

Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe September 2010 (Nr. 3/2010)

Inhalt

Impressum	2
Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen und HIV	3
Partnerinformation bei sexuell übertragbaren Infektionen	7
Schwangerschaftsverhütung und Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten	10
Pille danach	
- Ulipristalacetat	15
- Zulassung in den USA	
- Unterschiede zur Fachinformation in Europa	
- Änderung der Fachinformationen durch die europäische Arzneimittelbehörde	
- Neue Studie zur Wirkung	
- Neue Studie zur Wirkung von Levonorgestrel	16
- Unsicherheiten bei der Ermittlung der Effektivität von Notfallverhütung	16
Hinweise	
- Leitlinie zur Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) überarbeitet	17
- Neue Daten der BZgA zur Jugendsexualität	17
- Künstliche Befruchtung als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen auch für HIV-positive Paare	19

Impressum: © 2010

Herausgeber: pro familia-Bundesverband

Redaktion: Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg

Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main

Anschrift: pro familia-Bundesverband

Stresemannallee 3

60596 Frankfurt am Main

E-Mail: rundbrief@profamilia.de

Internet: www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen und HIV

Helga Seyler

Die Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen in der Allgemeinbevölkerung wurde in Deutschland erstmals in den 1980er Jahren ein Thema. Auslöser war die zunehmende Verbreitung von HIV-Infektionen und die Befürchtung einer massenhaften Ausbreitung dieser Infektion in der Allgemeinbevölkerung. Deshalb bezogen sich die Präventionsbotschaften auch primär auf HIV-Infektionen. Andere sexuell übertragbare Erkrankungen wurden erst in den letzten Jahren in die Programme mit einbezogen, als erkannt wurde, dass diese die Übertragung von HIV-Infektionen begünstigen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)¹ ist die zentrale Koordinatorin der Programme. Dabei arbeitet sie mit der Deutschen Aidshilfe, pro familia und anderen Organisationen zusammen. Die BZgA selbst führt große und öffentlichkeitswirksame Kampagnen in verschiedenen Massenmedien durch. Die präventiven Maßnahmen richten sich zum einen an die Allgemeinbevölkerung und hier besonders an Jugendliche, zum anderen an speziell gefährdete Gruppen (in Deutschland sind das Männer, die Sex mit Männern haben, Benutzer von IV-Drogen, Menschen aus Regionen mit hohen Infektionsraten und SexualpartnerInnen dieser Gruppen).

Ziele der Präventionskampagnen

Die Medienkampagnen der BZgA sollen in der Bevölkerung einen hohen Informationsstand zu Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten schaffen und erhalten. Ein weiteres wichtiges Ziel der Botschaften ist es, ein gesellschaftliches Klima gegen Ausgrenzung und Diskriminierung von Betroffenen und die Enttabuisierung von HIV zu fördern.

In Bezug auf sexuell übertragbare Infektionen und HIV ist dies keine Selbstverständlichkeit. In den 1980er Jahren entstand ein Klima der Angst, und es wurde die Zwangstestung von Risikogruppen und Isolierung von Betroffenen gefordert, um die Ausbreitung der Infektion zu begrenzen. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass diese Ausgrenzung und Diskriminierung dazu führen, dass Infektionsrisiken verleugnet und Infektionen verschwiegen werden. Eine angemessene Auseinandersetzung mit den Risiken und die Akzeptanz von Schutzverhalten werden dadurch verhindert.

Bei den Präventionskampagnen der BZgA und ihrer Partnerorganisationen wird bewusst auf Schockbotschaften verzichtet. Studien belegen, dass stark Angst auslösende Botschaften abgewehrt werden und das Gefühl von Ohnmacht und Handlungsunfähigkeit fördern. Außerdem fördern sie die Stigmatisierung und Ausgrenzung von Betroffenen.

Stattdessen zielen die Botschaften auf die Vermittlung von Handlungs- und Schutzmöglichkeiten. Die Kampagnen sollen Menschen darin unterstützen, die Verantwortung für die eigene Gesundheit und die der SexualpartnerInnen zu übernehmen. Im Mittelpunkt steht dabei die Motivierung zur Anwendung von Kondomen.

Erfolge der Präventionsarbeit

Die Erfolge der Präventionskampagnen werden von der BZgA in jährlichen Repräsentativbefragungen untersucht.

Im aktuellen Bericht von 2010 zeigt sich, dass die gefühlte Gefahr von HIV-Infektionen im Vergleich zu den 1980er Jahren deutlich abgenommen hat (BZgA 2010). Als Gründe dafür werden der gute Informationsstand der Bevölkerung zu Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten sowie die Behandlungsmöglichkeiten genannt. Außerdem verringert ein gutes Schutzverhalten die Ängste. Das Bewusstsein für die Risiken anderer Infektionen ist dagegen gewachsen, nachdem Informationen dazu in den letzten Jahren vermehrt in die Aufklärung einbezogen wurden.

Die Befragungen ergeben, dass „ausgrenzende“ Aussagen gegenüber HIV-Infizierten im Vergleich zu den 1980er Jahren deutlich seltener geworden sind. Im praktischen Alltag erleben HIV-Infizierte jedoch weiter zahlreiche Diskriminierungen und Ausgrenzungen, die in der psychosozialen Betreuung ein wichtiges Thema darstellen².

¹ Siehe auch: Gib AIDS keine Chance. Die Kampagne zur AIDS-Prävention in Deutschland 1985-2009. Dokumentation. BZgA 2009. www.bzga.de

² Nur einige Beispiele: HIV-infizierte Kinder werden in vielen Kindergärten nicht aufgenommen; HIV-infizierte Menschen erleben oft, dass potentielle PartnerInnen

Die Befragungen der BZgA belegen eine große Zunahme der Akzeptanz von Kondomen. Für Jugendliche ist es inzwischen normal geworden, Kondome zu Hause zu haben. 2009 hatten 70 % der 16- bis 20-jährigen Kondome vorrätig, bei den sexuell aktiven Jugendlichen waren es sogar 83 %. Die Kondome werden auch immer häufiger angewendet: waren es im Jahr 1983 34 % der Jugendlichen, die immer oder häufig Kondome anwendeten, so stieg die Zahl bis 2009 auf 70 %. In neuen Partnerschaften wurden Kondome laut der Befragung von 2009 sogar von 86 % der Jugendlichen benutzt.

Bei den Erwachsenen wurde speziell die Gruppe der Alleinlebenden (16 bis 44 Jahre) befragt. Von diesen benutzten 61% Kondome immer oder häufig, 79 % zumindest gelegentlich.

Die häufige Anwendung von Kondomen zeigt sich auch in den Absatzzahlen, die seit 2004 kontinuierlich angestiegen sind. 2009 wurden 215 Millionen Kondome in Deutschland verkauft.

Allerdings belegen Studien zum Verhütungsverhalten, dass Kondome zu Beginn von neuen Beziehungen und beim Sex außerhalb von festen Beziehungen deutlich häufiger benutzt werden (75 % der Männer und Frauen von 20 bis 44 Jahren) als innerhalb von festen Beziehungen (31 %) (BZgA 2007).

Die HIV-Prävention in Deutschland wird auch international als sehr erfolgreich angesehen und mit der in Deutschland sehr geringen Zahl an HIV-Infektionen in Verbindung gebracht. Mit einer Rate von 0,1 % hat Deutschland derzeit die niedrigste Rate im europäischen Vergleich. Gleichzeitig werden in kaum einem anderen Land so häufig Kondome benutzt.

Herausforderungen und Strategien in der internationalen Prävention

Während in Deutschland die Motivierung zur Kondombenutzung im Mittelpunkt der Präventionskampagnen steht, sind die optimalen Präventionsstrategien und Botschaften in anderen Regionen der Welt Gegenstand von Diskussionen. Die an Männer gerichteten Kampagnen zur Kondombenutzung haben in anderen Ländern unterschiedlich viel erreicht. Oft konnten sie das Verhalten und die Infektionszahlen nur wenig beeinflussen. Zwar ist die Motivation zur Kondomnutzung überall ein wichtiger Teil der Präventionsstrategien. Eine Kombination mit anderen Botschaften (weniger SexualpartnerInnen, späterer

sich abwenden, wenn sie von der Infektion erfahren; Menschen mit HIV-Infektionen werden von reproduktionsmedizinischen Behandlungen ausgeschlossen.

Beginn sexueller Aktivität sowie Ergänzung der Schutzmöglichkeiten beim Geschlechtsverkehr durch andere Methoden) hat sich jedoch in vielen Ländern als effektiver erwiesen (WHO 2006). Diese Botschaften berücksichtigen auch kulturelle Aspekte der unterschiedlichen Regionen.

Neben Kondomen werden Schutzmöglichkeiten, die Frauen in eigener Kontrolle anwenden können, als besonders wichtig angesehen. Denn weltweit gesehen hat die Mehrzahl der Frauen aufgrund der Geschlechterhierarchie nicht die Macht und Entscheidungsspielräume, die Benutzung von Kondomen auszuhandeln.

Auch wenn Kondome den effektivsten Schutz vor HIV und vielen anderen sexuell übertragbaren Infektionen bieten, können von Frauen kontrollierte Methoden, wie das Frauenkondom, das Diaphragma oder Mikrobizide, dort Schutz bieten, wo Kondome nicht angewendet werden.

Bei den Präventionsstrategien hat die Stärkung der gesellschaftlichen Position der Frauen und ihrer Rechte (insbesondere das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und Gesundheit) eine maßgebliche Bedeutung. In der Beratung sollen Frauen darin unterstützt werden, mit den Sexualpartnern die Anwendung von Kondomen auszuhandeln.

Individuelle Beratung und Betreuung

Ein ausreichendes Angebot an individueller Beratung und Betreuung wird als wesentlicher Teil der Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten angesehen.

Diese soll auch in die vorhandenen Angebote zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit, wie zum Beispiel Verhütungsberatung oder Schwangerschaftsvorsorge integriert werden, indem die Untersuchung und Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen in diesem Rahmen mit angeboten wird. Durch solche integrierten Angebote konnte in einigen Ländern in Afrika die Rate an HIV-Infektionen deutlich gesenkt werden (Lafort 2002).

In Deutschland bietet pro familia Information und Beratung zu sexuell übertragbaren Krankheiten im Rahmen von anderen Angeboten wie zum Beispiel Verhütungsberatung oder sexualpädagogischer Arbeit an.

In den 1980er Jahren wurden in vielen Städten spezielle Aids-Beratungsstellen in den Gesundheitsämtern eingerichtet, in denen kostenlose und anonyme HIV-Tests und Beratung zu den Risiken und Schutzmöglichkeiten angeboten werden. Daneben gab und gibt es in Gesund-

heitsämtern kostenlose Angebote zur Testung auf alle sexuell übertragbaren Infektionen, zum Teil mit dem Angebot von kostenloser Behandlung und Impfungen gegen Hepatitis A und B.

Da in den letzten Jahren in Deutschland ein Anstieg von sexuell übertragbaren Infektionen, insbesondere von Syphilis und Gonorrhoe, beobachtet wurde, werden diese inzwischen vermehrt in die Prävention einbezogen.

In den 1980er und 1990er Jahren lag der Schwerpunkt der Prävention auf Botschaften zum Schutz vor Infektionen, und die Testung wurde nicht als vorrangige Präventionsmaßnahme angesehen. Inzwischen hat sich dieser Schwerpunkt verändert, und die Motivation zur Untersuchung und Behandlung gehört bei einigen Zielgruppen bzw. bei Verdacht auf eine Infektion zu den wichtigen Botschaften.

Grund dafür ist zum einen, dass es inzwischen gute Behandlungsmöglichkeiten bei HIV-Infektionen gibt, die nicht nur die Gesundheit der Infizierten deutlich verbessern, sondern auch das Übertragungsrisiko deutlich senken. Zum anderen erhöhen viele andere Infektionen das Übertragungsrisiko für HIV. Die Diagnose und Behandlung dieser meist heilbaren Infektionen verringert außerdem die Weitergabe dieser Infektionen.

Außer an spezielle Beratungsstellen der Gesundheitsämter können sich Jugendliche und Erwachsene auch an ihre ÄrztInnen wenden. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen enthalten Untersuchungen auf sexuell übertragbare Krankheiten bei Beschwerden und Verdacht auf eine Infektion. Darüber hinaus wird ein routinemäßiges Screening auf Chlamydieninfektionen bei allen Schwangeren und einmal jährlich bei jungen Frauen bis 25 Jahren angeboten. Bei Schwangeren wird außerdem routinemäßig ein Screening auf Syphilis und Hepatitis B durchgeführt und ein HIV-Test angeboten.

Über STD sprechen lernen

Reine Informationen über sexuell übertragbare Krankheiten sind nicht ausreichend, um Verhaltensänderungen zu bewirken. Es ist notwendig, dass Jugendliche und Erwachsene lernen, über sexuell übertragbare Krankheiten zu sprechen. Darüber hinaus sollte eine offener Haltung gegenüber diesen Infektionen angestrebt werden, die eine Enttabuisierung ermöglicht und die Stigmatisierung von Betroffenen vermeiden hilft.

Verhaltens- aber auch Bewusstseinsänderungen sind die Voraussetzung dafür, dass Beratungsangebote und Tests genutzt werden und dass

Menschen lernen, mit ihren PartnerInnen über Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten zu sprechen.

Diese Kompetenzen zu vermitteln, ist einer der Inhalte von sexualpädagogischer Arbeit. Grundlegende Botschaften sind dabei das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung für Frauen und Männer und die Achtung der Rechte und Wünsche der PartnerInnen³. Dabei sollen nicht die Gefahren, sondern die positiven Seiten von Sexualität im Vordergrund stehen.

Prävention in Gruppen mit hohem Infektionsrisiko

Die Präventionsarbeit der BZgA und der pro familia richtet sich hauptsächlich an die Allgemeinbevölkerung und speziell an Jugendliche.

Allerdings gibt es in Deutschland Menschen, die besonders von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen betroffen sind. Dazu gehören Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), BenutzerInnen von IV-Drogen, Sex-ArbeiterInnen (und deren Kunden) sowie einige Gruppen von MigrantInnen.

In Deutschland treten die meisten HIV-Infektionen weiterhin bei Männern auf, die Sex mit Männern haben. 2009 gehörten 67 % der neu Infizierten zu dieser Gruppe. 17 % hatten sich bei heterosexuellem Geschlechtsverkehr infiziert, 11 % kamen aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz und 3 % hatten sich bei der Benutzung von IV-Drogen infiziert (RKI 2010).

Da diese Gruppen gleichzeitig von gesellschaftlicher Diskriminierung und Ausgrenzung betroffen sind, werden sie durch spezifische, auf die jeweilige Lebenswelt zugeschnittene Präventionsangebote besser erreicht.

Viele Maßnahmen und Angebote werden von Einrichtungen der AIDS-Hilfe gemeinsam mit Menschen aus der Szene und Communities der jeweiligen Zielgruppe geplant und durchgeführt⁴.

³ Das IMAP Statement on comprehensive sexuality education von 2008 stellt die grundlegenden Aspekte von umfassender Sexualpädagogik im Kontext verschiedener Länder mit sehr unterschiedlichen Werten und Moralvorstellungen dar. Das Statement fasst außerdem die Datenlage zum Erfolg unterschiedlicher Strategien zusammen und stellt wesentliche Kriterien für erfolgreiche Programme dar (s. Literaturverzeichnis).

⁴ Der Jahresbericht der Deutschen AIDS-Hilfe gibt einen hervorragenden Einblick in die Vielzahl und Vielfalt der Projekte und Ansätze der Präventionsarbeit in vielen unterschiedlichen Gruppen (s. Literaturverzeichnis).

Bei allen Unterschieden haben diese Projekte und Ansätze die Gemeinsamkeit, dass sie der gesellschaftlichen Diskriminierung und Ausgrenzung dieser Menschen entgegenwirken sollen, da dies die Voraussetzung für erfolgreiche Prävention ist.

Weitere Aspekte der Präventionsarbeit für einzelne Gruppen werden hier nur kurz beschrieben.

Sex-ArbeiterInnen

Viele Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter leben in wenig abgesicherten sozialen Verhältnissen. Viele Sex-ArbeiterInnen sind MigrantInnen, die oft geringe Deutschkenntnisse haben. Zudem leben Prostituierte häufig in Abhängigkeit von Zuhältern. Außerdem finanzieren Männer und Frauen ihren Drogenkonsum mit Hilfe der Prostitution.

Um diese Menschen zu erreichen, ist aufsuchende Arbeit (streetwork) wichtig, außerdem Angebote in den jeweiligen Muttersprachen. SexarbeiterInnen sollten dabei auch über ihre Rechte informiert werden.

Nur über den Aufbau von Vertrauen ist es möglich, den Weg in die Beratungsstellen zu bahnen. Auch in Einrichtungen mit psychosozialen Angeboten für diese Gruppen sollte die Prävention sexuell übertragbarer Infektionen integriert werden.

Ein wichtiger Teil der Prävention ist auch die Ansprache von Kunden von Sex-ArbeiterInnen. Diese gelten als schwer erreichbar, da die meisten Kunden die Besuche bei Sex-ArbeiterInnen verheimlichen. Bisher gibt es für diese Gruppe nur wenig gezielte Präventionsarbeit.

Schwule Männer, MSM

Homosexuelle Männer sind eine in Deutschland sehr stark von HIV-Infektionen betroffene Gruppe. Das Auftreten dieser Infektion führte in den 1980er Jahren zu zusätzlicher Diskriminierung („Schwulen-Seuche“) und ihnen wurde zum Teil die Schuld an der Ausbreitung von HIV-Infektionen gegeben.

Andererseits erleben viele Schwule Infektionen sowie Erkrankungen und Todesfälle im nahen Umfeld, und sie mussten und müssen sich kontinuierlich sehr stark mit dem Infektionsrisiko und dem Umgang mit Schutzmaßnahmen auseinandersetzen. Sie sind daher selbst sehr aktiv in der Präventionsarbeit mit der eigenen Gruppe und haben sich zum Beispiel beim Aufbau der AIDS-Hilfe und anderen Unterstützungsorganisationen stark engagiert. Dies kommt auch dem Bedürfnis

schwuler Männer nach männlichen Beratern entgegen.

Da schwule Männer im Allgemeinen einen sehr hohen Informationsstand zu Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten haben, setzen neue Präventionsstrategien auf sehr differenzierte Botschaften mit genauen Informationen zu Infektionsrisiken verschiedener Sexualpraktiken und in vielfältigen Situationen. Außerdem sollen schwule Männer verstärkt dazu motiviert werden, sich auf HIV und andere Infektionen regelmäßig testen und ggf. behandeln zu lassen.

In vielen anderen Ländern werden schwule Männer stärker diskriminiert als in Deutschland, oft werden sie kriminalisiert und verfolgt. Aus diesem Grund verheimlichen besonders Schwule mit Migrationshintergrund ihre Lebensweise oft und leben sehr versteckt. Sie werden daher durch die Prävention in schwulen Communities schwer erreicht.

Frauen, die Sex mit Frauen haben (WSW)

Lesbisch lebende Frauen bzw. Frauen, die (auch) Sex mit Frauen haben, gelten nicht als Gruppe mit erhöhtem Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten. Deswegen werden sie selten in den Präventionsmedien erwähnt. Auch haben viele dieser Frauen kaum Informationen über das Thema. Sie fühlen sich vom Risiko einer Infektion nicht betroffen und vernachlässigen Schutzmaßnahmen in Risikosituationen.

Da das Thema auch in der Forschung bisher vernachlässigt wurde, gibt es nur wenige Daten zum Übertragungsrisiko von Infektionen beim Sex zwischen Frauen und zur Häufigkeit von sexuell übertragbaren Infektionen in dieser Gruppe. Einige Infektionen werden wahrscheinlich beim Sex zwischen Frauen seltener übertragen (z. B. HIV, Chlamydien, Gonorrhoe), andere wohl genau so häufig, wie beim Sex mit Männern (HPV, Herpes).

Lesbisch lebende Frauen sollten in allgemeinen Präventionsmedien explizit angesprochen werden. Sie sollten spezifische, auf ihre Lebenssituation bezogene Informationen bekommen, wie zum Beispiel Schutzmöglichkeiten beim Sex zwischen Frauen.

IV-Drogen-Gebrauch

Viele Menschen infizieren sich durch den Gebrauch von IV-Drogen und unsaubere Spritzen mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten wie Hepatitis B und C. Insbesondere

in einigen osteuropäischen Ländern sind Infektionen über diesen Weg sehr häufig (RKI 2006). Deswegen hat die Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten in dieser Zielgruppe eine hohe Bedeutung (Beyrer 2010). Präventive Maßnahmen sind Informationen über die Infektionsrisiken und der Zugang zu sauberen Spritzen und Nadeln. Außerdem trägt die Substitutionsbehandlung dazu bei, dass sich Gesundheit und Lebensumstände von Drogenabhängigen stabilisieren und das Infektionsrisiko verringert (WHO 2006). Im Rahmen der Substitutionsbehandlung sollten auch Angebote zur Testung auf sexuell übertragbare Infektionen und ihre Behandlung gemacht werden.

Ein großes Problem bei der Durchführung dieser Maßnahmen ist, dass der Gebrauch von IV-Drogen in nahezu allen Ländern illegal ist und bekämpft wird. Die Kriminalisierung hält Drogenabhängige davon ab, sich auf sexuell übertragbare Infektionen testen und behandeln zu lassen. Viele Länder sehen im Zugang zu sauberen Instrumenten oder der Substitutionsbehandlung eine Unterstützung des illegalen Gebrauchs und verweigern diese Angebote.

In Deutschland sind Substitutionsprogramme und Angebote zum Spritzentausch etabliert und haben zum deutlichen Rückgang zumindest von HIV-Infektionen in dieser Risikogruppe geführt. 2009 entstanden 3,5 % der Neuinfektionen durch IV-Drogengebrauch, 1994 waren es noch 13 % (RKI 2010, RKI 2006).

Literatur

Beyrer C, Malinowska-Sempruch K, et al. HIV in people who use drugs 7. Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs. *Lancet* 2010; Published online July 20

BZgA. AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2009. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor AIDS. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. 2010.

www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/?sid=-1&sub=58

BZgA. Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse der Repräsentativbefragung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2007

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Jahrbuch 2008/2009 <http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/Jahresbericht%202009.pdf>

IMAP Statement on comprehensive sexuality education. IPPF Medical Bulletin 2008; 42 Nr. 1: 1–3

Lafort Y. Synergistic effects of STI control and HIV prevention. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2002; 45: 291–3

Robert-Koch-Institut RKI. *Epidemiologisches Bulletin* 22/2010 www.rki.de

Robert Koch-Institut. HIV und AIDS. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006; Heft 31

WHO. Preventing HIV/Aids in young people. A systematic review from the evidence in developing countries. WHO Technical Report Series No. 938. 2006

Partnerinformation bei sexuell übertragbaren Infektionen

Ines Thonke

Den/die PartnerIn über die Diagnose einer sexuell übertragbaren Infektion zu informieren, ist wichtig, damit auch bei ihm/ihr die nötigen Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt werden können. Falls der/die PartnerIn nicht infiziert ist, sind Schutzmaßnahmen notwendig. Und die Weitergabe der Information sowie die Behandlung des Partners/der Partnerin trägt dazu bei, eine Infektion anderer Menschen oder eine Re-Infektion der primär betroffenen Person zu verhindern.

Allerdings ist die Information des Partners/der Partnerin oft ein heikles Thema.

Bei einer neu diagnostizierten Infektion bei bestehender Partnerschaft taucht zwangsläufig die Frage nach der Infektionsquelle und möglicher sexueller Außenkontakte von einem der Partner auf. Diese Fragen können eine Beziehung massiv belasten. Auch die Bedrohung durch Gewalt in der Beziehung ist in einzelnen Fällen möglich. Bei neuen Beziehungen machen Menschen mit sexuell übertragbaren Infektionen, insbesondere mit HIV-Infektion, sehr oft die Erfahrung, dass die PartnerInnen sich zurückziehen und die Beziehung abbrechen, wenn sie von der Infektion erfahren.

Die Sorge vor solchen Problemen führt dazu, dass sexuell übertragbare Infektionen nicht selten gegenüber bisherigen oder neuen PartnerInnen verschwiegen werden. Die Verantwortung für die mögliche Weitergabe von HIV-Infektionen ist seit den 1980er Jahren ein kontrovers diskutiertes Thema.

AIDS-AktivistInnen setzen sich für ein gesellschaftliches Bewusstsein der gemeinsamen Verantwortung aller ein. Jeder und jede ist demnach für den Schutz vor Infektionen bei sexuellen Kontakten selbst verantwortlich. Diese gemeinsame Verantwortung entlastet die HIV-Infizierten von der alleinigen Verantwortung für den Schutz der PartnerInnen.

Die Rechtsprechung in Deutschland weist die Verantwortung jedoch sehr eindeutig den HIV-Infizierten zu. Dies wird damit begründet, dass diese das Wissen über die Infektion haben. Außerdem seien sie über Präventionsmaßnahmen sowie Möglichkeiten der Behandlung zur Verminderung des Übertragungsrisikos informiert, wie Safer Sex-Praktiken und der Postexpositions-Prophylaxe bei Versagen der Schutzmaßnahmen.

Wie aktuell diese Diskussion ist, zeigt das große Medienecho auf den jüngsten Fall der Verurteilung der Popsängerin Nadja Benaissa, die einen Partner mit HIV infiziert hatte.

Rechtsgrundlagen für die Bewertung von ungeschütztem Sexualverkehr⁵

Hat jemand ungeschützten Sexualkontakt in dem Wissen seiner HIV-Infektion und informiert den/die PartnerIn vorher nicht darüber, so stellt dies in Deutschland ein strafrechtlich relevantes Verhalten dar. Grundlage dafür ist eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs, die bereits im Jahr 1988 getroffen wurde und die bis heute die Grundlage von ca. 20 Gerichtsurteilen ist. Ausgeführt wurde damals, dass die HIV-positive Person eine HIV-Infektion des Partners/der Partnerin „billigend in Kauf“ nehme. Die HIV-positive Person besitze ein gegenüber der nicht-informierten Person „überlegenes Wissen“ und sei gehalten, sich entsprechend dieser Kenntnis über ihren „gefährlichen Zustand“ zu verhalten.

Das bedeutet, dass es zwar in Deutschland kein spezielles Gesetz gibt, das die Weitergabe von

HIV unter Strafe stellt, dass jedoch die absichtliche oder fahrlässige Weitergabe nach den Paragraphen 223 und 224 als Körperverletzung eingestuft wird. Ungeschützter Verkehr ohne Wissen des Partners/der Partnerin über die Infektion, auch wenn dieser nicht zur Infektion des Partners/der Partnerin führt, gilt als versuchte Körperverletzung.

Werden jedoch von der HIV-positiven Person angemessene Schutzmaßnahmen ergriffen (Safer Sex) oder wird der/die PartnerIn vor dem Sexualkontakt über die HIV-Infektion informiert, so wird der Sexualkontakt in der Regel nicht als strafrelevant bewertet.

Seit davon ausgegangen werden kann, dass unter konsequenter und erfolgreicher antiviraler Kombinationstherapie mit einer Viruslast⁶ unterhalb der Nachweisgrenze über einen stabilen Zeitraum ein Infektionsrisiko sehr unwahrscheinlich bis nicht vorhanden ist⁷, ist die Rechtslage nicht einfacher geworden. Die Rechtsprechung hat jedoch auf Fälle dieser Art bereits reagiert, denn unter einer konsequenten antiviralen Therapie und in dem Wissen um seinen/ihren Viruslast-Status kann bei einer HIV-positiven Person mit einer Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze nicht von einem „bedingten Vorsatz“ ausgegangen werden.

Jedoch gibt es hierzu noch keine übergeordnete richterliche Entscheidung, und der Jurist Hösl folgert daraus im DAH-Jahresbericht 2009, dass es auch unter wirksamer antiviraler HIV-Therapie mit stabilen Blutwerten und einer Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze keine Sicherheit vor strafrechtlichen Konsequenzen gibt.

Auswirkungen der Kriminalisierung

Die Deutsche AIDS-Hilfe hat im Rahmen des Prozesses um die Sängerin Nadja Benaissa die mit der Kriminalisierung der Übertragung von HIV-Infektionen verbundenen Probleme für die HIV-Prävention thematisiert. Sie bewertet das Urteil als Schaden für die HIV-Präventionsbemühungen und die Situation von chronisch Kranken. Die gemeinsame Verantwort-

⁵ Aus DAH, Jahresbericht 2009, S. 94: Sexualverhalten in Kenntnis einer HIV-Infektion und seiner strafrechtliche Bewertung. Jacob Hösl.

⁶ Der englische Fachbegriff „viral load“ meint die Anzahl der im Blutserum oder Blutplasma nachweisbaren Viren, deren Messung im zeitlichen Verlauf ein wichtiger Teil der Bewertung der Therapie ist.

⁷ Siehe auch FPR 2/2009: S. 16.

tung zweier Menschen würde damit außer Kraft gesetzt.

Auch zahlreiche internationale Organisationen haben sich mit den Auswirkungen der Kriminalisierung der HIV-Exposition und Übertragung befasst. Gesetze, die die Kriminalisierung der HIV-Übertragung zum Ziel haben, werden in vielen Ländern eingeführt oder befinden sich in Vorbereitung, wie zum Beispiel in Teilen Afrikas, Asiens und Latein-amerikas. In Europa und Nordamerika werden auf der Grundlage des bestehenden Strafrechts zunehmend mehr Menschen wegen der Übertragung von HIV-Infektionen auf andere Menschen verurteilt. Allerdings wird die Anwendung des Strafrechts in diesen Fällen oft von der Motivation geleitet, Frauen zu schützen. Außerdem soll das Strafrecht dort weiterhelfen, wo Präventionsmaßnahmen nicht erfolgreich waren. Bisher fehlt jedoch der Nachweis, dass Strafgesetze zur HIV-Übertragung die Ausbreitung der Infektion verringern.

Daher ist nach Einschätzung von Organisationen wie UNAIDS⁸ und auch der Deutschen AIDS-Hilfe der verbesserte Zugang zu verständlichen und Evidenz basierten Präventionsmethoden wichtiger als eine strafrechtliche Verfolgung der Verstöße. Die genannten Organisationen kommen in ihrem Statement zu dem Schluss, dass die Kriminalisierung die Frauen mehr gefährde als schütze und dazu führe, dass Präventions-, Behandlungs- und Versorgungsangebote nicht in Anspruch genommen werden, weil die Offenlegung der Diagnose mit der Angst vor Gewalt, Stigmatisierung und Ablehnung verbunden ist.

Partnerinformation und ärztliche Schweigepflicht

Für die Ärztin/den Arzt kann es belastend sein, wenn sie/er weiß, dass eine Person ihre Infektion verschweigt und damit eine Behandlung des Partners/der Partnerin verhindert oder die Infektion des Partners/der Partnerin oder von anderen Personen riskiert. Trotzdem sind ÄrztInnen wie BeraterInnen auch in diesen Fällen grundsätzlich an die Schweigepflicht gebunden.

Die ärztliche Schweigepflicht ist im § 203, Absatz 3 des Strafgesetzbuchs geregelt. ÄrztInnen sind demnach verpflichtet, über das zu schweigen, was ihnen als Arzt/Ärztin anvertraut wird oder sonst bekannt geworden ist. Das Strafmaß bei Zuwiderhandlung umfasst Freiheitsstrafen bis zu einem Jahr sowie Geldstrafen. Ergänzend wird die Schweigepflicht durch die ärztliche Berufsordnung der Ärztekammern der Bundesländer geregelt. Das Berufsrecht sieht bei Verstößen deutlich höhere Strafen vor. Die ärztliche Schweigepflicht gilt auch für Angehörige nicht-ärztlicher Heilberufe mit staatlich geregelter Ausbildung sowie berufsmäßig tätige Gehilfen von ÄrztInnen.

Die Schweigepflicht gilt auch gegenüber anderen ÄrztInnen und Familienangehörigen der PatientInnen. Bei Minderjährigen gilt die Schweigepflicht in Abhängigkeit der Beurteilung der Einsichtsfähigkeit. Bei PatientInnen, die älter als 15 Jahre sind, ist die Schweigepflicht regelmäßig zu beachten.

Vier **Offenbarungsbefugnisse** erlauben es, die Schweigepflicht zu brechen:

1. PatientIn gibt die Einwilligung zur Weitergabe.
2. Die mutmaßliche Einwilligung wird angenommen (z. B. bei Bewusstlosigkeit).
3. Es bestehen gesetzliche Offenbarungspflichten und -rechte wie eine gesetzliche Meldepflicht auf Grund des Infektionsschutzgesetzes oder zur Verhinderung von schweren Straftaten.
4. Nach dem Güterabwägungsprinzip im Rahmen nachhaltiger Störungen des Rechtsfriedens bei Verbrechensbekämpfung und dem Schutz der Bevölkerung. Ein "rechtfertigender Not-stand" nach § 34 StGB kann in weiteren Fällen vorliegen, so zum Beispiel bei einer Meldung der Gefährdung im Straßenverkehr bei Erkrankungen wie Epilepsie und zum Schutz von Kindern vor Misshandlung, Missbrauch und schwerwiegender Vernachlässigung.

Allerdings ist die Ärztin/der Arzt nur im Falle von gesetzlichen Offenbarungs- und Meldepflichten verpflichtet, die Information weiterzugeben. In allen anderen Fällen darf sie/er nach Abwägung der Konsequenzen Informationen weitergeben, ist aber dazu rechtlich nicht verpflichtet. Wenn sie/er die Patientin/den Patienten ausreichend über die Konsequenzen der Erkrankung aufklärt und den erforderlichen Umgang mit der Erkrankung ausreichend erläutert, hat das Einhalten der Schweigepflicht keine rechtlichen Konsequenzen.

⁸ **UNAIDS** (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; deutsch: Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS) ist ein Projekt der Vereinten Nationen mit dem Ziel, die verschiedenen HIV/Aids-Pandemie Aktivitäten einzelner Ländern im Kampf gegen Aids zu koordinieren. Quelle: Wikipedia 8.9.2010

Schweigepflicht im Kontext der HIV-Infektion

Von dieser Rechtsauffassung weicht allerdings ein Gerichtsurteil ab, in dem es um die Güterabwägung im Zusammenhang mit der Übertragung einer HIV-Infektion ging (Parzeller 2000). In der Urteilsbegründung geht das Gericht davon aus, dass die Ärztin/der Arzt den Schutz der Angehörigen seines HIV-infizierten Patienten hätte höher bewerten müssen als die Schweigepflicht gegenüber seinem Patienten.

Dieses Urteil ist juristisch umstritten. Einige Medizinjuristen bestätigen diese Rechtsauffassung, zumindest wenn der/die Angehörige von derselben Ärztin/demselben Arzt betreut wird. Andere widersprechen dem. Sie führen an, dass die Schweigepflicht das höhere Rechtsgut ist, auf dem das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin/Arzt und PatientIn aufgebaut ist. Wenn die Schweigepflicht auf diese Weise begrenzt wird, kann das Vertrauensverhältnis schwer beeinträchtigt werden.

Die rechtliche Unklarheit kann Situationen weiter erschweren, in denen das Abwägen zwischen unterschiedlichen Interessen für ÄrztInnen ohnehin sehr schwierig und belastend ist.

Literatur:

Deutsche AIDS-Hilfe: 10 Gründe gegen die Kriminalisierung der HIV-Übertragung
http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/10_Gruende_gegen_Kriminalisierung.pdf

IPPF. IMAP Statement on sexual and reproductive health, reproductive tract infections and sexually transmitted infections. 2007
http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/34E9332B-E9C6-4DE3-961C-6BDE8F8547DE/0/STIs_2007.pdf März 2007

Parzeller M, Bratzke H. Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht. Ein Urteil des Oberlandesgerichts Frankfurt am Main erschwert den Umgang mit der ärztlichen Schweigepflicht. Dt Aertztebl 2000; 97: A 2364-70

UNAIDS: Criminalization of HIV transmission: Policy brief
http://data.unaids.org/pub/basedocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf. August 2008

Schwangerschafts- verhütung und Prävention von sexuell übertrag- baren Krankheiten

Helga Seyler

Verhütung von ungewollten Schwangerschaften und Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen sind zwei unterschiedliche Anliegen beim Geschlechtsverkehr. Optimal wäre es, wenn eine Methode zuverlässigen Schutz vor Schwangerschaften und Infektionen bieten würde. Theoretisch ist das mit Kondomen möglich, allerdings nur bei absolut konsequenter Anwendung. Da diese im Alltag selten gelingt, benutzen viele Paare eine andere Methode für den zuverlässigen Schutz vor ungewollten Schwangerschaften und bei Bedarf Kondome zum Schutz vor Infektionen (die IPPF propagiert dies als „dual protection“).

Wo Kondome nicht angewendet werden, kann das Risiko von sexuell übertragbaren Infektionen möglicherweise auch durch andere Verhütungsmethoden zumindest reduziert werden. Dafür ist es wichtig, zu wissen, wie sich verschiedene Verhütungsmittel auf die Übertragung dieser Infektionen auswirken. Außerdem wird an der Entwicklung von Methoden geforscht, die speziell das Übertragungsrisiko von HIV und möglicherweise einigen anderen Infektionen senken können (so genannte Mikrobizide).

Kondome

Kondome bieten bei konsequenter und richtiger Anwendung (das heißt bei jedem Geschlechtsverkehr und immer bevor der Penis mit dem Intimbereich der Partnerin/des Partners in Kontakt kommt) von allen Verhütungsmethoden den effektivsten Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen und HIV.

Genauso wie die Verhütungssicherheit in Bezug auf ungewollte Schwangerschaften lässt jedoch auch der Schutz vor Infektionen deutlich nach, wenn Kondome nicht konsequent benutzt werden. Verschiedene Studien zeigen, dass Kondome bei der Anwendung im Alltag nicht so zuverlässig sind.

lässig vor Infektionen schützen, da sie nur selten konsequent angewendet werden.

Wie gut Kondome auch bei weniger konsequenter Anwendung vor einer Infektion schützen, hängt sehr davon ab, wie ansteckend die jeweilige Krankheit ist, das heißt, mit welcher Wahrscheinlichkeit sie bei einem einmaligen (ungeschützten) Geschlechtsverkehr übertragen wird⁹. Bei Infektionen, für die das Übertragungsrisiko (bezogen auf einen einmaligen Geschlechtsverkehr) eher gering ist (z. B. bei HIV), bieten Kondome auch bei nicht ganz konsequenter Anwendung noch einen guten Schutz. Bei Infektionen mit sehr hoher Übertragungswahrscheinlichkeit (z. B. Gonorrhoe, HPV) genügen jedoch wenige Kontakte ohne Kondom, um die Infektion zu übertragen. Für solche Infektionen bieten Kondome in der Alltagsanwendung nur einen geringen Schutz.

So zeigen mehrere prospektive Studien mit Paaren, bei denen einer der Partner HIV-infiziert war, bei konsequenter Kondomnutzung eine Infektionsrate von 0,9 % pro Jahr für den nicht infizierten Partner, ohne Kondome betrug die Infektionsrate 6,7 % pro Jahr (NIH 2001). Das entspricht einer Reduktion des Übertragungsrisikos um 85 %.

Für Gonorrhoe zeigen Studien eine Reduktion des Infektionsrisikos für Männer um 49 bis 75 %. Für Frauen sind die Daten widersprüchlich. Einige Studien zeigen eine Schutzwirkung von Kondomen, insbesondere für Komplikationen der Gonorrhoe wie Infektionen im kleinen Becken. Andere Studien zeigen keine Schutzwirkung (NIH 2001). Der Grund dafür ist wahrscheinlich, dass Gonorrhoe für Frauen sehr infektiös ist und das Risiko der Übertragung bei einem einmaligen ungeschützten Geschlechtsverkehr etwa 80 % beträgt. Das heißt, eine Schutzwirkung für Frauen könnte nur bei absolut konsequenter Anwendung von Kondomen nachgewiesen werden.

Auch für Chlamydieninfektionen ist die Schutzwirkung von Kondomen für Männer eindeutiger belegt als für Frauen (NIH 2001).

Bei HPV-Infektionen bieten Kondome einen deutlichen Schutz vor Folgen der Infektion wie Zell-

veränderungen am Gebärmutterhals (Reduktion um 40 bis 80 %). Auch Kondylome treten zumindest bei Männern seltener auf. In Bezug auf die Infektion selbst zeigen die meisten Studien keinen Schutz durch Kondome (NIH 2001). Neuere Studien, in denen auch Daten zur Konsequenz der Kondombenutzung erhoben wurden, zeigen jedoch bei konsequenter Kondomanwendung eine Verringerung der Zahl der Infektionen bei Männern (Nielson 2010) und Frauen (Winer 2006).

Frauenkondom

Das Frauenkondom wurde Anfang der 1990er Jahre entwickelt. Es soll Frauen eine effektive Methode zum Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen ermöglichen, die sie selbst anwenden können, wenn sie die Anwendung von Männerkondomen nicht durchsetzen können.

Das zuerst entwickelte Modell (Femidom) besteht aus Poliurethan. Es hat einen inneren Ring, der in die Scheide eingeführt wird und das Kondom dort halten soll, sowie einen äußeren Ring, der den äußeren Rand vor der Vulva halten soll.

Das Material ist undurchlässig für Bakterien und Viren. Es wird davon ausgegangen, dass das Frauenkondom einen vergleichbaren Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen bietet wie das Männerkondom. Da das Frauenkondom auch einen Teil der äußeren Genitalien abdeckt, könnte der Schutz sogar noch besser sein.

Es gibt jedoch nur wenige Daten aus der Anwendung im Alltag, insbesondere zum Schutz vor HIV-Infektionen. Aus Laboruntersuchungen und den Studien zur Verhütungssicherheit wird bei konsequenter Anwendung eine Reduktion des Risikos einer HIV-Infektion um über 90 % berechnet.

Studien zur Verhütungssicherheit gibt es nur zum Frauenkondom aus Poliurethan. Da die Studien ohne Vergleichsgruppe durchgeführt wurden, ist es schwierig, die Verhütungssicherheit im Vergleich zum Männerkondom oder dem Diaphragma anzugeben (Trussell 1994). Wahrscheinlich ist die Verhütungssicherheit jedoch vergleichbar mit anderen Barrieremethoden.

Der breiten Verfügbarkeit des Frauenkondoms steht der hohe Preis des Modells aus Poliurethan entgegen. Deswegen wurden preisgünstigere Frauenkondome aus Latex entwickelt (verschiedene Firmen und Produkte). Eines ist unter dem Namen V-amour auch in Deutschland auf dem Markt¹⁰. Für diese Frauenkondome gibt es bisher

⁹ Das Übertragungsrisiko ist für verschiedene Infektionen unterschiedlich hoch, es wird jedoch zusätzlich von weiteren Faktoren beeinflusst. Zum Beispiel steigt das Übertragungsrisiko für HIV stark an, wenn Infektionen mit vermehrtem Ausfluss oder Verletzungen der Schleimhaut vorhanden sind. Außerdem ist das Infektionsrisiko bei vielen Infektionen für Frauen größer als für Männer.

¹⁰ Siehe auch FPR 1/2003: S. 17–19.

keine Daten zu Verhütungssicherheit und Schutz vor Infektionen. Studien sind geplant.

Für die Entwicklung von Frauenkondomen existieren bisher keine Standards und Normen für Qualität und Design, wie es sie für Männerkondome gibt. Dies ist der Grund dafür, dass für jedes neu entwickelte Modell erneut Studien zur Sicherheit und Wirksamkeit durchgeführt werden müssen. Deshalb unterstützt die WHO die Entwicklung solcher Standards auch für Frauenkondome.

Diaphragma

Als eine weitere Methode, mit der sich Frauen selbst vor Infektionen schützen können, wird das Diaphragma diskutiert.

Zwar verhindert das Diaphragma nicht den Austausch von Körperflüssigkeiten wie Sperma und Vaginalsekret. Es bildet aber eine Barriere vor dem Gebärmutterhals. Da die Schleimhaut des Muttermunds empfindlicher ist als die Scheiden-Schleimhaut und Infektionen dort leichter in den Körper eindringen können, könnte diese Barriere einen gewissen Schutz bieten.

Ältere Beobachtungsstudien zeigen bei Verhütung mit dem Diaphragma eine Verringerung des Risikos von Gonorrhoe, Chlamydien und Trichomonaden sowie aufsteigende Infektionen im kleinen Becken (Rosenberg 1992). Allerdings wurde das Diaphragma in diesen Studien zusammen mit dem Spermizid Nonoxinol benutzt. Davon wird aber inzwischen bei Frauen mit hohem Risiko für Infektionen abgeraten (siehe Abschnitt Mikrobizide). Nun muss geklärt werden, ob auch die Anwendung des Diaphragmas zusammen mit einem ansäuernden Gel einen Schutz bietet. Dazu werden derzeit Studien durchgeführt.

Die Verhütungssicherheit des Diaphragmas mit ansäuerndem Gel im Vergleich zum spermizidhaltigen Gel wurde bereits belegt (FPR 4/2007; Barnhart 2007). Mehrere Studien, die den Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen und HIV prüfen, sind noch nicht abgeschlossen.

Hormonelle Verhütung

Zum Einfluss der hormonellen Verhütung auf das Risiko von sexuell übertragbaren Infektionen sind die Daten widersprüchlich. Wahrscheinlich besteht kein Einfluss auf das Übertragungsrisiko für HIV und die meisten sexuell übertragbaren Infektionen.

Einige Studien zeigen für Frauen unter hormoneller Verhütung ein höheres Risiko für eine Chla-

mydieninfektion im Bereich des Gebärmutterhalses. Aufsteigende Infektionen im kleinen Becken scheinen jedoch nicht häufiger zu sein, möglicherweise schützt die hormonelle Verhütung sogar davor (WHO 2004; Cates 1992).

Auf die Häufigkeit von HPV-Infektionen hat die hormonelle Verhütung wahrscheinlich keinen Einfluss. Allerdings ist wahrscheinlich das Risiko der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs bei bestehenden HPV-Infektionen erhöht (Moreno 2002).

Spirale

Die Spirale bietet keinen Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen. Allerdings besteht auch kein erhöhtes Risiko, sich mit HIV oder einer anderen sexuell übertragbaren Krankheit zu infizieren. Fraglich ist, ob das Risiko für ins kleine Becken aufsteigende Infektionen erhöht ist. Studien zeigen, dass das Risiko wahrscheinlich nur in den ersten vier Wochen nach der Einlage erhöht ist (Grimes 2000).

Bei Frauen, die insgesamt ein geringes Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten haben, kommt es, wenn die Spirale unter korrekten hygienischen Bedingungen eingelegt wurde, auch nach dem Einlegen der Spirale sehr selten zu Infektionen im kleinen Becken.

Für die Hormonspirale gibt es zum Risiko von Infektionen im kleinen Becken widersprüchliche Daten. In einer Studie hatten speziell junge Frauen unter 25 Jahren mit der Hormonspirale ein geringeres Risiko für Infektionen im kleinen Becken als mit der Kupferspirale (Anderson 1994). In großen Studien der WHO fanden sich keine Unterschiede zwischen Hormon- und Kupferspirale (Grimes 2000).

Die WHO empfiehlt in ihren Eligibility Criteria for Contraceptive Use (WHO 2004), dass bei einem Risiko für sexuell übertragbare Infektionen zusätzlich Kondome benutzt werden sollen. Bei Frauen mit sehr hohem Risiko für Chlamydieninfektionen oder Gonorrhoe sollte der Nutzen der Verhütung mit einem IUP sorgfältig gegen die Risiken abgewogen werden.

Pille danach

Dass die Pille danach keinen Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten bietet, muss nicht erwähnt werden. Allerdings empfehlen Organisationen wie die IPPF bei der Beratung und Vergabe der Pille danach das Risiko solcher Infektionen anzusprechen. Bei Bedarf sollte darüber

informiert werden, welche Angebote es zur Untersuchung und Behandlung gibt. Wenn das Risiko einer HIV-Infektion besteht, sollte auch auf die Möglichkeit einer vorbeugenden Behandlung (Post-Expositions-Prophylaxe) hingewiesen werden.

Mikrobizide

Um Frauen eine weitere Möglichkeit zu bieten, sich vor sexuell übertragbaren Infektionen zu schützen, wird nach Substanzen gesucht, die vaginal und auch rectal (im Enddarm) angewendet werden können und Infektionen verhindern. Diese Produkte werden als Mikrobizide (microbicides) bezeichnet. Ideal wäre ein Produkt, das sowohl Schwangerschaften als auch Infektionen verhütet.

Nonoxinol

Die lange bekannte Substanz Nonoxinol hat solche Eigenschaften. Sie wirkt spermizid und wird seit langem zur Schwangerschaftsverhütung eingesetzt. Außerdem inaktiviert Nonoxinol verschiedene Bakterien und Viren einschließlich HIV. In älteren Studien zeigte sich eine Reduktion von verschiedenen sexuell übertragbaren Infektionen bei der Anwendung von Nonoxinol-haltigen Produkten wie zum Beispiel Verhütungsschaum oder Verhütungsschwämmchen (Cates 1992). Deshalb wurden zunächst Produkte mit Nonoxinol daraufhin untersucht, ob durch die Anwendung die Übertragungsrate von HIV-Infektionen verringert werden kann. Die Studien zeigen jedoch keine Reduktion der Infektionsrate mit HIV, in einzelnen Studien stieg das Infektionsrisiko sogar an (WHO 2006). Der Grund dafür ist, dass Nonoxinol bei häufiger Anwendung (mehr als 3-mal pro Tag) die Schleimhaut der Vagina schädigt und damit das Eindringen von HIV in den Körper begünstigt. Die Studien wurden daraufhin abgebrochen.

Inzwischen wird davon abgeraten, dass Menschen mit hohem Risiko für sexuell übertragbare Infektionen Nonoxinol-haltige Produkte benutzen. Das gilt auch für die Anwendung zusammen mit Kondomen oder dem Diaphragma (IPPF 2007).

Da es schwierig scheint, das ideale Mittel zur gleichzeitigen Verhütung von Schwangerschaften und Infektionen zu finden, beschränken sich die Forschungsaktivitäten inzwischen darauf, Produkte zu entwickeln, die zumindest das Übertragungsrisiko für HIV senken können. Es gibt zahlreiche Untersuchungen mit verschiedenen Substanzgruppen. Bisher konnte jedoch für kaum

eine Substanz eine Verringerung der Übertragungsrate für HIV-Infektionen in größeren Phase-III-Studien gezeigt werden. Die Markteinführung eines mikrobiziden Produkts ist deshalb in den nächsten Jahren nicht zu erwarten. Allerdings wurden auf der internationalen Aids-Konferenz 2010 in Wien erst-mals positive Ergebnisse einer Studie vorgestellt, die als Meilenstein in der Entwicklung von Mikrobiziden gefeiert wurden (siehe unten).

Es ist aber davon auszugehen, dass keines der Produkte einen vergleichbaren oder sogar besseren Schutz bietet als Kondome. Erwartet wird eine Senkung des Infektionsrisikos um 30 bis 60 %.

Ansäuernde Substanzen

Eine Gruppe von Mikrobiziden sind Substanzen, die das saure Klima in der Vagina aufrecht erhalten sollen. Normalerweise bietet diese Klima einen Schutz vor Infektionen mit verschiedenen Bakterien und Viren. Bei einer bakteriellen Vaginitis¹¹ oder durch Sperma wird dieser Säureschutz beeinträchtigt.

Studien mit zwei verschiedenen Substanzen wurden allerdings wieder beendet, weil eine Verringerung der Übertragungsrate für HIV-Infektionen nicht beobachtet werden konnte. Eine Studie mit einer weiteren Substanz läuft noch. Zusätzlich werden Studien durchgeführt, in denen diese Gele in Kombination mit dem Diaphragma untersucht werden (Cutler 2008).

Virus-Eintritts-Hemmer

Diese Substanzen verändern die Oberfläche des HI-Virus und beeinträchtigen dadurch das Andocken der Viren an den CD4-Zellen. Dies ist ein wesentlicher Mechanismus, über den HIV in den Körper eindringen kann. Virus-Eintritts-Hemmer können auch andere Keime wie Chlamydien, Gonokokken und HSV inaktivieren.

Die Ergebnisse von mehreren Phase-III-Studien stehen noch aus. Bisherige Daten haben noch keine Reduktion von HIV-Infektionen gezeigt (Cutler 2008).

¹¹ Veränderung der Bakterienflora in der Scheide, bei der Milchsäure bildende Bakterien verdrängt werden durch andere Bakterien, die hauptsächlich aus der Darmflora stammen.

Antiretrovirale Substanzen

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Medikamente entwickelt, die oral angewendet die Vermehrung von HIV hemmen, die Übertragung der Infektion von der Mutter auf das Kind verhindern und auch nach einer möglichen Ansteckung als Postexpositions-Prophylaxe eine Infektion verhindern können. Daher besteht die Hoffnung, dass diese Medikamente auch bei vaginaler Anwendung eine HIV-Infektion verhindern können. Derzeit werden verschiedene antiretrovirale Medikamente daraufhin untersucht.

Ziel ist die Entwicklung von Produkten, die auch unabhängig vom Geschlechtsverkehr zum Beispiel einmal täglich angewendet werden können. Neben Gels wird auch die Entwicklung von Vaginalringen untersucht, die antiretrovirale Substanzen über einige Wochen freisetzen. Solche Produkte würden dann ausschließlich vor HIV-Infektionen schützen, jedoch nicht vor anderen Infektionen.

Auf der internationalen AIDS-Konferenz 2010 in Wien wurden die Ergebnisse einer Studie mit einem Vaginalgel mit Tenofovir vorgestellt (Karim 2010). In dieser Studie konnte zum ersten Mal eine Reduktion von Infektionen mit einem Mikrobizid nachgewiesen werden. Bei etwa 850 Frauen war die Zahl von neuen HIV-Infektionen in der Gruppe von Frauen, die das Gel benutzten, deutlich geringer als in der Kontrollgruppe (5,6 % versus 9,1 %). Daraus wurde eine Reduktion der Infektionsrate um 37 bis 45 % errechnet. Bei Frauen mit sehr konsequenter Anwendung des Gels traten 50 % weniger Infektionen auf. Das Gel sollte einmal zwölf Stunden vor dem Geschlechtsverkehr und ein zweites Mal unmittelbar danach angewendet werden. In der Studie zeigte sich, dass auch Infektionen mit Herpes-Viren durch das Gel verhindert wurden. Diese begünstigen die Übertragung von HIV.

Ernsthafte Nebenwirkungen traten nicht auf. Es wurde auch keine Resistenzentwicklung bei Frauen beobachtet, die sich trotz der Anwendung des Gels mit HIV infizierten.

Weitere antiretrovirale Substanzen wurden bereits in ersten kleinen Studien geprüft und Phase-II/III-Studien geplant (Cutler 2008). Eine abschließende Beurteilung ist zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich.

Literatur

Andersson K, Odland V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova T) IUDs during

five years of use: a randomized comparative trial. *Contraception* 1994; 49: 56–72

Balzarini J, van Damme L. Microbicide drug candidates to prevent HIV infection. *Lancet* 2007; 369: 787–97

Barnhart K, Rosenberg M, et al. Contraceptive efficacy of a novel spermicidal microbicide used with a diaphragm. A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007; 110: 577–86

Cates W JR, Stone KM. Family planning, sexually transmitted diseases and contraceptive choice: a literature update – Part I. *Family Planning Perspectives* 1992; 24: 75–84

Cates W JR, Stone KM. Family planning, sexually transmitted diseases and contraceptive choice: a literature update – Part II. *Family Planning Perspectives* 1992; 24: 122–8

Cutler B, Justman J. Vaginal microbicides and prevention of HIV-transmission. *Lancet Infect Dis* 2008; 8: 685–97

Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet* 2000; 356: 1013–9

IPPF. IMAP Statement on sexual and reproductive health, reproductive tract infections, and sexually transmitted infections. March 2007 www.ippf.org

Karim QA, Karim SSA, et al. Effectiveness and safety of Tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science* 2010, published online July 19th <http://www.sciencemag.org/cgi/content/abstract/scienc.1193748>

Moreno V, Bosch FX, et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicenter case-control study. *Lancet* 2002; 359: 1085–192

National Institute of Health NIH. Condom report. Scientific evidence on condom effectiveness for STD Prevention. 2001 <http://www.niaid.nih.gov/about/organization/dmid/documents/condomreport.pdf>

Nielson CM, Harris RB, et al. Consistent condom use is associated with lower prevalence of human papillomavirus infection in men. *J Infect Dis* 2010; 202: 445–51

Rosenberg M, Davidson A, et al. Barrier contraceptives and sexually transmitted diseases in women. *American Journal of Public Health* 1992; 82: 669–74

Trussell J, Sturgen K, et al. Comparative contraceptive efficacy of the female condom and other barrier methods. *Family planning perspectives* 1994; 26: 66–72

WHO. Medical Eligibility criteria for contraceptive use. 2004

WHO. Preventing HIV/Aids in young people. A systematic review from the evidence in developing countries. WHO Technical Report Series No. 938. 2006

Winer RL, Hughes JP, et al. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. The New England Journal of Medicine 2006; 354: 2645–54

Pille danach

Ulipristalacetat

Zulassung in den USA

Im August dieses Jahres wurde auch in den USA Ulipristalacetat zur Postkoitalverhütung zugelassen. Das Präparat mit dem Namen Ella ist dort auch verschreibungspflichtig – anders als die Präparate mit Levonorgestrel.

Unterschiede zur Fachinformation in Europa

Als einzige Kontraindikation wird in der Fachinformation eine bekannte oder vermutete Schwangerschaft genannt. Aber auch bei stillenden Frauen wird von der Anwendung abgeraten (in Europa wird stattdessen empfohlen, nach der Einnahme 36 Stunden lang nicht zu stillen, die Milch währenddessen abzupumpen und zu verworfen).

Im Weiteren wird von der wiederholten Anwendung in einem Zyklus abgeraten, da es dafür keine Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit gibt.

Die FDA (US Food and Drug Administration) hat die Daten zur Effektivität bei Frauen mit Übergewicht gesondert geprüft. Im Ergebnis wurde bei Frauen mit einem BMI über 30 eine deutlich höhere Versagerrate gefunden. Die Schwangerschaftsrate war in dieser Gruppe nur wenig und nicht signifikant geringer als die berechnete Zahl von Schwangerschaften ohne Notfallverhütung (3,1 % gegenüber 4,5 %). Auch mit Levonorgestrel traten bei übergewichtigen Frauen so viele Schwangerschaften auf, wie ohne Notfallverhütung zu erwarten waren. Da die Zahl der übergewichtigen Frauen in den Studien nicht sehr groß war, sind die Daten allerdings nur bedingt aussagekräftig.

In der Anwenderinformation wird darauf hingewiesen, dass Ella und andere Postkoitalpillen bei Frauen mit Übergewicht weniger effektiv sein könnten.

Änderung der Fachinformationen durch die europäische Arzneimittelbehörde

Im Juli 2010 hat die europäische Arzneimittelbehörde EMEA die Fachinformation für die Postkoitalpille mit Ulipristalacetat ergänzt und geändert (Presse-Erklärung HRA 15. Juli 2010).

Geändert wurde die Schreibweise des Präparatnamens in ellaOne®.

Die Angaben zur Effektivität wurden um die Daten aus einer neuen Studie (Glasier 2010, siehe FPR 1/2010) erweitert. Neu aufgeführt wird, dass in der kombinierten Auswertung der Daten von zwei Studien ellaOne® signifikant effektiver war als Levonorgestrel. Eine abschließende Bewertung der Effektivität von ellaOne® im Vergleich zur Postkoitalpille mit Levonorgestrel enthält die Fachinformation jedoch nicht.

Geändert wurde auch die Liste der Nebenwirkungen. Infektionen werden jetzt differenziert nach Art der Infektionen aufgeführt und nun in den Rubriken „selten“ und „sehr selten“ gelistet. Die Auflistung von Infektionen allgemein in der Rubrik „gelegentlich“ hatte den Eindruck erweckt, dass diese häufiger auftreten, als bei der Anwendung von Levonorgestrel.

Als häufige Nebenwirkungen (bei mehr als 10 % der Anwendungen) werden Kopfschmerzen, Übelkeit und Bauchschmerzen aufgeführt.

In Bezug auf die Anwendung bei Jugendlichen wird ergänzt, dass die Sicherheit und Wirksamkeit von ellaOne® bei einer begrenzten Anzahl von Frauen im Alter unter 18 Jahren geprüft wurde.

Neue Studie zur Wirkung

Eine weitere Studie zum Wirkmechanismus von Ulipristalacetat wurde kürzlich veröffentlicht. Darin wurde der Einfluss auf den Eisprung bei einer Gabe zu unterschiedlichen Zeitpunkten vor dem Eisprung untersucht (Brache 2010). 35 Frauen nahmen Ulipristalacetat oder Placebo, wenn bei einer Ultraschalluntersuchung ein Eibläschen mit mindestens 18 mm gefunden wurde. Parallel zu den Ultraschalluntersuchungen wurden Hormonuntersuchungen aus dem Blut (LH, Progesteron) an mehreren Tagen durchgeführt.

Es zeigte sich, dass mit Ulipristalacetat bei der Mehrzahl der Frauen der Eisprung um mindestens fünf Tage verzögert werden konnte. Wenn

der LH-Anstieg noch nicht begonnen hatte, wurde bei allen Frauen der Eisprung um mindestens fünf Tage verzögert. Nach dem Beginn des LH-Anstiegs, aber vor dem LH-Gipfel war das bei 11 von 14 Frauen der Fall, nach dem LH-Gipfel nur noch bei einer von 12 Frauen. Nach der Einnahme von Ulipristal konnte bei den Frauen ein Abfall der LH-Werte gezeigt werden. Bei den meisten Frauen wurde der Eisprung nicht vollständig unterdrückt, sondern trat um 4-10 Tage verzögert auf.

Die AutorInnen kommen zu dem Schluss, dass die Verzögerung des Eisprungs um etwa fünf Tage wirksam vor einer Schwangerschaft schützt, da Spermien auch im Eileiter eine geringere Lebensdauer haben. Mit der hohen Wirksamkeit auch nach Beginn der LH-Ausschüttung und bei einer Größe des Eibläschens von 18 mm wird die wahrscheinlich höhere Effektivität im Vergleich zu Levonorgestrel begründet. Aus früheren Studien ist bekannt, dass Levonorgestrel den Eisprung in diesem Stadium nur noch bei etwa 15 % der Frauen hemmt oder verzögert (Croxatto 2004, Massai 2007).

Neue Studie zur Wirkung von Levonorgestrel

Auch für die Postkoitalmethode mit Levonorgestrel liegt eine neue Studie vor, die eine Effektivität auch bei Gabe kurz vor dem Eisprung zeigt (Noe 2010).

Bei 337 Frauen mit ungeschütztem Geschlechtsverkehr wurde durch Ultraschalluntersuchung und Hormonbestimmungen der Zeitpunkt des Eisprungs ermittelt. 122 hatten ungeschützten Verkehr im Zeitraum von fünf Tagen vor bis einen Tag nach dem Eisprung, davon 87 Frauen bis einen Tag vor dem Eisprung, 35 am Tag des Eisprungs und einen Tag danach.

Bei den 87 Frauen vor dem Eisprung war bei der Hälfte das Eibläschen mindestens 18 mm groß, und bei 57 Frauen wurde in den nächsten Tagen ein Eisprung beobachtet. Trotzdem wurde in dieser Gruppe keine Frau schwanger, obwohl 13 Schwangerschaften zu erwarten waren.

Von den 35 Frauen, die die Notfallpille am Tag des Eisprungs und einen Tag danach einnahmen, wurden 6 schwanger (7 Schwangerschaften waren zu erwarten).

Der Wirkmechanismus von LNG bei Einnahme kurz vor dem Eisprung ist nicht geklärt. Die AutorInnen vermuten, dass die Verdickung des

Schleims im Gebärmutterhals, die die Beweglichkeit der Spermien hemmt, in diesen Fällen Schwangerschaften verhindert. Sie folgern, dass dann die frühzeitige Einnahme von Levonorgestrel entscheidend ist. Allerdings müsste dieser Wirkmechanismus in weiteren Studien geklärt werden.

Die fehlende Wirkung nach dem Eisprung belegt erneut, dass LNG keine Wirkung auf die Einnistung der Eizelle hat.

Unsicherheiten bei der Ermittlung der Effektivität von Notfallverhütung

Die Studie von Noe zeigt wie viele vorangehende auch, dass die Bestimmung des Eisprungs und der fruchtbaren Tage nur durch Berechnung aus dem Datum der letzten Regel und der Länge der vorangehenden Zyklen recht ungenau und fehlerhaft ist und sehr oft von dem durch Hormonalanalysen und Ultraschalluntersuchungen ermittelten Zeitraum abweicht. Nach Berechnung wären in der Studie von Noe zum Zeitpunkt des ungeschützten Geschlechtsverkehrs 169 Frauen in der fruchtbaren Phase gewesen, nach Ultraschall- und Hormonuntersuchungen waren es jedoch nur 122.

Diese Ungenauigkeit der Berechnung hat zwei Konsequenzen. Für die Beratung zur Notfallverhütung bedeutet sie, dass der Rat zur Anwendung der Postkoitalpille nicht von den Angaben zum Zyklus abhängig gemacht werden sollte.

Aber auch für die Forschung hat diese Unsicherheit der Berechnung Folgen. Wenn die erwarteten Schwangerschaften aus den Angaben zum Zyklus berechnet werden, wird diese Zahl in der Regel zu hoch berechnet. Daraus folgt eine Überschätzung der Zahl der verhinderten Schwangerschaften und der Effektivität der Notfallverhütung.

Diese Unsicherheiten könnten auch die unterschiedlichen Ergebnisse von früheren Studien zur Effektivität von Levonorgestrel im Vergleich zu aktuellen Vergleichsstudien mit Ulipristalacetat erklären. Um die Effektivität der beiden Methoden im Vergleich endgültig bewerten zu können, sind noch weitere Studien notwendig.

Literatur

Presseserklärung HRA

Ulipristal acetate (ellaOne®) significantly reduces pregnancy risk versus levonorgestrel for oral emergency contraception. European Medicines Agency

confirms findings from HRA Pharma's most recent data. Paris, France July 15, 2010
http://www.hra-pharma.com/downloads/20100715_ellaOne%20PR%20MKT.pdf

ellaOne EPAR Product Information
http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001027/WC500023670.pdf

Ella prescribing information.
http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/022474s000lbl.pdf

Brache, V, et al. Immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture. *Human Reproduction* 2010; 25: 2256–63

Croxatto, HB, et al. Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75-mg dose given on the days preceding ovulation. *Contraception* 2004; 70: 442–50

Glasier, AF, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet* 2010; 375: 555–62

Massai MR, Forcelledo ML, et al. Does meloxicam increase the incidence of anovulation induced by single administration of levonorgestrel in emergency contraception? A pilot study. *Hum Reprod* 2007;22: 434–439

Noé, G, et al. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception* 2010; 81:414-20

Hinweise

Leitlinie zur Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) überarbeitet

Die gemeinsame Empfehlung der Deutschen und Österreichischen AIDS-Gesellschaften zur PEP wurde aktualisiert.

Bei der Post-Expositions-Prophylaxe wird nach einem Kontakt mit HI-Viren (z. B. Nadelstich-Verletzung, Geschlechtsverkehr) eine Behandlung mit einer Kombination von antiretroviralen Medikamenten durchgeführt, um eine Infektion zu verhindern.

Die Behandlung soll am besten zwei bis maximal 24 Stunden nach der Exposition begonnen werden. Bei Beginn mehr als 48 Stunden danach ist

die Behandlung wahrscheinlich wirkungslos. Die Medikamente müssen etwa vier Wochen lang eingenommen werden. Damit kann das Infektionsrisiko wahrscheinlich um 80 % gesenkt werden. Dies sind allerdings Schätzungen, da es keine verlässlichen Daten dazu gibt.

Die Leitlinie weist explizit darauf hin, dass die Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden. Dies wurde 2007 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auch für eine außerberufliche Exposition festgelegt. Diese liegt zum Beispiel vor, wenn beim Sex mit einer HIV-infizierten Person ein Kondom gerissen ist. Viele ÄrztInnen, aber auch MitarbeiterInnen von Krankenkassen sind darüber nicht korrekt informiert.

Die PEP wird nach ungeschütztem vaginal- oder Analverkehr empfohlen – zum Beispiel durch ein gerissenes oder abgerutschtes Kondom – mit einer HIV-positiven Person, deren Viruslast nachweisbar oder nicht bekannt ist, oder mit einer nicht bekannten Person, wenn diese mit hoher Wahrscheinlichkeit HIV-infiziert ist.

Quelle

Postexpositionelle Prophylaxe der HIV-Infektion. Gemeinsame Empfehlung der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG e.V.) und der Österreichischen AIDS-Gesellschaft (ÖAG) 2007. AWMF-Leitlinien

Neue Daten der BZgA zur Jugendsexualität

Aktueller Schwerpunkt Migration

Bereits seit 1980 führt die BZgA Erhebungen durch, die die Einstellung und das Verhalten zu den Themen Sexualität, Aufklärung und Verhütung bei Jugendlichen abfragt. Ein Schwerpunkt der aktuellen Erhebung von 2009 war der Vergleich von Jugendlichen mit deutscher Staatsbürgerschaft und Jugendlichen mit ausländischer Staatsangehörigkeit bzw. mit Migrationshintergrund¹². Es wurden insgesamt 3542 Jugendli-

¹² Bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund handelt es sich um Personen, die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer/-innen und alle in Deutschland Geborene mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil. Quelle: Statistisches Bundesamt, www.destatis.de am 8.9.2010. Der Begriff „Mensch mit Migrationshintergrund“ entspricht nicht dem Begriff „Ausländer“. Haben sich ehemalige

che im Alter zwischen 14 und 17 Jahren befragt. Davon hatten 732 eine ausländische Staatsangehörigkeit 1014 hatten einen Migrationshintergrund.

Erfahrung mit Geschlechtsverkehr

Verglichen mit den Daten aus dem Jahr 2005 ist der Anteil deutscher Mädchen, die mit 14 Jahren schon Geschlechtsverkehr haben von 12 auf 7 % gesunken, bei den Jungen sank der Anteil von 10 auf 4 %.

Auch bei den 17-jährigen, deutschen Mädchen ist der Anteil mit Koituserfahrung rückläufig, von 73 % im Jahr 2005 auf 66 % in der aktuellen Befragung. Bei den 17-jährigen Jungen liegt der Anteil unverändert bei ca. 66 %.

Bei den Mädchen mit Migrationshintergrund ist dieser Trend der geringeren sexuellen Aktivität nicht zu beobachten. Sie sind allerdings insgesamt deutlich weniger sexuell aktiv als die deutschen Mädchen. Besonders Mädchen mit muslimischem Hintergrund lehnen sexuelle Kontakte vor der Ehe häufig ab.

Jungen aus Migrantenfamilien sind dagegen häufiger und früher sexuell aktiv als Jungen mit deutscher Staatsangehörigkeit.

Erfahrung mit sexueller Gewalt

Von den deutschen Mädchen geben 13 %, von den Mädchen mit Migrationshintergrund 19 % an, dass sie sich schon einmal gegen unerwünschte sexuelle Annäherung zur Wehr setzen mussten. Bei den Jungen sind es 3 bzw. 1 %.

Verhütung

Die Zahl der Jugendlichen, die bereits beim ersten Geschlechtsverkehr Verhütungsmittel benutzen, hat weiter zugenommen. Nur noch 8 % der deutschen Mädchen und Jungen benutzten beim ersten Mal kein Verhütungsmittel. Vor fünf Jahren lag der Anteil bei den Mädchen bei 12 %, im Jahr 1980 bei 20 %.

Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund verhüten nicht ganz so konsequent, allerdings nahm die Zahl der Jugendlichen, die beim ersten Mal nicht verhütet haben, gegenüber 2005 ebenfalls ab. Sie lag im Jahr 2009 bei 12 % der Mädchen und 18 % der Jungen.

Kondome sind bei Mädchen und Jungen in drei Viertel der Fälle die Methode der Wahl beim ersten Mal. Nur bei Jungen mit Migrationshintergrund war der Anteil mit 59 % etwas niedriger. 1980 verhüteten 32 % der Mädchen und nur 28 % der Jungen beim ersten Mal mit Kondom.

Die Rolle der Eltern

Im Lauf der Jahre nahm die Rolle der Eltern als Ansprechpartner in Sachen Verhütung deutlich zu. 69 % der deutschen Mädchen und 58 % der Jungen besprechen das Thema mit ihren Eltern ausführlich. Bei den Jugendlichen aus Migrantenfamilien liegt der Anteil der Mädchen bei 50 %, der der Jungen bei 41 %.

Jungen mit Migrationshintergrund nennen die Schule als wichtigste Quelle für Informationen und Aufklärung.

Nutzung der Pille danach

Von den deutschen Mädchen geben 12 % an, bereits Erfahrungen mit der Pille danach gemacht zu haben, 2 % davon sogar mehrfach. Bei den Mädchen aus Migrantenfamilien liegt dieser Anteil bei 18 %, auch hier geben 2 % an, die Pille danach bereits mehrfach benötigt zu haben. In knapp der Hälfte der Fälle wurde die Pille danach benutzt, weil ein Kondom gerissen oder abgerutscht war, in ca. 25 % wurde die Pilleneinnahme vergessen, oder es bestand die Sorge, dass die Pille wegen Erbrechen oder Durchfall nicht wirksam sein könnte. In ca. 25 % erfolgte Geschlechtsverkehr ohne Schutz.

Bei der Pille danach gibt es deutliche Unterschiede in der Nutzung nach Bildungsstand (17 % bei Gymnasiastinnen mit deutscher Staatsangehörigkeit, 7 bzw. 9 % bei Haupt- bzw. Realschülerinnen). Außerdem besteht ein Zusammenhang mit dem Bildungsstand der Mutter (einfache Bildung: 6 %, mittlere Bildung: 12 %, hohe Bildung wie Abitur oder Hochschulabschluss: 21). Insgesamt fördert ein offenes Gesprächsklima zum Thema Sexualität die Anwendung der Pille danach. Diese Tendenz zeigt sich auch bei Mädchen mit Migrationshintergrund.

Die Erfahrung mit der Pille danach nimmt zu, je früher Mädchen sexuell aktiv werden und je häufiger sie Geschlechtsverkehr haben.

Ausländer einbürgern lassen, sind sie heute zwar deutsche Staatsangehörige, aber haben, sofern sie nach 1949 eingewandert sind, noch immer einen Migrationshintergrund.

Potentielle Schwangerschaft

Der Anteil der deutschen Mädchen und Jungen, die eine potentielle Schwangerschaft zum jetzigen Zeitpunkt als eine „Katastrophe“ empfinden, ist seit 1994 jeweils um mehr als 10 % gestiegen. 2009 gaben dies 66 % der Mädchen und 55 % der Jungen an. Bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund liegt der Anteil mit 75 % der Mädchen und 63 % der Jungen sogar noch höher.

Die Erhebungen in regelmäßigen Abständen seit 1980 ermöglichen einen Längsschnittvergleich. Die aktuelle Folgerhebung bestätigt die Ergebnisse früherer Befragungen: Jugendliche in Deutschland zeigen insgesamt ein sehr gutes Verhütungsverhalten. Entgegen der oft in den Medien genannten Behauptung werden Jugendliche nicht immer früher sexuell aktiv. Die Zahl der Jugendlichen, die sexuell aktiv ist, ist über viele Jahre gleich geblieben und in der letzten Erhebung 2009 sogar geringer geworden.

Quelle:

Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung BZgA, Köln 1998

Jugendsexualität. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern – Aktueller Schwerpunkt Migration – 2010 . Hrsg. BZgA, Köln 2010
<http://forschung.sexualaufklaerung.de>

Künstliche Befruchtung als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen auch für HIV-positive Paare

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im September 2010 entschieden, dass „auch Paare, bei denen einer oder beide Partner HIV-positiv sind, künftig die Möglichkeit haben, die Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Anspruch zu nehmen, wenn die gesetzlich geregelten Voraussetzungen (§ 27a SGB V) erfüllt sind“

Bisher konnten Ehepartner diese GKV-Leistung nur in Anspruch nehmen, wenn sie beide zum Zeitpunkt einer künstlichen Befruchtung HIV-negativ waren. Für andere Erkrankungen gab es keine derartigen Ausschlussklauseln und die Änderung stellt demnach eine Gleichbehandlung gegenüber Versicherten mit anderen Erkrankungen dar. In der Begründung des Beschlusses

wird erläutert, dass ohnehin bei jeder schwerwiegenden Erkrankung vor einer Schwangerschaft oder vor einer Maßnahme zur künstlichen Befruchtung das individuelle Risiko medizinisch bewertet werden muss. Das trifft auf zahlreiche Erkrankungen zu und der „Sonderstatus einer HIV-Infektion“ lässt sich medizinisch nicht begründen.

Der Beschluss des G-BA muss vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geprüft werden und tritt nach erfolgter Nichtbeanstandung nach der Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Quelle:

Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA
<http://www.g-ba.de>