

**Chlamydienprävention -
auch für Jungen?**

Klapp C

Blickpunkt der Mann 2007; 5 (3)

24-29

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Chlamydienprävention – auch für Jungen?

C. Klapp

In Deutschland infizieren sich jährlich geschätzte 300.000–400.000 vorwiegend junge Menschen mit Chlamydia trachomatis (Serogruppe D–K). Mit ihren häufigen Komplikationen gilt diese sexuell übertragbare Infektion (STI) als Hauptverursacher infektionsbedingter Sterilität – bislang fast nur bei Frauen. Inzwischen mehren sich Hinweise, daß Männer durch Chlamydien nicht nur oft Überträger, sondern auch unmittelbar in ihrer Reproduktionsfähigkeit beeinträchtigt sind. Mangelnde Kenntnis, frühe sexuelle Aktivität und unzureichendes Verhütungsverhalten lassen vermuten, daß hier eine „schleichende Epidemie“ im Gange ist, deren Ausmaß aufgrund fehlender epidemiologischer Daten für Deutschland nicht bekannt ist. Daten aus Großbritannien, den Niederlanden und einigen skandinavischen Ländern mit Meldepflicht lassen auf einen besorgniserregenden Anstieg in den vergangenen Jahren schließen. Unsere Prävalenzbeobachtung bei < 18jährigen Mädchen in Berlin fand z. B. bei 10 % der meist symptomlosen 17jährigen eine frische Infektion mit Chlamydia trachomatis (CT). Ohne rechtzeitige Therapie kann sich eine chronische, über Jahre persistierende Infektion entwickeln. Gleichzeitig ergab unsere Untersuchung, daß fast 90 % noch nie etwas von CT und ihren möglichen Folgen erfahren hatten und daß weniger als 20 % dieser Paare beim letzten Verkehr mit Kondomen geschützt waren. Ziel der wenigen einzelnen primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen waren bislang vorwiegend junge Frauen, hier müssen breitangelegte Aufklärungskampagnen starten, die auch Jungen und junge Männer mit einbeziehen, denn Prävention ist hier einfach und wirkungsvoll, notwendige Komplikationsprophylaxe sinnvoll und notwendig. Kondome können hier positiv besetzt werden, nämlich als Schutz der eigenen und gemeinsamen Fruchtbarkeit.

In Germany, every year about 300,000–400,000 mostly young people become infected by Chlamydia trachomatis (D–K). With its frequent complications, this sexually transmitted infection (STI) is known as the leading cause for infection-transmitted infertility – up to now, almost only for women. Indications increase that men are not only carriers of the infection but also suffer directly from decrease of fertility. Little knowledge, early sexual activity and insufficient contraceptive behaviour in adolescents allow to presume that there is a “slow creeping epidemiologic”, whose extent is so far unknown because of lack of epidemiologic data. Data from the United Kingdom, the Netherlands and some Scandinavian countries with mandatory notification suggest that there has been an alarming increase over the last years. Our study with underaged girls in Berlin found that e. g. 10 % of the mostly asymptomatic 17-year-old girls had a newly contracted CT infection. Without medical therapy just in time a chronically persisting infection can develop (pelvic inflammatory disease, PID). At the same time, we found that nearly 90 % had never heard about chlamydia infection and its possible consequences and that less than 20 % of these couples used condoms during their last sexual intercourse. The few primary and secondary preventive activities so far have mostly aimed at young women, but broadly planned educational campaigns have to be started, including boys and young men as well, as prevention is simple and effective and prophylaxis of complications is sensible and necessary. Applying condoms could have a special positive connotation, namely as preservation of proper and mutual fertility.
Blickpunkt DER MANN 2007; 5 (3): 24–9.

Wie paßt das zusammen? Die am häufigsten sexuell übertragbare Infektionskrankheit mit jährlich 300.000–400.000 Neuinfektionen in Deutschland ist gleichzeitig die am wenigsten bekannte ...

Chlamydien – wie bitte? Fast 90 % aller Befragten, sich ansonsten gut aufgeklärt fühlende junge Menschen in unserem Land, haben noch nie etwas davon gehört. Mögliche Gründe liegen wohl in der Tatsache, daß man an dieser Infektion nicht stirbt, daß sie meist noch nicht einmal Schmerzen bereitet und Betroffene daher oft auch nicht zum Arzt gehen. Jedoch hat diese sexuell übertragbare Infektion mit dem kleinen Bakterium Chlamydia trachomatis (CT) (Serogruppe D–K) einen womöglich weitreichenden Einfluß auf die Lebensplanung: Sie gilt als Hauptverursacher infektionsbedingter Sterilität – bislang nur bei Frauen, doch mehren sich Hinweise, daß Männer nicht nur als Überträger fungieren, sondern – wenn auch in geringerem Ausmaß – in ihrer Reproduktionsfähigkeit beeinträchtigt werden können.

Bis nun eine Infektion mit ihren Auswirkungen diagnostiziert wird, vergehen oft viele Jahre, und damit ist die Chance auf eine rechtzeitige Diagnose und erfolgreiche Behandlung längst vergeben und ein hoher Prozentsatz der betroffenen Paare kann sich seinen Kinderwunsch – wenn überhaupt – nur noch über reproduktionsmedizinische Maßnahmen erfüllen. Seit 2001 besteht hierzu in Deutschland keine Meldepflicht, somit

gibt es wenig konkrete Zahlen. So ist diese Infektion in Deutschland eine unbekanntere Krankheit in dreierlei Sinn:

- Unbekannt als Krankheit.
- Unbekannt für den Infizierten aufgrund der Symptomarmut.
- Unbekannt hinsichtlich epidemiologischer Daten.

Doch es gibt gute Nachrichten:

- Präventive Maßnahmen sind einfach und wirkungsvoll.
- Ein Screening von „Risikogruppen“ ist sinnvoll und notwendig, um gegebenenfalls rechtzeitig den Betroffenen und den/die jeweiligen Sexualpartner behandeln zu können.
- Für beides steht die Aufklärung von Jugendlichen absolut im Vordergrund.

Chlamydia trachomatis-Serotypen D–K sind in Europa und den USA das häufigste sexuell übertragene Bakterium mit einer wachsenden Zahl Infizierter: bis zu 90 Millionen Infektionen in der Welt, 4 Millionen Infektionen in den USA, geschätzte 300.000–400.000 Infektionen in Deutschland.

Der weitaus größte Teil der Infizierten rekrutiert sich aus jungen Menschen – dabei sind Mädchen und sehr junge Frauen unter 20 Jahren besonders häufig betroffen, jenseits des 20. Lebensjahres sind mehr junge Männer infiziert [1, 2].

Für Deutschland liegen keine harten epidemiologischen Daten vor, die Meldepflicht wurde 2001 abgeschafft, die Prävalenzen in der Literatur beziehen sich auf einzelne Studien oder auf Erhebungen im Ausland. Die Daten aus Großbritannien, den Niederlanden und

Aus der Klinik für Geburtsmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Christine Klapp, Klinik für Geburtsmedizin, Charité Campus Virchow-Klinikum, D-13353 Berlin, Augustenburger Platz 1; E-Mail: christine.klapp@charite.de

einigen skandinavischen Ländern mit Meldepflicht lassen auf einen besorgniserregenden Anstieg in den vergangenen Jahren schließen, so z. B. ein Anstieg von 13 % innerhalb eines Jahres in Großbritannien [3], und sind dort längst Anlaß zu breit angelegten Aufklärungskampagnen und Screeningprogrammen in dieser Altersgruppe. Eigene Untersuchungen an Berliner Schülerinnen finden auch hierzulande Anzeichen für eine „schleichende Epidemie“ [4, 5].

Bis die symptomarme Chlamydieninfektion klinisch relevant wird, vergehen allerdings in der Regel viele Jahre, und sie wird meistens erst dann bemerkt, wenn der Kinderwunsch in den Vordergrund tritt und sich nicht erfüllt: Jede 4.–5. Frau mit einer genitalen Chlamydieninfektion ist von einer nachfolgenden Sterilität betroffen. 7 % aller jungen Paare sind in Deutschland unfreiwillig steril, was zu 30–50 % seine Ursache in einer viele Jahre zurückliegenden Chlamydieninfektion hat. Bereits heute können geschätzte 100.000 Paare in Deutschland aufgrund einer abgelaufenen Chlamydieninfektion auf natürlichem Wege keine Kinder mehr bekommen [6, 7].

Epidemiologie

Von den verschiedenen, in Mitteleuropa vorkommenden besonders relevanten Chlamydienpezies *Chlamydia trachomatis*, *pneumoniae* und *psittaci* soll hier ausschließlich von ersterer (Serogruppe D–K) die Rede sein.

Die Erkrankungen treten fast ausschließlich post-pubertär, insbesondere bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen (Altersgipfel 15–25 Jahre) auf. Die Prävalenz geht parallel zur sexuellen Aktivität und Partnerzahl, dabei schwanken die Prävalenzraten je nach untersuchter Population zwischen 2 und 25 %, letztere Zahl betrifft z. B. die Risikoklientel in Kliniken für sexuell übertragbare Infektionen (sexually transmitted infections [STI]). In den USA wurde z. B. bei 14- bis 18-jährigen Jungen (Normalbevölkerung) eine Prävalenz von 4 % gefunden, in Großbritannien 5,1 % bei < 25-jährigen Männern, in Norwegen bei männlichen, sexuell aktiven 18- bis 30-jährigen Studenten 7,8 % [8–10].

Infektionen bei Kindern sind selten: Neugeborene (Konjunktivitis, Pneumonie) durch vertikale Übertragung in der Schwangerschaft und bei der Geburt.

Ätiologie und Pathogenese

Chlamydien sind obligat intrazellulär lebende Bakterien mit jahrelanger, häufig asymptomatischer Persistenz, ca. 90 % der Infizierten ahnen nichts von der Infektion und ihren Folgen und haben auch noch nie etwas von Chlamydien gehört. Urogenitale Infektionen werden durch die *Chlamydia trachomatis*-Serogruppen D–K hervorgerufen, eine Vermehrung findet nur in lebenden Zellen statt.

Die Übertragung erfolgt nach einer Inkubationszeit von 1–3 Wochen fast ausschließlich sexuell über die Schleimhäute, je nach Sexualpraktik (vaginal, anal-genital, oral-genital, oral-anal), seltener über eine Schmierinfektion, eine Ejakulation ist nicht nötig.

Ohne rechtzeitige Therapie kann sich eine chronische Infektion entwickeln, die über Jahre unbemerkt persistiert und – manchmal in einer neuen Partnerschaft – wieder aufflammen kann. Die Immunität ist typspezifisch und nur partiell protektiv (Reinfektionen sind häufig). Durch die Infektion ausgelöste Immunprozesse spielen eine wichtige Rolle, z. B. bei der (seltenen) Entwicklung einer reaktiven Arthritis.

Diagnostik

Die Diagnose basiert auf Anamnese (Sexualkontakt?), Klinik und mikrobiologischen Befunden. Da die Infektion oft asymptomatisch oder wenig symptomatisch verläuft, wird die Diagnose oft nur durch eine Screeninguntersuchung bzw. bei einer Komplikation gestellt.

Es werden immer noch unterschiedliche, z. T. wenig effektive diagnostische Methoden angewandt. Als sicherste Methode („Goldstandard“) gilt der Erregerdirektnachweis (DNA-Nachweis) mittels PCR („Polymerase chain reaction“, molekularbiologischer Nachweis) aus dem Erststrahlurin oder Harnröhrenabstrich oder aus dem Ejakulat beim Mann und ebenfalls im Erststrahlurin bzw. Endo-Zervixabstrich bei der Frau.

Der Nachweis *Chlamydia trachomatis*-spezifischer Antikörper im Serum (Peptid-ELISA) ist nur bei chronischer Infektion und bei Komplikationen sinnvoll; bei unkomplizierter Urogenitalinfektion ist sie meist nicht hilfreich (Untersuchung nur bei klinischem Korrelat) [11, 12].

Wichtig ist, immer an eine Kombination mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STD) bzw. STI zu denken und „die üblichen Verdächtigen“ zu kontrollieren. Bei positivem Chlamydienbefund sollten daher Gonorrhoe, Herpes simplex, Lues, Hepatitis B und HIV auch beim Partner abgeklärt werden.

Was passiert nun „klinisch“?

Klinische Symptome und Befunde beim Mann

Infektionen verlaufen in 50–70 % asymptomatisch und können unbehandelt über Jahre persistieren. Wenn Symptome auftreten, so geschieht dies 1–3 Wochen nach Infektion meist mit Urethritis (Dysurie, Ausfluß). Circa 20 % der Männer mit Gonorrhoe haben gleichzeitig eine *Chlamydia trachomatis*-Infektion (Gonorrhoe erhöht die Empfänglichkeit für Chlamydien bzw. kann eventuell eine persistierende Chlamydieninfektion reaktivieren).

Komplikationen beim Mann

- Epididymitis, meist einseitig (manifestiert sich eventuell als schmerzlose Skrotalschwellung).
- Prostatitis (akut/chronisch) mit Schmerzen im Damm, Hoden, nach Orgasmus.
- Fertilitätsstörungen (wohl seltener als bei der Frau) durch Entzündungsreaktionen und Obliterationen im Bereich der Samenwege, Verschlechterung der Spermienmotilität und -morphologie und damit auch zur Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit führend [13–16].

Differentialdiagnostisch sollten u. a. außer der Gonorrhoe Hodentumoren und, besonders bei akuter Schmerzsymptomatik, eine Hodentorsion in Erwägung gezogen werden.

Komplikationen bei Mann und Frau

Proktitis (Pruritus, Brennen, Tenesmen), M. Reiter, Arthritis, Konjunktivitis, Perihepatitis.

Klinische Symptome und Befunde bei der Frau

Infektionen verlaufen in 70–80 %, in unserem Kollektiv von minderjährigen Mädchen sogar bis 90 % asymptomatisch und können unbehandelt über Jahre persistieren, eventuell manifestieren sie sich erstmals als Komplikationen. Mögliche, oft nicht beachtete Symptome sind mukopurulente Zervizitis und/oder Urethritis. Auch Zwischenblutungen sowie Kontaktblutungen beim Geschlechtsverkehr treten auf.

Komplikationen bei der Frau

Durch Aszension der Erreger:

- Endometritis
- Salpingitis
- Pelveoperitonitis, Aszites

und als Folgeerscheinungen:

- Extrauterin gravidität
- Sterilität

bei Schwangeren/Wöchnerinnen:

- Chorioamnionitis, vorzeitiger Blasensprung, Frühgeburt, Infektion des Kindes
- postpartale Endometritis.

Therapie

Die medikamentöse Therapie der frischen, unkomplizierten Infektion ist einfach: eine 7–14tägige Antibiose mit Doxycyclin oder Azithromycin (Einmalgabe), bei Schwangeren Erythromycin. Bei chronischer, komplizierter Infektion werden entweder längere Einnahmezeiten (3 Wochen und mehr) oder Antibiotikakombinationen gegeben. Immer ist der Partner in die Therapie einzubeziehen.

Komplikationsprophylaxe

Ein mögliches sexuell aktives Risikokollektiv, bei dem ein Screening sinnvoll ist, lässt sich durch folgende Prädiktoren eingrenzen:

- Alter < 25 Jahre
- Keine oder unregelmäßige Verwendung von Barrieremethoden
- Neuer Sexualpartner
- Mehr als 1 Sexualpartner
- STD-Erkrankung in der Anamnese
- Zervikale Ektopie bei der Frau
- Früh aufgenommener Geschlechtsverkehr
- Unkenntnis von Chlamydien.

Es gibt noch einen wichtigen Grund für Präventionsbemühungen: Infektionen mit Chlamydien und Lues fördern eine HIV-Infektion [17].

Problem: Sexualverhalten von Jugendlichen

Jugendliche kommen sehr früh in die Pubertät, besonders Mädchen. Hier liegt das mittlere Menarchealter aktuell bei 12,5 Jahren, der frühestnormale Zeitpunkt für die erste Regel liegt bei 9 Jahren. Aufgrund der hormonellen Situation und der massenmedialen Stimulation werden geschlechtsspezifische Triebimpulse und

eine diffuse sexuelle Neugier immer früher wach. In der Konsequenz beginnen die Heranwachsenden immer früher mit Verabredungen, Küssen und Petting, ca. jede(r) zehnte (Jungen 10 %, Mädchen 12 %) von 14 Jahren und 20 % bzw. 23 % der 15jährigen hatten bereits Geschlechtsverkehr [18] (Abb. 1).

Dabei hat seit Beginn dieser Wiederholungsbefragungen 1980 vor allem eine Annäherung der Zahlen zwischen Mädchen und Jungen stattgefunden. Scheint dieser Trend in der Befragung von 2006 vs. 2001 gestoppt, so gilt dies nicht für die 15jährigen Jungen: 2001 betrug der Erfahrungsvorsprung der Mädchen dieser Altersgruppe 7 Punkte, heute sind die gleichaltrigen Jungen bis auf 3 Punkte herangerückt [18].

Nun sind Eltern, Lehrer und auch viele Ärzte bei diesem Thema relativ entspannt, sind sie doch sicher, daß diese Generation aufgeklärt ist wie keine zuvor und Zugang zu Verhütungsmitteln jeder Art hat – manchmal mit etwas Neidgefühl beim Gedanken an die eigenen Unsicherheiten und mangelnden Möglichkeiten damals. Was soll also passieren?

Dabei wird leicht übersehen, daß inflationäre Informationsmöglichkeiten besonders bei Heranwachsenden Unsicherheiten und Druck verstärken können: „Ab wann sollte oder müßte man denn Geschlechtsverkehr haben?“ (12jähriger Junge). Deutlich wird dies auch bei der Frage an 14- bis 16jährige Mädchen und Jungen in unseren „Arztstunden“: „Was glaubt ihr, wie viel Prozent der 16jährigen in Deutschland haben schon Geschlechtsverkehr gehabt?“ Die Vermutung lautet immer 50–99 %, wobei diese Annahme oft umgekehrt proportional zur Schulbildung steht.

Das bedeutet aber, überspitzt formuliert: „Alle tun es“ und nur man selber ist ein Spätzünder [19]. Das verursacht gehörigen Leistungsdruck, man möchte einerseits dazugehören, fühlt sich aber unsicher und gehemmt, und vielleicht im Innersten oft noch nicht wirklich soweit. Themen zur Sexualität: „Wie macht man das?“, „Mache ich alles richtig?“ oder „Womit könnte ich mich blamieren?“ sind vorrangig, werden aber häufig nicht offen angesprochen [20]. Ausreichend Zeit, um die körperlichen Umstrukturierungsprozesse psychosozial adäquat verarbeiten zu können, haben Jugendliche heute kaum und eine brisante Mischung aus Halbwissen, mangelndem Selbstbewußtsein und unreifen Bewältigungsstrategien läßt viele Jugendliche

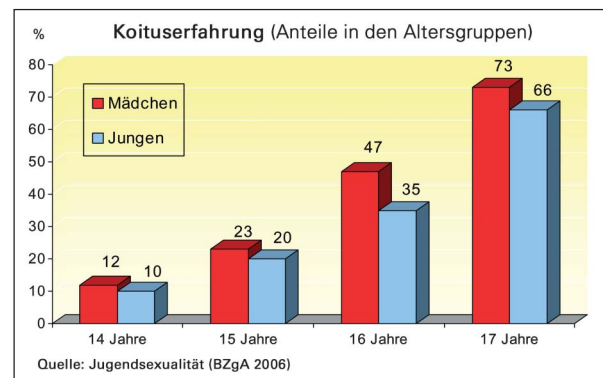


Abbildung 1: Der erste Geschlechtsverkehr nach Altersgruppen (n = 2497) Erstellt nach Daten aus [18]. Wiederholungsbefragung 14–17jähriger Jugendlicher.

vieles sehr früh ausprobieren: Dies läßt sich an den immer noch zu häufigen Schwangerschaften bei Minderjährigen ablesen und es steht zu vermuten, daß sich sexuell übertragbare Krankheiten unter Jugendlichen parallel dazu ausbreiten. In Deutschland verfügen wir allerdings über keinerlei offizielle repräsentative Zahlen, da laut Infektionsschutzgesetz seit 1. Januar 2001 nur noch für HIV und Syphilis eine Laborberichtspflicht an das Robert-Koch-Institut (RKI) in Berlin besteht.

Die Einschätzung, daß es normal sei, früh Geschlechtsverkehr zu haben, gepaart mit der Überschätzung des eigenen Wissens bei realen Informationsdefiziten und fehlender Handlungssicherheit in der konkreten Situation ergibt eine besonders brisante Mischung hinsichtlich des Risikos von Infektion (STD/STI) für Minderjährige [5, 19].

Die Befunde der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) zu Gründen für Nicht-Verhütung verdeutlichen dies in Abbildung 2. Für fast 4 von 10 Jungen kam der erste Geschlechtsverkehr „völlig überraschend“ und dies umso mehr, je jünger sie waren.

Wenn Jugendlichen – und vor allem Jungen – die realen Zahlen verdeutlicht werden, nämlich, daß mit 16 Jahren die „Unerfahrenen“ durchaus noch in der Mehrheit sind, kann man ihnen die Erleichterung direkt ansehen.

Risiko: Sexuell übertragbare Krankheiten

Von HIV-Infektion und AIDS haben fast alle schon einmal etwas gehört, dieses Risiko empfinden sie aber von ihrer konkreten Lebensrealität als weit entfernt, so daß der Kondomappell in diesem Zusammenhang meist ungehört verhallt.

Prävalenzen der CT-Infektion unter minderjährigen Mädchen in Berlin

Insgesamt 6,4 % (= 5,4 % gewichtet) der untersuchten Minderjährigen waren CT-infiziert. Durchschnittlich hatten sie nur 19 Monate Verkehr (= Expositionszeit), bevor die Chlamydien entdeckt wurden. Die Prävalenz steigt mit dem Alter an, sie beginnt bei den unter 15jährigen mit 3,6 % und beträgt bei den 17jährigen bereits 10 %, wobei 75 % der CT-positiven Mädchen

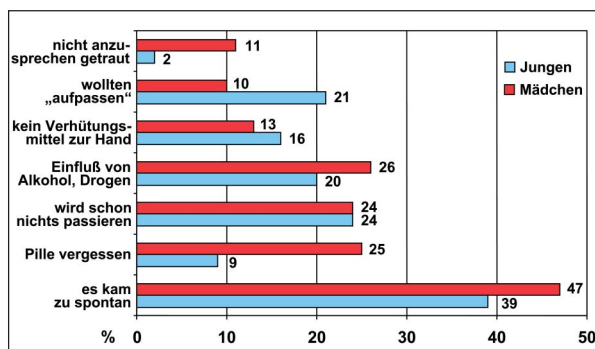


Abbildung 2: Gründe für Nicht-Verhüten beim ersten Geschlechtsverkehr (Auswahl). BZgA-Untersuchung 2006. Wiederholungsbefragung 14–17jähriger Jugendlicher. Modifiziert nach [18]. Mit freundlicher Genehmigung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

angaben, keinerlei Beschwerden zu haben. Hauptschüler und Befragte ohne Schulabschluß wiesen mit fast 11 % dabei die höchsten Prävalenzen auf. Neben dem frühen Zeitpunkt des ersten Sexualverkehrs steigt die Infektionsprävalenz mit der Zahl der Sexualpartner kontinuierlich an und erreicht bei mehr als 10 Sexualpartnern eine Prävalenz von 19 %.

Ergebnisse der sozioepidemiologischen Befragung

Verhütungs- und Schutzverhalten

Eine mehrheitliche Kondomnutzung läßt sich nur beim ersten Geschlechtsverkehr feststellen, insgesamt 65 % der Befragten gaben an, Kondome benutzt zu haben. Die hohe Kondombenutzung zum Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs ist aber darauf zurückzuführen, daß die Pillenverwendung zu diesem Zeitpunkt noch nicht etabliert ist. Kondome werden hier also primär zur Kontrazeption verwendet. Insgesamt geben ca. drei Viertel der befragten Mädchen an, in den letzten 6 Monaten die Pille verwendet zu haben, beim letzten Geschlechtsverkehr waren dies ca. zwei Drittel der Befragten (Abb. 3).

Nur knapp über 20 % der Paare hatten beim letzten Geschlechtsverkehr Kondome benutzt, und auch für die gesamten letzten sechs Monate gaben nur ca. 30 % der Befragten an, Kondome verwendet zu haben. Gut 13 % hatten beim „ersten Mal“ gar nicht verhütet, beim letzten Mal waren es immer noch mehr als 8 %. Nur 18 % geben an, regelmäßig Kondome zu verwenden. Lediglich knapp die Hälfte der Befragten stimmt der Aussage zu, daß man eigentlich immer Kondome benutzen sollte.

Auffallend ist die Diskrepanz zwischen dem durch die massenmediale Kondomwerbung erzeugten „coolen“ Image der Kondome (nur 14 % der Mädchen finden Sex mit Kondomen „uncool“) und der Tatsache, daß dieses Image alleine für die Handlungsmotivation Jugendlicher offensichtlich nicht ausreicht. Knapp 50 % der Mädchen finden Sexualverkehr „ohne“ toller als „mit“, wenn Jungen hierzu befragt werden, ist der Prozentsatz noch wesentlich höher – selbst wenn sie mit

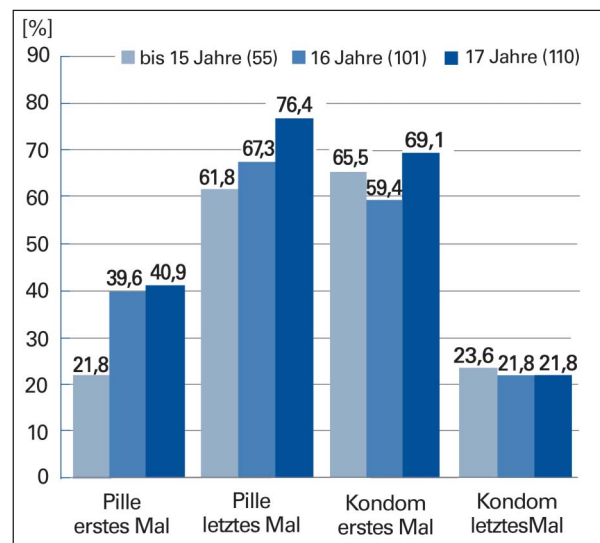


Abbildung 3: Verhütungsverhalten minderjähriger Mädchen beim ersten und beim letzten Geschlechtsverkehr in Prozent (n = 266). Unsere Chlamydien-Prävalenzbeobachtung in Berlin 2004.

Kondomen noch keine eigenen konkreten Erfahrungen haben [4, 5, 19].

Diese Ergebnisse bestätigen, daß bei jungen Paaren zwar ein relativ ausgeprägtes Bewußtsein für die Notwendigkeit verantwortungsvoller Kontrazeption mit der Pille existiert, daß aber das Schutzverhalten mit Kondomen völlig unzureichend ist.

Wissen zu Chlamydieninfektion

In unserer Untersuchung zur Prävalenz von Chlamydieninfektionen bei weiblichen Teenagern in Berlin zeigt sich nicht nur eine erschreckend hohe Rate an Infizierten, sondern auch ein geringes Problembewußtsein:

83 % der Befragten hatten vor der Lektüre der von uns erstellten Informationsbroschüre noch nie etwas über Chlamydien gehört. Knapp 90 % wußten nichts über die Möglichkeit einer unentdeckten, persistierenden Infektion. 87 % wußten nichts über mögliche Folgen einer Infektion für die Fertilität und 94 % wußten nichts über die hohe Verbreitung der Infektion auch bei Jugendlichen. Der Grad des Nichtwissens unterscheidet sich nach den Schularten nicht signifikant.

Fazit

Die Ergebnisse unserer Prävalenzbeobachtung bestätigen die Befürchtung, daß sich Jugendliche des Problems von STDs nicht bewußt sind und dieses Thema deshalb wenig ernst nehmen.

Wie könnte nun Prävention aussehen und was muß geschehen?

Wir haben es also mit einer Infektion zu tun, die eigentlich gut eingrenzbar sein müßte: Wir kennen Infektionswege und gute Mittel und Methoden der Prävention. Es existieren eine einfache und sichere Diagnostik sowie mehrere preisgünstige und wirksame medikamentöse Therapien – ideale Bedingungen für ein Screening, mindestens von zu definierenden Risikogruppen wie oben genannt [6, 7]. Doch hiervon sind wir in Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern noch weit entfernt. An einigen offiziellen Stellen ist der Bedarf auch anerkannt, jedoch fehlt die Finanzierung. Statt dessen wird zum falschen Zeitpunkt mit einem unzureichenden Test im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge gescreent.

Hier sind die jungen Männer und Frauen in gleichem Maße gefordert: Zur Liebe gehören zwei – und junge Männer tragen schwer an der Verantwortung, bei ihrer Partnerin möglicherweise eine Infektion mit nachfolgender Sterilität verursacht zu haben.

Die Maßnahmen sind letztlich dieselben wie für die HIV-Prävention – und die Empfehlungen erreichen die Jugendlichen eher im Kontext mit Chlamydien. Seitens der Gesundheitspolitik wurde massenmedial die Kondombenutzung über Jahre exklusiv für das Thema AIDS reklamiert. Mit Hilfe der „Mach mit“-Werbung zum Kondomgebrauch ist es gelungen, Kondomen ein „cooles“ Image zu verpassen, das alleine für junge Männer aber nicht wirklich handlungsmotivierend zu sein scheint oder in seiner Wirkung vielleicht auch verblaßt.

Die Aufklärung über die Häufigkeit von CT-Infektionen beeindruckt mehr und die mögliche, konkret vorstellbare Auswirkung auf die eigene Lebensplanung macht in hohem Maß betroffen. In unseren „Arztstunden“ in Schulen fühlen sich auch Jungen nicht nur auf der Wissensebene, sondern auch emotional angesprochen. Eine Verknüpfung von sexuell übertragbaren Krankheiten mit dem Risiko späterer Kinderlosigkeit und damit Beeinflussung und Veränderung der Lebensplanung läßt Jugendliche aufhorchen, berührt sie emotional in hohem Maße und stellt damit die Notwendigkeit zum Kondomgebrauch in einen klaren Zusammenhang mit ihrer Lebensrealität, ihren Hoffnungen und Wünschen. Sie haben die Vorstellung, später Kinder bekommen zu wollen und können hierüber das Kondom als – positiv gesehen – Schutz ihrer (gemeinsamen) Fruchtbarkeit viel eher annehmen.

Dies scheint eher zum Kondomgebrauch zu motivieren und hat den beabsichtigten „Nebeneffekt“, auch gegen viele andere STDs zu schützen. Es geht also im wesentlichen um

- Aufklärung, Information, Vermittlung von Handlungskompetenz (Primärprävention) und
- Screening – zumindest für „Risikogruppen“.

Jungen brauchen Wissen und Handlungskompetenz in sexuellen Fragen. Aufklärung muß individuell, empathisch, entwicklungsbegleitend und zeitweise auch geschlechtsspezifisch erfolgen. Sie ist die Basis von Prävention.

Doch auch Pragmatisches, wie die Handhabung von Kondomen mit möglichen, vermeidbaren Fehlern, sollte immer wieder demonstriert und am Modell geübt werden und zu „Trockenübungen“ zu Hause angeregt werden, so daß der Umgang mit dem Kondom selbstverständlicher wird. In mehreren Studien wird nicht nur darauf hingewiesen, daß regelmäßige Kondomanwendung schützt [21], daß die Nutzer mehr Selbstwertgefühl haben, optimistischer sind, weniger zu impulsiven Handlungen und Sensationserleben tendieren und ein besseres soziales Umfeld haben [22, 23], sondern daß ein eindeutiger Zusammenhang von Anwendungsfehlern und Infektion besteht und damit die Notwendigkeit zur „Schulung“ offensichtlich ist. Im Kontext mit der Richtigstellung von Daten zum Alter beim ersten Geschlechtsverkehr kann man deutlich machen, daß dies nicht eine Aufforderung zur sexuellen Aktivität ist, sondern bedeutet: „Laßt Euch Zeit – aber wenn es sein soll, dann mit sicherer Verhütung“. Auch ein Überziehen über einen Finger und ausprobieren, was man alles damit gut fühlen kann, hilft, Vorurteile abzubauen. Besonders gut angenommen wird hier eine Aufklärung durch männliche Ärzte, die dann durchaus durch weibliche Ärzte ergänzt werden kann. Die Möglichkeit, sich bei solchen Gruppeninformationsveranstaltungen nicht verbal beteiligen zu müssen, sich distanzieren zu können, lachen zu dürfen und zu erleben, daß viele dieselben Fragen und Defizite haben ist ein wichtiger pädagogischer Helfer und letztlich „Verstärker“ für die Botschaft.

Aus diesen Erfahrungen ergeben sich folgende Empfehlungen:

1. Gewinnung verlässlicher bundesweiter Daten

2. Dazu kann an verschiedenen Orten präventiv ergänzend wirksam gearbeitet werden, u. a. durch Engagement von Ärzten für Jugendliche
 - in der Praxis: Jugendsprechstunden/J1/Impfberatung
 - in der Schule: Arztstunden in Schulen, am besten auch „von Mann zu Mann“
 - im Krankenhaus: Projekttag
 - im Freizeitbereich: Jugendgruppengespräch
 - Screeningangebote mittels PCR für zu definierende Risikogruppen.
3. Massenmediale Aufklärung in jugendspezifischen Medien (Print, Internet, TV-Serien).
4. Aufnahme von STDs in den Themenkatalog des Präventionsgesetzes [4, 5, 19].

Die Aufklärung in Schulen und Medien zu STD/STI darf nicht bei AIDS stehen bleiben, sondern muß um das Thema Chlamydien ergänzt werden. Aber Aufklärung, die diesen Namen verdient, muß erweitert werden im Sinne von Motivation und überprüfbarer Kompetenzstärkung, hier gibt es auch im medizinischen Bereich noch viel zu tun.

Wir Ärztinnen der „Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e. V.“ haben die übereinstimmende Erfahrung gemacht, daß im Wissen um eine mögliche Sterilität aufgrund einer Chlamydieninfektion Mädchen und Jungen in hohem Maß zum Kondomgebrauch zu motivieren sind. Der Kinderwunsch als eine vital erlebte Dimension von Weiblichkeit und Männlichkeit bedeutet für Jugendliche eine wichtige und ganz konkrete Option für den Lebensentwurf. Der Verlust dieser Option wird von Mädchen und zunehmend auch von Jungen engagierter reflektiert als eine mögliche HIV-Infektion.

Relevanz für die Praxis

Wenn auch das Ausmaß an möglicher Beeinträchtigung der männlichen Fertilität durch eine Chlamydieninfektion längst nicht so hoch ist wie bei Frauen, besteht doch keinerlei Zweifel an der Überträgerschaft und damit sowohl Eigen- als auch Mitverantwortung für die Sexualpartnerin. Jungen und junge Männer sind im Kontext mit möglicher Beeinträchtigung ihrer Reproduktionsfähigkeit sehr viel eher bereit, Kondome zu verwenden als im Kontext mit AIDS. Es besteht dringend Bedarf an Aufklärung aber auch Kompetenzstärkung von männlichen Jugendlichen und jungen Männern. Daher sollte jeder Arzt, aber auch Pädagogen und Sozialarbeiter etc. sich aufgerufen fühlen, konkret in jeder sich bietenden günstigen Situation aufzuklären und zu beraten.

Ärztlicherseits sollte bei entsprechender Risikokonstellation und/oder Beschwerden eine PCR-Test auf Chlamydien durchgeführt und bei Befund die Partnerin aufgeklärt und mitbehandelt werden.

Literatur:

1. Das STD-Sentinel des RKI – erste Ergebnisse. Epidemiologisches Bulletin des Robert-Koch-Instituts 2004; 39: 334–5.

2. Koch J, Kirschner W, Schäfer A. Bestimmung der Prävalenz genitaler HPV- und Chlamydia-trachomatis-Infektionen in einem repräsentativen Querschnitt der weiblichen Normalbevölkerung in Berlin. *Infektionsepidemiologische Forschung* 1997; II: 1–7.
3. Fenton KA, Lowndes CM. Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect* 2004; 80: 255–63.
4. Gille G, Klapp C. Chlamydia-trachomatis Infektionen bei Teenagern. *Hautarzt* 2007; 58: 31–7.
5. Gille G, Klapp C, Diedrich K, Schäfer A, Moter A, Griesinger G, Kirschner R. Chlamydien – eine heimliche Epidemie unter Jugendlichen. Prävalenzbeobachtung bei jungen Mädchen in Berlin. *Dtsch Ärzteblatt* 2005; 102: A2021–A2025.
6. Keck C, Clad A. Infektionen in der Reproduktionsmedizin. *Gynäkologe* 2004; 37: 607–17.
7. Paavonen J, Eggert-Kruse W. Chlamydia trachomatis: an impact on human reproduction. *Human Reproduction Update* 1999; 5: 433–47.
8. Bakken IJ, Skjeldestad FE, Halvorsen TF, Thomassen T, Storvold G, Nordbo SA. Chlamydia trachomatis among young Norwegian men: sexual behavior and genitourinary symptoms. *Sex Transm Dis* 2007; 34: 245–9.
9. Macleod J, Salisbury C, Low N, McCarthy A, Patel R, Sanford E, Morcom A, Horner P, Davey Smith G, Skidmore S, Herring A, Caul O, Hobbs FD, Egger M. Coverage and uptake of systematic postal screening for genital Chlamydia trachomatis and prevalence of infection in the United Kingdom general population: cross sectional study. *BMJ* 2005; 330: 940.
10. Tebb KP, Pantell RH, Wibelsman CJ, Neuhaus JM, Tipton AC, Pecson SC, Pai-Dhungat M, Ko TH, Shafer MB. Screening sexually active adolescents for Chlamydia trachomatis: what about the boys? *Am J Public Health* 2005; 95: 1806–10.
11. Friese K, Schäfer A, Hof H. Chlamydien. In: *Infektionskrankheiten in Gynäkologie und Geburtshilfe*. Springer-Verlag, Berlin, 2003; 293–5.
12. Petersen E. Chlamydieninfektionen. In: *Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe*. Thieme-Verlag, Stuttgart, 2003; 133–8.
13. Dohle GR. Inflammatory-associated obstructions of male reproductive tract. *Andrologia* 2003; 35: 321–4.
14. Idahl A, Boman J, Kumlin U, Olofsson JI. Demonstration of Chlamydia trachomatis IgG antibodies in the male partner of the infertile couple is correlated with a reduced likelihood of achieving pregnancy. *Hum Reprod* 2004; 19: 1121–6.
15. Veznik Z, Pospisil L, Svecova D, Zajcova A, Unzeitig V. Chlamydiae in the ejaculate: their influence on the quality and morphology of sperm. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 656–60.
16. Bezold G, Politch JA, Kiviat NB, Kuypers JM, Wolff H, Anderson DJ. Prevalence of sexually transmissible pathogens in semen from asymptomatic male infertility patients with and without leukocytospermia. *Fertil Steril* 2007; 87: 1087–96.
17. Sangani P, Rutherford G, Wilkinson D. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (2): CD001220.
18. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA). *Jugendsexualität. Wiederholungsbefragung von 14–17-Jährigen und ihren Eltern*. 2006.
19. Klapp C, Gille G, Diedrich K, Schäfer A, Moter A. Chlamydieninfektion bei Teenagern in Berlin – erste Ergebnisse einer Prävalenzstudie. *Berliner Ärzte* 2005; 8: 15–9.
20. Weidinger B, Kostenwein W, Dörfler D. *Sexualität im Beratungsgespräch mit Jugendlichen*. Springer, Wien, 2004; 103–6.
21. Gallo MF, Steiner MJ, Warner L, Hylton-Kong T, Figueroa JP, Hobbs MM, Behets FM. Self-reported condom use is associated with reduced risk of chlamydia, gonorrhoea, and trichomoniasis. *Sex Transm Dis* 2007 [epub ahead of print].
22. Broadus MR, Bryan A. Consistent condom use among juvenile detainees: the role of individual differences, social bonding, and health beliefs. *AIDS Behav* 2007 [epub ahead of print].
23. Crosby RA, Yarber WL, Sanders SA, Graham CA, McBride K, Milhausen RR, Arno JN. Men with broken condoms: who and why? *Sex Transm Infect* 2007; 83: 71–5.