie explizit wirken. In der Regel liegen Beziehungen – welcher Art auch immer – *unbewusste (implizite) ‚Annahmen‘ von Normen* zugrunde. (s. Abb. 4) Meist geschieht dies vor dem Hintergrund von bewussten und unbewussten Erwartungen und eben nicht aufgrund einer Prüfung auf Sinnhaftigkeit und Effektivität. Dabei kann es sich sowohl um *autoritäre* als auch *spontane Vorgaben* handeln. Eine autoritäre Vorgabe kann durch einen Partner oder den ‚opinion leader‘ erfolgen. Die ‚Selbstkonstitution‘ einer Beziehung kann spontanen Vorgaben folgen. Beide Arten von Vorgaben haben Vor- und Nachteile. Vorteil einer autoritären Vorgabe sind ein u.U. hohes Maß an Ordnung und Funktionalität. Im Gegenzug hierzu stellt sich der Vorteil einer spontanen Vorgabe als u.U. hohes Maß an Freiheit und Flexibilität dar. Gleichzeitig liegt hierin aber auch der Nachteil einer spontanen Beziehungsbildung, da ein hohes Maß an Freiheit und Flexibilität u.U. zu Lasten von Ordnung und Funktionalität geht. Nachteil einer autoritären Vorgabe ist das Hervorrufen eines u.U. starken Widerstandes gegen Machtausübung.

In Beratungs- sowie in Therapie-Settings kommt es oft zu einem ‚Mischverfahren‘ von autoritären und spontanen Vorgaben. Die Erfahrung lehrt, dass sich unter ungünstigen Umständen nicht die Vorteile, sondern die Nachteile beider Strategien vereinen.

Abb. 4



Im Workshop wurde anknüpfend an diese Feststellung und gleichzeitig als Ausblick auf den Einfluss, den Normen auf Beziehungen ausüben, Möglichkeiten besprochen wie in einem solchen Falle der eingetretene Stillstand in einer Beziehung aufgelöst werden kann.

Als Möglichkeiten wurden angesprochen:

- Einführung einer Metanorm, die einen aufgetretenen Konflikt von Normen regeln soll, indem sie über die den Konflikt verursachenden Normen hinausgreift
- Anerkennung einer eingetretenen Normenkollision
- Entscheidung für eine von zwei oder mehreren Normen, die sich gegenseitig widersprechen
- Klienten zur Identifikation mit einem Dritten auffordern, der vom Normenkonflikt betroffen ist (Fallbeispiel:
 - bisexueller Mann in der Beratung, der ein Verhältnis zu einem Mann hat und unsafes Verkehrt mit diesem ausübt, ohne das die Ehefrau Bescheid weiß)
- Sich selbst zwecks Selbstkontrolle in die Rolle des Klienten versetzen

Der Workshop endete mit hochzufriedenen TeilnehmerInnen und dem Wunsch nach Vertiefung des Beziehungsthemas in einem Folge-seminar.

6 Abschlussplenum am 08.05.03

Folgende **Themen** für die Fachtagung 2004 wurden von den Teilnehmern gewünscht:

- Aktuelle Aspekte der medizinischen Therapie (als Impulsreferat)
- Öffentlichkeitsarbeit
- Resultierend aus Workshop 3 „Beziehungsstrukturen im Beratungskontext“
- Methodik und Didaktik zur sexualpädagogischen AIDS-Prävention

Sonstiges

Die TN wünschen eine Wiederholung der OPEN-Space Methode

Anhang

7 Sexuell übertragbaren Infektionen

Detaillierte Vorstellung der am häufigsten auftretenden Infektionen

7.1 virale Infektionen

7.1.1 Hepatitis A

Erreger:

Die Hepatitis-Viren sind nicht miteinander verwandt. Das Hepatitis A-Virus (HAV) ist ein RNA-Enterovirus aus der Familie der Picorna-Viren, nur einen Virustyp.

Epidemiologie:

2.400 gemeldete Fälle in 2001. Höhere Prävalenz unter Männern mit sexuellen Mann-Mann-Kontakten.

Übertragungswege:

hauptsächlich fäkal-oral; auch bei oral-analen Sexualkontakten und digital-rektalen Kontakten (Rimming / Fisten) übertragbar. Ganz selten Übertragung durch Blut. Die Infektiosität entspricht der Dauer der Hepatitis A-Virusausscheidung im Stuhl (ca. 2 Wochen vor bis 2 Wochen nach Krankheitsbeginn). Mehr als 60% der Infektionen in der Bundesrepublik werden bei Aufhalten in ausländischen Endemiege bieten (z.B. Mittelmeerraum, Afrika, Asien) erworben.

Inkubationszeit:

2-4 Wochen

Symptomatik/Verlauf:

Übelkeit, Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Fieber, Erbrechen. Häufig besteht Hautjucken. Bei 5% Gelbfärbung der Haut (Ikterus) mit dunklem Urin und Entfärbung des Stuhls. Die ikterische Phase dauert wenige Tage bis mehrere Wochen, es besteht eine Lebervergrößerung. 0,1% der Infizierten stirbt in wenigen Stunden am akuten Leberversagen. Ansonsten heilt die Hepatitis A aus. Einen chronischen Verlauf gibt es nicht. Eine protektive Immunität bleibt wahrscheinlich lebenslang bestehen.

HIV-assoziierte Besonderheiten:

Bei immungeschwächten Personen häufiger schwere Verläufe

Diagnostik:

Anti-HAV-IgM:

IgM-Antikörper im Blut weisen auf eine frische Infektion hin. Anti-HAV-IgG:

IgG-Antikörper treten bei einer früheren, ausgeheilten Infektion auf. Der direkte Nachweis im Stuhl (Polymerasekettenreaktion (PCR) deutet auf bestehende Infektiosität hin. Der Antigennachweis (nur in Speziallaboratorien) beweist eine frische Infektion.

Prophylaxe:

Die Schutzimpfung ist eine aktive Impfung, die nach den Empfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO) für Schwule und Prostituierte und Angehörige bestimmter Berufsgruppen ausdrücklich empfohlen wird. Auch bei Reisen in Endemiegebiete wird die Impfung empfohlen. Bereits nach der ersten Impfung besteht ein relativ hoher Schutz, die zweite Impfung erfolgt nach 6 Monaten. Der Preis liegt bei 50,- € pro Impfung. Eine Auffrischung sollte nach 10-15 Jahren erfolgen. Eine passive Impfung mit Immunglobulinen unmittelbar vor Kontakt oder innerhalb von 14 Tagen nach Kontakt mit HAV kann zu 85% die Erkrankung verhindern. Impfung bei HIV-Infizierten:

häufiger „non-responders“, d.h. es sollte bei möglichst hoher Helferzellzahl geimpft werden.

7.1.2 Hepatitis B

Erreger:

Das Hepatitis B-Virus (HBV), doppelstrangiges DNA-Virus, gehört zur Familie der Hepadna-Viren. 7 Genotypen (A-G) des HBV. In Mitteleuropa herrschen Genotypen A und D vor.

Epidemiologie:

weltweit die häufigste sexuell übertragene Infektion. Die WHO geht von 35 Mio. Neuinfektionen pro Jahr aus und 350 Mio. chronischen HBV-Infektionen weltweit aus. häufig in Asien (China, Japan, Thailand) und in Südamerika verbreitet. In Deutschland ist sie besonders oft bei schwulen Männern und injizierenden Drogengebern sowie Patienten mit regelmäßigem Blutkontakt (z.B. Hämophilen) zu finden. In Deutschland 20.000-35.000 Neuinfektionen pro Jahr.

Inkubationszeit:

4 Wochen bis 6 Monate

Symptomatik/Verlauf:

70% der Patienten keine Symptome (subklinischer Verlauf). 10-30% Gelbsucht (Ikterus) mit Juckreiz, Hellfärbung des Stuhls und Dunkelfärbung des Urins. Weniger als 1% entwickeln einen fulminanten Verlauf. 5-10% der erwachsenen Infizierten bekommen eine chronische Hepatitis B, bei Neugeborenen entwickeln 100% der Neugeborenen und 98% der Einjährigen eine chronische Infektion. Die chronisch infizierten Erwachsenen entwickeln innerhalb von 20-25 Jahren eine

fortschreitende Lebererkrankung. In ca. 95% heilt die akute Hepatitis B aus. Der Anteil chronisch HBV-Infizierter in der Allgemeinbevölkerung wurde im Bundes-Gesundheitssurvey mit 0,6 ermittelt.

HIV-assoziierte Besonderheiten:

5-15% der HIV-Infizierten sind auch HBV-infiziert. HIV-Infizierte haben ein größeres Risiko, dass die Infektion chronisch wird.

Übertragungswege:

Blutkontakte, Sexualkontakte, Mutter-Kind-Übertragung (perinatal, Muttermilch). Bevor es die Impfung gab, waren häufig Mitarbeiter medizinischer Berufe infiziert, da die Übertragung auch parenteral (durch Blut, Blutprodukte und kontaminierte Instrumente) erfolgt. Virus auch im Speichel und in der Tränenflüssigkeit nachweisbar. 300 mal infektiöser als HIV. Wahrscheinlichkeit einer Übertragung von der Frau auf den Mann beim sexuellen Kontakt 1:150 geschätzt. Wenn Dildos 20 Minuten nur unter Wasser gehalten werden, ist eine Ansteckungsgefahr nicht ausgeschlossen. Auch beim Küssen Übertragung möglich, beim Beissen wurden Einzelfälle der Übertragung beschrieben.

Diagnostik:

Nachweis von Anti-Hepatitis-B core-Antigen-IgM (Anti-HBc-IgM) und HbsAg; Anti-HBc-IgG deutet auf eine abgelaufene Infektion hin. Wenn das Hepatitis-B-envelope-Antigen (HbeAg), das ein Hüllprotein darstellt, im Serum nachweisbar ist, weist das auf eine hohe Infektiosität und Virusreplikation hin. Eine chronische Hepatitis B besteht, wenn die akute Hepatitis nach 6 Monaten nicht ausgeheilt ist und das Oberflächenantigen HBs-Ag und die Virusreplikation (HBe-Ag, HBV-DNA) persistent sind. Direkter Nachweis von HBV-DNA mittels PCR (Polymerasekettenreaktion) Marker für die Virämie und damit der Infektiosität. Wenige Infizierte haben eine HbsAg-negative Hepatitis.

Therapie der chronischen Infektion:

Interferon-alpha wird ½ -1 Jahr lang gespritzt. Dadurch kann es bei 40-50% zur Ausheilung kommen. Ist die Interferon-Behandlung nicht erfolgreich, wird Lamivudin als Zeffix in einer Dosierung 100 mg/die p.o. verordnet. Es wird als Dauermedikament gegeben, es besteht das Problem der Resistenzentwicklung. Andere medikamentöse Behandlungsformen sind in Entwicklung.

Prophylaxe:

Erst eine ausreichend lange Desinfektion von infizierten Instrumenten tötet die Viren ab.

Impfung:

(dreimalig) hervorragend verträglich; von der ständigen Impfkommision (STIKO) für Neugeborene, Kinder und Jugendliche empfohlen. 95% der geimpften Kinder sprechen an, die Entwicklung der Kinder wird durch die Impfung nicht beeinträchtigt. Sie wird für Reisende in subtropische und tropische Länder

empfohlen, auch für medizinisches Personal, für geistig Behinderte, Dialyse-Patienten, Patienten vor Lebertransplantationen, Haushaltskontaktpersonen von HBs-Ag-Trägern, Drogenabhängige, Homosexuelle, promiske Personen und HIV-Patienten.

passiven Impfung mit Immunglobulinen:

bis zu 75% der Infektionen verhinderbar bzw. die Infektion nimmt einen milderen Verlauf und wird seltener chronisch. Jede Impfung kostet ca. 50,- €, wird aber bei STIKO-Empfehlung von der Krankenkasse gezahlt. Im Asylleistungsgesetz ist eine Impfung nicht vorgesehen. Ein Anti-HBs-Wert von 100IE/l oder höher gilt als erfolgreicher Impfschutz. Bei HIV-Infizierten mit CD4 unter 400/ μ l sollte auch ein viertes Mal oder noch häufiger geimpft werden. Selbst beim 7. Mal gibt es noch „responder“. Bei CD4 unter 150/ μ l kann eine ausgeheilte Infektion wieder „aufflammen“.

Postexpositionsprophylaxe (PEP):

Je eher die simultane passive und aktive Impfung nach einem Risiko, desto besser. Innerhalb von 14 Tagen ist eine PEP sinnvoll.

Berufsverbot:

Es besteht eine Empfehlung der Ärztekammer, dass chronisch Infizierte nicht im operativem Bereich arbeiten. Als Indiz wird der Antigen-Nachweis (HBs-AG) und selten die Viruslastüberprüfung hinzugezogen. HBV-Infizierte können im Küchenbereich arbeiten.

7.1.3 Hepatitis C

Erreger:

Hepatitis C-Virus (HCV) 1990 isoliert ; RNA-Virus aus der Familie der Flavi-Viren; sechs verschiedene Genotypen (1-6).

Epidemiologie:

In Deutschland mindestens 320.000 chronisch Infizierte. Die Selbsthilfegruppe Hepatitis-Liga geht sogar von 1,2 Mio. chronisch Infizierten aus. 70-95% der Drogengebraucher sind Hepatitis C infiziert. 0,4-0,7 % der Blutspender sind chronisch infiziert. Man kann vermuten, dass HCV sich 50 bis 60 Jahre unerkannt in Deutschland ausgebreitet hat.

Diagnostik:

Seit 1992 gibt es einen Antikörper-Test, der aber erst 1994 für Blutprodukte eingesetzt wird. Antikörper bei 95% der Infizierten nach 2-4 Wochen nachweisbar. Seit 2001 gibt es auch den Polymerasekettenreaktion-Test (PCR). Die Nachweisgrenze liegt bei 100 Kopien HCV-RNA / ml.

Symptomatik/Verlauf:

15 – 30 % der akute Hepatitis C heilt aus. Die akute Infektionsphase kann bis zu 6 Monate dauern. 50-80 % der ikterisch verlaufenden Hepatitis C (Ikterus = Gelbfärbung) heilen aus. Bei 25 % schreitet die Infektion nicht weiter fort. 50-80% der HCV-Infizierten bekommen eine chronische Infektion abhängig vom Zustand des Immunsystems. Die asymptomatische Latenzphase dauert durchschnittlich 20-30 Jahre. Nach ca. 25 Jahren entsteht bei einem Teil der Patienten eine Fibrose, dann eine Zirrhose, und es kann sich ein Leberzellkarzinom bilden. Aber auch Schilddrüsen-, Gelenk- und Gefäßerkrankungen treten auf. Akutes Leberversagen ist sehr selten (< 1 %). Wenn die PCR länger als 6 Monate positiv ist, geht man von einer Chronifizierung aus. Ist die Hepatitis C in einen chronischen Infektionsverlauf übergegangen, kann kaum noch eine Spontanheilung erwartet werden. Erhöhte GPT-Werte deuten auf ein Zellsterben der Leberzellen. Bei der chronischen Hepatitis liegen die GPT-Werte bei 25-100.

HIV-assoziierte Besonderheiten:

5 % der schwulen Männer und 50-90% der Drogengebraucher (je nach untersuchter Gruppe) haben eine Doppelinfektion HIV / HCV. Der Verlauf der Infektion ist beschleunigt, d.h. ein Leberversagen kann innerhalb von 7 statt von 25 Jahren auftreten. Generell sollte bei einer HIV/HCV-Koinfektion zunächst versucht werden, eine HCV-Behandlung durchzuführen, wenn der Immunstatus dies zulässt. Eine gleichzeitige HCV/HAART-Behandlung ist nicht zuletzt wegen der Hepatotoxizität vieler antiretroviraler Medikamente problematisch.

Übertragung:

Blut-Blut-Kontakt; medizinische Infektionen über Blut oder Instrumente; auch beim Piercing oder Tätowieren z.B. in Billigurlaubsländern. Die Übertragung durch Sexualkontakte ist möglich. 2002 ergab eine Studie zu HIV/HCV in England an diskordanten Paaren, dass Partner, die sich angesteckt hatten, sich zu 90% über den sexuellen Kontakt infiziert hatten. Mann-Frau-Infektionen sind häufiger als Frau-Mann-Übertragungen. 1 – 5 % der Infektionen erfolgte über perkutane Verletzungen im medizinischen Bereich. Die Übertragung von der Mutter auf das Kind liegt unter 1-3 %. Bei schwachem Immunsystem kann sie bei 25-30% liegen. Eine Sectio führt wahrscheinlich nicht zu einer Reduktion des Übertragungsrisikos. HCV ist in Muttermilch nachgewiesen. Obwohl es kein Stillverbot für Infizierte gibt, ist eine Übertragung theoretisch nicht auszuschließen. 40-60% der HCV-Infektionen haben einen nicht geklärten Infektionsweg, d.h. nicht dass die Übertragung unklar ist und noch unbekannte Übertragungswege bestehen, sondern dass mehrere Infektionswege möglich waren, wie eine Bluttransfusion vor 1994, Piercing etc. Auf Gegenständen ist HCV dreimal so lang anzüchtbar wie HIV.

Prophylaxe:

Einhaltung von Hygienerichtlinien; Safer Sex-Maßnahmen wie bei HIV, Screening von Blutspendern, keine gemeinsame Benutzung von Spritzbestecken bei Drogengebrauch.

Meldepflicht:

Jede akute Hepatitis C ist meldepflichtig. Eine chronische Hepatitis C ist nach IfSG meldepflichtig, wenn sie zum ersten Mal diagnostiziert wird. Patienten können im Restaurantbereich problemlos arbeiten.

Therapie:

Vor einer Behandlung sind immer die Viruslast und der Genotyp zu bestimmen. Viele Personen bedürfen gar keiner Therapie. PEG-Interferon α 2b (oder 2a) wird zusammen mit Ribavirin ein halbes Jahr lang verordnet:

1 x pro Woche spritzen. ((Das kommt doch auf das Interferon an!)) Nebenwirkungen der Therapie wie Abfall der weißen Blutkörperchen, Grippebeschwerden (es hilft Paracetamol), Gereiztheit, Haarausfall, Hauttrockenheit, Konzentrationsschwäche, Depressionen, Arbeitsunfähigkeit sind sehr häufig. Der Genotyp 1 hat eine 40%ige Heilungschance, Genotyp 2 / 3 eine 80%ige. Zeigt sich nach 3 Monaten kein virologisches Ansprechen, ist es unwahrscheinlich, dass die Therapie zu einer Viruseradikation führen wird. Es besteht eine große Chance auf Ausheilung der Hepatitis C, sofern eine Interferon-Behandlung bereits bei akuter Hepatitis C-Diagnose durchgeführt wird.

Grundsätzlich stehen den Betroffenen jedoch wesentliche längere Entscheidungsphasen für den Eintritt in eine Behandlung zur Verfügung als bei onkologischen Erkrankungen.

7.1.4 Condylomata acuminata

Andere Bezeichnungen:

Feigwarzen, Genitalwarzen, spitze Kondylome

Erreger:

humanes Papillomavirus (HPV) Typ 6 und 11.

Epidemiologie:

Vorkommen weltweit; nach WHO-Schätzungen etwa 30 Millionen Infektionen jährlich. In Deutschland wahrscheinlich häufigste sexuell übertragene Virusinfektion mit Zunahme der Neuinfektionen; Altersgipfel zwischen 20. und 24. Lebensjahr, Männer und Frauen gleichermaßen betroffen.

Übertragungswege:

Geschlechtsverkehr (vaginal, anal, oral), Kontaktinfektion (z.B. Küssen, Petting), während der Schwangerschaft bzw. Geburt von der Mutter auf das Kind; keine Übertragung durch Schmierinfektion.

Symptomatik/Verlauf:

nach einer Inkubationszeit von Wochen bis Monaten (selten Jahre) bilden sich zunächst punktförmige Knötchen, später blumenkohlartige Wucherungen an Vulva und Vagina bzw. Vorhaut, Eichel oder in der Anal- bzw. Oralregion sowie in der

Harnröhre, bei längerem Bestehen oder Immunschwäche können sie erheblich an Größe gewinnen (v.a. im Bereich von Gebärmutterhals (Zervix) und Anus) und als sog. Buschke-Loewenstein-Tumore (Condylomata gigantea) zu invasivem Wachstum, Fistelbildung und maligner Entartung (Plattenepithelkarzinom) neigen. Die Wucherungen können Ananas groß werden. Bei länger bestehenden Kondylomen besteht die Gefahr einer malignen Entartung (Präkanzerose) v.a. im Bereich von Uterushals und Anus ohne Metastasenbildung. Eine spontane Rückbildung ist (selten) möglich. Die Wucherungen führen z.B. zu Problemen beim Sitzen.

Diagnose:

anhand des klinischen Befunds; bei Betupfen mit Essigsäure kommt es zu einer Weißfärbung; eventuell Biopsie oder Nachweis von HPV-DNA im Abstrich (Polymerasekettenreaktion, PCR); bei perianaler Lokalisation proktologische Untersuchung (Darmspiegelung).

Meldepflicht:

nein

Therapie:

je nach Lokalisation und Ausmaß entweder medikamentös mit lokaler Applikation von Warzenmitteln (Podophyllotoxin, Podophyllin, Trichloressigsäure), Retinoiden (Tretinoin), Immunmodulatoren (Imiquimod, Interferon-alpha) oder Zytostatika (z.B. 5Fluorouracil, Bleomycin); oder chirurgische Entfernung mit Laser, Elektrokauter, eventuell Kryochirurgie (Vereisung), aber Gefahr des Nachwachsens. Durch eine Behandlung wird die Infektiosität wahrscheinlich verringert, aber nicht gänzlich ausgeschlossen; eine Übertragung (Ansteckung) ist also weiterhin möglich. Wenn die Behandlung erfolgreich abgeschlossen wurde, ist das Virus nicht mehr nachweisbar. Reaktivierung einer Infektion wurde nicht beobachtet, eine Immunität gegen Neuinfektionen besteht nicht.

HIV-assoziierte Besonderheiten:

Bei fortgeschrittener Immunschwäche eventuell schlechteres Ansprechen auf Therapie. Häufigerer Übergang in malignen Tumoren (Anal- bzw. Zervixkarzinom), daher werden regelmäßige Screening-Untersuchungen bei HIV-positiven Patienten und Patientinnen empfohlen.

Partnermitbehandlung:

Eine Mitbehandlung von Sexualpartnern und -partnerinnen wird empfohlen.

Prophylaxe:

Eine Verringerung des Infektionsrisikos ist durch Verwendung von Kondomen nur eingeschränkt möglich, da die Infektion auch durch Kontakt mit Körperstellen übertragen werden kann, die nicht von Kondomen geschützt werden können. Risikomindernd sind Latexfolie und Latexhandschuhe.

Schwangerschafts-assoziierte Besonderheiten:

Eine Übertragung während der Schwangerschaft bzw. Geburt von der Mutter auf das Kind ist möglich (u.a. Infektionen des Atemtrakts); ob eine Schnittentbindung (Kaiserschnitt) zur Vermeidung einer Infektion des Kindes sinnvoll ist, wird kontrovers diskutiert. Eine Behandlung mit Imiquimod, Podophyllin oder Podophyllotoxin wird während der Schwangerschaft nicht empfohlen.

7.1.5 Condylomata plana

Andere Bezeichnungen:

flache Kondylome.

Erreger:

humanes Papillomavirus (HPV) Typ 16 und 18.

Symptomatik:

flache, breitflächige, warzenartige Gewebewucherungen v.a. im Bereich von Uterushals und Vagina, seltener an der Penisvorhaut; das Risiko für die Entstehung einer zervikalen Neoplasie (CIN) oder bösartiger Tumoren ist eventuell erhöht.

Diagnose:

anhand des klinischen Befunds, eventuell Biopsie oder Nachweis von HPV-DNA (Polymerasenkettenreaktion, PCR).

Meldepflicht:

nein.

Therapie:

abhängig von Lokalisation und Ausmaß, s. Condylomata acuminata.

7.1.6 Herpes genitalis

Erreger:

das DNA-Virus Herpes-Simplex-Virus Typ 2 (HSV 2), auch als Herpes hominis bezeichnet, gehört zu der Alphasubfamilie der Herpesviren, zu denen auch der Erreger der Windpocken, der Varicella-Zoster-Virus, gehört.

Epidemiologie:

In Westeuropa bei 4-18% der Allgemeinbevölkerung nachweisbar, bei 10-40% der HIV-Infizierten, bei Personen mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen in 20-80%.

Übertragungswege:

Kontaktinfektion, Tröpfcheninfektion. Die Infektiosität ist hoch.

Symptomatik/Verlauf:

nach einer Inkubationszeit von wenigen (2-12) Tagen bis Wochen schmerzhaftes Haut- bzw. Schleimhautveränderungen v.a. an Penis, Vulva und Vagina (Vulvovaginitis herpetica), Gebärmutterhals, Analsbereich oder Darm; Juckreiz,

Hautrötung, und Bildung von Bläschen, die sich schließlich öffnen; eventuell Fieber, Lymphknotenschwellung. Als Komplikation kann ein Befall größerer Hautareale oder innerer Organe auftreten. Das Virus verbleibt lebenslang im Körper und setzt sich an den Nervenenden fest. Rezidive (Wiederauftreten der Krankheit) sind häufig aufgrund von beeinträchtigter Abwehr, z.B:

bei Stress, intensiver Sonneneinstrahlung oder bei anderen Infektionskrankheiten.

HIV-assoziierte Besonderheiten:

Infektionen können insbesondere bei einer Immunschwäche generalisiert verlaufen und häufig rezidivieren.

Diagnose:

direkter Erregernachweis in Abstrichen aus Bläschen, Antigentests; eventuell Polymerasekettenreaktion (PCR) oder Ligasekettenreaktion (LCR).

Therapie:

ggf. Virostatika (z.B. Aciclovir, Famciclovir oder Valaciclovir) zur Begrenzung der Ausbreitung. Bei häufigen Rezidiven eventuell anhaltende Suppressionstherapie.

Prophylaxe:

Kondome und Vermeidung von Kontakt mit infektiöser Bläschenflüssigkeit.

Meldepflicht:

nein

Schwangerschafts-assoziierte Besonderheiten:

Eine Mutter-Kind-Übertragung ist während der Schwangerschaft und Geburt möglich und kann zu schweren, lebensbedrohlichen Erkrankungen des Neugeborenen führen, Vermeidung durch Schnittentbindung (Kaiserschnitt). Keine Behandlung mit Aciclovir in der 1.-14. Schwangerschaftswoche, in der übrigen Zeit nur bei strenger Indikationsstellung.

7.1.7 Herpes labialis (HSV, Typ I) tritt mit Bläschen am Mund auf.

7.2 bakterielle Infektionen

7.2.1 Chlamydien-Infektionen

Erreger:

Chlamydien, intrazellulär lebende Bakterien der Familie Chlamydiaceae, mit verschiedenen Untergruppen (sog. Serovaren).

Epidemiologie:

jährlich weltweit schätzungsweise 92 Millionen Infektionen, davon 5 Millionen in Europa. Häufigkeit abhängig von der Häufigkeit sexueller Aktivität; am häufigsten ist die Altersgruppe zwischen dem 20 und 30. Lebensjahr betroffen, Frauen häufiger infiziert.

Übertragungswege:

direkter Schleimhautkontakt mit infektiösem Sekret, z.B. bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr; Mutter-Kind-Übertragung.

Symptomatik/Verlauf:

Eine Infektion mit *Chlamydia trachomatis* kann je nach Untergruppe (sog. Serovar) zu unterschiedlichen Erkrankungen führen:

Serovare A-C verursachen die Augenkrankheit Trachom, Serovare D-K sind die häufigsten Erreger der nicht-gonorrhöischen Urethritis (Harnröhrenentzündung), außerdem u.a. von Zervizitis (Gebärmutterhalsentzündung), Salpingitis (Eileiterentzündung) oder Epididymitis (Nebenhodenentzündung). Die Chlamydien-Infektion kann zu Juckreiz und Schmerzen führen. Wenn der Eileiter verklebt ist, kommt es zu Sterilität. Infektionen des Darms (Proktitis) sind möglich. Serovare LI-L3 sind Erreger des Lymphogranuloma inguinale (siehe unten).

HIV-assoziierte Besonderheiten:

Chlamydien-Infektionen begünstigen wahrscheinlich die Übertragung von HIV-Infektionen.

Diagnose:

Nachweis in Blut oder Urin mit Polymerasekettenreaktion (PCR) oder Ligasekettenreaktion (LCR), Direktnachweis im Abstrichpräparat mit Immunfluoreszenztechnik oder Enzymimmunessay möglich. Seit 1995 wurde die Diagnostik in die Schwangerschaftsfürsorge mitaufgenommen.

Meldepflicht:

nicht für sexuell übertragene Chlamydien-Infektionen, aber für *Chlamydia psittaci* (Erreger einer seltenen Lungenentzündung).

Therapie:

medikamentös (Antibiotika), z.B. mit Tetracyclin, Erythromycin, Cotrimoxazol.

Prophylaxe:

Verwendung von Kondomen und Safer Sex.

Schwangerschafts-assoziierte Besonderheiten:

Eine Mutter-Kind-Übertragung (während der Geburt) ist möglich, bei Neugeborenen kann es durch Übertragung während der Geburt zu einer Augenbindehautentzündung (sog. Einschlusskörperchenkonjunktivitis) oder Entzündungen der Lunge und des Nasen-Rachenraums kommen. Seit 1995 werden Schwangere im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge auch auf Chlamydien-Infektionen untersucht. Während einer Schwangerschaft keine Behandlung mit Tetracyclinen.

7.2.2 Mykoplasmen-Infektionen

Erreger:

Bakterien der Gattung Mycoplasma, z.B. Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium oder Ureaplasma urealyticum.

Epidemiologie:

Erreger bei vielen Gesunden als normaler Bestandteil der Genitalflora; Verbreitung durch Sexualkontakte beeinflusst und nimmt mit steigendem Lebensalter zu.

Symptomatik:

Infektionen verlaufen (v.a. bei Männern) häufig ohne Krankheitszeichen. Bei Frauen kann es zu Infektionen der Scheide (Vaginitis) mit Ausfluss kommen, sowie zu Infektionen des kleinen Beckens (pelvic inflammatory disease, PID) mit schmerzhaften Beschwerden, bei Frauen und Männern zu Harnröhrenentzündungen (nichtgonorrhöische Urethritis), bei Männern zu Prostata-Entzündungen (Prostatitis). Entgegen früheren Annahmen begünstigen bestehende Mykoplasmen-Infektionen nicht eine Infektion mit HIV.

Übertragungsweg:

Geschlechtsverkehr.

Diagnose:

serologisch durch Komplementbindungsreaktion, Erregernachweis in Laborkulturen und mikroskopisch.

Meldepflicht:

nein

Therapie:

abhängig von der Symptomatik, ggf. medikamentös mit Chemotherapeutika (z.B. Metronidazol) oder Antibiotika (z.B. Clindamycin-Creme)

Partnermitbehandlung:

Eine Mitbehandlung von Sexualpartnern bzw. -partnerinnen wird bei häufig wiederkehrender Symptomatik (Rezidiven) empfohlen.

Prophylaxe:

Kondome und Safer Sex.

Schwangerschafts-assoziierte Besonderheiten:

Ein Zusammenhang mit Mykoplasmen-Infektionen und erhöhter Frühgeburtlichkeit wurde beschrieben; das Risiko kann durch Anwendung von Laktobazillenzubereitungen bei entsprechender Indikation reduziert werden.

7.2.3 Gonorrhö

Andere Bezeichnungen:

Tripper, GO.

Erreger:

das Bakterium Neisseria gonorrhoeae (sog. Gonokokken).

Epidemiologie:

weltweit schätzungsweise ca. 60 Millionen Neuerkrankungen jährlich; in Deutschland schätzungsweise 25.000-35.000 Neuerkrankungen jährlich. Die Häufigkeit ist abhängig von der sexuellen Aktivität (Zunahme mit der Zahl der Sexualpartner bzw. -partnerinnen) und ist in großstädtischen Ballungsgebieten höher. Zur Zeit wird in den USA und Westeuropa eine Zunahme von Neuinfektionen vor allem bei Männern beobachtet.

Übertragungswege:

Geschlechtsverkehr (vaginal, anal, oral - auch beim Fellatio ohne Samenerguss kann eine Infektion über die Wangenschleimhaut erfolgen), Mutter-Kind-Übertragung bei der Geburt, selten Schmierinfektion, z.B. über schmutziges Handtuch.

Symptomatik:

nach 2-7 Tagen kommt es bei Männern in ca. 70% zu Harnröhrentzündung (Urethritis) mit Schmerzen beim Wasserlassen, eitrigem Harnröhrenausfluss (morgendlicher sog. Bonjour-Tropfen), Rötung der Eichel; bei Frauen in ca. 60% symptomarmer Verlauf:

Entzündung von Muttermund (Zervizitis) und Harnröhre (Urethritis) mit Ausfluss (Fluor vaginalis) und Brennen beim Wasserlassen, Entzündung der Bartholin-Drüsen in der Schamlippe (Bartholinitis); eine Scheidenentzündung (Vaginitis) ist infolge der Schutzfunktion der Vaginalflora eher selten. Als extragenitale Infektionen können bei beiden Geschlechtern eine Gonorrhö des Anorektalbereichs (Proktitis) mit typischen Symptomen und des Kehlkopfs (pharyngeale Gonorrhoe, Pharyngitis) mit eventuell nur geringen, uncharakteristischen Symptomen vorkommen; eine Gonoblennorrhoe mit Entzündung der Augenbindehaut tritt v.a. bei Neugeborenen erkrankter Mütter nach der Geburt auf. Komplikationen:

bei Männern Prostatitis, Nebenhodenentzündung (Epididymitis), bei chronischem Verlauf eventuell Harnröhrenverengung (Striktur), bei Frauen aufsteigende Infektion des Genitaltrakts mit Endometritis, Eileiterentzündung (Salpingitis) mit kolikartigen Schmerzen, Bauchfellreizung und hohem Fieber, Entzündung des Eierstockbauchfellüberzugs (Perioophoritis), Abszess von Eierstock und Eileiter (Tuboovarialabszess), chronische Entzündung der weiblichen Eileiter und Eierstöcke (Adnexitis); als Spätfolgen können eventuell Sterilität und Eileiterschwangerschaften auftreten; selten kommt es zu Blutvergiftung (Sepsis), Herzentzündung (Endokarditis) oder Gelenkentzündungen (Arthritis).

Diagnose:

Nachweis von Gonokokken in Ausstrich und Kultur; in Einzelfällen eventuell Polymerasekettenreaktion (PCR).

Meldepflicht:

nein.

Therapie:

medikamentös mit Antibiotika (z.B. Spectinomycin, Ceftriaxon, Ciprotloxacin, Azithromycin), bei aufsteigender (komplizierter) Gonorrhoe Ceftriaxon, Erythromycin oder Ciprofloxacin; bei Augenbeteiligung Ceftriaxon, sorgfältige Kontrolluntersuchungen. Bei der Therapie sollte auf eventuell vorhandene Antibiotika-Resistenzen von *Neisseria gonorrhoeae* geachtet werden! Z.Z. ist die Behandlung von Formen aus Thailand sehr schwierig.

Partnermitbehandlung:

Eine unverzügliche Mitbehandlung von Sexualpartnern und -partnerinnen wird empfohlen.

Prophylaxe:

Verringerung des Infektionsrisikos durch Kondome und Safer Sex, bei Orogenitalkontakten Verwendung von Latexfolie (Dental Damm). Dildos und Sexspielzeuge sollten nur von einer Person benutzt werden und vor der Weitergabe an andere lange und gründlich gereinigt werden.

Schwangerschafts-assoziierte Besonderheiten:

Eine Übertragung während der Geburt von der Mutter auf das Kind ist möglich und führt zu einer Infektion der Augenschleimhaut (sog. Gonoblennorrhoe) mit der Gefahr des Erblindens; eine Prophylaxe mit 1% Silbernitrat (sog. Crede-Prophylaxe) sollte ggf. erwogen werden. Während der Schwangerschaft keine Behandlung mit Quinolonen oder Tetrazyklinen.

7.2.4 Syphilis

Andere Bezeichnungen:

Lues venerea.

Erreger:

das Bakterium *Treponema pallidum*.

Epidemiologie:

Weltweit kommt es schätzungsweise zu jährlich 12 Millionen Erkrankungen. In Deutschland ist gegenwärtig mit 6.000-8.000 Erkrankungen pro Jahr zu rechnen, zwei Drittel der Erkrankten sind Männer; in den letzten Jahren wurde ein Anstieg bei schwulen Männern beobachtet. Wie Präventionskampagnen in den USA zeigen, kann die Zahl der Neuinfektionen durch Aufklärung, Information und frühe Behandlung erheblich gesenkt werden (in den USA 2001 niedrigste gemeldete Zahl von Syphilis-Fällen seit 10 Jahren).

Übertragungswege:

Ansteckungen sind in Stadium I und II vor allem durch Kontakt mit den bei Erkrankung auftretenden Geschwüren möglich (Kontaktinfektion), z.B. bei Geschlechtsverkehr, aber auch beim Streicheln, Fisten u.a. Eintrittspforte sind kleine Verletzungen (Mikroläsionen) an Schleimhäuten oder Haut. Übertragung auch durch

direkten Blutkontakt (Bluttransfusionen, gemeinsame Spritzbesteckverwendung bei Drogengebrauch) möglich. Da *Treponema pallidum* außerhalb des Körpers nur für kurze Zeit überlebensfähig ist, sind indirekte Übertragungen (z.B. Schmierinfektionen über gemeinsam benutzte Dildos, Spielzeuge oder Handtücher) sehr selten. Mutter-Kind-Übertragung intrauterin mit schweren Missbildungen möglich.

Symptomatik/Verlauf:

durch einen vielfältigen, individuell sehr unterschiedlichen Verlauf mit variablen klinischen Zeichen gekennzeichnet. Klinisch werden die erworbene Syphilis und die angeborene Syphilis (auch Lues connata, s.u.) unterschieden; die erworbene Syphilis wird in Frühsyphilis (Stadium I und II) und Spätsyphilis (Stadium III und IV) eingeteilt. Unbehandelt verläuft eine erworbene Syphilis in verschiedenen, ohne ausreichende Therapie aufeinanderfolgenden Stadien:

Stadium I:

sog. Primärstadium nach 2-3 Wochen nach der Infektion, in dem ein kleiner, rundlich-ovaler, rötlicher Fleck als Primäraffekt am Eintrittsort (z.B. Penis, Anorektalbereich, Hand) auftritt und sich zu einem schmerzlosen, hochinfektiösen Geschwür verhärtet (sog. harten Schanker, *Ulcus durum*). Nach 3-5 Wochen kommt es zur Entzündung von Lymphbahnen (Lymphangitis) und Lymphknoten und einer schmerzlosen Lymphknotenvergrößerung (sog. Bubo). Abheilung des *Ulcus* in der 8.-12. Woche, es folgt das sog. Eruptionsstadium mit allgemeinem Krankheitsgefühl, Nervenschmerzen (Neuralgien), Muskel-, Gelenk- und Knochenschmerzen, das den Übergang zum

Stadium II kennzeichnet:

nicht juckende Haut- und Schleimhauterscheinungen (sog. Syphilide), später Ausbildung von breiten Kondylomen (*Condylomata lata*), hellroten Hautflecken (*Roseola*), eventuell Mitbeteiligung anderer Organe (als Leber- oder Gefäßentzündung, Herz(muskel)schädigung, Augenentzündungen, eventuell erste Zeichen einer Mitbeteiligung des Nervensystems) und Haarausfall.

Stadium III:

ca. 3-5 Jahre nach der Infektion (auch später) Ausbildung von Hautgeschwüren, großen Papeln und gummatösen Schwellungen an Schleimhäuten, knotige Infiltrate an Blutgefäßen und inneren Organen (sog. Syphilide), an denen in der Folge entzündliche Reaktionen auftreten.

Stadium IV:

sog. Neurosyphilis mit Beteiligung von Gehirn, Rückenmark bzw. Nervensystem nach 6-8 Jahren; es werden unterschieden:

1. Tabes dorsalis:

sog. Rückenmarkschwindsucht mit Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks und entzündlichen Veränderungen der Wurzeln der Rückenmarksnerven; Auftreten in ca. 2-3% nach ca. 8-12 Jahren.

Symptome:

Pupillenstörungen (z.B. fehlende Pupillenreaktion, Engstellung), Augenmuskellähmungen, Sensibilitätsstörungen (v.a. verminderte oder aufgehobene Berührungsempfindlichkeit, Hyp- bzw. Anästhesie; Kribbelgefühl, Parästhesie), Fehlen von Muskeleigenreflexen, herabgesetzte Muskelspannung, Gelenkveränderungen, vegetative Störungen mit Bildung trophischer Ulzerationen besonders an den Fußsohlen, anfallartig auftretende, plötzlich einschießende Schmerzen und schmerzhafte tabische Krisen (meist im Oberbauch), Gang- und Gleichgewichtsstörungen, Blasen- und Mastdarmstörungen, Erektionsstörungen.

2. Lues cerebrospinalis:

mit Beteiligung von Gehirn und Rückenmark; Formen:

- a vaskuläre Form mit intrazerebralen Gefäßentzündungen und -verschlüssen (Heubner-Krankheit), als Symptome treten abhängig von der Lokalisation Lähmungen, ein hirnlokales Syndrom, Hirnstammsyndrome (mit vegetativen Ausfällen), Hirnnervenausfälle und (bei Rückenmarkbeteiligung) Gangstörungen, Störungen des Lagesinns u.a. auf;
- b meningitische Form mit Beteiligung von Hirnhaut und Gehirn mit Kopfschmerzen, Empfindlichkeit gegenüber Lichteinfall, Nackensteifigkeit, Hirnnervenausfälle (v.a. Augenmuskellähmungen), Sehnervenentzündung (mit Sehstörung) und Sensibilitätsstörungen im Gesichtsbereich;
- c gummiöse Form mit Ausbildung von Gummigeschwulsten (Gumma,) die von den Hirnhäuten (Meningen) ausgehen und in Abhängigkeit von der Lokalisation neurologische Ausfälle, psychische Alterationen, Lähmungen, Sprachstörungen, epileptische Anfälle, bei Beteiligung des Rückenmarks auch Rückenschmerzen, Sensibilitätsstörungen und Lähmungen (bis zur Querschnittläsion) verursachen können.

3. Progressive Paralyse:

Auftreten in 8-10% nach ca. 10-15 Jahren; durch entzündliche Veränderungen des Großhirns, uncharakteristische Beschwerden (Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Schwindel u.a.), z.T. epileptische Anfälle, Pupillenstörungen, Geh- und Gleichgewichtsstörungen (Tabes dorsalis) sowie psychopathologische Symptome wie zunehmende Demenz, Sprechstörungen, eventuell Manie und Größenwahn. Seltener Form ist die sog. Lissauer-Paralyse, bei der neuropsychologische Herdsymptome wie Sprechstörungen (Aphasie), Störungen von Handlungen und

Bewegungsabläufen (Apraxie), eventuell Schreibstörungen (Agraphie) oder Erinnerungsverlust (Amnesie) im Vordergrund stehen.

Diagnose:

eventuell schwieriger mikroskopischer Nachweis von *Treponema pallidum* in Primäraffekt bzw. Lymphknotenpunktat oder Liquor cerebrospinalis; serologisch:

1. *Treponema-pallidum*-Hämagglutinations-Test (TPHA-Test), wird ca. 3 Wochen nach Infektion positiv; 2. FTA-Abs-Test, wird ca. 2 Wochen nach Infektion positiv. Vom Nachweis von *Treponema pallidum* zu unterscheiden ist die Differenzierung und Beurteilung der Aktivität einer Syphilis (Behandlungsbedürftigkeit!) mittels VDRL-Test (etwa ab 5. Woche positiv) oder Kardiopalinbindungsreaktion (Komplementbindungsreaktion); Beurteilung des Therapieerfolgs anhand des Antikörperverschmelzes, häufig bleiben typische Antikörper erhalten (sog. Serumnarbe).

HIV-assoziierte Besonderheiten:

Bei ausgeprägter Immunschwäche kann es zu beschleunigten oder atypischen Verläufen kommen; u.a. wurden Fälle beschrieben, bei denen die Symptomatik auf einen Verlauf wie bei einer "Reaktivierung" einer (bereits behandelten) Syphilis hinwies. Bei neurologischen Symptomen im Rahmen einer HIV-Infektion sollte immer auch das Vorliegen einer Syphilis mit Beteiligung des Nervensystems ausgeschlossen werden. Primäraffekte einer Syphilis begünstigen als Kofaktor die Übertragung von HIV-Infektionen.

Meldepflicht:

nichtnamentlich (anonym) meldepflichtig.

Therapie:

Die Behandlung sollte so früh wie möglich erfolgen, die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Krankheitsstadium. Therapie der Wahl sind in jedem Krankheitsstadium Penicilline (i.d.R. intramuskuläre Gabe, bei regional beobachteter verringerter Empfindlichkeit der Erreger eventuell langfristig hochdosiert), bei angeborener Syphilis z.B. Benzylpenicillin; bei Allergie oder Unverträglichkeit eventuell Doxycyclin, Ceftriaxon oder Erythromycin (nicht liquorgängig, daher nicht bei Neurosyphilis). Eine Heilung der Syphilis ist in jedem Stadium möglich, jedoch bilden sich bereits vorhandene Organschäden in der Regel nicht zurück.

Prophylaxe:

Eine Verringerung des Infektionsrisikos ist durch Verwendung von Kondomen bzw. Latexhandschuhen (z.B. beim Fisten) möglich; Dildos und Spielzeuge sollten nur von einer Person benutzt und vor Weitergabe lange und gründlich gereinigt werden. Information, Aufklärung und frühzeitige und konsequente Behandlung (unter Einschluss von Sexualpartnern und -partnerinnen) trägt zu einem erheblichen Rückgang von Neuinfektionen bei.

Schwangerschafts-assoziierte Besonderheiten:

Eine Mutter-Kind-Übertragung während der Schwangerschaft ist möglich. Als Lues connata oder angeborene Syphilis wird die intrauterin (ab dem 5. Schwangerschaftsmonat) diaplazentar übertragene oder während der Geburt erworbene Infektion mit *Treponema pallidum* bezeichnet. Bei früheren Infektionen (Frühsyphilis der Mutter während der Schwangerschaft) kommt es häufig zu Fehl- und Frühgeburten. Symptome beim konnatal infizierten Kind können u.a. sein:

blasenbildende, ulzerierende Hautausschläge besonders an Handflächen und Fußsohlen, eitriger, blutiger Schnupfen durch Nasenschleimhautbefall (sog. *Coryza syphilitica*), Leber- und Milentzündung (und Vergrößerung), Knorpel- und Knochenentzündungen (Osteochondritis z.B. mit Nasendeformität, sog. Sattelnase). Als Hutchinson-Trias wird das Auftreten tonnenförmiger oberer Schneidezähne, interstitieller Augenhornhautentzündung (*Keratitis parenchymatosa*) und Innenohrschwerhörigkeit bezeichnet.

7.2.5 Treponematosen

Sammelbezeichnung für Infektionen mit Bakterien der Gattung *Treponema*, die zu unterschiedlichen Erkrankungen u.a. Syphilis führen können.

Erreger:

Bakterien der Gattung *Treponema* aus der Familie der Spirochäten.

Wichtigste Formen:

1. Syphilis. Infektion durch *Treponema pallidum*, siehe oben.
2. Endemische Syphilis:
3. auch Bejel, Infektion durch *Treponema pallidum* Typ 11 (*Treponema endemicum*); Vorkommen v.a. in Trockengebieten des Vorderen Orients, Afrikas, Zentralasiens, gehäuft bei Kindern; nicht sexuell übertragbar.
4. Frambösie:
5. himbeerartige Läsion am Gesicht oder an den Extremitäten; Infektion durch *Treponema pertenu* (auch *Treponema pallidum* subspecies *pertenu*); Übertragung v.a. durch Schmierinfektion.
6. 4. Pinta:
7. Infektion durch *Treponema carateum*, Vorkommen v.a. in Mittel- und Südamerika, Übertragung durch Kontaktinfektion; klinisches Bild mit rötlichem Knötchen als Primäreffekt, nach 5-10 Monaten Hautausschlag, später Verhornungs- und Pigmentierungsstörungen der Haut.

Diagnose:

Die Diagnose ist wegen der Ähnlichkeit der Erreger und bei uncharakteristischen Beschwerden eventuell schwierig. Serologisch (und teilweise auch morphologisch) sind die unterschiedlichen Treponemen nicht von *Treponema pallidum* zu unterscheiden (sog. gekreuzte Seroreaktion).

Meldepflicht:

nichtnamentlich (anonym) bei *Treponema pallidum* (Syphilis).

Therapie:

medikamentös (Antibiotika).

7.3 sonstige Infektionen

7.3.1 Kandidose

Erreger:

Pilz (*Candida albicans*, Hefepilz), selten möglicherweise andere *Candida* species

Epidemiologie:

75% aller Frauen haben wahrscheinlich einmal im Leben eine Kandidose durchgemacht.

Verlauf/Symptomatik:

nach wenigen Tagen Juckreiz, Brennen, weißlicher Fluor an den Genitalien.

Übertragung:

Schmierinfektion; Geschlechtverkehr; Schwimmbad-Wasser

Diagnostik:

mikroskopische Untersuchung des Abstrichs, wird routinemäßig bei allen gynäkologischen Untersuchungen durchgeführt.

Therapie:

lokale medikamentöse Behandlung.

Partnermitbehandlung:

zu empfehlen, da es sonst zu Pingpong-Infektionen kommt.

7.3.2 Trichomoniasis

Erreger:

Trichomonas urogenitalis, Klasse der Geißeltierchen (Flagellaten) der tierische Einzeller (Protozoen).

Epidemiologie:

1-70% Inzidenz in den verschiedenen Bevölkerungsschichten; häufiger bei Frauen als bei Männern.

Verlauf/Symptomatik:

4 Tage bis 3 Wochen Inkubationszeit, schmerzhafte Scheidenentzündung (Vaginitis) mit eitrigem, schaumigem, übelriechendem Fluor und Juckreiz, gelegentlich Infektion von Harnblase; beim Mann meist völlig asymptomatisch; kann die Fertilität beeinflussen.

Übertragung:

Geschlechtsverkehr, in Einzelfällen Badewasser und Gegenstände (z.B. Badeschwamm).

Diagnostik:

mikroskopische Untersuchung von Vaginal- und Urethralabstrichen

Therapie:

Trichomonazida, z.B. Metronidazol; Vorsicht bei Alkohol!

Partnermitbehandlung:

empfohlen.

7.3.3 Parasiten (Amöben) im Darm

Weitere Parasiten (Amöben) im Darm können z.B. beim Fisten sexuell übertragen werden. Sie führen dann u.a. zu Durchfall und Bauchschmerzen. Die Besiedlung des Dünndarms mit dem Protozoen „Giardia lamblia“ führt zu einer meldepflichtigen Durchfallserkrankung:

„Giardiasis“ oder „Lambliasis“.

7.3.4 Epizoonosen:

Epizoonosen durch von außen kommende Parasiten (Ektoparasiten) hervorgerufene Hautkrankheiten (Dermatosen).

7.3.5 Filzläuse (Phthiriasis pubis)

Erreger:

Filzlaus (Phthirus pubis), kleiner als Kopflaus

Verlauf/Symptomatik:

Juckreiz an den Schamhaaren

Übertragung:

direkter Kontakt, z.B. beim Geschlechtsverkehr

Therapie:

Lösung 30 Min. oder Shampoo 4 Minuten einwirken lassen. Behandlung muss nach 10 Tagen wiederholt werden, um die schlüpfenden Larven abzutöten.

7.3.6 Krätze (Scabies)

Erreger:

weibl. Milbe Sarcoptes scabiei

Verlauf/Symptomatik:

nach 4 Wochen gräbt die weibliche Milbe Gänge parallel zur Hautoberfläche in die Haut. Die Ausscheidungen der Milben verursachen Juckreiz. Das Kratzen führt zu Ekzemen.

Übertragung:

Mensch zu Mensch; auch durch Bettwäsche