

## MDR Aktuell – Kekulé's Corona-Kompass

Donnerstag, 14. März 2024

#42

**Susann Böttcher, Moderatorin**

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

**Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Alexander S. Kekulé, Experte**

Professor für Medizinische Mikrobiologie  
Virologie an der Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg sowie Direktor des Instituts  
für Biologische Sicherheitsforschung in Halle

### Links zur Sendung:

Umsetzung der neu eingeführten Meldepflichten nach §7 Abs. 3 IfSG:

Meldung von Neisseria gonorrhoeae und Chlamydia trachomatis:

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/G/Gonorrhoe/Meldepflicht\\_IfSG.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/G/Gonorrhoe/Meldepflicht_IfSG.html)

(30.1.2023)

FDA lässt Heimtests zu:

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/147457/FDA-laesst-Heimtest-fuer-Chlamydien-und-Gonorrhoe-zu?rt=ba62e9f535cc34361fdc966cdd9e468c>

(Nov. 2023)

Anstieg sexuell übertragbarer Krankheiten:

<https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/sti-cases-rise-across-europe>

(7.März 2023)

**Donnerstag, 14. März 2024**

**Susann Böttcher**

Wir wollen heute über Sex sprechen. Da es sich hier aber um den Gesundheitskompass handelt, geht es eher um wenig lustvolle Themen. Die Zahl sexuell übertragbarer Infektionen ist im Jahr 2022 in der Europäischen Union stark nach oben gegangen. Gab es eine Art Nachholeffekt von Corona? Hat sich das Sexualverhalten verändert oder wird schlichtweg mehr getestet? Und was macht eigentlich das Robert Koch-Institut? Da gab es doch die neu eingeführten Meldepflichten.

Ich bin Susann Böttcher, Redakteurin und Moderatorin bei MDR aktuell. Alle 14 Tage, immer donnerstags, sprechen wir mit dem Arzt und Wissenschaftler Professor Alexander Kekulé,

liefern Schwerpunkte zu aktuellen Gesundheitsfragen und gehen auf ihre Themenwünsche ein. Zu hören, wie immer werbefrei in der App der ARD Audiothek und überall dort, wo es sonst noch Podcasts gibt. Hallo Herr Kekulé!

**Alexander Kekulé**

Hallo, Frau Böttcher!

**Susann Böttcher**

Wir starten mal ins Thema mit einer Werbung, die eine große Boulevardzeitung vor ca. 15 Jahren gemacht hat. Ziel war es damals, Partei für die Wahrheit zu ergreifen. Wir hören mal rein. Vielleicht kennen Sie es noch?

**Tochter**

*Mama? Kriegt man beim Urlaub die Syphilis?*

**Susann Böttcher**

Die Szenerie war ein Arzt-Wartezimmer, Mutter und Tochter. Und dann diese Fragen und alle schauen hoch. Geschlechtskrankheiten, unangenehmes Thema. Aber noch unangenehmer, als darüber zu sprechen, ist es, es zu haben und weiterzugeben. Und das machen offenbar aktuell in Europa ziemlich viele Menschen. Die Zahl der auch als Tripper bekannten Gonorrhoe-Fälle erhöhte sich in Europa um fast die Hälfte, lag insgesamt bei knapp 71.000. Das berichtet die ECDC, also das Europäische Zentrum für Prävention und die Kontrolle von Krankheiten. Die Zahl der Syphilis-Fälle stieg 2022 im Vergleich zum Vorjahr um 34 Prozent auf mehr als 35, die Chlamydien-Fälle um 16 Prozent auf mehr als 216.000. Ich weiß nicht, Herr Kekulé, wie es Ihnen geht, wenn Sie diese Krankheiten hören: Syphilis, Tripper, das klingt irgendwie für mich nach Mittelalter und nach Seefahrt. War ihnen bewusst, dass das immer noch so ein Thema sein könnte.

**Alexander Kekulé**

Na ja, wenn Sie Mikrobiologen fragen... Das war mir natürlich schon bewusst. Obwohl ich auch finde, es hat so ein bisschen was Altertümliches oder wie Sie sagen, Seefahrt. Irgendwie, die Syphilis, die man sich irgendwie von fernen Ländern geholt hat. Früher die Seeleute waren ja dafür berüchtigt. Übrigens einer der Gründe, warum das Tropeninstitut in Hamburg existiert, weil man eben die Seefahrer, wenn sie zurückkamen, auch darauf behandeln musste, nicht nur auf Tropenkrankheiten.

**Susann Böttcher**

Ah, interessant!

**Alexander Kekulé**

Ja, das ist kein Zufall. Aber es ist in der Tat, so. Aus Sicht des Mikrobiologen oder Infektiologen ist es ja so, diese Geschlechtskrankheiten waren ja eigentlich, kann man sagen, so die ersten, die man wirklich als übertragbare Krankheiten richtig eindeutig festgemacht hat. Weil so ein Schnupfen, den haben dann plötzlich alle. Bei der Malaria, dachte man, das liegt vielleicht irgendwie am schlechten Klima, an der schlechten Luft, wie der Name ja andeutet. Aber bei den Geschlechtskrankheiten, da wussten die meisten Männer, die das dann zugeben mussten, dass sie sowas hatten, schon ungefähr, wo sie sich das geholt hatten. Typischerweise eben nicht zu Hause, sondern irgendwo in der Ferne. Und wenn ich die Namen so höre und wenn ich die Epidemiologie so sehe, muss ich ganz ehrlich sagen, bin ich ganz froh, dass ich nicht mehr in diesem jugendlichen Alter bin, wo man noch auf Partnersuche ist.

**Susann Böttcher**

Ich habe gelesen, in Altersheimen ist es auch so. Die Zahl der Geschlechtskrankheiten steigt.

**Alexander Kekulé**

Da kann ich jetzt nichts zu sagen. Ich habe das noch nicht gehört, aber da gibt es bestimmte Möglichkeiten, darüber nachdenken.

**Susann Böttcher**

Nun ist ja immer die große Frage, wenn die Zahlen steigen, „chicken and egg“, steigen sie wirklich oder gibt es nur mehr Testungen? Grundsätzlich müssen wir ja die Ursachenfrage einmal aufwerfen.

**Alexander Kekulé**

Da muss man ein bisschen unterscheiden. Also es geht jetzt konkret um den Anstieg, was jetzt die Europäische Seuchenagentur ECDC noch einmal berichtet hat, um den Anstieg von Gonorrhoe, also Tripper, und Chlamydien. Das sind so die zwei, die deutlich ansteigen. In Deutschland kennt man die Zahlen nicht so, weil man keine Meldepflicht hatte bis vor kurzem. Aber da, wo man es gemessen hat, weiß man, es steigt eigentlich überall an. In unseren Nachbarländern gibt dann Statistiken zum Teil, dass seit der Jahrtausendwende sich die Zahl solcher Fälle oder Infektionen verzehnfacht

hat. In Deutschland interessanterweise, ein Bundesland, was schon immer fleißig war und eine eigene Seuchenkommission quasi hat, was so etwas festlegt, ist Sachsen. Und in Sachsen gab es schon die Meldepflicht, ich weiß nicht, seit 2001 oder so, für Gonorrhoe. Und da ist es eben so, dass seit 2001 bis 2019 die Zahlen sich verzehnfacht haben, also von 1,8 Fälle pro 100.000 auf knapp 20 Fälle pro 100.000. Das heißt also, da, wo man es in Deutschland gemessen hat, ist eindeutig, dass die Zahlen von diesen Krankheiten deutlich hochgegangen sind. Woran das liegt, und das ist eben ein bisschen frustrierend, weiß man nicht. Das, was man gesehen hat, ist 2020, da war ja irgendetwas mit C, ich weiß gar nicht mehr... Irgend so eine Sache, wo wir alle nicht aus dem Haus durften. Und da war es so, dass tatsächlich insbesondere in der ersten Jahreshälfte 2020 die Zahl der festgestellten Fälle von Gonorrhoe und Chlamydien massiv zurückgegangen ist. Also ganz deutlich runtergegangen ist. Und selbst da weiß man nicht: Lag es jetzt daran, dass weniger gemeldet wurde, dass die Menschen weniger Zugang zu medizinischer Versorgung und zu Tests hatten, aber vielleicht genauso häufig infiziert wurden? Oder haben sie ihr Sexualverhalten verändert? Oder andersherum gesagt: Klar ist, dass beides irgendwie eine Rolle gespielt hat. Die Prostitution wurde ja zum Beispiel untersagt. Wahrscheinlich spielt es auch eine Rolle, wenn man nicht mehr am Wochenende ausgehen kann und ähnliches, dass dann solche Erkrankungen seltener werden. Aber trotzdem ist auch ganz klar: die Studien haben das gezeigt, in den Ländern, wo man solche durchgeführt hat, in Deutschland gibt es keine, weil es keine Daten gibt, dass ein ganz wichtiger Faktor, wenn nicht der wichtigste Faktor für diesen vorübergehenden Rückgang der Meldezahlen, eben die schlechtere medizinische Versorgung war in der Zeit. Also, das wäre sozusagen ein weiterer Punkt auf dieser Waagschale zwischen Gegenmaßnahmen und Schaden durch Corona, wo man sagen muss: Hier haben die Gegenmaßnahmen zu sekundären Kollateralschäden geführt, dass eben auch bei diesen sexuell übertragbaren Krankheiten die Diagnostik verzögert erfolgte.

**Susann Böttcher**

Machen wir mal einen ganz kurzen Einschub nur für alle, die es nicht wissen. Wie äußert sich Gonorrhoe? Wie verläuft die Krankheit? Merkt man das überhaupt?

**Alexander Kekulé**

Typischerweise ja. Also es ist klar, es gibt unbenannte Fälle. Es ist so, dass das klassische ist, dass der Mann einen eitrigen Ausfluss hat. Darum heißt auch Gonorrhoe. Also *gone* heißt ja Samen auf Griechisch eigentlich, oder *gonos* das Geschlecht. Und *rhoe* kommt von *rheîn* von fließen ja. Also da fließt quasi, wörtlich gesehen, der Samen. Man wusste natürlich schon immer, dass das nicht Samen ist, sondern eher Eiter ist, der da aus der Harnröhre rauskommt. Detaillierter werde ich jetzt aber nicht, sonst schalten uns die Hörer gleich weg. In der medizinischen Vorlesung werden die Studenten dann auch mit entsprechenden Fotos geplagt. Zum Glück...

**Susann Böttcher**

Oh, und blass werden wahrscheinlich, oder?

**Alexander Kekulé**

Ja, es ist so, dass ich tatsächlich, man hat ja so ein Knopf, wo man die Dias verschieben kann. Und ich überlege immer, wie lange ich bestimmte Dias stehen lassen soll. Und wenn ich in die Gesichter meiner Studenten schaue, gibt es so einem Moment, wo ich denke, jetzt reicht es, dann geh auf das nächste Bild, was dann in der Regel wieder versöhnlicher ist oder manchmal auch lustig ist, um es irgendwie wieder aufzulösen. Aber Ärzte müssen sich ja damit auseinandersetzen. Also man wusste schon immer, dass es das gibt, ja, dass man nach dem Geschlechtsverkehr mit einem neuen Partner dann plötzlich, oder ein paar Tage später, so ein Ausfluss hat. Und der juckt oder brennt oder ist unangenehm. Und das ist das typische Zeichen. Also bei Männern und Frauen, die merken das gleichermaßen, wenn sie Gonorrhoe haben, primär an diesem Ausfluss, wenn es jetzt nicht zu Komplikationen kommt. Früher hat man das übrigens *morbus venereus* genannt, also Lustseuche. Das war so der Überbegriff für alle Geschlechtskrankheiten. Man konnte im Mittelalter die Gonorrhoe noch nicht unterscheiden von Syphilis und anderen ähnlichen Erkrankungen. Und das war also bei

uns bekannt. Und Gonorrhoe gibt es schon immer. Also ich glaube, die Erstbeschreibung ist in der jüdischen Tora gefunden worden, wo irgendwann mal ganz genau dieser Ausfluss erklärt wird. Das heißt also, die Symptome sind bekannt. Man merkt es typischerweise. Es gibt, das ist das, was den Ärzten natürlich dann Sorgen macht, einen Teil der Patienten, bei denen die Erkrankung asymptomatisch verläuft. Also völlig asymptomatisch. Das ist bei der echten GO, wie die Ärzte sagen, also statt Gonorrhoe sagen wir meistens GO, bei der echten GO ist es so, also beim Tripper ist es so, dass diese asymptomatischen Fälle relativ selten sind. Männer, sagt man so, 20 Prozent, ein Fünftel. Ich glaube nicht wirklich an die Zahl, das sind die, die sagen, „bei mir juckt nix“. Aber wenn man dann quasi das genauer untersucht, also der Mann hat da die Möglichkeit, da auch die Flüssigkeit aus der Harnröhre rauszudrücken. Und wenn man da bisschen drückt, dann merkt man normalerweise eigentlich schon, dass da etwas rauskommt, was typischerweise nicht aus der Harnröhre kommt, irgendwie so eine eitrige Flüssigkeit. Diese Gonokokken, die das machen, also diese Krankheitserreger, die locken quasi Eiterzellen an, ganz absichtlich, lassen sich von denen fressen und haben die Besonderheit, dass sie nicht getötet werden von diesen Leukozyten. Und können sich auf die Weise dann weiter ausbreiten. Und drum ist es eben so eine besonders eitrige Infektion. Bei den Frauen ist es so, da findet das ganze ja weiter drinnen statt. Da ist typischerweise am Muttermund die Infektion. Also der Gynäkologe entdeckt die eigentlich immer. Es ist nur so, dass die Frauen selber es manchmal etwas verzögert erst merken, weil wenn es sozusagen nicht juckt und man keine gefühlten Symptome hat, dann dauert es schon eine Weile, bis man merkt, dass da so ein Ausfluss ist, der atypisch ist. Drum ist bei Frauen, sagt man so, die Zahl der asymptomatischen Fälle bis zu 50 Prozent, bis zur Hälfte der Frauen. Aber das ist eben nur vorübergehend. Irgendwann merken es die dann natürlich auch, weil das ist ja eine bakterielle Infektion. Die kann dann auch aufsteigen und dann macht sie eine Schleimhautentzündung in der Gebärmutter, eine Endometritis, oder geht noch weiter rauf und kann dann auch schwere Nebenwirkungen und

schwere Komplikationen machen, sodass irgendwann die Frauen das auch merken. Aber es gibt eben einige, die andere Menschen anstecken können, ohne Ahnung davon zu haben, dass sie GO haben.

### **Susann Böttcher**

Nun wollten wir eigentlich auf konkrete Zahlen für Deutschland gucken und sehen da... Hm, die gibt es nicht. Und seit September 2022 besteht ja – ich schiebe mal ein, eigentlich – eine Meldepflicht für GO, für Gonorrhoe. Das Robert Koch-Institut hat dazu am 30. Januar eine Pressemitteilung veröffentlicht. Ich würde daraus mal zitieren: „Bis zur Umsetzung der Möglichkeit der elektronischen Meldung kann die Meldepflicht aufgrund der zu erwartenden großen manuellen Aufwände nicht sinnvoll umgesetzt werden. Daher sollten Meldungen erst dann erfolgen, wenn die Möglichkeit zur elektronischen Meldung besteht.“ Ich fasse mal kurz zusammen: Wir haben das vor, aber aktuell funktioniert das noch nicht. Ich hatte eine Anfrage gestellt, wie weit denn die Entwicklung ist. Zum jetzigen Zeitpunkt gab es da noch keine Antwort. Wir würden das einfach in der nächsten Ausgabe noch einmal nachschieben, falls es da eine Antwort gibt. Aber, Herr Kekulé, vielleicht frage ich ganz naiv, aber ist es denn so kompliziert das Ganze an das Robert Koch-Institut weiterzumelden? Ist das für ein Labor so aufwendig?

### **Alexander Kekulé**

Ne, natürlich nicht. Also das ist in der Tat aus Sicht von jemandem, der das aus der Innensicht, wenn ich mal so sagen darf... Also wir haben ja in Halle auch ein großes diagnostisches Laboratorium... ist es absolut unverständlich, was da stattfindet. Weil die Fachleute, dazu gehörten die Mikrobiologen. Dazu gehören aber auch die ganzen Kliniker und Epidemiologen, die Gesundheitsämter. Alle haben schon lange gesagt, man muss auch in Deutschland die Gonorrhoe meldepflichtig machen. Also das ist eine ganz wichtige Erkrankung. Auch die Chlamydien, die ja noch ein bisschen häufiger sind, sollten meldepflichtig gemacht werden, damit man feststellen kann, wie häufig das ist. Das ist ja auch wichtig für die Menschen, wenn ich mir das mal so vorstelle. Also klar, die Epidemiologen wollen das wissen. Die Mikrobiologen wollen das wissen. Aber wenn ich jetzt so

mir überlege, ich gehe am Wochenende in die Disco und treffe irgendwie einen Partner, den ich gerne mitnehmen möchte nach Hause oder sonst was. Und ich weiß, dass in meiner Stadt einfach in der Altersgruppe, in der ich bin, jeder zweite zum Beispiel krank wäre. Ja, dann hätte ich natürlich dann ein anderes Vorsichtsverhalten, als wenn ich weiß, das ist eher selten. Und deshalb finde ich, dass wir Zahlen brauchen, vor allem, weil wir eben wissen, dass es ganz massive regionale Unterschiede gibt. Also bei den europaweiten Erhebungen, Deutschland ist neben Liechtenstein das einzige Land gewesen, was bis vor kurzem eben überhaupt keine Daten erhoben hat hier. Bei den europaweiten Erhebungen, ist es so, dass man sieht, dass es irrsinnige Unterschiede gibt. Also manchmal zwanzigfach, dreißigfach unterscheidet sich die Häufigkeit dieser Erkrankungen je nach Region, je nach Altersgruppe und auch je nach Risikoverhalten. Also am gefährlichsten oder am gefährdetsten sind Männer, die Sex mit Männern haben. Die haben häufig in letzter Zeit die Gonorrhoe und auch andere Geschlechtskrankheiten. Aber auch heterosexuelle Menschen haben durchaus da ein Risiko, sich zu infizieren. Und darum wüsste ich jetzt, wenn ich jetzt nicht 65 Jahre und verheiratet wäre, glücklich verheiratet wäre, wüsste ich irgendwie gerne, wie häufig das ist. Wie groß ist eigentlich das Risiko? Und das kann man für Deutschland nicht beantworten, weil, um es kurz zu machen, das Robert Koch-Institut hier nicht in die Pötte kommt. Also wir haben seit Jahrzehnten eigentlich die Forderung gestellt, dass das gemeldet oder registriert wird. Übrigens ist das eine anonyme Meldung. Also nicht, dass jemand denkt, mein Name wird dann irgendwo registriert. Das ist so, dass das Labor, was einen positiven Test macht, das muss die Tatsache, dass hier ein Test positiv war, auf elektronischem Weg zum Robert Koch-Institut melden. Da wird überhaupt niemand persönlich sozusagen registriert. Und wir haben schon ewig gefordert, das RKI hat es auch gefordert, natürlich die Fachleute dort. Jetzt ist es dann umgesetzt worden, im September 2022 hat man das im sogenannten Omnibusverfahren an so ein Corona-Gesetz mit drangehängt, da ist bei Corona noch irgendetwas versucht worden zu verbessern. Und da hat man dann, wahrscheinlich in dem

Gesetz die einzig wirklich sinnvolle Maßnahme, hat man dann gesagt, das wollten wir schon lange machen, ändern wir das Infektionsschutzgesetz und machen eben diese Erkrankungen Chlamydien und GO machen wir jetzt meldepflichtig allgemein. Und alle wussten, dass das kommt. Das RKI hatte genug Zeit, sich vorzubereiten. Und jetzt sagen sie uns, es ist zu viel Papierkram und die Elektronik kriegen wir nicht auf die Reihe. Also so ein Labor, wissen Sie, das sind ja riesige Roboterzentren. Also so ein Labor, da laufen... sogenannte Laborstraßen sind da drinnen, das sind Untersuchungsmaschinen, die sind Meter lang. Und die untersuchen diese Röhrchen auf alles Mögliche, die Patientenproben auf alles Mögliche. Und von dort werden die Daten sowieso elektronisch erfasst. Also da sitzt kein Laborarzt und schreibt irgendeinen Befund vom Monitor ab oder ähnliches, sondern das Ganze wird voll digital in einem sehr teuren Laborinformationssystem verarbeitet. Und das hat eine direkte Schnittstelle zu den Gesundheitsämtern. Also das ist für die großen Labore null Problem, weil sie zu den Gesundheitsämtern, oder in dem Fall wäre das Robert Koch-Institut direkt zuständig, sowieso eine Schnittstelle haben. Und inzwischen machen ja auch alle Corona-Tests, da ist es verpflichtend gewesen, ab einem bestimmten Punkt diese Tests online zu übertragen. Da gibt's dieses von Ihnen angesprochene elektronische Melde- und Informationssystem, das heißt Demis. Und diese Schnittstelle ist da und da werden andere Daten ja auch übermittelt. Und jetzt geht es eigentlich darum, zwei weitere Datenpunkte zu übermitteln, und das kriegen die nicht auf die Reihe. Also kann ich nur den Kopf schütteln und bin sehr gespannt, was die da als Ausrede haben. Weil das kann eigentlich nicht sein, dass man für so eine Sache solange braucht. Und das sieht wirklich schlimm aus, wenn sie die Berichte der europäischen Seuchenagentur lesen und dann nur bei Deutschland steht dann drinnen, seit schon immer, seit 2001 oder wann das erfasst wird, steht schon immer drin: Nicht bekannt, nicht bekannt, nicht bekannt. Ja, ich meine, wie sieht denn das aus für uns?

#### **Susann Böttcher**

Ja und nach 1,5 Jahren könnte man auch denken, dass da eine Umsetzung erfolgt ist.

#### **Alexander Kekulé**

Ja, nach 1,5 Jahren plus der Zeit, die das RKI das ja vorher wusste. Das ist ja nicht so, dass die sagen „Ui, da ist ein neues Gesetz, da müssen wir was tun!“ Ja, das ist die obere Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministers. Das heißt also, die haben an dem Gesetz mitgeschrieben, die wussten ganz genau, wann das kommt. Und dann dauert es eine Weile, bis das dann so seinen sozialistischen Gang geht und alles im Bundestag dann irgendwann mal verabschiedet wird. Das ist für die keine Überraschung gewesen.

0:18:23

#### **Susann Böttcher**

Nun sind wir einmal durchgegangen, durch die Gonorrhoe, auch gedanklich und mit Bildern im Kopf. Was sind denn Chlamydien, die ja nun auch zu dieser Meldepflicht zählen sollten?

#### **Alexander Kekulé**

Chlamydien, das waren früher so die kleine Schwester der GO. Das sind mikrobiologisch superspannende Erreger. Also Gonokokken, die die Gonorrhoe machen, sind so richtige Bakterien. Das sind so runde, semmelartige, meistens doppelte Bakterien, wenn man durchs Mikroskop schaut. Und Chlamydien gehören auch zu den Bakterien, sind viel, viel kleiner und sind aber unvollständige Bakterien, kann man sagen. Bei denen fehlt ein erheblicher Teil des Stoffwechsels und man könnte fast sagen, es ist so ein Zwischending zwischen Viren und Bakterien. Sie sind viel kleiner und sind immer intrazellulär, also die befallen auch die oberste Schleimhautschicht im Genitalbereich, übrigens auch natürlich im Analbereich und dem oralen Bereich, das muss man immer dazusagen. Das ist heutzutage so, dass man alle drei Regionen untersuchen muss, wenn man nach solchen Krankheiten sucht. Und da ist es so, dass der einzige Unterschied, kann man eigentlich sagen, bei Chlamydien ist, dass die Komplikationen, über die wir jetzt noch gar nicht so gesprochen haben, seltener sind als bei der GO, dass sie etwas häufiger noch asymptomatisch verlaufen. Kann man vor allem bei Frauen sagen, da sind bis zu 80 Prozent der Chlamydien-Infektionen asymptomatisch, weil eben die Symptome auch leichter sind. Aber letztlich ist am Ende auch so eine Art Ausfluss, der nicht ganz so stark eitrig ist wie bei

der GO. Früher hat man die immer als nichtgonorrhöische Urethritis beim Mann bezeichnet, also eine Urethritis ist eine Harnröhreninfektion. Und wenn man bei einer Harnröhreninfektion dann einen Abstrich gemacht hat und in dem Ausfluss da keine Bakterien gesehen hat, unterm Mikroskop, das haben die Hautärzte oder die Urologen dann direkt in ihrer Praxis gemacht, dann hat man früher immer gesagt, es ist eine nichtgonorrhöische Urethritis. Und heute weiß man eben, hat man inzwischen den Erreger festgestellt, dass das bestimmte Sorten von Chlamydien sind. Gibt ganz viele Chlamydien, die auch andere Sachen am Auge und sonst wo machen, aber eine bestimmte Sorte von Chlamydien kopiert eigentlich, kann man sagen, eins zu eins die Symptomatik von der Gonorrhöe. Und Chlamydien sind, weil die Krankheit eben weniger schwer verläuft, eher auch mal chronisch wird, also eine ganze Weile dauert, bis sie ausheilt, beides kann übrigens spontan heilen, auch ohne Therapie, sind Chlamydien eben sehr verbreitet. Das ist quasi, in Europa kann man definitiv sagen, die Nummer eins der sexuell übertragbaren Erkrankungen.

#### **Susann Böttcher**

Und wenn es Bakterien sind und die in den Schleimhäuten zu finden sind, da hilft auch das Kondom wahrscheinlich nicht vollumfänglich.

#### **Alexander Kekulé**

Ja doch. Also es ist so. Wenn man normalerweise, das wird ja heutzutage empfohlen, wegen HIV insbesondere natürlich, das ist auch eng verwoben, also diese nicht HIV-Erkrankungen und aber sexuell übertragbaren Erkrankungen, sind von der Epidemiologie heutzutage eng verwoben. Letztlich mit der Frage, wie häufig in bestimmten Gruppen HIV auftaucht, wie es übertragen wird und so weiter. Wenn man wegen HIV oder ganz generell Kondome benutzt, dann werden auch Chlamydien und Gonokokken deutlich weniger übertragen. Also beim normalen Sexualverkehr, kann man sagen, ist die Übertragung dann extrem selten. Also das ist wirklich, klar kann das vorkommen, aber es ist extrem selten, ist er nicht typisch. Aber es kann natürlich zu einer oralen Infektion kommen. Auf zwei Wegen, das eine ist natürlich oraler Sexualverkehr, das andere ist aber auch: Wenn einer quasi sich das schon

mal geholt hat und so zum Beispiel Gonokokken im Hals hat oder auch Chlamydien, sexuell übertragbare Chlamydien, dann kann man das auch durch Küssen übertragen. Also das ist so, dass, anders als HIV, was durch Küssen quasi nicht übertragen wird, werden diese bakteriellen Infektion durch Küssen durchaus übertragen. Sodass auch wenn Menschen regelmäßig Kondome benutzen, sie dann manchmal zum Arzt gehen und sagen: Ich weiß gar nicht, warum, ich benutz jetzt doch immer Kondome. Und dann haben sie aber trotzdem sich Gonokokken oder Chlamydien geholt. Also das ist durchaus leider möglich. Das muss man sich so vorstellen. Bakterien, da kommt es auf die Infektionsdosis relativ stark an. Also manchmal ist es so, dass wenige Bakterien übertragen werden, und das Immunsystem räumt die weg von der Schleimhaut, bevor es zu einer Infektion kommt. Wenn etwas mehr Bakterien übertragen werden, dann kommt es zu einer Infektion, aber häufig mit einer relativ langen Inkubationszeit. Die kann dann auch mal zwei, drei Wochen dauern, sowohl bei Chlamydien als auch bei Gonokokken. Und wenn sehr viel auf einmal übertragen wird, dann ist die Inkubationszeit kurz, und man sieht relativ schnell, dass man sich infiziert hat. Das kann dann bei Chlamydien schon nach einer Woche sein, bei Gonokokken, wenn es ganz viele waren, vielleicht schon nach zwei Tagen. Also das kommt eben bei Bakterien auf die Dosis interessanterweise an, ob ich überhaupt krank werde und wie lange die Inkubationszeit ist, also wie lange es dauert, bis ich Symptome habe. Und dadurch ist es halt so, dass es häufig unerkannte Erkrankungen gibt. Man kann auch vielleicht noch sagen, das hängt vielleicht mit dem Sexualverhalten zusammen, das kann ich jetzt nicht wirklich sagen, aber es ist so, dass in den letzten Jahren eigentlich bei den Ärzten klargestellt worden ist, dass diese oralen Infektionen häufiger geworden sind. Insbesondere bei den Gonokokken. Und die werden häufig übersehen, weil man da als Arzt nicht so daran denkt. Und leider sind die Ärzte in Etagen quasi verabredet. Der eine ist Hals-Nasen-Ohren zuständig und hat mit Geschlechtskrankheiten gar nichts zu tun. Zahnärzte haben notorisch eine relativ dürftige Ausbildung in Mikrobiologie, weil die andere Dinge können müssen. Und der Urologe, der sozusagen wirklich der Spezialist da

drauf ist, der schaut halt nicht in Mund rein. Und deshalb übersehen die niedergelassenen Ärzte in der letzten Zeit häufig orale Infektionen. Wir nehmen an, dass die Zunahme der Resistenzen, die man in letzter Zeit sieht, die hat verschiedene Gründe. Aber einer der Gründe ist wahrscheinlich, dass man diese oralen Infektionen bei den Gonokokken übersieht.

### **Susann Böttcher**

Und als Patient oder Patientin von sich aus sagt man wahrscheinlich auch nicht: „Vielleicht könnten wir mal darauf testen“.

### **Alexander Kekulé**

Also eigentlich ist es so... In den Leitlinien für die Ärzte oder die Ausbildung, oder stellen Sie sich vor, Sie werden gezwungen, in so einer mikrobiologischen Vorlesung zu sitzen. Dann würden sie das natürlich lernen, dass man immer alle drei Orte inzwischen abstreicht. Ja, also früher waren sexuell übertragene Erkrankungen nur an den Sexualorganen, sozusagen den Genitalien zu suchen. Heute machen sie immer auch einen Rektalabstrich und auch einen Abstrich aus dem Rachen, wenn sie aufgepasst haben oder erst kürzlich studiert haben. Das wissen aber eben viele nicht. Und bei den Patienten ist es natürlich noch komplizierter. Da müssen sie erst mal draufkommen, wenn sie irgendwie so eine entzündete Stelle im Mund haben, wo sie nicht genau wissen, was das ist. Das geht einfach nicht weg, es tut nicht besonders weh, aber es sondert eben so etwas Eitriges ab, da denkt man an alles Mögliche. Und da ist eben, auch wenn das Thema so ein bisschen unappetitlich ist, das ist mir schon klar, Aufklärung glaube ich notwendig.

0:26:16

### **Susann Böttcher**

Machen wir es noch rund. Syphilis, ich hatte anfangs gesagt, ist für mich irgendwie mit dem Mittelalter verbunden. Aber auch hier steigt die Zahl um 34 Prozent, speziell nach Corona nochmal. Was sind da die Symptome?

### **Alexander Kekulé**

Naja, dieses Ansteigen. 34 Prozent sind die Daten der europäischen Agentur. Europaweit steigt es an, weiß keiner genau warum, aber man kann so grundsätzlich sagen: dieser Anstieg ist zum ganz erheblichen Teil durch Männer, die Sex mit Männern haben, verursacht,

also bei dieser Patientengruppe. Wenn sie die sozusagen wegstreichen würden, hätten sie fast keinen Anstieg. Und da wiederum bei denen, die häufig wechselnde Sexualpartner haben. In Deutschland ist es so, die Syphilis ist im Gegensatz zu den vorgenannten Erkrankungen schon seit 2001, meine ich, meldepflichtig in Deutschland. Da ist es tatsächlich so, dass es keinen Anstieg gibt. Das ist eine seltene Erkrankung, Syphilis wird nur noch selten diagnostiziert bei uns. So 8.000 Fälle pro Jahr ungefähr werden gemeldet. Und in der Größenordnung ist es schon seit mindestens zehn Jahren, da hat sich nicht so viel geändert. Die Symptomatik bei Syphilis ist so, da muss man quasi fast schon Lehrbücher schreiben, oder gibt es ganze Lehrbücher nur darüber, welche Symptome es gibt. Und zwar deshalb, weil die Syphilis typischerweise in vier Stadien verläuft. Manche kennen das ja vielleicht, dass früher Leute diese Neurosyphilis hatten und quasi wahnsinnig geworden sind. Wird auch allen möglichen Künstlern und berühmten Gestalten der Weltgeschichte nachgesagt, dass sie Syphilis bekommen hätten im späteren Lebensalter. Oder die Syphilis ins Stadium 4 gegangen ist, im späteren Lebensalter, und sie deshalb verrückt geworden sind oder sonst was. Diese Neurosyphilis, um mit dem letzten Stadium anzufangen, ist heutzutage super selten. Das gibt's eigentlich nur noch bei Patienten, die HIV-positiv sind und schlecht therapiert wurden, das ist eher exotisch. Aber das allererste Stadium von den vieren, diese primäre Syphilis, wie man sagt, das verläuft so das der Stelle, wo die Bakterien sich erst mal eingesiedelt haben. Also wo die Infektion stattgefunden hat, nimmt man zumindest an, dass das diese Stelle ist, an der Stelle gibt es so eine kleine Papel, sagen wir, also so ein Knötchen in der Haut. Das ist ganz klein, die Ärzte sagen immer Hirsekorn groß, wobei man sagen muss, wer weiß schon heutzutage so genau, wie groß ein Hirsekorn ist. Also ich würde mal sagen zwei Millimeter ungefähr. Ja, gibt übrigens, wenn man jetzt da rein will, es gibt verschiedene Sorten von Hirse auch noch. Da gibt es auch welche mit viel größeren Körnern.

### **Susann Böttcher**

Das wird eine andere Ausgabe vom Gesundheitskompass.

### Alexander Kekulé

Die Ärzte meinen zwei Millimeter ungefähr, ein bis zwei Millimeter, also ganz klein. Und die sind hart. Also, das ist quasi ein hartes Knötchen. Und am Anfang nur so ein Knötchen... ist schmerzfrei typischerweise. Das ist ganz wichtig, wenn man sonst eine Entzündung hat da, so eine Art Pickel, der tut ja weh. Und das ist hier gar nicht so, es gibt auch keine Rötung außen rum, das ist ein kleines Knötchen und das entwickelt sich innerhalb von ein paar Tagen zu einem sogenannten Ulcus. Da sagt man auch harter Schanker dazu, fragen Sie mich nicht, woher das deutsche Wort Schanker kommt, aber so hat man das genannt. Es ist ein Ulcus, das heißt, es sieht dann so aus wie so ein kleiner Krater. Also es hat eine Vertiefung in der Mitte, ist ein paar Millimeter im Durchmesser und außen rum hat es so einen Rand wie ein Krater, der auch hart ist und scharf abgegrenzt ist. Also wenn man das mal gesehen hat, manchmal muss man eine Lupe zu Hilfe nehmen, ist es ziemlich eindeutig, wenn man so einen Primäraffekt, also Primärherd von Syphilis hat. Also diesen harten Schanker oder Ulcus durum, das harte Ulcus, sagen die Ärzte dazu. Das zweite, was man im Primärstadium der Syphilis eigentlich immer hat, natürlich nicht jeder sofort finden kann, sind vergrößerte Lymphknoten. Also in der Leistengegend sind immer, mindestens auf einer Seite, ein Paar Lymphknoten klar vergrößert und die aber auch schmerzfrei, also schmerzlos. Wenn man so eine normale Entzündung hat, irgendwie Bakterien anderer Art oder sich verletzt hat oder so, dann ist es so, dass auch manchmal die Lymphknoten dick werden. Und das tut aber dann weh, wenn man draufdrückt. Und das ist aber typisch bei diesem sogenannten Primärkomplex der Syphilis, dass man die großen Lymphknoten hat, schmerzfrei, und auch diesen Schanker quasi hat, dieses harte Ulcus, was auch schmerzfrei ist und relativ leicht zu erkennen ist und an der Stelle, wo man sich infiziert hat. Also ganz typisch, die Jungs haben das dann halt vorne am Penis und die Frauen an den Schamlippen. Da würde man das typischerweise vermuten, kann natürlich auch an allen möglichen anderen Stellen sein, aber im Prinzip ist es eigentlich diagnostizierbar, wird aber halt häufig übersehen, wenn man auf so

etwas nicht achtet. Was, da kann man eigentlich sagen, Menschen, die häufig wechselnde Partner haben, sollten, auch wenn die Syphilis selten ist, da schon gelegentlich mal eine Selbstuntersuchung vornehmen. Und wenn man es nicht sieht, ist nämlich das Gemeine, dass es von selber abheilt. Dann denkt man: „Ui, super! Heilt von selber ab. Was ist daran gemein?“ Ne, das hat man so vier Wochen lang, und dann ist es weg. Ja, und dann sind eben die Bakterien nicht weg und dann können diese Bakterien, die noch da sind, dann eben diese sekundäre, tertiäre oder quartäre Lues machen, sagt man auch. Also Syphilis im zweiten, dritten oder vierten Stadium. Da gehe ich jetzt nicht so drauf ein, aber das zweite Stadium vielleicht, das kommt so nach ein bis zwei Monaten nach der Infektion und wirkt so ähnlich wie eine fiebrige Erkrankung. Und da hat man alle möglichen Ausschläge und so etwas und Knochenschmerzen manchmal. Also gibt es eine lange Liste von Symptomen, die Syphilis galt früher auch als Chamäleon unter den Krankheiten, weil sie so viele verschiedene Symptome dann in den späteren Stadien machen kann. Aber ich finde bei uns, wo man doch auf seine Gesundheit sehr genau achtet, sollte das erste Stadium wirklich erkannt werden. Und da habe ich gerade beschrieben, wie das aussieht.

### Susann Böttcher

Jetzt stelle ich mir aber so eine Anfang 20-Jährige vor, frisch und fröhlich im Partyleben, mehrere Sexualpartner. Dann sieht man, da ist irgendetwas komisch. Nach vier Wochen etwa, haben Sie gesagt, heilt das ab, aber trotzdem hat man ja noch Syphilis und kann andere anstecken, oder?

### Alexander Kekulé

Ja. Also ist das zweite Stadium muss nicht kommen. Also es ist nicht so, dass alle ins zweite Stadium übergehen, aber ein Teil eben, ja. Und dann genau, also das erste und das zweite Stadium sind ansteckend. Und dann später, im späteren Stadium, gibt es eben das dritte und vierte. Da ist es dann so, dass die Krankheit nicht mehr ansteckend ist, aber man dann so nach und nach, sag ich mal, Invalide wird regelrecht durch die Syphilis. Was da passiert ist, dass sich im ganzen Körper so kleine Knötchen bilden, die die inneren Organe kaputt machen

und eben auch im Gehirn bilden können, wo dieser Krankheitserreger sich ein bisschen vermehrt. Und das Immunsystem dann kommt und den in Schach hält. Und dadurch hat man dann hinterher so eine so eine Art Bindegewebsknötchen oder so ähnlich könnte man das beschreiben. Was eben, wenn sie das im ganzen Körper überall haben, nach und nach eben die Funktionen stört. Also da können dann die Nieren kaputtgehen, und die Leber ist gestört und eben das Zentralnervensystem. Besonders gefürchtet sind die Komplikationen an den Schlagadern am Herzen. Da kann es dann zu Aneurysmen kommen, also zu Veränderungen der Arterienwände und so was. Also gibt es ganz viele Krankheiten, wie gesagt, ein ganzes Lehrbuch voll, die quasi in der Spätfolge auftreten. Und darum kann man eigentlich nur dringend appellieren an jemanden, der vielleicht Verdacht hat, dass er sich da die Syphilis geholt hätte, oder dass er, sagen wir mal andersrum, dass er Geschlechtsverkehr hatte mit einem Partner, wo er denkt, also am nächsten Morgen, „das war vielleicht doch nicht so eine gute Idee, bei Tageslicht betrachtet“. Also da sollte man einfach dann in der Folgezeit ein bisschen aufmerksamer sein. Und man kann das wirklich feststellen. Also eine Syphilis, auch Stadium eins, in der Regel hat man die Symptome. Leider gibt es auch da einen Teil, früher hat man gesagt bis zu 50 Prozent, ich glaube nicht, dass die Zahl so hoch ist, die angeblich dieses Stadium eins gar nicht haben. Also die dann gleich irgendwann ins Stadium zwei übergehen. Da waren halt die Leute in der Zeit, als die Syphilis so richtig ein großes Thema war, das ist ja schon eher eine historische Krankheit, da waren auch die Verhältnisse anders. Da hat man so was nicht so genau untersucht. Wer hatte schon eine Lupe zu Hause und hat auch so Kleinkram wie ein Hirsekorn geachtet? Da war das etwas häufiger, dass man gesagt hat, das ist asymptomatisch, weil wenn da mal irgendetwas irgendwie komisch ausgesehen hat, das hat man einfach ignoriert, Hauptsache, es tut nicht weh. Und das tut eben leider nicht weh oder warnt einen nicht durch Schmerzen oder Jucken wie die anderen Erkrankungen. Das war ja früher so, muss man sich auch klar machen, das finde ich immer ganz schön an diesen Geschlechtskrankheiten, das wurde ja auch ein bisschen als Gottesstrafe immer so

verkauft. Da hat man immer gesagt. Ja, das ist eben, das ist eine Lustkrankheit, eine Lustseuche, wie gesagt, die Syphilis und die GO waren eigentlich eins. Und wahrscheinlich gab es damals auch schon Chlamydien, aber da war man weit davon entfernt, dann sowas zu unterscheiden. Da hat man auch die Leute irgendwie, wenn die dann so etwas hatten, war das dann nicht so, dass man sich bemüht hat, die zu heilen, sondern das war eher eine seuchenpolizeiliche Aufgabe, dann die Prostituierten rauszuziehen aus dem Bordell, die also möglicherweise krank waren und die durften dann halt nicht mehr arbeiten. Das war eher so dieser Teil und nicht so, dass die dann zum Arzt geschickt wurden, damit sie geheilt werden, gab eh keine Medikamente. Interessanterweise die ersten Antibiotika, also Medikamente, die Bakterien töten, wurden gegen Geschlechtskrankheiten entwickelt. Und da hatte man eben solche, die zum Beispiel Quecksilbersalze enthalten, also den ganzen Körper richtig vergiften. Oder Arsensalze oder sowas. So ein Syphilitiker, der war dann richtig blass von den Medikamenten, die er eingenommen hat, und ging auch daran langsam zugrunde. Aber irgendwie war so ein bisschen die Psychologie dahinter: Der hat es verdient. Also es waren dann deutsche Pharmakologen, die diese Verbindungen ungiftiger gemacht haben, aber jetzt nicht so sehr, um die zu strafenden Syphilitiker zu entlasten, sondern weil man gehofft hat, dass man die Medikamente auch gegen andere Bakterien einsetzen kann. Übrigens der, der die Gonokokken entdeckt hat, Albert Neisser, ein Deutscher, in der Geschichte der Mikrobiologie gab es ganz, ganz viele Deutsche, heutzutage spielen Sie leider keine so große Rolle mehr... Albert Neisser, der war ein ganz berühmter quasi Mikrobiologe, der also die Methoden von Robert Koch und Louis Pasteur in Deutschland angewendet hat. Der hat das Bakterium entdeckt, also diese Bakterien, die Gonorrhoe machen, die heißen *neisseria*. Neisserien heißen die nach ihm. Der war auch geehrtes Mitglied der Leopoldina, ein Frühmitglied der Deutschen Akademie der Wissenschaft. Ist auch bis zu seinem Ableben da nicht rausgeschmissen worden. Aber der hat damals an, wie er meinte, einer Handvoll Prostituierten dann so Versuche im Krankenhaus gemacht und die künstlich mit Neisserien, oder

damals hießen sie noch nicht so, mit Gonokokken-Erregern infiziert, ohne denen etwas zu sagen. Eine davon soll zehn Jahre alt gewesen sein, ohne die Eltern zu informieren. Und die haben dann eben auch diese Krankheit gekriegt und weil das eben Prostituierte waren, fand er das scheinbar in Ordnung. Also, so war damals so die Haltung dazu, das war ja noch im späten 19. Jahrhundert. Übrigens ist ihm der Prozess gemacht worden. Er hat dann ein Disziplinarverfahren bekommen und hat eine Rüge bekommen, also die leichteste Form der Disziplinarstrafe dafür. Und der Prozess ist irgendwie im Sande verlaufen. Und die Leopoldina hat nicht für nötig gehalten, irgendetwas gegen ihn zu machen. Im Gegenteil, die Wissenschaftler haben sich damit ihm solidarisiert und gesagt, ne, solche Menschenversuche muss man eben machen, um die Wissenschaft voranzubringen. Ganz interessantes Beispiel wie damals man gedacht hat, insbesondere in Bezug auf solche Geschlechtskrankheiten.

0:38:59

#### **Susann Böttcher**

Nun würde ich allerdings heute auch nicht ausschließen, im Jahr 2024, das so ein Gang zum Arzt nicht trotzdem irgendwie schambehaftet ist. Vielleicht gerade im ländlichen Raum, da ist man irgendwie seit einer gewissen Zeit bei dem Allgemeinmediziner, seit man Kind ist. Und dann geht man hin und sagt: Ja, ich würde mich gern mal testen lassen. Deshalb die Frage nach den Heimtests. Also. Im Vorgespräch, Herr Kekulé, habe ich gesagt: Schauen Sie mal hier, die FDA, die amerikanische Arzneimittelbehörde lässt jetzt Heimtests zu. Und dann kann ich mal abkürzend sagen: „Ja, Frau Böttcher, das gibts bei uns schon Ewigkeiten.“ Wie funktioniert so ein Heimtest? Und ich habe schon mal kurz den Vorteil angesprochen. Natürlich, man kann das für sich machen, man ist da anonym, ohne irgendwie im Wartezimmer zu sitzen. Wie funktioniert das, aber was sind auch die Nachteile, Herr Kekulé?

#### **Alexander Kekulé**

Ja, es gibt, wenn man so sagen darf, zwei Kategorien von Heimtests. Die einen funktionieren so, dass man Zuhause selber einen Abstrich nimmt, am besten an den drei genannten Regionen und zusätzlich, wenn man HIV auch machen will, eine kleine Blutprobe. Da muss man

sich selbst in den Finger piksen oder jemand anderes bitten, das zu machen, wenn man es nicht übers Herz bringt. Und dann schickt man das ins Labor ein. Also das sind quasi Heimabnahme-Labortests, wo also der eigentliche Test im Labor gemacht wird. Die sind von der Aussagekraft ziemlich gut. Also da sind viele Untersuchungen gemacht worden, ob sozusagen, wenn Laien diese Abnahme machen, das Ergebnis dann vergleichbar ist mit der Abnahme, wenn sie im Krankenhaus oder in der Praxis durch spezialisiertes Personal erfolgt. Der Unterschied ist minimal. Also das ist völlig in Ordnung, das Zuhause zu machen, hundert Prozent sicher ist kein Testergebnis. Kann man lange drüber reden, aus welchen Gründen. Aber das ist auf jeden Fall ein brauchbares Ergebnis. Und der Vorteil ist, sie können es zuhause machen. Da bestellen sie so ein Testkit irgendwo, das kommt per Post. Und da machen sie das und füllen so ein paar Papiere aus und schicken es wieder weg. Und da können sie entweder per Post oder auf so einer App kriegen sie gemeldet, was dabei rausgekommen ist. Müssen typischerweise Geld dafür zahlen. Das ist eine ganz gute Methode eigentlich. Die zweite Variante ist, und das ist so in der Entwicklung gerade, echte Bedside-Tests, die man quasi auf dem Nachtkästchen machen kann, wo man sofort das Ergebnis sieht. Meines Wissens, da weiß ich jetzt, ob ich auf dem neuesten Stand bin, aber meines Wissens gibt es das bisher bei uns nur für HIV, also als AIDS-Test, als HIV-Test. Man muss immer aufpassen, die HIV-positiven legen Wert darauf, dass sie nicht als AIDS-Patienten bezeichnet werden, weil bloß, weil man HIV-positiv ist, hat man die Krankheit AIDS ja noch nicht. Das ist politisch ein bisschen ein Minenfeld, drum sage ich das da an der Stelle so deutlich. Aber dieser HIV-Test, den kann man tatsächlich... da gibt es eine Variante, die kann man sofort machen. Dann kann man sich in den Finger piksen oder den Partner in den Finger piksen und macht den Test. Ich weiß nicht, 20 Minuten später hat man das Ergebnis, so ähnlich, wie man das von den Corona-Tests kennt. Die sind natürlich nicht sicher, also das ist eine Methode, die leider eine hohe Fehleranfälligkeit hat. Also auf den Test sollte man sich eher nicht verlassen. Ich würde fast sagen, aber das ist jetzt so ein Gerede aus meiner Generation. Also wenn

man meint, dass man so einen Test braucht, bevor man sich mit seinem Partner einlässt, vielleicht sollte man da überlegen, dass man es dann gleich erst mal lässt. Ja, man kann ja noch ein paar Mal Kaffee trinken, bis man den anderen dann etwas besser kennenlernt. Also wenn man so ein komisches Gefühl hat, dass man den Test haben will. Und ich kann mir auch vorstellen, dass so ein Test einem echt ein bisschen die Stimmung verdirbt. Also selbst, wenn er dann günstig ausfällt, weil man ja weiß, 100 Prozent sicher ist es nicht. Also, wenn jetzt, was weiß ich, der Partner kommt aus dem Urlaub zurück und gesteht also freimütig, dass er da auf Mallorca oder sonst wo fünf verschiedene andere Partner hatte. Ich sage jetzt absichtlich mal das Geschlecht nicht dazu, weil das natürlich in allen Variationen passieren kann. Und kommt dann zurück und dass man dann sagt: Ja jetzt musst du aber diesen Test machen hier im Schlafzimmer, das ist irgendwie Quatsch. Ja, sondern da sollte man einfach eine Weile warten. Und dann kann der gelegentlich, wenn er den Verdacht hat, er hat sich da was eingefangen, mal zum Arzt gehen. Die machen das viel professioneller. Und den Heimtest, den echten Heimtest gibt es nur für HIV. Und die anderen Erkrankungen sind zwar nicht so tödlich, ganz klar nicht so gefährlich, nicht so dramatisch wie eine HIV-Infektion. Nicht so lebensverändernd. Aber trotzdem ist es auch besser, wenn man sich die spart und da braucht man den Test wo man zumindest die Proben ins Labor zurückschicken kann.

#### **Susann Böttcher**

Und es ist ja die Frage, wenn man dann trotzdem einen positiven Test zurückbekommt, sollte man ja trotzdem dann auch den Gang zum Arzt wagen und nicht irgendwie mit Selbstmedikation rumdoktern.

#### **Alexander Kekulé**

Ja, also, das ist natürlich jetzt ein Riesinfeld. Dadurch, dass es in Deutschland schon so lange im Einsatz ist. Übrigens, die Amerikaner gucken sich das genau an, wie das bei uns passiert, weil das in den USA bisher noch nicht so zulässig ist. Dadurch schaut man sich so ein bisschen an, was sind jetzt die Konsequenzen? Und natürlich ist es so, dass diese Schnelltests ich weiß nicht, was die Kosten, vielleicht 70 Euro oder...

#### **Susann Böttcher**

Um die hundert, ja.

#### **Alexander Kekulé**

Um die hundert, Sie haben sich eingedeckt.

#### **Susann Böttcher**

Ich habe einiges recherchiert.

#### **Alexander Kekulé**

Recherchiert natürlich, ja. Also es ist so um die hundert, wenn sie dann so Mehrfachtests machen, wo dann so all-inclusive alles dabei sein soll. Aber das sind immer die, wo man es wegschickt. Ja, also da macht man eine Probe und schickt die weg. Das läuft praktisch gesehen übrigens so, also typischerweise, ich weiß nicht, ob da alle Anbieter gleich sind. Wenn sie ein negatives Testergebnis haben, kriegen sie das automatisiert mitgeteilt, zum Beispiel mit einer App. Und wenn die App sagt: Bitte rufen Sie uns an! Dann ist es schon mal schlecht, dann wird man ihnen wahrscheinlich am Telefon sagen, dass einer der Tests positiv war. Und dann wird man natürlich auch gleich dazu sagen, bitte gehen Sie zum Arzt. Also das versuchen die. Aber es gibt natürlich dann so eine Szene, die da besonderen Bedarf haben, besonderen Umsatz auch mit solchen Tests haben. Das ist klar, wenn sie ständig wechselnde Geschlechtspartner haben. Also die Epidemiologen sagen: mehr als fünf im letzten halben Jahr, damit man mal so eine Vorstellung hat, dann ist man sozusagen jemand mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern. Und da gibt es aber auch einige, die kommen da auf ganz andere Zahlen, also locker auf das Zehnfache. Und wenn sie in diesem Bereich sind, entweder, weil sie so einen Lebenswandel haben, das irgendwie interessant finden oder möglicherweise auch beruflich machen. Also dann quasi Sexarbeiter, wie man auf neudeutsch dazu sagt, sind, in der Prostitution arbeiten. Dann ist natürlich so, dann machen sie wahrscheinlich häufiger diese Tests, oder Leute wollen dann vielleicht auch, dass sie diese Tests häufiger machen. Und was ist dann, wenn sie dann feststellen ja, ich habe jetzt einen Nachweis von Gonokokken. Kaum Symptome, diese Tests sind relativ empfindlich, kaum Symptome, Gonokokken sind bei mir mal wieder positiv. Ja, dann wissen sie natürlich von den letzten fünfmal, welches Antibiotikum sie da ge-

nommen haben. Azithromycin ist so ein Klassiker, den man da kriegt. Das hat den Vorteil, dass man es nur als Tablette nehmen muss und nicht spritzen muss. Und dann sagt man, „ja, super, nehme ich das halt wieder“. Dann haben sie auch einen Arzt, der ihnen das verschreibt oder noch was übrig hat in einer Schachtel. Oder Leute besorgen es aus dem Ausland. Und das ist so eine, muss man sagen, da ist eigentlich so ein Graubereich entstanden, von relativ vielen Menschen, die sich regelmäßig testen mit diesen Heimtests und die sich dann wohl auch selber ohne richtig professionelle ärztliche Hilfe therapieren. Und meistens geht es ja auch gut. Die Mikrobiologen sehen das sehr ungern. Erstens, weil sie natürlich dann auch die Meldungen nicht mehr haben, jetzt auch nach der neuen Rechtsituation in Deutschland wird es dann nicht gemeldet. Und zweitens ist der Nachteil der, dass sie resistente Keime züchten, insbesondere bei der Gonorrhoe. Also man muss noch dazusagen, wichtiger Unterschied zwischen Chlamydien und Gonokokken ist, die Chlamydien sind gegen die Antibiotika, die man da gibt, immer empfindlich. Also in Deutschland haben wir keine resistenten Chlamydien bisher. Ich glaube auch nicht, dass die kommen werden, weil diese Mittel, der Wirkmechanismus so ist, dass es da eigentlich keine Resistenzen gibt. Das heißt, das Zeug, was man dann nimmt, was auch immer das ist, gehe ich jetzt nicht ins Detail, wirkt bei den Chlamydien. Bei den Gonokokken ist es anders. Da haben wir einen zunehmenden Anteil von resistenten Bakterien. Und ein weiterer Grund, warum die resistent sind, neben den oralen Infektionen, ist eben die Selbstmedikation. Dass Leute dann sagen, „Ja, das Azithromycin, das hat mir schon beim letzten Mal geholfen. Das muss man als Tablette nehmen. Wenn ich zum Arzt gehe, der gibt mir dann eine Spritze zusätzlich. Da habe ich gar keinen Bock drauf und nehme ich lieber nur die Tabletten.“ Und dadurch züchtet man quasi resistente Keime. Das mit dem Arzt... Ich weiß nicht, dass ist eher so meine Generation, da gab es Frank Zappa, ich weiß nicht, ob Sie den noch kennen. Sagt Ihnen der was? Frank Zappa, so Musiker in circa 70er, 80er-Jahren, der sehr, sehr schmutzige...

**Susann Böttcher**

Bobby Brown, oder?

**Alexander Kekulé**

Bobby Brown, genau, „Hey there, i'm Bobby Brown“, das ist so einer der Texte, die Englisch und absolut nicht jugendfrei sind.

**Susann Böttcher**

Absolut nicht.

**Alexander Kekulé**

Und da gibt es einen anderen Song von ihm, der hieß, „Why Does It Hurt When I Pee?“.

**Susann Böttcher**

Oh Gott!

**Alexander Kekulé**

Warum tut es weh, wenn ich piesle?

**Susann Böttcher**

Und Sie haben die Antwort!

**Alexander Kekulé**

Nein, ich kenne aber, ich kenne noch genau den... ich könnte jetzt vorsingen, das ist meine Generation. Das ging dann weiter: „Why does it hurt when I pee? – I don't want no doctor to stick a needle in me.“. Und dann kommt da drauf: „Ich hab es vom Klositz“. Also ich möchte nicht, dass der Arzt mich pikst, und es muss so sein, dass ich es von der Toilette hab.

**Susann Böttcher**

Mhm, klar.

**Alexander Kekulé**

So diese Idee, also es kann auf keinen Fall sein, dass ich mir das irgendwie, sage ich mal, unsittlich geholt habe und ich will nicht gepikst werden. Das steckt da noch drinnen. Und es ist halt so das zweite Antibiotikum, was man bei Gonokokken eigentlich, wenn man es genau nach Lehrbuch macht und richtig macht, heutzutage geben muss, ist eins, was injiziert wird. Da kriegt man noch zusätzlich eine Spritze. Und die wollen viele nicht, weil man da auch zum Arzt muss. Und stattdessen eben selber die Tabletten. Und drum ist so ein Kreislauf entstanden. Leute testen sich, und wenn sie positiv sind für Gonokokken, dann nehmen sie eben die Tabletten selber. Und das ist aus Sicht des Mikrobiologen natürlich ein Gräuel, weil man dann insbesondere diese resistenten Keime züchtet, die in letzter Zeit immer mehr werden. Das ist der Hauptgrund, warum wir bei den Gonokokken beunruhigt sind.

0:49:46

**Susann Böttcher**

Wir hatten HIV jetzt mehrfach angesprochen. Kleiner Hinweis, Ausgabe 21 Kekulé's Gesundheitskompass, vor ziemlich genau einem Jahr veröffentlicht, am 16. März 2023. Da haben Sie mit meinem Kollegen Herrn Kröger über den sogenannten Düsseldorfer Patienten gesprochen, der dritte Mensch, der von HIV geheilt wurde. Nun gab es vor ein paar Wochen, mit Februar, die Meldung aus Los Angeles, die fünfte HIV-Heilung. Ähnlich verlaufen, auch ein Patient mit Leukämie. Dank einer Stammzelltransplantation, nach mehr als 30 Jahren Infektion, von HIV geheilt. Nun muss ich mal, es ist nur ein Bauchgefühl, aber es geht recht langsam voran. Oder? So eine Heilung von HIV.

**Alexander Kekulé**

Ja, also diese Methode ist eine Ultima Ratio. Also wer die Details hören will, das haben wir in diesem anderen Podcast ja besprochen. Also das ist eine ziemlich brachiale Methode, bei der letztlich das Immunsystem komplett entfernt wird. Ja, das ist wie eine Herztransplantation, aber in dem Fall vom Immunsystem. Man nimmt das alte Immunsystem raus, mehr oder minder, und ersetzt es durch ein neues. Und bei dieser Gelegenheit werden eben die HIV infizierten Zellen mit entfernt. Weil das AIDS-Virus, das HIV, das befällt eben bestimmte Lymphozyten, bestimmte weiße Blutkörperchen, die für die Immunabwehr ganz wichtig sind. Und deshalb schwächt es ja das Immunsystem, und deshalb kann unser Immunsystem HIV nicht richtig eliminieren. Und deshalb ist es auch so mühsam, dagegen Impfungen zu entwickeln, was nicht richtig funktioniert. Und deshalb ist ganz klar, wenn man eine Knochenmarkstransplantation quasi macht, also alles rausnimmt und neu einsetzt, dann hat man als Nebeneffekt dieser Heilung einer Leukämie, einer Blutkrebserkrankung, hat man als Nebeneffekt dann das HI-Virus eliminiert. Also das eine ist, dass man das natürlich selten macht. Das zweite ist, es ist eine irrsinnig aufwendige Sache. Die würde man auf keinen Fall bei jedem Patienten empfehlen. Und natürlich die ganzen, die es am dringendsten bräuchten, die Menschen in Afrika, südlich der Sahara, also die wissen gar nicht, dass es so etwas gibt, geschweige denn, dass die da Zugang zu solchen Therapieformen hätten. Das ist mehr so, wir

würden das als „proof of principal“ bezeichnen. Also man hat bewiesen, dass es im Prinzip geht. Das stimmt optimistisch, weil man dann weiß, dass man bestimmte künftige Therapieansätze darauf aufbauen kann. Aber nicht, dass man genau diese Therapie dann sozusagen verallgemeinert. Und das andere, warum es so lange dauert, ist natürlich, wann erklären sie jemanden für geheilt bei so einer chronischen Erkrankung? Dann müssen sie natürlich nach der eigentlichen Therapie eine ganze Weile warten, ob es keinen Rückfall gibt, ob nicht irgendwo versteckt im Körper noch so ein paar HI-Viren waren, die dann die neu transplantierten Immunzellen wieder befallen. Und deshalb ist sozusagen, bis eine Universität oder irgendein Klinikum sagt, jawohl, wir haben da wieder einen Patienten, den wir als geheilt betrachten, warten die seriöser Weise immer eine Weile ab. Und das ist der Grund, warum das lang dauert. Also da darf man nicht so ungeduldig sein. Ich finde, wenn das RKI ein paar Schnittstellen an seiner Software ändern muss, da darf man ungeduldig sein. Aber die HIV-Forschung, bei der HIV-Forschung, geben Sie denen noch ein bisschen Zeit. 1985 ist das Virus entdeckt worden, 84, 85, und das dauert einfach eine ganze Weile. Und durch die therapeutischen Möglichkeiten mit Medikamenten hat diese Erkrankung ja ganz massiv ihr Gesicht verändert.

0:53:22

**Susann Böttcher**

Sie haben es in der Ausgabe als „Man-to-the-Moon-Project“ beschrieben, Mann zum Mond. Ich war im November im Kennedy Space Center. Da stand eine Zahl, 400.000 Menschen haben damals mitgearbeitet, dass die Amerikaner auf dem Mond gelandet sind. So viele sind es wahrscheinlich nicht im HIV-Infektionsbereich?

**Alexander Kekulé**

Ach, also gefühlt schon. Ich muss jetzt zugeben, ich weiß es nicht. Aber ich bin ja in der Zeit, wo ich so aktiv jetzt molekularbiologische Virusforschung gemacht habe, das konnte ich leider in Halle nicht mehr machen, weil wir die Ausstattung nicht hatten, aber vorher am Max-Planck-Institut, waren wir da richtig intensiv zugange. Und da bin ich ja öfters auf so kleine Konferenzen gefahren, wo für mein Virus da Vorträge waren. Das war das Hepatitis-B-Virus

und später Hepatitis-C-Virus, da waren wir vielleicht so 100 Leute oder 150 oder so. Und dann war ich ein paar Mal auf so AIDS-Kongressen. Also der größte, wo ich mich erinnere, waren um die 10.000 Teilnehmer. Das ist Wahnsinn. Also, daher ist es schon, es war einfach so, als dieses HIV aufkam, das hat auch eine ganze Generation, dazu gehöre ich auch, von Wissenschaftlern dazu gebracht, Virologen zu werden und zu sagen, ich will hier einen Beitrag leisten, diese verdammten Viren zu bekämpfen. Das ist ein riesen Motivationsschub gewesen, glaube ich, für eine ganze Generation. Ich kenne einige heute etablierte Virologen, die sagen: jawohl, es ist genau wie bei dir damals gewesen. Ich habe von HIV und von den ersten Entdeckungen in USA und am Pasteur-Institut gelesen und wollte das eben auch machen. Also daher ist es ein Riesenprojekt. „Man-to-the-Moon“ ist fast schon untertrieben, weil es viel länger dauert inzwischen und man immer noch keine richtige Therapie hat.

#### **Susann Böttcher**

Die WHO sagt, die Ausrottung von AIDS bis 2030. Ich höre heraus, Sie halten die, naja, reichlich fünfeinhalb Jahre für illusorisch, oder?

#### **Alexander Kekulé**

AIDS bis 2030 auszurotten, das wird nicht so sein, das wird nicht gehen. Und zwar, man kann solche Krankheiten letztlich nur mit einer Impfung, und zwar mit einer 100 Prozent wirksamen Impfung, ausrotten. Da muss man dazu sagen, inzwischen sind in Deutschland ja viele Virologen, die sich auskennen, seit Corona.

#### **Susann Böttcher**

Bundestrainer und Virologen.

#### **Alexander Kekulé**

Bundestrainer sowieso. Aber es ist so, das muss eine Impfung sein, die die Infektion auch verhindert. Also das war ja der Mist bei Corona und auch ein bisschen die schlechte Kommunikation. Es müsste eine sein, die die Infektion verhindert. Und das einzige Virus, was man jemals eliminiert hat bis jetzt, waren die Pocken. 1980 wurden die Pocken für ausgerottet erklärt. Das war die ganz, ganz große Leistung der Weltgesundheitsorganisation. Nummer zwei auf der To-do-Liste ist eigentlich Polio, Kinderlähmung. Das ist immer noch nicht ausgerottet und flammt immer wieder hier und da

auf. Man kann sagen, es ist weit fortgeschritten, aber immer dann, wenn in bestimmten Regionen die Impfungen aus politischen Gründen nicht möglich sind, kriegerische Auseinandersetzungen und so, dann flammt die Polio leider wieder auf. Und dann gibt es noch eine Reihe weiterer. Und irgendwo ganz weit hinten kommt eigentlich die Hoffnung, auch mal AIDS auszurotten. Ich kann mir nicht vorstellen, dass das einer ernsthaft für 2030 terminieren möchte. Die WHO hat ja schon so einigen Unsinn verzapft, hätte ich fast gesagt. Also, das wird sicher nicht möglich sein. Aber es ist natürlich schon und in dem Zusammenhang wichtig. Also, das kann man sich gar nicht vorstellen. Früher war das doch einfach ein Todesurteil. Ja, wenn jemand HIV-positiv war, dann war klar, der stirbt. Und meistens hat er das dann auch unter anderem aus dem Grund nicht gesagt, und war halt dann plötzlich tot, wie Freddie Mercury oder andere, also der Leadsänger von Queen damals. Und die waren dann plötzlich tot. Es hieß dann am Anfang Hirntumor oder so und später kam dann heraus, dass die an AIDS gestorben sind. Heute ist es so, positiv zu sein bei AIDS, also HIV-positiv zu sein, heißt noch nicht, dass man AIDS kriegt. Und wenn man die Medikamente nimmt, dann bricht die Krankheit wohl auch nicht aus. Also es ist bisher so, toi, toi, toi, dass eigentlich fast alle HIV-Infizierten, wenn sie jetzt optimal behandelt werden, das ist eine eigene Wissenschaft inzwischen, weil es riesen Batterien von Medikamenten gibt, dann kriegen die kein AIDS. Also, dann bricht die Krankheit nicht richtig aus. Das ist unter Kontrolle zu halten. Man hat dann die Nebenwirkungen der Medikamente, die zum Teil wirklich nicht zu empfehlen sind. AIDS ist auch eine Krankheit, die man wirklich nicht haben will, auch hauptsächlich dann heutzutage, weil diese Medikamente ewig zu nehmen, das ist wirklich keinen Spaß und immer die Untersuchungen zu machen und so weiter. Aber es ist kontrollierbar. Und dann gibt es aber noch eine weitere Stufe, die eigentlich eine Entwicklung der letzten Jahre ist, die unmittelbar mit diesem Thema „andere Geschlechtskrankheiten“ zusammenhängt, wovon wir heute sprechen. Und das ist die sogenannte Prä-Expositions-Prophylaxe PrEP, wie präparieren. PrEP, Prä-Expositions-Prophylaxe. Was meint man damit, Exposition? Da meint

der Infektiologe immer, dass jemand Kontakt mit dem Krankheitserreger hat. Und Prä-Expositions-Prophylaxe heißt: Wenn man weiß, dass man möglicherweise Kontakt mit diesem Erreger hat, nimmt man vorher schon ein Medikament. Irgendwie bisschen perverse Sache, aber man nimmt sozusagen die Pille vorher und hofft dann, dass man sich beim Sexualkontakt dann nicht ansteckt. Und wenn man das diszipliniert macht, dann funktioniert es tatsächlich. Also das ist fast schon ein Fluch, dass es so gut funktioniert. Das ist ein Medikament, das hieß mal früher Truvada, inzwischen gibt es viele Generika, die das auch anbieten. Das ist ein Medikament, das, wenn man jetzt weiß man hat Sexualkontakt mit jemand, der möglicherweise HIV-positiv ist oder ansteckend sein könnte, der müsste HIV-positiv sein und zusätzlich eben inkonsequent Medikamente nehmen, dann könnte man sich infizieren. Und dann nimmt man das am besten 24 Stunden vorher. Angeblich reicht es auch noch zwei Stunden vorher. Aber darauf würde ich echt nicht ankommen lassen, eher einen Tag vorher. Und dann noch zwei Tage danach. Also wenn man mehrere Tage nacheinander mit dem gleichen oder mit gefährlichen Partnern Kontakt hat, muss man nach dem letzten das zwei Tage länger nehmen. Wenn man das macht, hat man natürlich längst nicht die Nebenwirkungen wie ein HIV-Patient, der lebenslanglich verschiedene Medikamente einnehmen muss, sondern das sind überschaubare Nebenwirkungen bei so einer kurzen Einnahme. Und dadurch kann man vermeiden, AIDS zu bekommen, also mit HIV sich anzustecken. Die Alternative ist, das kontinuierlich zu nehmen. Das ist natürlich ganz offensichtlich nur für superhoch promiskuitive Menschen. Das sind meistens dann Männer, die Sex mit Männern haben. Und fast schon, fast hätte ich gesagt, ein bisschen besessen in der Richtung sind oder zumindest das als ganz wichtiges Thema in ihrem Leben nehmen, möglichst viele Partner zu haben. Oder auch eben Sexarbeiter, die also das aus beruflichen Gründen dann kontinuierlich nehmen. Auch das ist möglich, dass man es ständig nimmt. Was passiert dadurch? Man kann jetzt tatsächlich nicht mehr AIDS kriegen oder mit HIV sich anstecken, wenn man das nimmt. Und dadurch, das ist eine interessante Beobachtung, die wir in

der letzten Zeit machen, nehmen in diesen Gruppen, die das nehmen, die jetzt vor AIDS keine Angst mehr haben, nehmen die anderen Geschlechtskrankheiten massiv zu. Das sind die, die den Großteil dieser Zunahme, die Sie beschrieben haben, die auch europaweit beobachtet wird, in den USA auch, von Gonorrhoe, von Chlamydien und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen, quasi statistisch tragen. Also, dass das ein ganz wichtiger Faktor ist, dass die Angst vor AIDS geschwunden ist. Dann braucht man kein Kondom mehr, dann kann man häufiger die Partner wechseln, muss auch nicht wirklich wissen, wer das ist. Ja, und ich bin dann immer amüsiert, wenn dann die Gesundheitsbehörden, Robert Koch oder eben auch die europäische Gesundheitsbehörde in Stockholm, wenn die dann schreiben, „ganz wichtige Maßnahme, wenn Sie GO haben oder Chlamydien haben, informieren Sie alle ihre vorherigen Sexualpartner sofort“. Da denke ich mir immer, auf welchem Planet leben die?

#### **Susann Böttcher**

Vor allem bei der beschriebenen Zahl von fünfzig im vergangenen halben Jahr.

#### **Alexander Kekulé**

Ja ja genau. Also ab fünf heißt es promiskuitiv, aber fünfzig im halben Jahr ist jetzt nicht so selten. Ich weiß das deshalb, es gab ganz am Anfang mal so eine Bestrebung der AIDS-Hilfe München. Die übrigens jetzt auch diese Selbsttests mit anbieten. Vielleicht auch noch so als Praxistipp: also die Kosten ziemlich viel Geld, diese Selbsttests. Man kann sich aber auch bei den AIDS-Hilfen registrieren lassen, wenn man da eine besondere Risikoperson ist, und dann kriegt man sie billiger oder ganz umsonst. Ich weiß gar nicht wie, also jedenfalls billiger, und die wickeln das dann auch für einen ab, sodass also dann wirklich sicher ist, dass das vertraulich abläuft und so weiter. Kann aber nicht jeder machen lassen, sondern das ist dann halt für besonders betroffene, meistens Männer, die Sex mit Männern haben, oder Prostituierte, die eben sich auf diese Weise zusätzlich schützen wollen. Die können diese Heimtests dort quasi regelmäßig im Abo machen. Kriegt man auch wie vom Zahnarzt dann eine Erinnerung, dass man sich wieder testen lassen soll.

#### **Susann Böttcher**

Wobei Schutz dann ja relativ ist.

### Alexander Kekulé

Also Sie können sich vor GO und Chlamydien nicht wirklich schützen, aber dieser AIDS-Schutz mit der Prä-Expositions-Prophylaxe, der ist eben leider, das ist ein bisschen der Fluch des wissenschaftlichen Fortschritts, der ist relativ gut, das muss man schon sagen. Damals war es aber so, als die AIDS-Hilfe angefangen hat zu sagen, es muss eine Möglichkeit geben, dass sich Betroffene, damals waren das hauptsächlich homosexuelle Männer, dass die sich selber anonym testen. Das war damals eine Riesendebatte, und ich erinnere mich gut an die Anfangszeiten in München. Die Münchner AIDS-Hilfe, die hat eben mit einer Handvoll Ärzten, was ich auch unterstützt habe damals, hat die eben versucht, Heimtests im privaten Wege zu etablieren. Gegen massiven Widerstand der konservativen Bayerischen Staatsregierung, die natürlich wollte, dass die Schwulen registriert werden, wenn sie HIV haben und dass das eben gemeldet wird und das war so eine richtig harte Auseinandersetzung. Und im Vergleich dazu stehen wir heute viel, viel besser da. Ja, heute ist selbstverständlich, dass man sagt, es muss Heimtests geben, es muss auch die Möglichkeit geben, dass so etwas im Privatbereich der Betroffenen bleibt, dann auch diese Meldepflicht, die wir jetzt haben, aber nicht wirklich umsetzen, das ist ja nicht namentlich, sondern das ist eben nur ein statistischer Strich auf irgendeiner Liste, wo ich finde, das kann man schon tolerieren. Und das ist das ist eigentlich sinnvoll. Möglicherweise kommt es aus diesen Anfangszeiten, wo es diesen harten Streit gab. Und die Münchner Aids-Hilfe war meines Wissens da so eine der ersten, die da so eine Art Speerspitzenfunktion hatte, wo es den harten Streit gab zwischen den konservativen Politikern, die das unbedingt registriert haben wollten. Der amerikanische Präsident Ronald Reagan hat ja damals noch vom Schwulenkrebs und von einer Schwulenseuche gesprochen und so... und den Betroffenen auf der anderen Seite, die gesagt haben wir wollen da eigentlich unsere Privatsphäre nicht so preisgeben. Möglicherweise ist das ein Grund, warum Deutschland so lange gezögert hat, Geschlechtskrankheiten meldepflichtig zu machen.

1:04:49

### Susann Böttcher

Damit sind wir am Ende dieser Ausgabe Kekulé's Gesundheitskompass. Vielen Dank Professor Kekulé! Nächste Ausgabe, dann in zwei Wochen mit meinem Kollegen Jan Kröger. Und wenn Sie ein Thema haben, über das Sie gern mehr erfahren möchten oder eine Frage, dann schreiben Sie uns eine E-Mail an [gesundheitskompass@mdraktuell.de](mailto:gesundheitskompass@mdraktuell.de). Und wer das eine oder andere Thema noch mal vertiefen möchte, alle wichtigen Links zur Sendung und die heutige Folge zum Nachlesen finden Sie unter Audio und Radio auf [www.mdr.de](http://www.mdr.de). Tschüss, Herr Kekulé!

### Alexander Kekulé

Tschüss, Frau Böttcher! Vielen Dank an Sie.

**Diese Transkription ist ein Service der MDR Redaktion Barrierefreiheit. Mehr barrierefreie Angebote finden Sie hier: <https://www.mdr.de/barrierefreiheit/index.html>**