

## Chlamydieninfektionen bei Mädchen und jungen Frauen – Aktuelle Daten, Ursachen und gesellschaftlicher Handlungsauftrag

Gisela Gille

Chlamydia trachomatis ist in Europa und den USA das häufigste sexuell übertragene Bakterium mit einer wachsenden Zahl Infizierter und gilt als Hauptverursacher infektionsbedingter Sterilität. Daten aus einer Sentinel-Erhebung des RKI zwischen 2013 und 2015 [1] sowie die aktuellen Zahlen des Landesuntersuchungsamtes Sachsen aus 2017 [2] bestätigen, dass insbesondere Mädchen und junge Frauen zwischen 15 und 25 Jahren von dieser verbreiteten sexuell übertragbaren Infektion (STI) betroffen sind.

### Chlamydien – eine schwerwiegende Beeinträchtigung der sexuellen Gesundheit junger Frauen

Chlamydien sind obligat intrazellulär lebende Bakterien mit jahrelanger, häufig asymptomatischer Persistenz. Ca. 90 % der Infizierten ahnen nichts von der Infektion.

Bei Mädchen und jungen Frauen beginnt eine Chlamydien-Infektion zu meist mit einer Zervizitis, die lange weitgehend asymptomatisch bleiben kann oder sich seltener durch gelblichen klebrigen Ausfluss verrät. Bei mindestens der Hälfte der Infizierten kommt es zu einer Endometritis, die sich durch leichte Zwischenblutungen oder durch diskrete Unterbauchbeschwerden äußern kann

– aber durchaus nicht muss. Im weiteren Verlauf breitet sich die Entzündung bei anhaltender Symptomarmut auf die Eileiter aus, wo sie zu einer Verklebung und Zerstörung des Epithels führen kann.

Bis die Chlamydien-Infektion klinisch relevant wird, vergehen in der Regel jedoch viele Jahre. Meistens wird sie erst dann bemerkt, wenn der Kinderwunsch in den Vordergrund tritt: Jede 4. bis 5. Frau mit einer genitalen Chlamydien-Infektion ist von einer nachfolgenden Sterilität betroffen [3]. 7 % aller jungen Paare in Deutschland sind unfreiwillig steril, was seine Ursache zu 30–50 % in einer viele Jahre zurückliegenden Chlamydien-Infektion hat. Bereits heute können etwa 100.000 Frau-

en in Deutschland aufgrund einer abgelaufenen Chlamydien-Infektion auf natürlichem Wege keine Kinder mehr bekommen [4]. Diese Schätzung wird durch Studien aus anderen Ländern gestützt [5].

### Chlamydien – überdurchschnittlich verbreitet: Konsequenzen aus einem gesundheitspolitischen „Weiter so...“

2012 schätzte die WHO, dass weltweit jährlich 131 Mio. Infektionen mit Chlamydien auftreten. Damit ist die Chlamydien-Infektion die weltweit häufigste sexuell übertragbare Infektion. Auch in Deutschland gilt sie als häufigste bakterielle STI.

Seit 1995 werden gesetzlich versicherte schwangere Frauen in

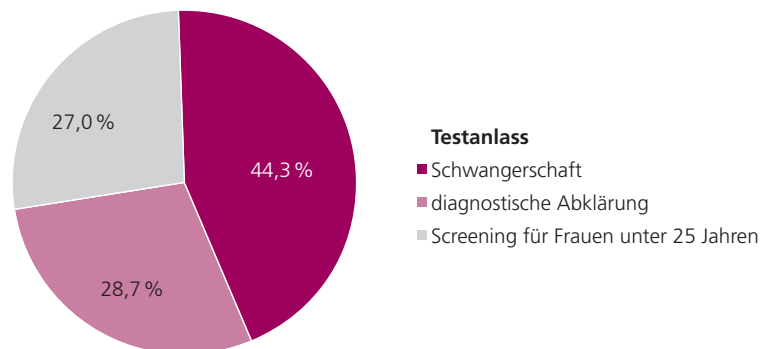


Abb. 1: Anteil positiver CT-Testergebnisse bei Frauen nach Testanlass (1)

Deutschland auf Chlamydien getestet. Seit 2008 können zudem gesetzlich versicherte Frauen unter 25 Jahren auf Kosten der Krankenkassen sowie Frauen, die abtreiben wollen, jährlich auf Chlamydien getestet werden [6]. Die Krankenkassen erstatten Männern und Frauen Chlamydien-Tests, wenn entsprechende Symptome vorliegen oder eine Infektion des Sexpartners besteht.

Daten aus einer Sentinel-Erhebung des RKI in den Jahren 2013–2015 bestätigen die überdurchschnittliche Verbreitung von Chlamydien [1]. Allerdings unterliegen seit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Jahr 2001 nur noch HIV und Syphilis einer Meldepflicht (mit Ausnahme von Sachsen). Aufgrund der Meldepflicht für Chlamydien liegen dem Landesuntersuchungsamt Sachsen bereits die aktuellen epidemiologischen Zahlen für 2017 vor [2].

### Sentinel-Untersuchung des Robert Koch-Instituts Berlin (2013–2015) [1]

Um eine ungefähre Einschätzung der epidemiologischen Situation der Chlamydien-Infektion in Deutschland vornehmen zu können, wurden dem Robert-Koch-Institut (RKI) im Rahmen eines Chlamydien-Laborsentinel die Daten zur Anzahl der

durchgeführten Chlamydien-Tests nach Alter, Geschlecht und Testgrund gemeldet. Von Januar 2013 bis Dezember 2015 übermittelten 24 Labors auf freiwilliger Basis Daten zu insgesamt 2.179.504 Chlamydien-Tests bei Frauen (92,5 % aller gemeldeten Chlamydien-Tests) sowie zu insgesamt 175.832 Chlamydien-Tests bei Männern (7,5 %) an das RKI. Bei Frauen wurde in 44,3 % der Fälle eine Schwangerschaft, in 28,7 % eine diagnostische Abklärung und in 27,0 % ein Screening für Frauen unter 25 Jahren als Testgrund angegeben (► Abb. 1, S. 31). In der Annahme, dass in Deutschland jede nicht schwangere Frau im Alter von 15–24 Jahren und jede schwangere Frau eine Screeninguntersuchung erhalten sollte, wurde die Abdeckung des Screenings für Frauen unter 25 Jahren im Verhältnis zur Bevölkerungsanzahl der 15- bis 24-jährigen Frauen und Geburten, zusammen mit Schwangerschaftsabbrüchen, hochgerechnet. So wurden 2015 durch das Screening für Frauen unter 25 Jahren 11,3 % der Zielgruppe erreicht.

Insgesamt waren 3,8 % der Chlamydien-Tests bei Frauen und 11,8 % bei Männern positiv. Der Anteil schwankte zwischen 3,1 % bei Frauen (Baden-Württemberg) bzw. 7,1 % bei Männern (Sachsen) und 5,3 % bzw.

17,8 % (Mecklenburg-Vorpommern). Er variierte je nach Testgrund und Alter. Der höchste Anteil positiver Tests wurde bei 15- bis 24-jährigen Frauen beobachtet. Der Anteil positiver Chlamydien-Tests beim Screening für Frauen < 25 Jahren betrug 5,0 % bei 15- bis 19-Jährigen sowie 20- bis 24-Jährigen. Bei den Durchführungen im Rahmen einer Schwangerschaft wurde ein Anteil von 9,7 % (15- bis 19-Jährige) bzw. 5,3 % (20- bis 24-Jährige) beobachtet. Er sank bei 25- bis 29-jährigen Schwangeren auf 1,9 % und < 1 bei schwangeren Frauen ab 30 Jahren. Der Anteil der positiven Chlamydien-Tests bei diagnostischer Abklärung war bei 15- bis 19-jährigen Frauen mit 9,4 % und bei 20- bis 24-jährigen Frauen mit 7,7 % am höchsten.

Bei Männern war mit 20,5 % der höchste Anteil positiver Chlamydien-Tests bei 20- bis 24-Jährigen zu beobachten, gefolgt von der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen (19,3 %) und der 25- bis 29-Jährigen (5,5 %).

### Daten des LUA Sachsen 2017 [2]

Aufgrund der Meldepflicht für Chlamydien liegen dem Landesuntersuchungsamt Sachsen bereits die aktuellen epidemiologischen Zahlen für 2017 vor [2].

Im Freistaat Sachsen wurde die im IfSG niedergelegte Meldepflicht für Syphilis und HIV im Jahr 2004 um weitere sexuell übertragbare Erreger, u. a. auch um die für Chlamydia trachomatis erweitert und in die Landesverordnung aufgenommen. Den Labormeldungen ist zusätzlich u. a. auch Alter und Geschlecht des Patienten zu entnehmen.

Seit Einführung der Meldepflicht 2004 bis zum Jahr 2017 stieg die Zahl der gemeldeten CT-Infektionen um 223 % und auch die Inzidenz um den gleichen Faktor an (► Abb. 2). Außerdem ließ sich nachweisen, dass die Infektion mit CT eine Infektion der Mädchen und jungen Frauen ist (► Abb. 3).



Abb. 2: Der Anstieg der CT-Infektionen in Sachsen von 2004 – 2017 (Prävalenz / Inzidenz)

## Ursachen der anhaltend hohen Verbreitung von Chlamydien

### Chlamydien? Nie gehört...

Dass das Wissen zu STI bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen unzureichend ist, bestätigen die großen Jugendbefragungen der BZgA. Im Rahmen der Repräsentativerhebung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein 2014“ hat HIV/AIDS einen hohen Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung. 68 % der Menschen ab 16 Jahren werden durch Aufklärungsmedien verschiedenster Art erreicht und 81 % der befragten 16- bis 20-Jährigen geben an, das Thema HIV/AIDS in der Schule behandelt zu haben. Gleichzeitig ergab die Studie aber ein erhebliches Defizit hinsichtlich des Bekanntheitsgrades der 7 weiteren, in Deutschland relevanten STI. Auf die Frage: „Einmal abgesehen von HIV/AIDS, welche weiteren sexuell übertragbaren Infektionen kennen Sie?“, nannten nur 7,3 % der über 16-Jährigen die Chlamydien. 61 % der Jugendlichen zwischen 16 und 20 Jahren wünschten sich aber weitergehende Informationen zu STI [7].

Chlamydien führen ein Schattendasein im gesellschaftlichen und schulischen Aufklärungskontext. Denn das Thema HIV/AIDS bietet weit mehr Spektakuläres als jede andere STI: Aids war in den 90er Jahren tödlich, mit der Eröffnung eines positiven Testergebnisses wurden alle Zeiger auf „0“ gestellt und die gesamte Existenz in ein „Vorher“ und „Nachher“ eingeteilt. AIDS wurde zu einer Metapher für menschliches Verhalten schlechthin, z. B. für Verdrängung, Tabuisierung, Ignoranz, Kommunikationsprobleme, Freiheitsberaubung, Fremdbestimmung, Grenzsetzung, sexuelle Liberalisierung und sexuelle Restauration, moralische Panik und Wünsche nach Selbst- und Fremdbestrafung. Und wie immer, wenn Unerwünschtes bis hin zur Katastrophe auftritt, wird die Schuldfrage gestellt. Selten wurde diese aber so heftig aufgeworfen wie bei AIDS und rückte

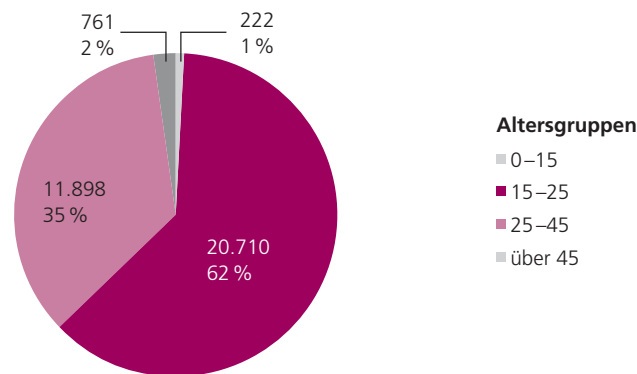


Abb. 3: Altersverteilung der CT-positiv getesteten Frauen in Sachsen 2007 bis 2017

Menschen mit deviantem (und damit interessantem) Sexualverhalten in den Fokus.

Das alles können Chlamydien nicht für sich beanspruchen. Man akquiriert sie quasi wie einen Schnupfen und sie führen schlimmstenfalls zur Unfruchtbarkeit bei Frauen.

Das kann und darf aber nicht der Anlass sein, das Thema STI mit Jugendlichen am Thema AIDS abzuarbeiten. Zudem ist HIV in der Gruppe Jugendlicher nahezu gar nicht mehr existent, seit Schwangeren der HIV-Test angeboten wird und die ehemals jugendlichen HIV-Infizierten aufgrund der guten Therapierbarkeit eine alternde Kohorte darstellen.

### Kondome als Prävention von STI wurden schöngeredet

Beim 1. Mal benutzen viele junge Männer ein Kondom. Viele von ihnen verzichten aber auch wieder darauf, sobald das Mädchen die Pille nimmt. Demnach gibt es beim Kondomgebrauch eine Kluft zwischen den Versprechen der Werbung oder der Präventionskampagnen und der gelebten Erfahrung mit dem Kondom als einem erheblichen Störfaktor in der Sexualität.

Die Motive für die weit verbreiteten Widerstände gegen das Kondom sind vielfältig, die Hintergründe sind einleuchtend [8] und längst nicht alle Mädchen haben die Kraft, gegen

den Widerstand eines jungen Mannes auf das Kondom zu bestehen.

### Kondomgebrauch – mehr als ein notwendiges Übel?

Die Unstrukturiertheit und gleichzeitige Komplexität der intimen Situation verlangt von Verliebten eine durch indirekte Kommunikation geprägte, sensible Herangehensweise, um die nötige Intimität herzustellen. Das Gespräch über Safer Sex symbolisiert aber ein zielgerichtetes Vorgehen und legt die sexuellen Intentionen offen dar.

Es gibt nicht wenige junge Männer, die mit 15 oder 16 Jahren nur über eine fragile erektile Potenz verfügen. Das bedeutet, dass die Erektion sich, kaum dass sie das Kondom übergestreift haben, wieder verflüchtigt. Ein problemloser Kondomgebrauch setzt ein stabiles männliches sexuelles Selbstbewusstsein voraus, worauf soll das aber in den ersten Jahren der sexuellen Vita eines jungen Mannes gründen?

Aber auch aggressive Fantasien, die mit dem Eindringen des Penis assoziiert sind und von erfahrenen jungen Männern als lustvoll erlebt werden, werden durch das Kondom abgeschattet, da der Sex damit ist weniger lustvoll ist.

Die Sexualität im Internet, die unter männlichen Jugendlichen verbreitet konsumiert wird, demonstriert kon-

domlose und leibnahe Sexpraktiken. Der verschwenderische Umgang mit Körperflüssigkeiten ist eher die Regel als die Ausnahme; die Kondombotschaften scheinen hier nicht zu gelten.

Es ist offenbar nicht gelungen, das Kondom per se zu sexualisieren. Für viele junge Männer ist es ein notwendiges und u.U. auch als störend empfundenen Medium zur Vermeidung einer ungewollten Schwangerschaft oder der Ansteckung mit einer STI, aber kein sexuelles Medium an sich.

#### Jugendlichkeit ist per se ein Risiko für STI

Der Genitaltrakt insbesondere bei jungen Mädchen ist in hohem Maße anfällig für eine Chlamydien-Infektion. Der Grund dafür ist, dass die ausgeprägte Portioektomie in den ersten fertilen Jahren Chlamydien, die das Zylinderepithel bevorzugen, hervorragende Bedingungen bietet, weil der Zervikalkanal für Mikroorganismen leicht passierbar ist und die Reifung der lokalen Immunabwehr zunächst noch unvollständig und bei rauchenden Mädchen ohnehin vermindert ist [9] (► Abb. 4).

#### Jugendsexualität

Jugendliche kommen heute früh in die Pubertät und nehmen früh sexuelle Beziehungen auf. Allerdings ist im

10-Jahresvergleich ein anhaltender Rückgang des Alters von Mädchen beim „1. Mal“ belegt (► Abb. 5).

#### Riskantes, d.h. ungenügend geschütztes Sexualverhalten

Sexuelle Treue innerhalb einer Beziehung ist für einen hohen Prozentsatz der Jugendlichen (Mädchen: 80 % und Jungen: 67 %) wichtig und viele Jugendliche verhüten aktuell prinzipiell so verantwortlich wie nie zuvor. Nach wie vor gibt es jedoch eine Gruppe Jugendlicher, die beim 1. Mal oder auch generell nicht verhüten. Dafür gibt es mehrere Erklärungen:

**Soziale Herkunft/Bildung:** Haupteinflussgröße für den ungeschützten Sexualverkehr ist der Bildungsfaktor. Somit sind es eher die Mädchen mit geringem Bildungsniveau, die früher und spontan Sex haben und weniger konsequent verhüten [11].

**Geringe Vertrautheit mit dem Partner:** Ein weiterer Hauptrisikofaktor besteht darin, den Geschlechtsverkehr mit einer allenfalls flüchtigen Bekanntschaft zu erleben [12].

**Nichtlegalitäre Beziehungskonstellationen:** Besonders prekär ist das Verhütungsverhalten, wenn die Initiative zum GV vom Mann ausgeht oder der Koitus gar gegen den Willen der Frau erfolgt [11], d. h. wenn die se-

xuelle Souveränität der Frau eingeschränkt ist. Das trifft häufig auf Beziehungen zu, wo der Mann deutlich älter ist oder aus einem Kulturkreis mit traditionellen Geschlechterrollen kommt.

**Alter:** Wer seine ersten Sexualkontakte sehr jung hatte (mit 14 Jahren und jünger), der hat auch häufiger nicht verantwortlich verhütet.

Mangelnde Aufklärung der Zielgruppe 15- bis 25-Jährige Frauen zu STI: Aufklärende oder präventive Gespräche mit Jugendlichen zu sexuell übertragbaren Infektionen bewegen sich generell in einem Spannungsfeld zwischen der absoluten Notwendigkeit einer zielführenden Aufklärung einerseits und dem Wunsch, die Jugendlichen in ihren kreativen, mutigen und lebenslustigen Zugängen zur Sexualität nicht unnötig einschränken zu wollen. Man möchte nicht in den Verdacht geraten, einer restriktiven Sexualmoral mit Gesprächen über die dunklen Seiten von Sexualität Vorschub zu leisten. Damit sexuelle Gesundheit aber nicht schon auf der Wissensebene scheitert, müssen die Anstrengungen zur Prävention derjenigen STI, mit der in Kontakt zu kommen kein besonders riskantes Sexualverhalten voraussetzt, intensiviert werden.

Hier eignet sich das Thema Chlamydien hervorragend für präventive Gespräche, da der Kinderwunsch für Mädchen als eine vital erlebte Dimension von Weiblichkeit eine wichtige und ganz konkrete Option für den Lebensentwurf bedeutet. Der Verlust dieser Dimension wird von Mädchen engagierter reflektiert als eine mögliche HIV-Infektion.

In der Praxis wäre die Verschreibung der Pille ein geeigneter Anlass, das Pillenrezept zusammen mit einem Kondom und einigen erklärenden Sätzen zu dessen Notwendigkeit zu übergeben. Im Gespräch sollte aber



Abb. 4: Zervixektomie (mit freundlicher Genehmigung M.C.Koch/UFK Erlangen)

auch die Abwehr dieser Schutzmöglichkeit zugelassen werden. Mädchen sind vor dem Hintergrund einer drohenden Sterilität im höchsten Maße zum Kondomgebrauch zu motivieren. Das Negieren von Schwierigkeiten verhindert jedoch eine adäquate Annäherung an den Umgang damit.

### Das Chlamydien-Screening in der gynäkologischen Praxis – gesundheitspolitisch unterdurchschnittlich ernst genommen

Wenn 2015 laut Robert Koch-Institut nur 11,3 % der Zielgruppe mit dem Chlamydien-Screening erreicht werden konnten [1], ist das beschämend und wirft die Frage nach den Ursachen auf: Zum einen gibt es das Nachfrageproblem: Wenn in der Zielgruppe des Screenings weder ausreichend Wissen noch ein Problembewusstsein für Chlamydien vorhanden sind, ist es unwahrscheinlich, dass diese Mädchen und jungen Frauen aktiv nach dem Testangebot fragen bzw. das Angebot annehmen. Die mangelnde Abdeckung könnte aber ebenfalls durch ein mangelndes Angebot entstanden sein. Es ist unbekannt, ob bzw. wie oft Ärzte und Ärztinnen den Frauen aus der Zielgruppe aufgrund der defizitären finanziellen Ausstattung des Screeningangebots eine Screening-Untersuchung angeboten haben (Angebotsproblem).

### Chlamydien-Screening: Weiterwursteln als gesundheitspolitisches Konzept?

Der Nutzen eines Screenings junger Frauen, hinsichtlich der Vermeidung relevanter Folgeerkrankungen, wurde auf der Basis internationaler HTA-Berichte als belegt angesehen [13].

Im September 2007 beschloss deshalb der Gemeinsame Bundesausschuss zusätzlich zu den schon länger etablierten kurativen Testen und dem Testangebot für schwangere Frauen ein jährliches Chlamydien-Screening-Programm für junge Frauen

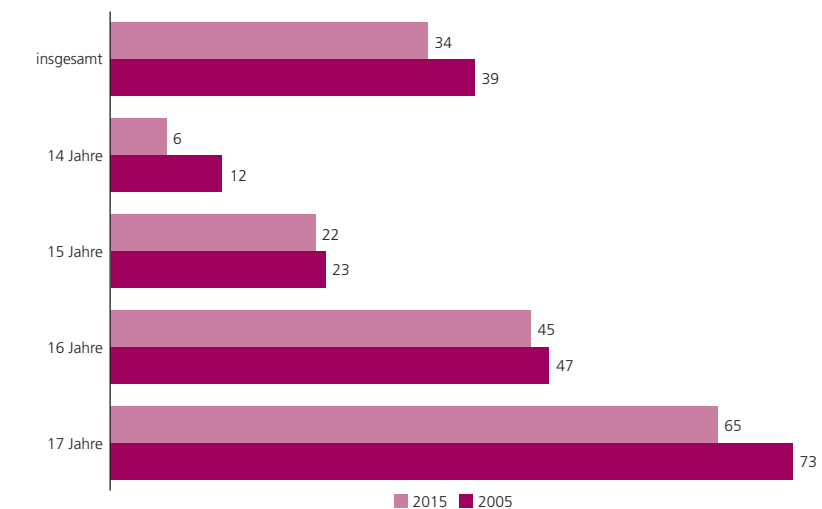


Abb.5 Koituserfahrung Mädchen im Zehnjahresvergleich [10]

bis zum abgeschlossenen 25. Lebensjahr. Als verwendetes Testmaterial seien, laut B-GA, sowohl Urin als auch Endozervikalabstriche für das Screening von Frauen geeignet. Mit dem Argument der weniger aufwändigen Vorgehensweise für die Patientin entschied man sich für Urin [13].

Die anhaltend hohe Zahl der dokumentierten Chlamydien-Infektionen und die geringe Durchführung des Chlamydien-Screenings in der Zielgruppe gestatten jedoch den Schluss, dass die Ursache des Angebotsproblems neben den Defiziten in der Nachfrage auch die Defizite in der Ausstattung dieses Präventionsangebotes sind. Im Folgenden werden deren Wichtigste genannt:

**Zielpopulation:** Das Screeningangebot für Frauen bis zum 25. Lebensjahr ist angesichts der zunehmenden Zahl von Schwangerschaften jenseits des 30. Lebensjahrs willkürlich gestaltet.

**Pooling von 5 Urinproben bei der Testung im Labor:** Dieses Vorgehen rechnet sich nicht für die Labore mit höherer Prävalenz an positiven CT-Proben, sodass viele Pools wieder aufgelöst und einzeln nachgetestet werden müssen. Dies übersteigt die

vereinbarte Vergütung und wird in Laboren mit hohen Probenzahlen auch deshalb kaum durchgeführt, weil kommerzielle Hochdurchsatzsysteme nur die automatisierte Abarbeitung einzelner Proben ermöglichen.

Vergütung der umfangreichen Beratungsleistung in der frauenärztlichen Praxis: Der Test selber wurde insofern zwar praktikabler, als es sich nicht mehr um Morgenurin handelt, zu dessen Gewinnung man einen Becher mit nach Hause geben musste, der dann evtl. nicht wieder abgegeben wurde. Es geht stattdessen lediglich um Erststrahlurin, d.h. um das Wasserlassen mit mindestens einer Stunde Abstand zur vorherigen Miktion. Eine Beratung sowohl im Vorfeld eines Chlamydia trachomatis-Screenings als auch bei positivem oder negativem Testergebnis ist jedoch zeitlich aufwändig. Schließlich betrifft sie zentrale Aspekte der weiblichen Identität wie Partnerschaft, Fruchtbarkeit und die Lebensperspektive insgesamt. „Bei Bedenken oder Sorgen können Sie mit Ihrem behandelnden Arzt oder Ihrer behandelnden Ärztin sprechen“ [14]: Für ein solches, oftmals sehr zeitaufwändiges Beratungsgespräch gibt es im EBM aber nach wie

vor keine Gebührensiffer, die anfallende Beratung kann nur über die allgemeinen Beratungsziffern abgerechnet werden und basiert damit auf dem Idealismus des durchführenden Arztes. Es ist jedoch legitim, wenn gewisse finanzielle Anreize dazu führen können, dass bestimmte Leistungen öfter angeboten werden. Dies lässt sich am Beispiel des Papanicolaou-Abstrichs, der Mammografie und der Koloskopie ablesen. Es ist keinem Frauenarzt zu verdenken, wenn das Screening nicht zuletzt auch aufgrund fehlender Unkostenerstattung an den Veranlasser der Leistung nur unzureichend umgesetzt wird.

Ein bedingungsloses „Weiter so...“ als modus operandi darf es im Umgang mit Chlamydien aber nicht geben!

1. Verstärkte Aufklärung zu den wichtigsten STI, insbesondere zu Chlamydien von Seiten der Gesundheitspolitik und der Medien, wobei eine Stigmatisierung durch eine STI bei der Thematisierung bewusst vermieden werden sollte.
2. Das Thema Chlamydien bietet an, Sexualität mit Fruchtbarkeit, Schwangerschaft und Kinderwunsch als zentrale Dimension weiblicher sexueller Identität und Teil einer tiefen weiblichen Beziehungslust mehr zusammenzuführen und den durch Chlamydien gefährdeten Kinderwunsch junger Mädchen zu thematisieren.
3. Der Kondomgebrauch sollte nicht länger schöngeredet werden: Mit der schulterklopfenden

Kondom-Botschaft „Mach's mit“ lässt man die Jugendlichen in mehrfacher Hinsicht alleine. Sie sollten mit ihren Bedenken und Erfahrungen ernstgenommen und die Notwendigkeit des Kondomgebrauchs am Beispiel der Chlamydien einsehbar gemacht werden.

4. Mädchen und junge Frauen sollten mehr risikoorientiert und nicht nur symptomorientiert getestet werden: Die hohe Zahl asymptomatisch verlaufender CT-Infektionen unterstreicht die Notwendigkeit eines individuellen Screenings der Zielpopulation, d. h. der jüngeren Patientinnen mit erhöhtem Risiko wegen ungeschütztem oder häufig wechselndem Verkehr [15]. Dies sollte gute ärztliche Praxis sein, auch wenn die faire Unkostenerstattung an die Veranlasser der Leistung bisher nur unzureichend umgesetzt wurde.
5. Auf lange Sicht ist eine EBM-Ziffer für die notwendige umfangreiche Beratungsleistung dringend erforderlich, wenn das präventive Potential des Chlamydien Screenings ausgeschöpft werden soll.

### Fazit

Die erfolgreiche Umsetzung des Chlamydia trachomatis-Screenings steht noch aus. Solange wird CT auch weiterhin die häufigste bakterielle sexuell übertragbare Infektion in Deutschland bleiben und Mädchen bzw. junge Frauen in Deutschland werden ihre Fruchtbarkeit und ihren Kinderwunsch weiterhin ahnungslos aufs Spiel setzen.

### Literatur:

1. <https://www.springermedizin.de/sexuell-uebertragbare-infektionen-in-deutschland/13323510>.
2. Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen, Abt. 1 Medizinische Mikrobiologie und Hygiene 01099 Dresden (persönliche Mitteilung Dr. Ingrid Ehrhard).
3. Keck C, Clad A: Infektionen in der Reproduktionsmedizin. Gynäkologe. 2004; 37: 607–617.
4. Meyer T, Loderstädt U: Chlamydien: Wie sinnvoll ist das Screening? ÄP Gynäkologie. 2010; 1:22–24.
5. Kavanagh K, Wallace L A, Robertson C, Wilson P, Scoular A: Estimation of the risk of tubal factor infertility associated with genital chlamydial infection in women: a statistical modelling study. International Journal of Epidemiology. 2013;42:493–503 (doi:10.1093/ije/dyt011).
6. Mund M, Sander G, Potthoff P, Schicht H, Matthias K: Introduction of Chlamydia trachomatis screening for young woman in Germany. J Dtsch Dermatol Ges. 2008; 6(12):1032–1037.
7. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012): Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland.
8. Dannecker M: HIV-Infektion und Sexualität: Überlegungen zu einem Paradigmenwechsel. In: Sexuell übertragbare Krankheiten. Ein Lesebuch für die Beratungspraxis. Asanger-Verlag 2004.

Alle Literaturstellen unter:  
medizin.mgo-fachverlage.de

### Korrespondenzadresse:

Dr. Gisela Gille  
Drögenkamp 1  
21335 Lüneburg

Dr. Gisela Gille



### Korasion-Impressum

**Schriftleitung:** Dr. Patricia Oppelt, Dr. Stefanie Lehmann-Kannt

**Redaktion:** Dr. Birgit Delisle, Daniela Mackert

**Bezug:** korasion erscheint 4-mal im Jahr (Bezug für Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e. V. kostenlos – kann aus technisch/wirtschaftlichen Gründen nur zusammen mit der gyne bezogen werden); Jahresbezugspreis für alle 8 Fachzeitschriften gyne: 68,- Euro inkl. Porto und MwSt.

**Herausgeber und Verleger:** Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG, E.-C.-Baumann-Str. 5, 95326 Kulmbach.

**Geschäftsführer:** Walter Schweinsberg, Bernd Müller

**Druck:** creo Druck & Medienservice GmbH, 96050 Bamberg

Bei Einsendung von Manuskripten wird das Einverständnis zur vollen/teilweisen Veröffentlichung vorausgesetzt. Für veröffentlichte Beiträge behält sich der Verlag das ausschließliche Recht der Verbreitung/Vervielfältigung/Übersetzung (auch v. Auszügen) vor. Nachdruck (auch auszugsweise) nur mit Genehmigung des Verlages.

ISSN 0179 9185