

Neuordnung der Geschlechtskrankenstatistik

Die im Jahre 1969 wiedereingeführte Meldepflicht für Geschlechtskrankheiten und die im Zusammenhang damit gesetzlich angeordnete Bundesstatistik über die Geschlechtskrankheiten bildet den Anlaß zu folgenden kurzen Ausführungen. Vorausgeschickt sei die Bemerkung, daß sich die Gesichtspunkte, unter denen die Zahlen über die Erkrankungshäufigkeiten gelesen werden, stark gewandelt haben. Früher war die ethische Betrachtungsweise ausschlaggebend, und die Zahlen über venerische und andere „kritische“ Krankheiten, z. B. den Alkoholismus, gehörten zu den wichtigsten Inventarstücken der Moralstatistik. Nach und nach aber haben andere Aspekte, z. B. gesundheitspolitische, sozialhygienische, sozialpädagogische und fürsorgereiche, die moralstatistischen zurückgedrängt. Für die Krankenkassen, die mit den Behandlungskosten belastet werden, stehen diese im Vordergrund des Interesses.

Die ältesten Versuche, die Verbreitung venerischer Erkrankungen statistisch zu erfassen, erfolgten zur Zeit der Jahrhundertwende. Am 30. April 1900 wurde in Preußen durch Vermittlung der Ärztekammern eine Zählung der im Laufe des Monats April von den Ärzten in der eigenen Praxis, in Polikliniken und Krankenhäusern behandelten Geschlechtskranken durchgeführt. Mit Rücksicht auf die relative Langwierigkeit des in Frage stehenden Krankheitszustandes kam die Registrierung praktisch einer Bestandsaufnahme gleich. Im ganzen Bereich der Monarchie wurden auf 100000 erwachsene Personen durchschnittlich 185 Erkrankungen festgestellt. Diese Ziffer schwankte nach Provinzen zwischen 61 in Westfalen und 912 in Berlin. Die Ergebnisse der Erhebung machten demnach beträchtliche Unterschiede in der „Durchseuchung“ der Bevölkerung, insbesondere in Richtung einer intensiveren Belastung der Großstadtbewohner, sichtbar.

Informationen über die Erkrankungshäufigkeit in der heranwachsenden Generation erbrachten die truppenärztlichen Untersuchungen der neu eingestellten Rekruten. In den Jahren 1903 bis 1905 waren von den jungen Soldaten des Deutschen Reiches durchschnittlich 7,3 v. Tsd. geschlechtskrank; diese Anteilziffer war je nach Herkunft der Rekruten sehr verschieden; sie war bei den Eingezogenen aus Großstädten am größten und bei den jungen Männern aus kleinen Städten und Landgemeinden am niedrigsten. Bei der Reichserhebung über Geschlechtskrankheiten im November und Dezember 1919, also ein Jahr nach Beendigung des Ersten Weltkrieges, wurden im Deutschen Reich 136328 Geschlechtskranke, das sind 220 auf 100000 Einwohner, ermittelt. Das Ziffernverhältnis der männlichen und weiblichen Erkrankten lautete damals ungefähr 2:1.

Ein im Jahre 1917 dem Reichstag vorgelegter Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wurde im Ausschuß völlig durchberaten; die Verabschiedung kam jedoch wegen der Revolution nicht mehr zustande. Im Jahre 1922 ging dem Reichstag erneut ein Gesetzentwurf zu. Diesmal verweigerte der Reichsrat, wegen der zu wenig wirksamen Formulierung des Verbotes der Kurpfuscherei, seine Zustimmung. Erst das Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten vom 18. Februar 1927 brachte die notwendige Regelung. Die wichtigsten Bestimmungen des Gesetzes erstreckten sich auf die Verpflichtung Geschlechtskranker einen Arzt aufzusuchen und auf die Sicherstellung der Behandlung minderbemittelter aus öffentlichen Mitteln. Personen, die der Verbreitung von Geschlechtskrankheiten verdächtig waren, konnten einem Heilverfahren unterworfen und ggf. in ein Krankenhaus eingewiesen

werden. Für Kranke, die sich vorzeitig der Behandlung entzogen, kam Zwangsbehandlung in Frage. Eine ärztliche Meldepflicht war im Gesetz nicht vorgesehen.

Der Zusammenbruch im Jahre 1945, der die normalen Lebensgrundlagen Deutschlands zerstörte, brachte eine Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten, wie man sie früher bei uns nie gekannt hatte. Zunächst versuchte die Kontrollratsdirektive Nr. 52 das Problem der Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten zu lösen. Die Besatzungsbehörde schrieb die Asylierung aller Gonorrhoe-Fälle in besonderen Veneral-Diseases-Krankenhäusern vor und stellte das sehr wirksame Penicillin zur Verfügung. Als bald bemühte man sich auch von deutscher Seite um neue Geschlechtskranken-Gesetze, in denen der Gedanke der Fürsorge stärker verankert werden sollte. Bremen, Hamburg und Niedersachsen erließen in den Jahren 1948 und 1949 neue Gesetze, während andere Länder das Gesetz von 1927 im Gesetzes- und Verordnungsweg ergänzten. Um einer drohenden Rechtszersplitterung vorzubeugen, wurde am 23. Juli 1953 vom Bundestag das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beschlossen. Der Deutsche Städtetag hatte hierzu den wohlgedachten „Gelsenkirchner Entwurf“ vorgelegt, der zusammen mit anderen Entwürfen an der Wiege der neuen Gesetzgebung stand.

Die Pflichten der Ärzte bei der Behandlung Geschlechtskranker waren in einem eigenen Abschnitt mit den §§ 9—13 zusammengefaßt. Sie wurden in einer ersten Verordnung zur Durchführung des Gesetzes vom 28. Dezember 1954 konkretisiert. Im § 6 dieser Verordnung war eine Geschlechtskrankenstatistik vorgesehen. Der Arzt hatte vierteljährlich dem Gesundheitsamt über die von ihm diagnostizierten Geschlechtskrankheiten ein statistisches Zählblatt in doppelter Fertigung zu übersenden. Das Gesundheitsamt mußte eine Ausfertigung des Zählblattes an das Statistische Landesamt weiterleiten. Auf dem Meldungsvordruck waren für 10 verschiedene Erkrankungsarten die behandelten männlichen und weiblichen Patienten — selbstverständlich nur zahlenmäßig ohne Nennung von Namen — einzutragen. Für die Durchführung der Geschlechtskrankenstatistik galten im übrigen die Vorschriften des Gesetzes über die Statistik für Bundeszwecke. Die Meldungen gingen so lückenhaft ein, daß von einigen Bundesländern die Geschlechtskrankenstatistik überhaupt eingestellt wurde. Auch das Statistische Bundesamt hat davon Abstand genommen, Ergebnisse dieser Statistiken zu veröffentlichen.

Nach § 10 Absatz 2 der Durchführungsverordnung traten die Bestimmungen über die Geschlechtskrankenstatistik drei Jahre nach Inkrafttreten der Verordnung automatisch außer Kraft. Da die somit 1957 ausgelaufene Verpflichtung zur zahlenmäßigen Meldung nicht erneuert wurde, existierte von da an in der Bundesrepublik keine rechtliche Grundlage für die Geschlechtskrankenstatistik. Beim Studium der Erkrankungshäufigkeiten war man in den folgenden Jahren auf die von verschiedenen Stellen gelieferten zahlenmäßigen Aufzeichnungen angewiesen, die oft kaum mehr als statistische Surrogate waren.

Die „Münchener Statistik“ veröffentlichte monatlich die aus den Wochenmeldungen der städt. Geschlechtskrankenfürsorge aufgerechneten Zahlen über die *frischen behandelten Fälle*. Dabei handelte es sich zum kleineren Teil um Selbstmelder, die sich kostenlos untersuchen ließen, und bei denen sich der Krankheitsverdacht bestätigt hatte. Den größeren Teil machten Personen mit positiven Befunden aus, die von der Ärzteschaft oder von Behörden zur Seuchenermittlung oder Nachbehandlung an das Gesundheitsamt überwiesen worden waren. Natürlich war damit nur ein verhältnismäßig kleiner Ausschnitt aus der Massentatsache „Geschlechtskrankheiten“ erfassbar. Zum Beispiel gelangten im Jahre 1969 auf diese Weise nur 944 frische behandelte Fälle oder 72 auf 100000 der Bevölkerung zur Kenntnis der Münchener Gesundheitsbehörde. Eine so lückenhafte Statistik war selbstverständlich äußerst unbefriedigend, zumal in einer Zeit, in der nach Berichten aus anderen europäischen Ländern und nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation die Syphilis, vor allem in ihrer rezenten Form, in Zunahme begriffen war. In München und in anderen Städten deutete vieles darauf hin, daß die Frühsyphilis unter den

sog. HwG-Personen seit 1958 zugenommen hatte. Aber wo immer Geschlechtskrankenstatistiken erstellt wurden, schilderten die bekanntgegebenen Morbiditätsziffern nur örtliche Situationen. Wegen der sehr voneinander divergierenden Erhebungsmodalitäten und der vielen Imponderabilien, die auf die Erfassung der Geschlechtskrankheiten Einfluß haben, waren die wenigen Angaben untereinander nicht vergleichbar. Sie stellten vor allem keine reale Grundlage für die Beurteilung der Häufigkeit des Auftretens der Syphilis in der Gesamtbevölkerung dar. Die Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bedurften in der Bundesrepublik dringend einer Neuregelung, um einigermaßen wirksam zu werden. Um die epidemiologische Situation der Syphilis und anderer Geschlechtskrankheiten in der Bundesrepublik zu charakterisieren, benötigte man konkrete Angaben über die Erkrankungshäufigkeiten in der Gesamtbevölkerung. Die Chance, wenigstens einen gewissen Überblick über den Morbiditätsverlauf zu erhalten, brachte das neue *Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten vom 25. August 1969*.

In das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953 (BGBl. I S. 700) wurde hinter den § 11 der folgende § 11a eingefügt:

§ 11a

(1) Über die ansteckungsfähigen Erkrankungen an Geschlechtskrankheiten wird eine *Bundesstatistik* durchgeführt.

(2) Jeder Fall einer ansteckungsfähigen Erkrankung an einer Geschlechtskrankheit ist von dem behandelnden oder sonst hinzugezogenen Arzt unverzüglich ohne Nennung des Namens und der Anschrift des Erkrankten dem Gesundheitsamt zu melden, in dessen Bezirk der Arzt seine ärztliche Tätigkeit ausübt. Anzugeben sind

1. Geburtsdatum, Geschlecht und Familienstand des Erkrankten,
2. Art der Erkrankung,
3. Beratung oder Behandlung der jetzigen Erkrankung durch einen anderen Arzt,
4. Zahl und Art früherer Erkrankungen an einer Geschlechtskrankheit.

(3) Werden Fälle einer ansteckungsfähigen Geschlechtskrankheit bei Soldaten der Bundeswehr von einem Truppenarzt festgestellt oder behandelt, so sind diese vom Truppenarzt dem zuständigen Standortarzt zu melden. Absatz 2 Satz 2 ist anzuwenden. Der Standortarzt leitet die Meldung an das Sanitätsamt der Bundeswehr, das sie an das Statistische Landesamt des Landes weiterleitet, in dem der Standortarzt seinen Sitz hat.

Für jeden Erkrankungsfall ist ein eigener Meldevordruck zu verwenden, auf dem die meisten Fragen durch Ankreuzen der zutreffenden Leerkästchen zu beantworten sind. Es werden vier verschiedene Geschlechtskrankheiten unterschieden: Lues, Gonorrhoe, Ulcus molle und venerische Lymphknotenentzündung. Bei Mehrfachinfektionen ist jede der betreffenden Krankheiten zu markieren. Die Meldungen sollen jeweils am Wochenende an das Gesundheitsamt eingesandt werden.

Im *Tabellenprogramm* der neuen Bundesstatistik über die Geschlechtskrankheiten sind nach der regionalen Einheit, für die tabelliert wird, drei verschiedene Ergebnistabellen vorgesehen:

- als Kreistabelle: die gemeldeten Neuerkrankungen nach Art der Krankheit und dem Geschlecht des Erkrankten,
- als Regierungsbezirkstabelle: die gemeldeten Neuerkrankungen nach Art der Krankheit, Geschlecht, Familienstand und 7 Altersgruppen (beginnend mit den unter 15jährigen und schließend mit der rechtsoffenen Gruppe von 50 Jahren und darüber), und

als Ländertabelle:

die gemeldeten Neuerkrankungen nach Geschlecht, Altersgruppen und früheren Erkrankungen, wobei zwischen Fällen mit nur einer früheren Erkrankung und mit 2 und mehr früheren Erkrankungen unterschieden wird.

Die Großstädte, die auf die Kreistabelle angewiesen sind, erhalten keine weiteren Informationen als die Gliederung der männlichen und weiblichen Neuerkrankten nach den vier genannten Krankheiten. Daß keine Aufschlüsselung nach Altersgruppen geliefert wird, ist ein ausgesprochenes Manko. Man erfährt z. B. nichts darüber, mit welchen Prozentsätzen in den Städten die bekanntlich besonders exponierte Altersgruppe der 20- bis unter 25jährigen an den Neuerkrankungen beteiligt ist.

Nunmehr liegen auch die ersten *Ergebnisse* der neuen Geschlechtskrankenstatistik vor. Sie beziehen sich auf das 2. Halbjahr von 1970 und sind in der untenstehenden Tabelle für das Bundesgebiet, für Bayern und die Landeshauptstadt zusammengestellt.

In *München* wurden im 2. Halbjahr 1970 insgesamt 3094 Neuerkrankungen an ansteckungsfähigen Geschlechtskrankheiten gemeldet, so daß nahezu die Hälfte der 6487 Fälle, die in ganz

Gemeldete Neuerkrankungen an ansteckungsfähigen Geschlechtskrankheiten im Bundesgebiet, in Bayern und in München
(2. Halbjahr 1970)

Krankheit	männlich		weiblich		zusammen	
	Zahl	auf 100000 Einwohner ¹⁾	Zahl	auf 100000 Einwohner ¹⁾	Zahl	auf 100000 Einwohner ¹⁾
A) Bundesgebiet						
Syphilis (Lues)	2 160	14,8	979	6,1	3 139	10,3
Tripper (Gonorrhoe)	25 591	175,3	10 199	63,7	35 790	116,9
Weicher Schanker	48	0,3	10	0,1	58	0,2
Venerische Lymphknotenentzündung	22	0,2	3	0,0	25	0,1
Mehrfachinfektionen	82	0,6	45	0,3	127	0,4
Insgesamt	27 903	191,2	11 236	70,2	39 139	127,9
B) Bayern						
Syphilis (Lues)	362	14,4	163	5,9	525	9,9
Tripper (Gonorrhoe)	4 241	168,9	1 698	61,2	5 939	112,4
Weicher Schanker	5	0,2	—	—	5	0,1
Venerische Lymphknotenentzündung	1	0,0	—	—	1	0,0
Mehrfachinfektionen	14	0,6	3	0,1	17	0,3
Insgesamt	4 623	184,1	1 864	67,2	6 487	122,8
C) München						
Syphilis (Lues)	219	65,2	66	19,5	285	42,2
Tripper (Gonorrhoe)	2 029	604,5	772	227,7	2 801	415,2
Übrige Geschlechtskrankheiten	7	2,1	1	0,3	8	1,2
Insgesamt	2 255	671,8	839	247,5	3 094	458,6

¹⁾ des gleichen Geschlechtes, umgerechnet auf 1 Jahr.

Bayern registriert wurden, auf die Landeshauptstadt entfiel. Aus den Neuerkrankungen sind die Gonorrhoe mit 2801 Fällen und die Syphilis mit 285 Fällen besonders ausgegliedert. Diese beiden häufigsten Geschlechtskrankheiten sind somit 1970 in München im Ziffernverhältnis 10:1 aufgetreten, eine ganz ungewöhnliche Relation, da z. B. bei dem gehäuftem Auftreten der Geschlechtskrankheiten nach Kriegsende in verschiedenen Großstädten nur dreimal soviel Gonorrhoe- wie Luesfälle vorgekommen sind. In ganz Bayern und im Bundesgebiet beträgt nach den neuesten Auszählungen (2. Halbjahr 1970) das Ziffernverhältnis der Gonorrhoe- und Luesmeldungen sogar 11:1. Die Männer waren 1970 in München an den neu gemeldeten Fällen mit einer 2,7mal so großen Zahl beteiligt wie die Frauen (2255 gegen 839), woraus auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten vorwiegend durch HwG-Mädchen geschlossen werden kann. Auf 100000 Einwohner und ein ganzes Jahr umgerechnet beträgt die Ziffer der neu gemeldeten Fälle 459. Dies bedeutet, daß in der Landeshauptstadt viermal soviel Geschlechtskrankheiten gemeldet worden sind wie im Durchschnitt des ganzen Landes („nur“ 123 Fälle auf 100000 Einw., im Bundesgebiet 128). Aber auch im Vergleich zu Nürnberg: mit nur 290 neuen Fällen auf 100000 Einwohner ist in München die Erkrankungshäufigkeit viel größer gewesen. Auf einen Vergleich mit früheren Statistiken wird verzichtet, da diesem nur ein geringer Aussagewert zukäme. Wie jede neue Statistik benötigt auch die Erfassung der Geschlechtskrankheiten eine längere Anlaufzeit, ehe eine gewisse Zuverlässigkeit der absoluten Zahlen gewährleistet werden kann.

Für die auch aus den neuesten und allen früheren Statistiken ersichtliche *größere Belastung der Großstädte* gibt es eine Reihe von Begründungen: die stärkere Fluktuation der Bevölkerung und speziell derjenigen Kreise, die an der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten stärker beteiligt sind, der höhere Bevölkerungsanteil der sich sexuell stärker exponierenden Personen, das Vergnügungsgewerbe und die Animierbetriebe mit eindeutiger Zielsetzung, das vielfach beengtere Wohnen, die Vernachlässigung der sittlich-religiösen Erziehung u. a. m. Aber alle diese Tatbestände würden nicht ausreichen, die Großstadtzahlen über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten so hoch zu treiben, wie dies z. B. der Vergleich Münchens mit dem bayerischen Landesdurchschnitt erkennen läßt. Viel ausschlaggebender ist, daß die gemeldeten Neuerkrankungen *regional nach den Orten der ärztlichen Behandlung und nicht nach den Wohnorten* der Patienten ausgezählt werden. Der Wohnort, aus dem der Erkrankte zur Untersuchung und Behandlung kommt, ist für die Meldung des Arztes an die Gesundheitsbehörde nicht vorgesehen und auf dem Meldezettel nicht gefragt. So ergibt es sich, daß den Großstädten als den Zentren des fachärztlichen und spezialklinischen Dienstes auch alle mit Geschlechtskrankheiten infizierten Personen zugerechnet werden, die nur zur ärztlichen Konsultation von auswärts „einpendeln“. Ausschlaggebend für das Aufsuchen einer großstädtischen Facharztpraxis ist natürlich auch der verständliche Wunsch des Erkrankten, sein Leiden gegenüber seiner Umgebung zu verheimlichen. Vielfach haben die Patienten überhaupt keine andere Möglichkeit, als in die nächste größere Stadt zu fahren, weil in den kleinen und mittleren Städten der Facharztbesatz äußerst dünn ist. Zum Beispiel übt von den Dermatologen Bayerns etwa jeder vierte seinen Beruf in München aus. Im Stadtgebiet sind nach unserer letzten Auszählung 52 HwG-Fachärzte zu den RVO- und Ersatzkassen zugelassen, während im ganzen Landkreis München mit 160000 Einwohnern nur ein einziger Dermatologe eine Kassenpraxis ausübt. Abgegrenzte Krankenhaus-Fachabteilungen für Haut- und Geschlechtskrankheiten gibt es in München drei mit insgesamt 334 Planbetten. Dies bedeutet, daß sich von den in bayerischen Krankenhäusern aufgestellten planmäßigen Betten für Haut- und Geschlechtskranke nahezu jedes dritte in der Landeshauptstadt befindet. Mit diesen Angaben aus der Ärzte- und Krankenhausstatistik dürfte hinreichend geklärt sein, daß ein erheblicher Teil der in München gemeldeten frischen Fälle von Geschlechtskrankheiten nicht auf ortsansässige, sondern auf auswärtige Patienten entfällt. Mit anderen

Worten: die rechnungsmäßige Beziehung der neu gemeldeten Fälle auf die Einwohnerzahlen ist zum mindesten für die Großstädte wenig sinnvoll.

Bei jeder Geschlechtskrankenstatistik ist aus verschiedenen Gründen mit einer hohen *Dunkelziffer* zu rechnen. In diesem Zusammenhang läge es nahe, auf die vermutlich nur unvollständig eingehenden Meldungen der Ärzte hinzuweisen. Noch ausschlaggebender dürfte jedoch ein ganz anderer Gesichtspunkt sein: daß die Krankheit vielfach übersehen wird. Dies gilt vor allem von der Gonorrhoe der Frau, aber auch von der Syphilis. Viele Menschen leiden an dieser heimtückischen Krankheit, ohne daß sie davon Kenntnis haben. Die Blutspenderzentrale München, die ihre Blutspenden aus dem Regierungsbezirk Oberbayern einschl. der Landeshauptstadt, aus dem südlichen Schwaben (ohne Augsburg-Stadt), und aus dem niederbayerischen Landkreis Landshut bezieht, hat im Verlauf von rund drei Jahren (Oktober 1961 bis August 1964) 155566 Neuspender serokontrolliert. Dabei fielen 700 Befunde an, bei denen ein mehr oder minder deutlicher Hinweis auf eine syphilitische Erkrankung gegeben war¹⁾.

Nimmt man an, daß die Neuspender global als Miniaturbild einer erwachsenen Durchschnittsbevölkerung gelten können, wäre auf 100000 Erwachsene (ab 18 Jahren) mit etwa 120 an florider Syphilis Erkrankten zu rechnen. Von ihnen sind zwei Drittel 18—45 Jahre alt. In diesen Fällen müßte hypothetisch wenigstens ein weiterer Erkrankungsfall, nämlich die Infektionsquelle oder der Partner, auf den die Syphilis übertragen wurde, dazugenommen werden. Nach diesem Kalkül ergäben sich je 100000 der erwachsenen Bevölkerung etwa 200 Personen, die an einer Syphilis leiden, ohne etwas davon zu wissen. Die Serobefunde der Neuspender könnten demnach mit einiger Sicherheit Anhaltspunkte über die Verteilung der verborgenen „floriden“ Syphilis in einer Durchschnittsbevölkerung liefern.

Abschließend sollen noch einmal die besonderen Anliegen der Städtestatistik bezüglich der zahlenmäßigen Erfassung der Geschlechtskrankheiten wiederholt werden. Es wäre wünschenswert,

daß die in der Regierungsbezirks-Tabelle enthaltenen Aufgliederungen der gemeldeten Neuerkrankungen nach Art der Krankheit sowie nach Geschlecht, Alter und Familienstand des Erkrankten auch für die Großstädte geliefert werden, und außerdem wäre anzustreben,

daß die Städte etwas über die Erkrankungshäufigkeit in der eigenen Wohnbevölkerung erfahren. Dies hätte zur Voraussetzung, daß der Wohnort des Patienten auf den Meldeformularen erscheint.

Man kann sich nicht recht vorstellen, daß mit der Wohnortsangabe gegen das Prinzip der Anonymität verstoßen würde. Selbst im Falle sehr kleiner Wohngemeinden wäre es eine seltene Zufälligkeit, wenn z. B. jemand aus dem Aufbereitungspersonal einen nicht namentlich genannten Patienten auf Grund der persönlichen Angaben im Meldeblatt mit einiger Sicherheit identifizieren könnte.

Dr. Schm.

¹⁾ R. Herrmannstorfer „Serologische Luesreaktionen bei Neuspendern“ in „Der öffentliche Gesundheitsdienst“, 27. Jahrgang, Heft 4 vom April 1965.