

9 SEXUELLE GESUNDHEIT

Zusammenfassung

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit sexuellen Aspekten und der Situation bei Geschlechtskrankheiten sowie sexuell übertragbaren Krankheiten bei Männern in Wien. Schwerpunktmäßig wird einerseits auf die klassischen Geschlechtskrankheiten, Gonorrhoe und Lues, eingegangen, andererseits auch die Situation bei sexuell übertragbaren Krankheiten und deren Behandlung dargestellt. Es wird die Situation bei HIV/AIDS und den Hepatitiden A, B und C dargestellt und mit 1997 verglichen. Prognosen werden keine erstellt, es sei jedoch an dieser Stelle gesagt, daß eine Dramatik in der Entwicklung nicht zu erwarten ist. In Wien kann die Situation als überschaubar und nicht beunruhigend bezeichnet werden, die von vielen Seiten gesetzten Präventionsmaßnahmen scheinen erfolgreich gewesen zu sein. Vor allem die Anzahl der an AIDS Erkrankten, aber auch die Zahl der HIV-Infizierten dürfte sich, etwa im Vergleich zu Deutschland, in Grenzen halten. Obgleich die Tendenz bei den Geschlechtskrankheiten leicht ansteigend ist, d.h. bei den Gesamt-Wien-Zahlen war im Vergleich zu 1997 ein Anstieg von 0,7 % zu sehen, erscheint die Lage auch hier kontrollierbar und beherrscht. Theoretische Überlegungen zu Infertilität, Verhütung und Hormonsubstitution im Alter werden am Schluß dargestellt und mit einigen wenigen Beispielen untermauert.

Summary

This chapter deals with the sexual aspects and the situation of men's health in Vienna. Although the focus is on the classical venereal diseases, gonorrhoea and syphilis, we also examine sexually transmitted diseases and their treatment. We present data on HIV/AIDS and hepatitis A, B, and C, and compare them with 1997. Though we do not give specific prognoses, we expect no dramatic developments; the situation in Vienna does not give rise to concern particularly since the myriad of preventive measures taken over the years seem to be successful. In comparison with Germany, the number of HIV-positive or ill with AIDS seems relatively stable. Even though there is a slightly rising trend in the incidence of venereal disease (there was a 0.7% increase from 1997), here, too, the situation can be considered to be under control. Finally, we discuss issues of infertility, contraception, and age-related hormone substitution.

9.1 Sexuelle Orientierung

„Geschlechtsverkehr kann sehr divergente Bedeutungen haben.“

59 % der Teilnehmer an einer Untersuchung in den Vereinigten Staaten aus dem Jahr 1999 haben die Meinung, daß oral-genitaler Kontakt kein Geschlechtsverkehr ist, 19 % der Befragten halten Geschlechtsverkehr nicht für Geschlechtsverkehr (SANDERS et al., 1999).

Zur sexuellen Orientierung der österreichischen Bevölkerung, insbesondere der männlichen, liegen derzeit keine evaluierten wissenschaftlichen Daten vor. Dem „Kinsey-Report“ und der durch MASTER und JOHNSON überarbeiteten Fassung ist zu entnehmen, daß etwa 5 % der männlichen Bevölkerung homosexuell bzw. homo- und bisexuell seien, in großstädtischen Ballungsräumen sogar bis zu 10 %. Erfahrungen aus dem Betreuungsbereich homosexueller Männer bestätigen diese Angaben (FRÖHLICH, 1999). Hinweise auf eine verkürzte Lebenserwartung bei Männern, die Sex mit Männern haben, ergab eine europäische Untersuchung, die eine Korrelation zwischen Lebenserwartung und homosexueller Lebensweise gefunden hat (Verkürzung von 20 bis 30 Jahren), welche durch das Erworbene Immundefekt-Syndrom (AIDS) bedingt war (CAMERON et al., 1998).

Populärwissenschaftliche Veröffentlichungen zum Thema Sexuelle Orientierung sind „Im Land der Sinne“, ein Buch auf Grundlage einer IFES-Umfrage von LANGBEIN und FRITSCH, und eine Serie in einer österreichischen Tageszeitung, „Österreich Intim“ von SENGER und HOFFMANN, die Mitte der neunziger Jahre erschienen ist.

Der überwiegende Anteil der männlichen Bevölkerung ist somit als heterosexuell zu bezeichnen, beim Anteil homosexueller Männer wäre jedoch noch auf die Gruppe der Bisexuellen gesondert einzugehen.

Der Bereich „Sexuelle Orientierung“ stellt sich aus unserer Sicht als weitgehend unerforschtes Neuland dar und sollte schon aus infektionsepidemiologischer Sicht Ziel weiterführender gesundheitssoziologischer und sozialmedizinischer Untersuchungen sein.

9.2 Geschlechtskrankheiten und sexuell übertragbare Krankheiten (STD)

158

„Infektionen, die durch sexuellen Kontakt von einer Person auf eine andere weitergegeben werden, sind unter dem Ausdruck sexuell übertragbare Krankheiten (STD) bekannt. Sexueller Kontakt inkludiert vaginalen, analen und oralen Sex“ (American Institute of Preventive Medicine, 1996).

Durch den ungeahnten Anstieg der Inzidenz von Syphilis und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten in großen Teilen von Osteuropa und Mittelasien verstärkt sich die Gefahr einer umfassenden und unmittelbaren HIV-Epidemie in der Europäischen Region der WHO erheblich. Eine internationale Task Force wird auf Initiative der WHO und UNAIDS versuchen, eine externe Unterstützung bei der rechtzeitigen Bekämpfung der STD-Epidemie durch Mobilisierung internationaler und nationaler Ressourcen zu sichern. Als Beispiel für die Effektivität und Effizienz wird der Erfolg der Maßnahmen zur Eindämmung der Diphtherieepidemie in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion genannt (WHO, 1998).

Sexuell übertragbare Krankheiten sind in großen Teilen der Welt im Ansteigen begriffen. Die Gründe dafür sind nicht nur in sextouristischen Aktivitäten durch Erleichterung der Reisemöglichkeiten (Fall des „Eisernen Vorhanges“, Verbilligung der Flugreisen etc.) zu finden, sondern auch in einer Liberalisierung der Sexualität in der Gesellschaft, einer steigenden Anzahl von alleine lebenden Erwachsenen (Singles) mit sehr unterschiedlichem Sexualverhalten, einer großen oder größeren Anzahl von Sexualpartnern und einer geringeren Verwendung von klassischen Verhütungsmitteln wie Kondomen, Diaphragmen u.ä.

In Österreich ist die Meldepflicht für Krankheiten durch die Absonderungsverordnung von 1915, das Epidemiegesetz von 1950, durch das Geschlechtskrankheitengesetz, das Tuberkulosegesetz und das AIDS-Gesetz, jeweils in seiner gültigen Form, sowie durch einschlägige internationale Gesundheitsvorschriften geregelt (KOLLER, 1997).

Die Meldepflicht soll einerseits eine rasche Information über das Auftreten bestimmter Krankheiten ermöglichen, andererseits durch die Erfassung dieser Krankheiten die Möglichkeit für epidemiologische Analysen bieten.

9.2.1 Die klassischen Geschlechtskrankheiten

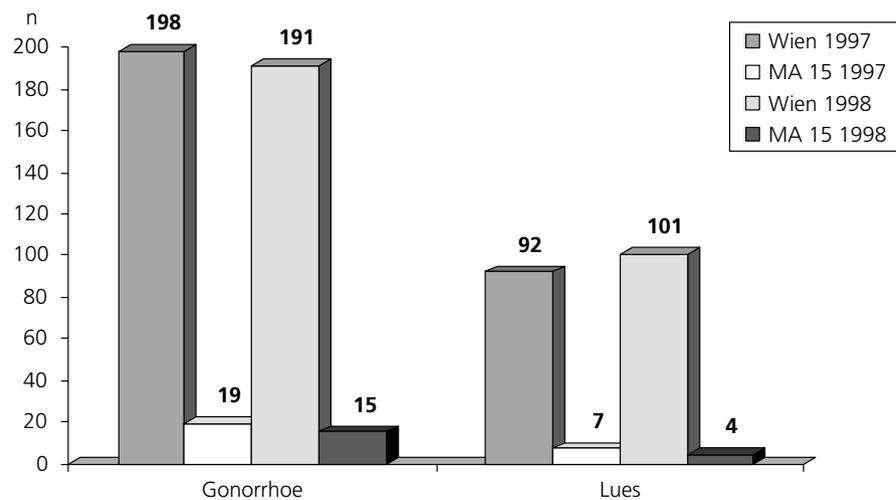
9.2.1.1 Prävalenz

Bei der Gonorrhoe („Tripper“) ist anders als bei Lues („Syphillis“) ein Rückgang festzustellen. In Wien wurden bei Männern 198 Fälle von Gonorrhoe und 92 Fälle von Lues gemeldet, in MA 15 19 Fälle von Gonorrhoe, aber 101 Fälle von Lues (Abb. 9.2.1).

An der STD-Ambulanz der MA 15 kam es 1998 bei beiden Erkrankungen zu einem Rückgang. Gonorrhoe: 15 Fälle, entsprechend 8 % der Gesamtmeldungen (1997: 19 Fälle, 10 % der Gesamtmeldungen). Lues: 4 Fälle, entsprechend 4 % der Gesamtmeldungen (1997: 7 Fälle, 8 % der Gesamtmeldungen) (Abb. 9.2.1).

Ulcus molle und Lymphogranuloma venereum wurden 1997 und 1998 in Wien nicht gemeldet.

Abbildung 9.2.1: Gonorrhoe und Lues bei Männern in Wien, Gegenüberstellung 1997 vs. 1998



Quelle: Verwaltungsbericht 1998 der MA 15, Dezernat I, Referat 4

Die Anzahl der gemeldeten Geschlechtskrankheiten bei Männern in Wien ist gegenüber 1997 um 0,7 % angestiegen, während sie bei der Klientel des STD-Ambulatoriums abgenommen hat.

Letzteres setzte sich 1998 wie folgt zusammen: polizeilich gemeldete Prostituierte: 748 (80 %), Geheimprostituierte 253 (2 Männer), Bardamen: 51, andere Patienten: 231 Männer, 18 Frauen, insgesamt 1.471 Personen bei 22.486 Untersuchungen.

Die Inzidenz der Geschlechtskrankheiten (Gonorrhoe und Lues), bezogen auf Personen, wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 9.2.1: Geschlechtskrankheiten (STD-Ambulanz)

	1997	1998	erkrankt 1997	erkrankt 1998	% Personen	% Personen
insgesamt	1.452	1.471	72	61	5	4
Prostituierte	765	748	17	19	2	3
Geheimprostituierte	177	253	15	1	8	4
Männer	239	231	26	19	11	8

Quelle: Verwaltungsbericht 1998 der MA 15, Dezernat I, Referat 4

Die Inzidenz anderer, vorwiegend sexuell übertragbarer Krankheiten – bezogen auf Personen – wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 9.2.2: Sexuell übertragbare Krankheiten (STD-Ambulanz)*

	Personen 1997	Personen 1998	Gruppe 1/97	Gruppe 1/98	Gruppe 2/97	Gruppe 2/98
insgesamt	1.452	1.471	295 (20 %)	351 (24 %)	542 (37 %)	433 (29 %)
Prostituierte	765	748	148 (19 %)	232 (31 %)	469 (61 %)	347 (46 %)
Geheimprostituierte	177	253	54 (31 %)	47 (19 %)	12 (7 %)	26 (10 %)
Männer	239	231	30 (13 %)	19 (8 %)	11 (5 %)	16 (7 %)

160

* s. Tab. 9.2.4

Quelle: Verwaltungsbericht 1998 der MA 15, Dezernat I, Referat 4

9.2.1.2 Behandlung

Verfügbar waren die Zahlen der Behandlungen von Geschlechtskrankheiten, inklusive der Sicherheitsbehandlungen, am STD-Ambulatorium der MA 15; sie sollen hier exemplarisch dargestellt werden. 1997 wurden insgesamt 190 Personen wegen Gonorrhoe und Lues behandelt, davon 59 Männer; im Jahre 1998 169 Personen, davon 54 Männer (Tab. 9.2.3 und Tab. 9.2.4).

Tabelle 9.2.3: Behandlung der Geschlechtskrankheiten (STD-Ambulanz)

	1997	1998
Gonorrhoe gesamt	163	143
Gonorrhoe Männer	51	46
Lues gesamt	27	26
Lues Männer	8	8

Quelle: Verwaltungsbericht 1998 der MA 15, Dezernat I, Referat 4

Tabelle 9.2.4: Behandlungen anderer, vorwiegend sexuell übertragbarer Krankheiten (STD-Ambulanz)

	1997 gesamt	1998 gesamt	1997 Männer	1998 M
Gruppe 1*				
Chlamydien	112	83	18	1
Trichomonaden	56	51	0	
Anaerobier	82	199	1	
Condylomata ac.	20	6	3	
Herpes genitalis	13	9	3	
Ped.pub.	6	3	2	
Gruppe 2**				
genit. Soormykose	494	38	10	
unspez. Entzündung	47	45	1	
Scabies	6	6	3	
Mollusca cont.	1	2	0	
insgesamt	837	784	41	3

* eigentliche und vorwiegend sexuell übertragene Infektionen

** genitale Infektionen, die auch sexuell übertragen werden können, häufig aber nicht sexuell erworben sind

Quelle: Verwaltungsbericht 1998 der MA 15, Dezernat I, Referat 4

9.2.2 HIV und AIDS

ARMSTRONG et al. fanden heraus, daß die Mortalität infolge von Infektionskrankheiten von 1900 auf 36 pro 100.000 im Jahre 1980 gesunken war. Der steile Abfall der Mortalität zwischen 1938 und 1952, bedingt durch die Entwicklung und den Einsetzen von Sulfonamiden (1935), Antibiotika (1941) und Tuberkulostatika (1944). Die A... bildete das Jahr 1918 mit einer Influenza-Epidemie („Spanische Grippe“). Zwischen 1981 und ... die Sterblichkeit als Folge von Infektionskrankheiten wieder angestiegen, und zwar auf 63 T... 100.000. Dieser Anstieg ist vorwiegend durch AIDS bei 25- bis 64jährigen Patienten entst... geringerem Ausmaß durch die Zunahme der Influenza- und Pneumonieopfer bei den über 6... 1996 betrug die Infektionsmortalität 59 pro 100.000 Personen (MMWR, 1995).

Die Weltgesundheitsorganisation meldete im Dezember 1998 einen Anstieg der Zahl der I... tionen von 1997 auf 1998 um drei Millionen, auf 33 Millionen weltweit, wobei sich der über... de Anteil der Betroffenen in Ländern der dritten und vierten Welt findet. Besonders drama... die Schätzungen zur Situation bei Kindern. Etwa 590.000 Kinder unter 15 Jahren sind vert... rend der Schwangerschaft, Geburt oder der Stillperiode, mit HIV infiziert worden.

Wirksamen Schutz vor der erworbenen Immunschwächekrankheit AIDS bietet derzeit nur die Vermeidung der Infektion mit HIV. Insbesondere bei Gruppen mit erhöhtem Risikoverhalten und Risikogruppen, die erhöhtem Risiko ausgesetzt sind (medizinische Berufe, Exekutive, ...), werden verschiedenste Präventionsmaßnahmen gesetzt: Verteilung von Kondomen; Verteilung von Nadeln über Apotheken und Drogenbusse; Verwendung von Schutzbekleidungen und durchsichtigen Behältnissen in Krankenanstalten; Ausstattung der Exekutive mit Kettenhandschuhen; Blutprodukte werden durch Einführung neuester Diagnose- und Virusinaktivierungsverfahren gesichert. Die Postexpositionelle Prophylaxe (PEP), eine antiretrovirale Kombinationstherapie stellt nach Kontaminationsverdacht (Nadelstichverletzungen, Blut-Schleimhaut-Kontakt oder Geschlechtsverkehr mit HIV-positivem/AIDS-krankem Partner) eine weitere Möglichkeit dar, das Infektionsrisiko zu reduzieren (MMWR, 1995; BOCKHORN et al., 1999; SCHALK, 1999).

Präventionsmaßnahmen sind bei Sexualkontakten im heterosexuellen sowie homo-/bisexuellen Bereich neben sogenannten Safer-Sex-Praktiken auf die Verwendung des Kondoms und entsprechende Bewußtseinsbildung mit Verhaltensmodifikation (Partnerwahl, Partnerzahl etc.) ausgerichtet und beschränkt. HAUSSER et al. berichten 1991 (Swiss AIDS prevention strategy) über die Sinnhaftigkeit der Bewerbung des Kondomes bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen und zeigen, daß die regelmäßige Verwendung des Kondomes durch entsprechende Promotionsmaßnahmen in der Gruppe der 17- bis 30jährigen von < 10 % 1987 auf etwa 50 % 1990 gesteigert werden konnte (in der Subgruppe der 16- bis 19jährigen von 19 % auf 73 %), in der Gruppe der 31- bis 45jährigen immerhin noch von < 20 % auf > 35 %. FEINLEIB und MICHAEL finden im NATIONAL HEALTH AND SOCIAL LIFE SURVEY (n = 3.159) eine AIDS-bedingte Änderung des Sexualverhaltens bei 29 % von US-amerikanischen Erwachsenen. Diese Änderungen bestehen im wesentlichen aus Reduktion der Anzahl von Sexualpartnern (12 %), häufigerem Kondomgebrauch (9 %) und sorgfältigerer Partnerwahl (7 %) (FEINLEIB et al., 1998).

9.2.2.1 AIDS

Während nach dem österreichischen AIDS-Gesetz aus 1986 respektive 1993 Erkrankungen und Todesfälle gemeldet werden müssen, ist dies für die Infektion mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) nicht notwendig (BMAGS, 1999).

Die österreichische AIDS-Statistik wird am Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Sektion Gesundheitswesen, Abteilung VIII/D/2, zentral geführt. Erhoben werden Erkrankungs- und Todesfälle ab 1983 in 10 Tabellen, gegliedert nach Risikogruppen, Bundesländern, Männern, Frauen und Kindern entsprechend der europäischen Falldefinition für die Überwachung von AIDS. Der PERIODISCHE BERICHT DER ÖSTERREICHISCHEN AIDS-STATISTIK vom 4. Jänner 1999 kennt 1.881 Erkrankungsfälle mit 1.180 bereits Verstorbenen (BMAGS, 1999).

162

Von den 701 lebenden AIDS-Kranken gehören 239 Personen zur Gruppe der Homo-/Bisexuellen. Derzeit leben 320 Personen mit AIDS in Wien (45,7 % der Gesamtzahl) respektive 267 von 546 Männern (48,9 %) (Tab. 9.2.5).

Tabelle 9.2.5: AIDS: Erkrankungen (E) und Todesfälle (T)

	Erkrankungsfälle	Todesfälle	Männer (E)	Männer (T)
Wien	934	614	808	541
Österreich	1.881	1.180	1.527	981

Quelle: BMAGS, Österr. AIDS-Statistik, Periodischer Bericht, 4.1.1999

9.2.2.2 HIV-Infektionen

Mangels einer Meldepflicht der HIV-Infektion sind Aussagen zur Durchseuchung der Bevölkerung mehr oder weniger spekulativ. Die AIDS-Kommission des Obersten Sanitätsrates geht von der Größenordnung 12.000 +/- 4.000 Betroffene aus. Die Verteilung der HIV-Infektionen ist regional sehr unterschiedlich, eine Häufung findet sich in städtischen Ballungsräumen (Piribauer, 1998). Zwischen 1993 und 1998 ist in Österreich eine kumulative Abnahme der HIV-Infektionen um etwa 40 % zu sehen (HEINZ et al., 1998). Ob dies alleine auf die Präventionskampagnen und -maßnahmen oder etwa auf die „Ausschöpfung eines potentiellen Reservoirs“ oder andere Umstände zurückzuführen ist, bedarf einer eingehenden fachlichen Diskussion.

Exemplarisch für diese Entwicklung stehen hier die Angaben des Institutes für Virologie der Universität Wien (HEINZ et al., 1998) (Tab. 9.2.6, Tab. 9.2.7 und Abb. 9.2.2).

Tabelle 9.2.6: HIV-Infektionen und AIDS 1, Österreich

Jahr	AIDS-Meldungen	AIDS-Erkrankungen	HIV-Infektionen
1997	110	92	297
1998	114	88	313

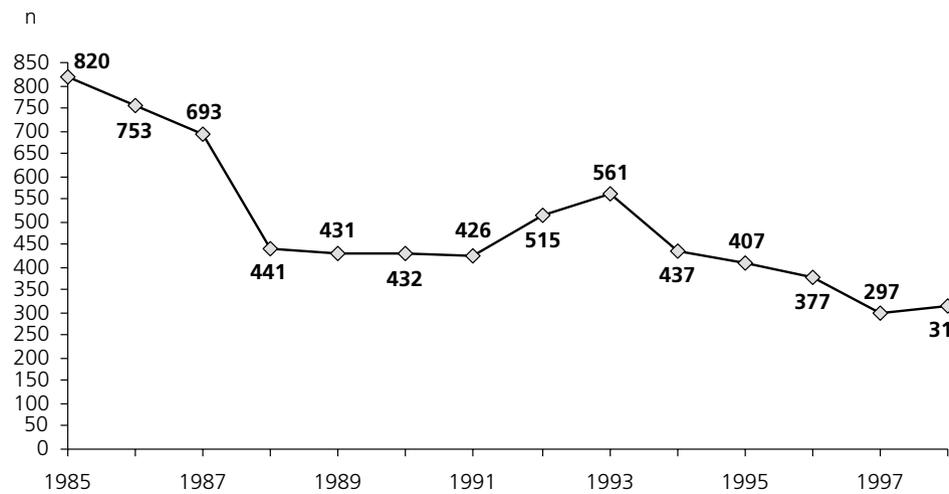
Quelle: Heinz et al., 1999

Tabelle 9.2.7: HIV-Infektionen und AIDS 2, 1998

	HIV-Infektionen	AIDS
Wien	4.243	934
Österreich	6.904	1.881

Quelle: Heinz et al., 1999

Abbildung 9.2.2: HIV-Infektionen 1985 bis 1998, Österreich



Quelle: Heinz et al., 1999

An der STD-Ambulanz der MA 15 wurden im Zeitraum 1985 bis 1998 177 HIV-Infektionen registriert (Tab. 9.2.8).

104 der 177 Betroffenen sind Männer, welche sich wie folgt zusammensetzen: Homosexuell: 29, unbekanntes Risiko: 16, Heterosexuelle: 10, Geheimplotzierte: 2, Prostituierte: 2.

Präventionsmaßnahmen sind bei Sexualkontakten im heterosexuellen sowie homo-/bisexuellen Bereich neben sogenannten Safer-Sex-Praktiken auf die Verwendung des Kondoms und entsprechende Bewußtseinsbildung mit Verhaltensmodifikation (Partnerwahl, Partnerzahl etc.) ausgerichtet und beschränkt. HAUSSER et al. berichten 1991 (Swiss AIDS prevention strategy) über die Sinnhaftigkeit der Bewerbung des Kondomes bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen und zeigen, daß die regelmäßige Verwendung des Kondomes durch entsprechende Promotionsmaßnahmen in der Gruppe der 17- bis 30jährigen von < 10 % 1987 auf etwa 50 % 1990 gesteigert werden konnte (in der Subgruppe der 16- bis 19jährigen von 19 % auf 73 %), in der Gruppe der 31- bis 45jährigen immerhin noch von < 20 % auf > 35 %. FEINLEIB und MICHAEL finden im NATIONAL HEALTH AND SOCIAL LIFE SURVEY (n = 3.159) eine AIDS-bedingte Änderung des Sexualverhaltens bei 29 % von US-amerikanischen Erwachsenen. Diese Änderungen bestehen im wesentlichen aus Reduktion der Anzahl von Sexualpartnern (12 %), häufigerem Kondomgebrauch (9 %) und sorgfältigerer Partnerwahl (7 %) (FEINLEIB et al., 1998).

9.2.2.1 AIDS

Während nach dem österreichischen AIDS-Gesetz aus 1986 respektive 1993 Erkrankungen und Todesfälle gemeldet werden müssen, ist dies für die Infektion mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) nicht notwendig (BMAGS, 1999).

Die österreichische AIDS-Statistik wird am Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Sektion Gesundheitswesen, Abteilung VIII/D/2, zentral geführt. Erhoben werden Erkrankungs- und Todesfälle ab 1983 in 10 Tabellen, gegliedert nach Risikogruppen, Bundesländern, Männern, Frauen und Kindern entsprechend der europäischen Falldefinition für die Überwachung von AIDS. Der PERIODISCHE BERICHT DER ÖSTERREICHISCHEN AIDS-STATISTIK vom 4. Jänner 1999 kennt 1.881 Erkrankungsfälle mit 1.180 bereits Verstorbenen (BMAGS, 1999).

162

Von den 701 lebenden AIDS-Kranken gehören 239 Personen zur Gruppe der Homo-/Bisexuellen. Derzeit leben 320 Personen mit AIDS in Wien (45,7 % der Gesamtzahl) respektive 267 von 546 Männern (48,9 %) (Tab. 9.2.5).

Tabelle 9.2.5: AIDS: Erkrankungen (E) und Todesfälle (T)

	Erkrankungsfälle	Todesfälle	Männer (E)	Männer (T)
Wien	934	614	808	541
Österreich	1.881	1.180	1.527	981

Quelle: BMAGS, Österr. AIDS-Statistik, Periodischer Bericht, 4.1.1999

9.2.2.2 HIV-Infektionen

Mangels einer Meldepflicht der HIV-Infektion sind Aussagen zur Durchseuchung der Bevölkerung mehr oder weniger spekulativ. Die AIDS-Kommission des Obersten Sanitätsrates geht von der Größenordnung 12.000 +/- 4.000 Betroffene aus. Die Verteilung der HIV-Infektionen ist regional sehr unterschiedlich, eine Häufung findet sich in städtischen Ballungsräumen (Piribauer, 1998). Zwischen 1993 und 1998 ist in Österreich eine kumulative Abnahme der HIV-Infektionen um etwa 40 % zu sehen (HEINZ et al., 1998). Ob dies alleine auf die Präventionskampagnen und -maßnahmen oder etwa auf die „Ausschöpfung eines potentiellen Reservoirs“ oder andere Umstände zurückzuführen ist, bedarf einer eingehenden fachlichen Diskussion.

Exemplarisch für diese Entwicklung stehen hier die Angaben des Institutes für Virologie der Universität Wien (HEINZ et al., 1998) (Tab. 9.2.6, Tab. 9.2.7 und Abb. 9.2.2).

Tabelle 9.2.8: HIV-Infektionen 1985 bis 1998, Wien

	1985–1990	1991–1995	1996	1997	1998
Männer	68	25	3	2	6
Frauen	35	25	2	7	4
gesamt	103	50	5	9	10

Quelle: MA 15, Verwaltungsbericht 1998

Während also in Österreich eine abfallende bzw. seit Jahren sehr niedrige HIV-Neuinfektionsrate beschrieben wird, stellt sich die Situation in Deutschland anders dar. Das RKI (Robert-Koch-Institut) berichtet vom niedrigsten Stand der AIDS-Todesfälle seit mehr als 10 Jahren, stellt aber auch fest: „Es gibt keinen Anhalt für einen Rückgang der HIV-Neuinfektionen. Immer noch infizieren sich in Deutschland jedes Jahr über 2.000 Personen neu mit dem HI-Virus. Die HIV-Epidemie in Deutschland wird weiterhin in erster Linie durch die Neuinfektionen in der Gruppe der homo- bzw. bisexuellen Männer, die etwa die Hälfte aller Neuinfektionen ausmachen, geprägt. Der Anteil der Fälle mit vermuteter heterosexueller Übertragung hat in den letzten Jahren zugenommen und liegt derzeit bei etwa 17 %. Der Anteil der Frauen unter den neudiagnostizierten HIV-Infektionen lag 1998 bei 22 %. Seit Beginn der Epidemie sind in Deutschland > 21.000 Menschen an AIDS erkrankt, > 16.000 an den Folgen von AIDS verstorben (ROBERT-KOCH-INSTITUT, 1999).

9.2.3 Virale Hepatitiden

164

Virusbedingte Hepatitiden sind Entzündungen des Lebergewebes mit nachfolgender Strukturänderung und Funktionseinschränkung, im wesentlichen durch die Hepatitis-Viren A, B und C verursacht. Es sind zwar noch weitere Hepatitisviren bekannt – Hepatitis D, E, G, diskutiert wird auch über Hepatitis F –, diesen wird aber derzeit keine große Bedeutung beigemessen. Verdacht, Erkrankung und Todesfall an infektiöser Hepatitis sind meldepflichtig (Epidemiegesetz, 1961). Gegen Hepatitis A und B gibt es eine Schutzimpfung, und seit kurzer Zeit ist auch ein Kombinationsimpfstoff gegen beide Viren (Hep. A und B) für Erwachsene und Kinder erhältlich.

Eine Studie in der US-amerikanischen Universitätsstadt Ann Arbor an homosexuellen Männern von 18 bis 37 Jahren untersuchte die Einstellung zur Hepatitis-B-Impfung und kam zu folgenden Ergebnissen: 67 % kannten die Möglichkeit der Impfung, 37 % der Probanden waren Hepatitis-B-getestet, jedoch nur 22 % waren grundimmunisiert. 58 % zeigten sich einer Impfung sehr aufgeschlossen, 30 % wurden über Safer-Sex-Praktiken informiert und 14 % über die Möglichkeit der Impfung. Die Autoren kamen zum Schluß, daß der Hepatitis-B-Impfung für homosexuelle Männer eine hohe Priorität eingeräumt werden sollte (NEIGHBORS et al., 1999).

Die WHO hat die Impfung gegen Hepatitis B in ihr weltweites Impfprogramm aufgenommen und sie allen nationalen Impfprogrammen empfohlen. Verschiedene europäische Länder, etwa Spanien, haben Hepatitis-Eradikationsprogramme eingeführt; auch in Österreich wurde die Hepatitis-B-Impfung bereits in die allgemeinen Impfpfehlungen des Obersten Sanitätsrates aufgenommen. Die Impfung gegen diese beiden Formen der Virushepatitiden ist allen angeraten, die ein Risiko haben könnten, infiziert zu werden. Die Hepatitis B gehört auch in Europa zu den gefährlichen Krankheiten, sie ist eine der Haupttodesursachen für junge, sexuell aktive Menschen in Südeuropa.

Die Hepatitis C ist erst seit wenigen Jahren diagnostizierbar. 1988 wurde das Virus erstmals beschrieben, ab 1991 standen Tests zur Verfügung. Die Hepatitis C dürfte nach heutigen Erkenntnissen den Großteil der sogenannten Non-A-Non-B-Hepatitiden ausgemacht haben (BAUMGARTEN, 1997; HARTL, 1998).

Genaue Zahlen zur Prävalenz in Österreich sind nicht vorhanden. Schätzungen bewegen sich zwischen 20.000 und 100.000 HCV-Ak-positiven Österreichern. In Wien wurden zwischen 20 (1991)

und 97 (1997) Erkrankungen an Hepatitis C pro Jahr gemeldet (BRUNS, 1997). Bei etwa 10% der Infizierten ist eine Infektion durch Blut/Blutprodukte, Dialyse oder invasive Untersuchungen zu belegen. Während die Hepatitis B als STD unbestritten ist, wird die Hepatitis C als solches nicht klassifiziert; sie ist zwar sexuell übertragbar, jedoch – durch eine Vielzahl von Studien belegt – nur in einem geringen Ausmaß (BAUMGARTEN, 1997; HARTL, 1998; MMWR, 1998; OPRAVIL et al., 1998).

Tabelle 9.2.9: Virale Hepatitiden bei Männern und Frauen in Wien, 1997 und 1998

Jahr	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C
1997	246	90	97
1998	104	61	36

Quelle: Gesundheitsbericht Wien 1997

9.2.4 Hospitalisierungen

Die Wiener Spitalsentlassungsstatistik aus dem Jahr 1996 wirft 165.061 Hospitalisierungen von Männern aus. Insgesamt ist die Gruppe der Hauptbetroffenen die der 50jährigen und älteren. Bezogen auf die sexuelle Gesundheit ist jedoch sehr klar ersichtlich, daß eine Häufung der Hospitalisierungen bei den sogenannten sexuell aktiven Altersgruppen auftritt.

Durch die verbesserten Therapiemöglichkeiten bei HIV/AIDS (Kombinationstherapien, Prophylaxe opportunistischer Infektionen u.ä.) wurde eine Verlagerung der AIDS-Patienten in den ambulanten Bereich mit ambulanter medizinischer Betreuung ermöglicht. Dies, unterstützt durch ein breites Angebot von spezifischen Betreuungs- und Versorgungsangeboten, führte neben einer höheren Lebenserwartung für die Betroffenen zu einer räumlichen und budgetären Entlastung der Krankenhäuser und HIV/AIDS-Stationen.

Eine Aufschlüsselung der Spitalsaufenthalte von Männern in Wien (nach ICD KRAZAF/WHO, 1989; Steller) für HIV/AIDS, Lues/andere Geschlechtskrankheiten und Virushepatitiden (ohne chronische Form) und nach dem Alter der Patienten zeigt die Spitalsentlassungsstatistik des Jahres 1996. Bei HIV/AIDS sieht man sehr deutlich die allgemein beschriebene Häufung im sogenannten sexuell aktiven Alter, also zwischen 20 und 50 Jahren; ebenso erklären sich die größeren Fallzahlen bei Syphilis in diesem Lebensabschnitt. Eine andere Verteilung zeigen die Hospitalisierungen wegen Hepatitiden, hier kommt es zu einem deutlichen Rückgang ab dem 40. Lebensjahr (Tab. 9.2.10).

Tabelle 9.2.10: Spitalsentlassungsstatistik 1996, Wien, Männer

	0–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	>= 90
042–044	19	191	883	458	197	19	6	0	0
090–097,099	2	9	7	8	6	2	4	1	0
070	40	38	42	29	16	10	5	0	0

Quelle: ÖSTAT, 1998

ICD 042: AIDS-Erkrankung/043: AIDS-Related Complex/044: Sonstige HIV-Infektionen
 ICD 090: Syphilis connata/091: Symptomat. S. im Frühstadium/092: Latente S. im Frühstadium
 Kardiovaskuläre S./094: Neurosyphilis/095: Sonstige Formen der Spätsyphilis mit Symptomen
 Latente Spätsyphilis/097: S., andere Formen;
 ICD 099: Andere Geschlechtskrankheiten;
 ICD 070: Virushepatitis, exkl. chronische Form

9.3 Infertilität, Verhütung, Klimakterium virile

Unfruchtbarkeit, Empfängnisverhütung und „der Wechsel beim Mann“, das Klimakterium virile, werden immer häufiger und in immer deutlicherem Ausmaß thematisiert und damit auch auf breiter Basis populärwissenschaftlich diskutiert. Speziell bei der Infertilität und der Kontrazeption war eine Analyse der Ursachen und der Verantwortlichkeit dabei eine logische Konsequenz. Politische Debatten zur Kostenübernahme bei IVF-Verfahren (In-vitro-Fertilisation) sind ein weiterer Anhaltspunkt für die gesellschaftliche Bedeutung und zeigen auf, daß Infertilität den Status einer Krankheit erhalten könnte und Fortpflanzung nicht mehr nur „per vias naturalis“ stattfinden soll und wird.

Verschiedene Untersuchungen zeigen, daß 10 bis 15 % aller Paare unfruchtbar sind. Bei etwa der Hälfte liegt die Ursache hierfür entweder gänzlich oder zumindest teilweise beim Mann (Aesoph, 1995). Die Spitalsentlassungsstatistik aus 1996 zeigt sehr deutlich, daß die betroffenen Männer sich überwiegend zwischen der vierten und fünften Lebensdekade befinden, wenn sie zur Behandlung der Unfruchtbarkeit in Spitälern aufgenommen werden. Insgesamt waren 1996 in Wien 65 Männer zur Behandlung ihrer Unfruchtbarkeit hospitalisiert. Tabelle 9.3.1 zeigt sehr deutlich, daß der Therapiewunsch bei Männern zwischen 40 und 50 Jahren am ausgeprägtesten ist. Von jahrelangen „Therapie“-Versuchen und einem sehr hohen Leidensdruck des Patienten in den Jahren vor medizinischer/fachärztlicher Intervention wissen wir aus Fallberichten und anekdotischen Erzählungen der Fachgesellschaften.

Tabelle 9.3.1: Spitalsentlassungsstatistik 1996, Wien, Hospitalisierungen wegen männlicher Infertilität

	0–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	>= 90	Gesamt
606	0	0	13	39	12	1	0	0	0	65

166

Quelle: ÖSTAT, 1998

Für die männliche Infertilität kann eine Vielzahl von Defekten verantwortlich gemacht werden: physische, psychische oder kombinierte Störungen, angeboren, erworben, krankheits-, unfall- oder lebensweisebedingte Ursachen. Neueste Hinweise betreffen die Verwendung von Plastikwindeln, wodurch es zu einer unphysiologischen Erwärmung der Hoden und damit zu einer Erhöhung des Infertilitäts- und Karzinomrisikos kommen kann (FRIGO, 1998). Ebenso vielfältig wie die Gründe für die Unfruchtbarkeit sind die Möglichkeiten der Intervention; von der Komplementärmedizin über Hormonsubstitution bis hin zur Gentechnik.

Auch die Schwangerschaftsverhütung ist im Wandel begriffen. Die Verantwortung für die Fortpflanzung wird, bedingt durch die Umstrukturierungen in der Informations- und Kommunikationsgesellschaft und ihre Auswirkung auf die Lebensweise und -art der Menschen, immer mehr partnerschaftlich. Zwar dominiert die Verwendung „der Pille“ als Kontrazeptivum durch die Frau, es ist der Mann aber mehr und mehr gefordert. Vom Kondom bis zur Durchtrennung der Samenstränge reichen die – nur mäßig angewandten – Möglichkeiten. Beispiel: Erst AIDS und die damit verbundenen Safer-Sex- und STD-Präventions-Kampagnen haben zu einer Steigerung der Kondomverwendung geführt. Die Entwicklung oraler Kontrazeptiva für den Mann war bis heute nur mäßig von Erfolg gekrönt.

Durch Gentechnik und neue Darreichungsformen könnten aber auch auf diesem Gebiet Veränderungen Platz greifen. Die angeführten Studien stehen als Beispiel für die prompte Reaktion der Arzneimittelindustrie. Insbesondere bei Verhütungsmaßnahmen bietet die Gentechnik Möglichkeiten; so berichten WATSON und ZINN in „Proceedings of The National Academy of Sciences“ von der Möglichkeit einer Genmutation, die im Tierversuch zu einem sehr frühzeitigen Absterben der Spermien führt, ohne die normale Entwicklung des Versuchstieres (Maus) zu beeinträchtigen.

In einer neunmonatigen Studie an 60 19- bis 50jährigen Männern in Großbritannien wird teilung des British Medical Research Council eine Kombination aus einem subkutanen Testosteron-Implantat und einer täglichen Prolaktin-Einnahme getestet, um eine Unterdrückung der Spermienproduktion von bis zu 99 % zu erreichen. Bisherige Kontrazeptiva für Männer führten zu Spermienreduktionen um 70 bis 80 %.

Hormonsubstitution bei der Frau ist in der Medizin kein Thema mehr. Menopause, Osteoporose sind weitgehend erforscht. Der Arzt für die Frau hat aber noch kein männliches Pendant, außer vom Urologen. Andrologen und andrologische Gesellschaften müssen sich ihre Positionen erkämpfen. Dem Klimakterium virile und der Frage: „Kann alternden Männern mit Hormontherapie geholfen werden?“ widmete sich der First World Congress on the Aging Male. Nach dem 40. Lebensjahr kommt es beim Mann zu einer Verminderung des Testosteronspiegels, allerdings mit erheblichen Schwankungsbreiten. Die Vitalität nimmt ab, Muskelkraft und Knochendichte sinken. Eine „Andropause“ (in Anlehnung an die Menopause) gibt es hingegen nicht (DAZ, 1998; SCHEIDT, 1998; FROH, 1998). Eine Hormonersatztherapie soll dabei jedoch nicht ausschließlich auf Androgene beschränkt sein, die Bedeutung von Östrogenen für Männer zeichnet sich immer mehr ab. Ergebnisse weisen auf eine Verzögerung des Alterungsprozesses mittels Hormonlangzeittherapie wirksam zu sein, mit dem Hintergrund, daß im Jahre 2005 20 % der Männer in der Europäischen Union als 60 Jahre sein werden (THE AGING MALE, 1998).

9.4 Betreuung, Beratung, Informationen

- AIDS-Dienst der Malteser, Souveräner Malteser Ritterorden, Johannesgasse 2, 1010 Wien, 01/512 72 44
- AIDS-Hilfe Wien, AIDS-Hilfe-Haus, Mariahilfer Gürtel 4, 1060 Wien, 01/599 37
- AIDS-Seelsorger Pater Clemens Kriz, Breitenfeldergasse 8, 1080 Wien
- AKH, Univ.Klinik für Dermatologie, Station und Ambulanz Süd B, Lazarettgasse 14, 1030 Wien, 01/403 69 33
- Buddy Verein Wien, Lindengasse 45/4, 1070 Wien, 01/524 65 64
- Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Radetzkystr. 2, 1030 Wien, 01/711 31 31
- Caritas Hospiz-Team, Albrechtskreithgasse 21, 1160 Wien, 01/489 07 31
- DV Wiener Pflege- und Sozialdienste, Porzellangasse 22, 1090 Wien, 01/317 18 66
- Ganymed, Schönbrunnerstr. 48, 1050 Wien, 01/5482880
- Gesundheitsamt der Stadt Wien (MA 15), STD-Ambulatorium, Neutorgasse 20, 1013 Wien, 01/536 34
- Homosexuellen-Initiative Wien, Novaragasse 40, 1020 Wien, 01/2166604
- Männerberatung, Erlachgasse 95, 1100 Wien
- Menschen und AIDS – Club Plus, Sporckenbühlgasse 3, 1090 Wien, 01/31 55 555
- Österr. Hämophilie-Gesellschaft, p.A. AIDS-Hilfe-Haus, Mariahilfer Gürtel 4, 1060 Wien, 0676/530 3000
- Positiv Leben, Postfach 80, 1061 Wien, 01/799 41 64
- Pulmologisches Zentrum, Pav. Wienerwald, Sanatoriumstr. 2, 1140 Wien, 01/91060-23
- Rosa Lila Tip, Linke Wienzeile 102/3, 1060 Wien, 01/585 43 43
- Verein AIDS Life, Johannesgasse 28, 1037 Wien, 01/718 77 00
- Verein Wiener Sozialprojekte, Schönbrunnerstr. 7/B, 1040 Wien, 01/586 62 9

X.
SEELISCHE GESUNDHEIT

MENTAL HEALTH

10.1 STRESS	171
10.1.1 EPIDEMIOLOGIE	171
10.1.2 SEELISCHE BELASTUNG DURCH DEN BERUF	172
10.2 DEPRESSION, PSYCHISCHE KRANKHEITEN	176
10.2.1 DEPRESSION	176
10.2.1.1 Epidemiologie	176
10.2.1.2 Gesundheitspolitische Aspekte	180
10.2.1.3 Prävention	180
10.2.1.4 Ökonomische Aspekte	181
10.2.2 PSYCHISCHE KRANKHEITEN	181