

ELFRIEDE STEFFAN UND TZVETINA ARSOVA NETZELMANN, BERLIN

Sexarbeit und sexuelle Gesundheit in Europa Empfehlungen für die Präventionspraxis

Die gesundheitliche Versorgung von Sexarbeiter_innen in Europa ist nicht ausreichend. Es fehlen niedrigschwellige, kostenlose und konstante Angebote. Besonders wichtig dabei ist ein akzeptierender Charakter, der anonyme Beratung zulässt und der Stigmatisierung entgegen wirkt.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen von Sexarbeit sind in verschiedenen europäischen Ländern sehr unterschiedlich. Sie reichen von regulierenden Ansätzen, die mehr oder auch weniger Akzeptanz der Sexarbeit beinhalten, bis zur teilweisen oder auch vollständigen Kriminalisierung. Wobei der sogenannte abolitionistische Ansatz, der die Sexarbeit duldet, aber alles darum herum kriminalisiert, am häufigsten vertreten ist. Nur neun der insgesamt 47 Länder, die im Europarat vertreten sind, haben aktuell einen regulierenden Ansatz in der Gesetzgebung.¹

Insbesondere in den seit 2004 der EU beigetretenen Ländern ist die Situation von Sexarbeiter_innen äußerst schwierig. Viele Sexarbeiter_innen leben in diesen Ländern unter schwierigen sozialen Bedingungen, in erheblicher Armut und viele haben keine Krankenversicherung. In den meisten Ländern ist die Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung Voraussetzung für den Zugang zur medizinischen Versorgung und ein kostenloser Zugang nur in akuten Fällen vorgesehen.

VERSORGUNG IN EUROPA

Angebote zur sozialen Integration und gesundheitlichen Betreuung sind bisher nur in ganz wenigen Ländern strukturell im Öffentlichen Gesundheitsdienst verankert. Hierzu zählen Italien, Deutschland, die Niederlande, die Schweiz und

Österreich. In vielen Ländern werden diese Leistungen von Nichtregierungsorganisationen (NRO) angeboten. Allerdings sind diese Angebote häufig nur auf Projektbasis befristet finanziert und weisen deshalb insgesamt wenig Kontinuität auf.

Bei den gesundheitlichen Angeboten sind solche zur Diagnostik und Therapie von HIV und STI am häufigsten. Kostenfreie Angebote für gynäkologische Untersuchung und Beratung sind hingegen sehr selten, obwohl einer solchen kostenlosen und anonym wahrzunehmenden Betreuung für die sexuelle Gesundheit von Sexarbeiterinnen große Bedeutung zukommt.²

Hinter der zur Zeit aufgeregten Debatte über Sexarbeit steckt also auf der praktischen Ebene in vielen europäischen Ländern nur wenig konkrete gesundheitliche Unterstützung für Menschen, die in der Sexarbeit tätig sind. Hinzu kommt die verbreitete Stigmatisierung der Sexarbeit, die dazu führt, dass allgemeine Angebote der gesundheitlichen Versorgung nicht aufgesucht werden, selbst wenn sie zugänglich sind.

Diese fehlende strukturelle Verankerung von gesundheitlichen Versorgungsangeboten für Sexarbeiterinnen stellt für die in dem Bereich engagierten NRO ein großes Problem dar und war deshalb ein Ausgangspunkt für eines der praxisrelevanten Forschungsvorhaben im Rahmen des EU Projektes BORDERNETwork.

PROJEKT BORDERNETWORK

In den Jahren 2005 bis 2013 hatte die SPI Forschung gGmbH in zehn europäischen Ländern die Möglichkeit, gemeinsam mit Partnerprojekten vor Ort Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von vulnerablen Gruppen zu fördern oder neu aufzubauen. Dies geschah im Rahmen von BORDERNETwork³, einem interdisziplinär und grenzüberschreitend angelegten Projekt zur Verbesserung von Prävention, Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Infektionen inkl. HIV. Das Projekt wurde von dem Public Health Program der EU und dem deutschen Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Neben interdisziplinärer Netzwerkarbeit und gesundheitsbezogener Versorgung wurden in diesem Rahmen auch Forschungsvorhaben verwirklicht. Eine Studie hatte die gesundheitliche Situation und Versorgung von Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern zum Inhalt.⁴

BEFRAGUNG

Durchgeführt wurde die Studie gemeinsam mit BORDERNETwork-Partnern in sieben zentral- und osteuropäischen Mitgliedsländern der EU. Fünf dieser beteiligten Länder haben eine prohibitionistische rechtliche Regelung der Prostitution, d.h. Sexarbeit ist nicht verboten, aber auch nicht reguliert. In Rumänien ist Prostitution verboten, nur in Deutschland ist sie legal und reguliert. Die BOR-

DERNETwork-Partner haben entweder selbst den Zugang zur Zielgruppe, weil sie entsprechende Angebote zur STI- und HIV-Prävention, Diagnostik und Therapie machen oder verfügen über Partner mit direkten Kontakten zur Zielgruppe in ihren regionalen Netzwerken.

Die Studie verfolgte das Ziel, Kenntnisse über die Gesundheit, die soziale Situation und den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung von Sexarbeiterinnen in den beteiligten zentral- und osteuropäischen Ländern zu gewinnen. Die Ergebnisse sollen dazu dienen, die gesundheitspolitische Debatte zu Sexarbeit zu stärken und bedarfsgerechte Angebote zu fördern.

Die Erhebung fand in Metropolen und einer Grenzregion statt, und zwar in Berlin (D), Bratislava (SK), Bukarest (RO), im deutsch-polnischen Grenzgebiet (D und P), in Riga (LV), Stettin (P), Sofia (BL) und Tallin (EE). Insgesamt konnten 956 weibliche Sexarbeiterinnen sowie eine kleine Anzahl männlicher Sexarbeiter (im Folgenden nicht dargestellt) erreicht werden. Sie wurden in einem persönlichen Interview zu ihren Lebensumständen, ihren Zugängen zur gesundheitlichen Versorgung, ihren Kenntnissen über Infektionsrisiken, ihren Einstellungen zur Prävention von STI und ihrem Präventionsverhalten in

der Sexarbeit befragt. Außerdem wurden Blutproben auf HIV, Syphilis, HCV und HBV untersucht. Die Ergebnisse dieses „Integrated Biobehavioral Survey (IBBS)“ wurden den Studienteilnehmerinnen bei einem zweiten Termin mitgeteilt und – wenn nötig – Therapien eingeleitet. Über die kostenlose Diagnostik hinaus wurden Einkaufsgutscheine als Entschädigung ausgegeben.

EINIGE ERGEBNISSE

Im Ergebnis wurden viele Frauen erreicht, die auf dem Straßenstrich arbeiten, darunter viele Drogenkonsumentinnen (IDU). Im Schnitt waren 38% der befragten Sexarbeiterinnen drogenabhängig.

Die Studie ist nicht repräsentativ für die Gesamtheit der Sexarbeiterinnen in den jeweiligen Ländern.⁵ Jedoch scheinen insbesondere Sexarbeiter_innen, die auf der Straße arbeiten, auch häufig anderen vulnerablen Gruppen anzugehören.

Die befragten Sexarbeiterinnen hatten überwiegend die Nationalität des Landes, in dem sie arbeiteten, nur im deutsch-polnischen Grenzgebiet kamen die Sexarbeiterinnen aus vielen unterschiedlichen Ländern (Abb. 1). Dies ist ein Hinweis darauf, dass Deutschland inkl. der Grenzregion ein Zielland für Sexarbeiterinnen darstellt, während die anderen

beteiligten Länder eher als Herkunftsländer angesehen werden müssen.⁶

ETHNISCHE MINDERHEITEN

Ein Teil der Sexarbeiterinnen gehört ethnischen Minderheiten an, deren Lebenssituation von überproportional hoher Arbeitslosigkeit und einem unterproportionalen Zugang zu Bildung und gesundheitlicher Versorgung gekennzeichnet ist. Insgesamt ist der Anteil von Roma mit 18,7% (n=179) in der Stichprobe hoch, in Rumänien lag er sogar bei 52,5 (105 von 200) und in Bulgarien bei 35,8% (43 von 120). Weniger als 40% der Sexarbeiterinnen in Estland hatten die estnische Staatsbürgerschaft, sie gehörten mehrheitlich zur dort ansässigen russischen Minderheit. An diese wurden Pässe für Staatenlose ausgegeben, sogenannte „Alien's Passports“.

Die Überschneidungen von Sexarbeit, Drogenkonsum und der Zugehörigkeit zu ethnischen Minderheiten erschwert den Zugang zu sozialen und gesundheitlichen Angeboten und erhöht die Vulnerabilität für u.a. HIV und STI.

LEBENSITUATION UND BILDUNG

Ein weiterer Indikator für Vulnerabilität ist das Alter. Hiermit ist sowohl das aktuelle Alter als auch das Alter bei Einstieg in die Sexarbeit gemeint. Das mittlere Alter in der gesamten Stichprobe lag bei 29,5 Jahren. Der höchste Anteil an Frauen über 45 Jahren wurde aus Estland berichtet; dort lag das mittlere Alter bei 33 Jahren. Junge Frauen arbeiteten am häufigsten in Rumänien, in Deutschland/Polen und in der Slowakei (Median von 25 Jahren).

32,6% der Frauen hatten keinen Schulabschluss, 49,2% einen mittleren Abschluss und 18% eine Berufsausbildung oder einen Hochschulabschluss. Nur 30% der Befragten lebten mit einem festen Partner zusammen oder waren verheiratet.

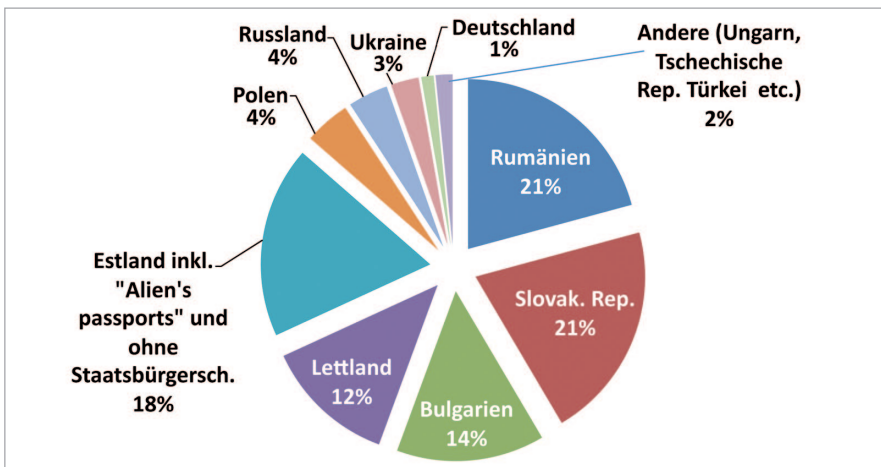
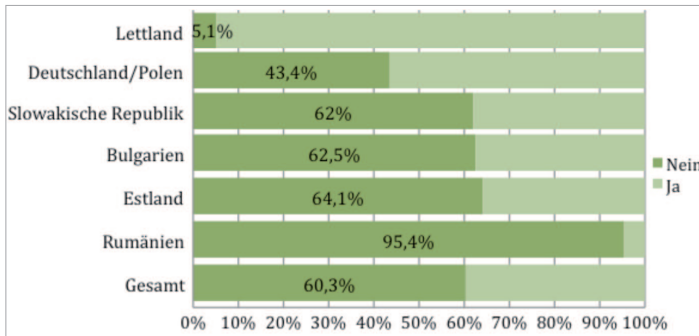
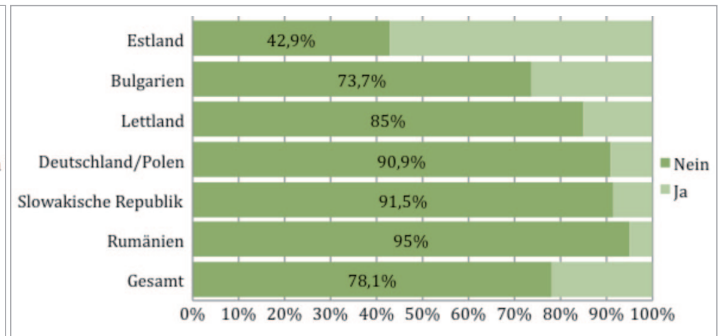


Abb. 1 Nationalitäten der befragten Sexarbeiterinnen (n=956)


Abb.2a Sexarbeiterinnen ohne Krankenversicherung

Abb. 2b Sexarbeiterinnen, die im letzten Jahr keine STI Beratung aufgesucht haben

Fast die Hälfte der Frauen hatte Kinder. 77,6% der Frauen lebten im vergangenen Jahr ausschließlich von Sexarbeit. 55,7% unterstützten mit ihrem Einkommen andere Personen, z.B. Partner, Familienangehörige und Kinder.

FRÜHER EINSTIEG

Frauen, die bereits als Jugendliche mit Sexarbeit beginnen, haben ein höheres Risiko, Opfer von Gewalt zu werden.⁷ Ca. 30% der befragten Sexarbeiterinnen waren noch keine 18 Jahre alt, als sie mit der Sexarbeit in Kontakt kamen. Wie eigenständig diese Entscheidung getroffen wurde, kann auf der Grundlage unserer Daten leider nicht dargestellt werden. Jedoch ist anzunehmen, dass diejenigen knapp 8%, die als „Einstiegsalter“ unter 14 Jahre angegeben haben, damit eine Situation beschreiben, die wir als sexuellen Missbrauch bezeichnen. In allen an der Studie beteiligten Ländern ist im Übrigen die Aufnahme von Sexarbeit erst ab 18 Jahren erlaubt. Diese Tatsache scheint aber die Betroffenen nicht zu schützen. Das durchschnittliche Einstiegsalter in der Stichprobe liegt bei 20 Jahren (Median).⁸ Rund zwei Drittel der Befragten (67%) hat ausschließlich in dem Land gearbeitet, in dem wir sie angetroffen haben, 21,5% waren im letzten Jahr auch im Ausland in der Sexarbeit tätig. Zwischen den Frauen, die im Ausland arbeiteten, und denen, die in ihrem Herkunftsland bleiben, gibt es nur wenig Überschnei-

dungen – es handelt sich offensichtlich um unterschiedliche Szenen.

ZUGANG ZUR VERSORGUNG

60% der Befragten (n=571 von 952) hatte keine Krankenversicherung, in Rumänien sogar über 95% (Abb. 2). Trotzdem haben fast 60% sich im Laufe des letzten Jahres auf HIV testen lassen. Für HIV scheint das Angebot auch für diese Zielgruppe, wenn auch vielleicht noch nicht ausreichend, so doch zumindest zugänglich zu sein.

Ganz anders sieht die Situation im Bereich STI-Diagnostik aus. Fast 80% der Befragten hat im letzten Jahr keine Einrichtung für STI-Diagnostik besucht (höchste Anteile in Slowakische Republik, Rumänien, Bulgarien). Aber fast 23% berichteten, im letzten Jahr Symptome einer STI gehabt zu haben. Da insbesondere bei Frauen viele STI asymptomatisch verlaufen, sehen wir hier einen großen Bedarf entsprechender Angebote. Über Zweidrittel der Frauen hat im letzten Jahr keine gynäkologische Untersuchung bzw. Beratung wahrgenommen (höchste Anteile in Rumänien, Slowakische Republik, Estland). Als Begründung gaben fast 42% an, dass sie keine Krankenversicherung haben. 19% sagten, dass sie kein Geld hätten, um den Besuch bei einer medizinischen Einrichtung zu bezahlen. 40% sagten allerdings auch, dass sie eine gynäkologische Untersuchung für sich selbst nicht als wichtig

erachteten. Hier sehen wir einen hohen Bedarf an Aufklärung und Prävention.

ABTREIBUNG UND STI

Ein großes Problem stellen ungewollte Schwangerschaften dar. 59% der Frauen hatten bereits eine oder mehrere Schwangerschaftsabbrüche. Davon 26,1% eine Abtreibung und 32,9% zwei und mehr Abtreibungen (der höchste Anteil in Rumänien und Estland). In welchem Zusammenhang diese ungewollten Schwangerschaften entstanden sind, ist aus unseren Daten nicht zu ersehen.

Sexarbeiterinnen der Stichprobe, die auch Drogen konsumieren, sind zu einem hohen Prozentsatz von STI betroffen. Fast alle Befunde von HIV und Hepatitis C in der Stichprobe entfallen auf diese Gruppe. Syphilis wurde überwiegend bei Sexarbeiterinnen gefunden, die keine Drogen konsumieren während die Befunde zu Hepatitis B etwa zur Hälfte bei drogengebrauchenden Sexarbeiterinnen festgestellt wurden (Abb. 3). Es ist allerdings festzuhalten, dass der HIV-Status zu ca. 80% den Betroffenen bereits bekannt war.

Test auf	Prozent positiv	davon i.V. Drogengebrauch)
HIV	4,6%	97,7%
Syphilis	4,5%	34,9%
Hepatitis C	24%	90,4%
Hepatitis B	6,2%	49,2%

Abb. 3

DOPPELTES STIGMA

Die hier befragten Sexarbeiterinnen weisen vielfach Überschneidungen mit anderen marginalisierten vulnerablen Gruppen auf, z.B. IV-Drogengebraucherinnen und ethnische Minderheiten. Diese Mehrfachbelastung erschwert auch auf Grund von Ausgrenzung und Stigmatisierung den Zugang zu Prävention, Diagnostik und Therapie von STI.

Der Zugang und die Inanspruchnahme von HIV-Tests und Beratung sind eher zufriedenstellend. Ein Zugang zu STI-Check-ups und gynäkologischer Versorgung ist allerdings kaum vorhanden. Die Zugangsmöglichkeiten zu gesundheitlicher Versorgung sind durch das Fehlen einer Krankenversicherung stark eingeschränkt.

Der Schwerpunkt der vorhandenen Angebote liegt bei HIV/AIDS. STI-Diagnostik wird nur als Ergänzung gesehen und ist nicht strukturell verankert. Sexuelle Gesundheit ist für diese Bevölkerungsgruppe ein privater Luxus.

Die aktuelle öffentliche Debatte, die Sexarbeit vorrangig in Zusammenhang mit Menschenhandel diskutiert, trägt dazu bei, dass kaum Initiativen zur Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Versorgungslage von Sexarbeiter_innen unternommen werden und treibt deshalb paradoxerweise die Ausgrenzung und Stigmatisierung dieser Gruppe voran.

EMPFEHLUNGEN

Aus den Erkenntnissen der Studie lassen sich Empfehlungen für die Präventionspraxis entwickeln. Die gesundheitspolitischen Regelungen müssen Strukturen schaffen, die flächendeckende Angebote gewährleisten. Diese Angebote müssen kontinuierlich, zugänglich und akzeptierend sein:

- Die Angebote müssen **kontinuierlich** sein, auf Grundlage einer strukturell verankerten nachhaltigen öffentlichen

Förderung. Es sollten klient_innenzentrierte zeitlich und örtlich flexible Angebote gefördert werden, die aufsuchende Arbeit, Beratung und individuelle Unterstützung mit gesundheitlichen Angeboten zu sexueller Gesundheit verknüpfen und – für die im Rahmen dieser Studie erreichten Sexarbeiterinnen – auch die Problematik von Drogenkonsumentinnen und ethnischen Minderheiten einbezieht.

- Die Angebote müssen **zugänglich** sein. Menschen ohne Papiere und ohne Krankenversicherung müssen diese Angebote ebenso nutzen können, wie Personen, die auf Grund von stigmatisierenden Erfahrungen ihre Anonymität wahren möchten. Die Angebote sollten also nach Möglichkeit kostenlos und anonym wahrzunehmen sein.
- Die Angebote müssen **akzeptierend** sein. Die Angebote selbst müssen so gestaltet sein, dass sie Diskriminierungen abbauen helfen. Eine entsprechenden akzeptierende Haltung des Personals muss im Rahmen von regelmäßigen Weiterbildungen abgesichert werden.

*Elfriede Steffan
Tzvetina Arsova Netzelmann,
SPI Forschung gGmbH
Kottbusser Str. 9 · 10999 Berlin
E-Mail: e.steffan@spi-research.de*

¹ European Parlament (2011)

² Siehe hierzu www.services4sexworkers.eu

³ Siehe hierzu www.bordnet.eu

⁴ Steffan, E./Netzelmann, T. (2013)

⁵ Wie in allen europäischen Ländern ist die Gesamtheit der Sexarbeiter_innen nicht bekannt.

⁶ Siehe hierzu auch Elfriede Steffan (2013)

⁷ Leopold, B./ Steffan, E. (1997)

⁸ Der Hauptfokus der Studie lag auf der gesundheitlichen Versorgung, die im Übrigen für alle Sexarbeiter_innen wichtig ist, insbesondere auch für solche, die von Gewalt und Menschenhandel betroffen sind.

Leopold, B./ Steffan, E. (1997) EVA - Projekt: Evaluation unterstützender Maßnahmen beim Ausstieg aus der Prostitution, Abschlussbericht, Sozialpädagogisches Institut

Steffan, E./Arsova Netzelmann, T. (2013) Assessment der Situation der Straßenprostitution im Kölner Süden nach Einführung der Sperrgebietserweiterung

Steffan, E./Arsova Netzelmann, T.(2013): Sexwork, determinants of risk and access to sexual health care for sexworkers, an integrated bio-behavioral survey (IBBS) in seven EU-member states

Wissenschaftlicher Beirat

Dr. Stefan Esser, Essen
Prof. Gerd Fätkenheuer, Köln
Dr. Heribert Knechten, Aachen
Prof. Jan van Lunzen, Hamburg
Ulrich Marcus, Berlin
Prof. Jürgen Rockstroh, Bonn
Prof. Bernd Salzberger, Regensburg
Dr. Hauke Walter, Berlin

Chefredaktion

Dr. Ramona Pauli
Berg-Isel-Str. 14a · 81547 München
redaktion@hivandmore.de

Redaktion

Andrea Warpakowski, Itzstedt

Grafische Gestaltung

Renate Ziegler, Aitrang

Internet

www.hivandmore.de

Anzeigenverwaltung

Tel.: 0 89 - 64 91 92 20

Druck

awi-printmedien, München

Erscheinungsweise

viermal jährlich

Bezugsbedingungen

Einzelpreis: 20,- € zzgl. Versandkosten
Jahresabonnement: 70,- €
inkl. MwSt. und Versandkosten
Abonnements müssen drei Monate vor Jahresende gekündigt werden.

Bankverbindung

andmore-Media GmbH
VR Bank München Land
IBAN DE63 7016 6486 0000 246484
BIC GENODEF 10HC

Copyright

ISSN: 1862-3034

Mit dem Abdruck des Beitrages erwirbt der Verlag das alleinige und ausschließliche Recht für die Veröffentlichung in sämtlichen Publikationsmedien sowie Übersetzungen in fremde Sprachen. Wiedergabe, auch auszugsweise, nur nach Genehmigung durch den Verlag und mit Angabe der Quelle.

Herausgeber

Dr. med. Ramona Pauli, München

Hinweis

Die Textinhalte geben die Autorenmeinung wieder und stimmen nicht zwangsläufig mit der Meinung des Herausgebers bzw. des wissenschaftlichen Beirates überein. Die Abbildungen in den Beiträgen stammen, wenn nicht anders vermerkt, von den jeweiligen Autoren. Für die Richtigkeit der wissenschaftlichen Beiträge sind die Autoren verantwortlich. Der Leser wird darauf hingewiesen, Handlungsweisungen und Dosisrichtlinien kritisch zu überprüfen, der Herausgeber übernimmt keine Verantwortung.