

Workshop-Protokoll

**PRÄVENTIVE GESUNDHEITSARBEIT ODER PFLICHTUNTERSUCHUNGEN FÜR SEXARBEITENDE**  
Workshopleitung: Mechthild Eickel (Madonna e.V.)

1. Teil: Vorträge von Marianne Rademacher (Deutsche AIDS Hilfe), Sibylle Homt (Gesundheitsamt Dresden) und Klaus Jansen (Robert-Koch-Institut)

*„Immer wieder fordern Politiker und Medien Pflichtuntersuchungen für Sexarbeiter\_innen als wirksame Methode, sexuell übertragbare Infektionen zu verhindern. Fachexpert\_innen der Deutschen Aids-Hilfe und der Gesundheitsämter halten ihre sehr erfolgreiche Präventionsarbeit auf freiwilliger Basis dagegen. Sie hat zu einer der niedrigsten Infektionsraten weltweit geführt. Wie sieht diese Arbeit genau aus und worauf beruhen die Erfolge?*

*Wir wollen Argumente sammeln, um sinnvolle Perspektiven für die in der Sexarbeit Tätigen zu entwickeln. Auch das Thema „Kondompflicht“ soll erörtert werden.“*

**1. Marianne Rademacher (Deutsche Aidshilfe)**

**Historischer Überblick zur Entwicklung der Gesundheitsberatung**

- Bis Ende 2000 Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten; stellte Grundlage für Struktur und Profile der Angebote dar; definierte Arbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes
  - In erster Linie überwachende und kontrollierende Aufgabe
  - Kontrolle von Einzelpersonen, bezog sich ausschließlich auf Sexarbeiter\_innen
  - Verpflichtend mit Gesundheitsausweis (Bockschein)
- Mitte der 1980er fingen einige Länder an, auf Gesundheitszeugnisse zu verzichten und freiwillige Angebote zu etablieren
  - Besonders in nördlichen Bundesländern anonym und kostenlos, im Süden an restriktiver Politik festgehalten
  - Zusammenhang: HIV/AIDS-Epidemie; als neue Krankheit nicht im Gesetz festgehalten; Angebote wurden freiwillig und anonym angeboten, um Prävention zu gewährleisten
- 2001: Infektionsschutzgesetz
  - dabei wurden Lehren aus den Erfahrungen mit der HIV-Prävention gezogen
  - §3: Prävention durch Aufklärung, basierend auf sozialwissenschaftlichen Studien; Risiken können nur dann beeinflusst werden, wenn Menschen lernen, sich präventiv zu verhalten
  - Ziel: Förderung des Gesundheitsbewusstseins von Einzelpersonen
  - Von Kontrolle zu Prävention
  - Personalintensive Kommunikation (teuerste Art von Prävention); Unterstützung durch Selbsthilfe, aufsuchende Arbeit
- Sexarbeit: War nie illegal, nur sittenwidrig – mit ProstG aufgehoben
  - Durch Entwicklung der Demokratie Paradigmenwechsel – weg von Kontrolle, die in früheren autoritären Regimen mit ausgeprägteren gesellschaftlichen Hierarchien

- Im letzten Jahrhundert: new public governance und Menschenrechte in den Blickpunkt gekommen
- Bürger\_innen vor Eingriffen in ihr Leben schützen
- Meldepflicht war Eingriff in Freiheit, körperliche Unversehrtheit und informelle Selbstbestimmung
- Körperliche Unversehrtheit widerspricht Untersuchungspflicht – würde Untersuchung auch ohne Infektionsrisiko notwendig machen
- Informelle Selbstbestimmung: In EU Charta, noch nicht in nationale Gesetze aufgenommen, allerdings EU Recht über nationalem Recht; besagt, dass jeder Mensch entscheiden darf, wer welche Daten bekommt und wie sie verteilt werden
- Zwangsprostitution
  - Gemeldete Fälle geben Einblick auf Dunkelziffer
- Seit Einführung des ProstG Infektionsraten nicht angestiegen
  - Sexarbeiter\_innen haben keine höheren Infektionsraten wie Allgemeinbevölkerung
  - Allerdings fehlen für manche STIs auch Vergleichszahlen aus Allgemeinbevölkerung
- Untersuchungspflicht mittelbare Diskriminierung von Sexarbeiter\_innen
  - Bezieht Kund\_innen nicht mit ein; selbige haben allerdings auch häufig wechselnde Geschlechtspartner\_innen (Sextourismus)
- Regelmäßige Kontrollen kein geeignetes oder angemessenes Mittel, um Schutz zu verbessern

## 2. Sibylle Homt (Gesundheitsamt Dresden)

### **Gesundheitsamt Dresden Ein Beispiel erfolgreicher Präventionsarbeit auf freiwilliger Basis**

- Bundesverband öffentlicher Gesundheitsdienst (BVÖGD – berufliche und gewerkschaftliche Vertretung) hat Positionspapier zu verpflichtenden Gesundheitsuntersuchungen herausgegeben; Situation vor und nach 2001 kritisch betrachtet
  - Ergebnisse:
    - keine geeignete Maßnahme zur Eindämmung der Ausbreitung von STIs – leiden nicht an höherer Rate
    - professionelles Verhalten hängt davon ab, wie informiert und selbstbewusst Sexarbeiterinnen sind, ob diskriminiert oder verfolgt – Rechte stärken wirkt sich positiv aus
    - Untersuchungspflicht nicht notwendig, um zu verhindern, eher freier Zugang zu Schutzmitteln, Beratung usw. kostenlose Diagnostik und Therapie; sollen für alle zugänglich sein; Erfolg bestätigt sich im internationalen Vergleich
    - Nicht angemessen, schadet mehr als sie nützt. Kein vertrauensvolles Verhältnis; insbesondere bei Intimität der Untersuchung der Geschlechtsorgane; Selbstbestimmung Voraussetzung, kann durch

- gezwungene Untersuchung nicht sichergestellt werden; anonymes Angebot erreicht viele Menschen, die Hemmschwelle haben; wenn diese noch Datenweitergabe fürchten müssen, werden sie Annahme von Beratung usw. unterbleiben lassen; auch bei Beschwerden Arztbesuche vermieden, Selbstbehandlung – aus epidemiologischer Sicht gefährlich
- Geforderte Untersuchungen nicht in Übereinstimmung mit gelten Rechtsnormen – Schweigepflicht! Erhebung, Nutzung und Weitergabe von personenbezogenen Daten zu anderen Zwecken als Infektionsschutz (Menschenhandel, Gewererecht), verstößt besonderem Vertrauensschutz des Arzt-Patienten-Verhältnisses; weitergabe, dass jemand untersucht wurde, eigentlich schon strafbar; Unverhältnismäßig – geringst möglicher staatlicher Eingriff; Ziele können mit freiwilliger Beratung erreicht werden
  - Ziele einer Pflichtuntersuchung liegen außerhalb des Infektionsschutzes; keine epidemiologisch begründbare Maßnahme ansehbar; ohne Einschränkung wesentlicher Grundrechte durchsetzbar; Ansteckungsvermutung aufgrund einer Zuschreibung; soll Ermittlungsarbeit erleichtern, Bekämpfung Menschenhandel verbessern usw. – legitimes Interesse an Bekämpfung krimineller Sachen, aber nicht im Sinne von Gesundheitsuntersuchung; Zweck des Infektionsschutz; Instrumentalisierung der medizinischen Untersuchung
- **Ergebnis nach kritischer Auseinandersetzung: Rückkehr der Untersuchungspflicht wird nicht für sinnvoll befunden.**

### Beispiel Gesundheitsamt Dresden

- In Dresden Sperrgebietsverordnung, Sexarbeit findet sehr diskret statt 400-600 Frauen, 80 Männer ca.; findet hauptsächlich in Wohnungen statt; zuhause, Hotel, LKW, Escort, 5 Bordelle; kein Straßenstrich
- In Sachsen keine Fachberatungsstelle – deswegen im Gesundheitsamt wichtiges Thema; einzige Stelle in Dresden, die keine kontrollierende Funktion ausübt
- Anonymes Angebot, auch psychosoziale Beratung rund um Sexarbeit
- Aufsuchende Arbeit innerhalb der Stadtgrenzen
- Aktiv im Internet, über Webseiten und E-Mail Kontaktaufnahme, damit Haus- und Hotelbereich außerhalb der Stadtgrenzen erreicht, direktes Anschreiben von Personen soweit gut aufgenommen
- Seit 2003 separate Internetseite für Sexarbeiter\_innen, wo sie konkret über Angebote informiert werden
- Seit 2008 Printmaterialien „Wegweiser für Prostituierte in Dresden“, in versch. Sprachen
- Weiterer Schwerpunkt in männlicher Sexarbeit, in Dresden keine Bordelle für mann-männliche Sexarbeit, keine Stricherszene, dafür aktiv im Internet (Foren, Gayromeo) – Gesundheitsamt hat Profil auf Gayromeo, Kontaktaufnahme zu Escorts; zusätzlich Anbahnung an einigen Cruisingorten (Clubs etc.), Testaktionen an Cruisingorten
- Kooperation mit Schwulenkneipe, so Männer erreicht, die sich nicht direkt als Sexarbeiter identifizieren/outen
- Ansprache von Freiern weiterer Aspekt; Zusammenarbeit mit Betreiber eines Internetforums für Kunden – Gesundheitsecke eingerichtet; gut angenommen, unmittelbarer Kontakt zu Freiern
- [www.pflege-deinen-schwanz.de](http://www.pflege-deinen-schwanz.de) - Informationsseite für Männer, darauf auch von Sexarbeiter\_innen erstellte Texte; Verhaltensregeln für Freier

- Untersuchungsangebot offen für alle, es kommen auch Freier, die sich mehr oder weniger outen – Vertrauensvolle Beratung und Outingmöglichkeit wichtig, um näher darauf eingehen zu können
- seit über 10 Jahren existiert der Arbeitskreis Prostitution in Dresden, der vom Gesundheitsamt einberufen und koordiniert wird – Vernetzung; außerdem Gaststatus bei bufas
- Stammtisch für Sexarbeiter\_innen gegründet; GA Ansprechpartner für Informationsabende, umgekehrt werden im GA Flyer über den Stammtisch an Sexarbeiter\_innen verteilt
- Im GA tätig: 1. Psycholog. Berater, 2 Sozialarbeiterinnen, 1 Ärztin (20 h), 1 Krankenschwester
- Sprachmittlung über Dolmetscherpool in Dresden, war schwierig, jemanden für Bulgarisch und Rumänisch zu finden
- 

Fazit: Angebote der akzeptierenden Sozialarbeit ausreichend, um Sexarbeiter\_innen und Freier zu erreichen.

### 3. Klaus Jansen (Robert-Koch-Institut, Fachgebiet: STI außerhalb HIV und Hepatitiden)

#### **Pflichtuntersuchungen von Sexarbeiter\*innen – Welche Daten gibt es?**

Anzahl der Sexarbeiter\_innen in Deutschland unbekannt; Sexarbeiter\_innen könnten häufiger in Kontakt mit STIs kommen, muss allerdings nicht so sein, hängt von Arbeitssituation ab

Zwei Thesen in Debatte um Pflichtuntersuchungen:

- 1) Pflichtuntersuchungen helfen, STI zu verhindern
- 2) Pflichtuntersuchungen verschlechtern Prävention, Diagnostik und Behandlung von STI

Generell: die meisten STIs sind bakteriell bedingt, Verlauf häufig symptomlos, können allerdings zu schweren Folgeerkrankungen führen (Unfruchtbarkeit), meistens leicht behandelbar durch Antibiotika (bei Gonorrhö haben sich allerdings Resistenzen entwickelt) Keine Meldepflicht für Chlamydien, Gonorrhö und Trichomonaden – keine Daten!

Studien des Robert-Koch-Instituts sollen dazu beitragen, Fakten für politische Entscheidungsprozesse zu liefern

- Daten sollten
  - Debatte versachlichen
  - Reale Bedarfe feststellen
  - Maßnahmen evidenzbasiert hergestellt werden
  - Grundlage zur sachgerechten Formulierung von Gesetzen

Wichtig dabei: Sexarbeiter\_innen sollten in alle Arbeitsprozesse involviert werden

Beispiele für Studien:

- ÖGD-Mapping – Versorgungsstrukturen im öffentlichen Gesundheitsdienst
  - 2012 durchgeführt, alle Gesundheitsämter in Deutschland befragt

- Ziel: Welche STI-Angebote gibt es in den Gesundheitsämtern in Deutschland?
- Fragebogen zu Klientel, Angeboten, Datenerhebung
- Auswertung unterscheidet zwischen Land- und Stadtkreisen
- 251 von 374 Gesundheitsämtern haben teilgenommen
- 49% davon haben Beratungsangebote für STIs
- Stadtkreise:
  - In allen Stadtkreisen HIV-Beratung vertreten, Hepatitiden und Syphilis zu  $\frac{3}{4}$  abgedeckt, andere Erreger unter 50%, breitere gynäkologische Untersuchungen bei 30%
  - 46% betreiben Outreach-Arbeit
- Landkreise:
  - In allen Landkreisen HIV-Beratung gegeben, andere Werte fallen im Vergleich zu Stadtkreisen ab
- 44% der Gesundheitsämter mit einem Testangebot für Chlamydien und Gonorrhö bieten auch gynäkologische Untersuchungen an
- KABP-Surv STI
  - In Gesundheitsämtern getestet bei Sexarbeiterinnen (nur Frauen), die Gesundheitsämter aktiv aufsuchen, also Wissen über Versorgungsstrukturen haben
  - Ziel: Welche Sexarbeiterinnen werden durch Gesundheitsämter erreicht? Wie häufig sind welche STIs verbreitet? Welche Risikofaktoren gibt es
  - Durchgeführt von 2009-2010 in 29 Gesundheitsämtern in 12 Bundesländern
  - 222.914 STI-Tests berichtet (bei 9.284 Besucher\_innen), 3,1% davon positiv
  - Chlamydien am häufigsten, danach in absteigender Reihenfolge: Gonorrhö, Trichomonaden, Syphilis, HIV nur 0,2 %
  - Herkunft der Untersuchten hauptsächlich Deutschland und Zentraleuropa
  - 36% keine bzw. geringe Deutschkenntnisse, 43% ohne Krankenversicherung
  - Risikofaktoren für Infektion:
    - jüngerer Alter
    - keine Deutschkenntnisse
    - keine KV
    - Arbeiten auf straßenstrich
    - Kürzer als 1 Jahr in SA tätig
    - Sexarbeit auch ohne Kondom
    - Sex mit Gelegenheitspartnern (im privaten Bereich)
  - Von einander unabhängige Faktoren, interagieren nicht
  - Niedrige STI-Prävalenzen, besonders bei HIV und Syph – nicht erhöht
  - Zahlen international vergleichbar
  - Große Schwankungen zwischen versch. Gesundheitsämtern; manche hohe Prävalenzen, manche sehr klein, liegt an untersch. Klientel
  - Unterschiedliches Angebot zur STI-Testung
  - Deutliche Risikofaktoren erkennbar
  - Keine Daten zu SA mit KV, die zu niedergelassenen Ärzten gehen
- STI-Outreach
  - Grund für Studie: Frage nach ev. höherem STI-Risiko bei Menschen ohne regelmäßigem Kontakt zu ÖGD

- Kaum Daten für „hard-to-reach“ Sexarbeiter\_innen; hard to reach bedeutet: fehlende Deutschkenntnisse, fehlender Aufenthaltsstatus, fehlende Krankenversicherung
- Ziel: Messung der Prävalenzen von Chlamydien, Gonorrhö, Trichomonaden
- Zielgruppe: hard-to-reach Sexarbeiter\_innen (alle Geschlechter)
- Durchgeführt von 2012-2013 in Berlin, Hamburg und NRW
- Rekrutierung am Arbeitsplatz mit geschulten Outreachteams, Nutzung von Sprach- und Kulturmittler\_innen
- Patient\_inneninformation in 11 Sprachen; mündliches Einverständnis (Anonymität)
- Diagnostik und Therapie kostenfrei
- Keine Zusammenarbeit mit Ordnungsbehörden
- Dabei kamen Abnahmebestecke für Selbstentnahme zum Einsatz, selbige relativ neu in Deutschland; damit konnten Sexarbeiter\_innen selbst Proben entnehmen, Abnahme am Arbeitsplatz möglich, bilderbasierte Anleitung dafür
- Vaginalabstrich und Urin
- 1.539 Personen teilgenommen, davon 94,2% Frauen, 4,8% Männer und 1,0% Trans
- Folgende Angaben beziehen sich auf Frauen:
  - Median Alter: 30 Jahre (Deutschland), 28 (nicht Deutschland)
  - Median Arbeitsdauer: 4 Jahre (Deutschland), 3 Jahre (nicht Deutschland)
  - Gültige Krankenversicherung: 89,3% (Deutschland), 21,2% (nicht Deutschland)
  - 41,4% keine Deutschkenntnisse
  - Frauen aus Rumänien, andere osteuropäische Länder, Bulgarien, Deutschland, Polen, Thailand (Häufigkeit in absteigender Reihenfolge)
  - Kontakt zum Gesundheitsamt: 69,5% (Deutschland), 43,x% (nicht-Deutschland)
  - Mindestens eine STI: 21,1%; meistens Trichomonaden, zweithäufigste Chlamydien, dritthäufigste Infektion Gonorrhö
- Aufwändiger Ansatz hat funktioniert in dieser Studie
- Identifizierte Risikofaktoren
  - Geburt außerhalb D
  - geringes Alter
  - kürzere Arbeitsauer
  - geringe Deutschkenntnisse
  - keine gültige KV
  - kein vorheriger Kontakt zu GA
  - Arbeit auf Straßenstrich

Gesundheitsämter erreichen heterogene Gruppen grundsätzlich mit Präventions- und Testangeboten; unterschiedliche Finanzierung, unterschiedliche SA-Szene vor Ort  
Angebot kostenloser anonymer Testungen durchsetzbar durch §3 IfSG – Soll-Bestimmung, aber in vielen Gesundheitsämtern nicht der Fall  
Grundsätzlich hohe Standards gegeben für Beratung, Diagnostik und Therapie  
Gyn. Untersuchungen möglich, aber nicht vorhanden, missliche Lage im Sinne eines breiteren Verständnisses von sexueller Gesundheit

Erfolgsmodell HIV-Prävention

Akzeptanz, Empowerment, Freiwilligkeit, Zielgruppen-Spezifika, Anonymität, wo gewünscht  
Hoher Grad der Erreichbarkeit der Zielgruppen etabliert

Pflichtuntersuchungen – wahrscheinlich niedrige Akzeptanz durch Unfreiwilligkeit,  
Stigmatisierung, Persönlichkeitsrechte verletzt  
Präventionsbotschaft schlechter vermittelbar  
Gerade Sexarbeiter\_innen mit schlechtem Zugang zur Versorgung werden dadurch eher nicht erreicht

Anhebung der Altersgrenze auch problematisch, da Illegalisierung jüngerer Frauen, treibt die in den Untergrund – jüngere Frauen vulnerabler (biologisch, sozial), Prävention wichtig

Hoher finanzieller Aufwand erwartet – besser für Verbreiterung erfolgreicher Strukturen

Kondompflicht: Wem nutzt sie?

Wie soll Kondompflicht in der Praxis durchgesetzt werden?

Wie soll Kondompflicht überprüft werden?

- **Empfehlungen:**

- Beste Versorgung gewährleistet durch:
  - Niedrigschwelligkeit, Anonymität, Kostenfreiheit
  - Vom Arbeitsplatz aus gut erreichbar
  - Breites fachliches Spektrum
  - Outreach-Tätigkeit
  - Kultur-/Sprachmittlung
- Daher: Ausbau der Angebote und gute Vernetzung wichtig
  - Beratung, Diagnostik generell
  - Gyn. Untersuchungen

## 2. Teil: Workshop zur Erarbeitung von Handlungsanleitungen zur Gesundheitsversorgung von Sexarbeiter\_innen

„Erarbeitung eines Forderungskatalogs oder Handlungsanleitungen für ein fächendeckendes Netz an Gesundheitsämtern. Erstellung von Kriterien, in welcher Art dort gearbeitet werden sollte und warum?“

### **Abstimmung über Kondompflicht und Pflichtuntersuchungen: Einstimmige Ablehnung beider Maßnahmen.**

- Gesundheitsangebot für Sexarbeiter\_innen: mehr als nur STI-Untersuchung/Beratung
  - arbeitsmedizinische Dimension (z.B. Ausstattung und Utensilien, häufiges Tragen von High Heels, Hygiene im weitesten Sinne – langes Sitzen auf Barhockern, schlechte Matratzen, usw.)
  - Prävention weit aus mehr als Diagnostik; Lebensumstände der Sexarbeiter\_innen und ihre Zugänge zu Ressourcen (Bildung, ökonom. Faktoren, Stigmatisierung, gesellschaftliche Position) müssen mitbedacht werden
  - Sexuelle Gesundheit beinhaltet mehr als STI-Beratung; muss ausgebaut werden
  
- Kondompflicht und Pflichtuntersuchungen zu starke Eingriffe in Persönlichkeitsrechte (körperliche Freiheit und Unversehrtheit, informelle Selbstbestimmung), nicht nur nutzlos, sondern auch unangemessen, keine Anonymität bei Pflichtuntersuchungen
  
- Notwendigkeit und Problematik von Daten
  - Daten nicht nur für Politikberatung und sachliche Information notwendig, sondern auch um Angebote neu zu strukturieren
  - Problematik der Datenerhebung; welche Daten werden wie erhoben? Was kann erhoben werden? Datengewinnung darf nicht vor Aufklärung kommen
  - Bevor Tätigkeit nicht stigmatisiert ist, wird es immer problematisch sein, gewisse Daten zu erheben – Abstriche müssen gemacht werden
  - Sexarbeiter\_innen müssen in Datengewinnung einbezogen werden; allerdings je partizipativer, desto teurer
  - Partizipation auch nach Datenerhebung – mit Akteuren und Betroffenen gemeinsam Daten verarbeiten und Projekte gestalten
  - Gefahr der Ausnutzung von Daten in moralisierter Debatte
  - Gleichzeitig Notwendigkeit fundierter Daten, um Programme finanzieren zu können bzw. um Fördermittel anzusuchen
  - Was muss vor Ort recherchiert werden und was kann Forscher\_innen überlassen werden?
  - Daten auch für Eigeninteresse relevant, um realistische Einschätzung der Lage zu bekommen (Eindruck vs. tatsächliches Ausmaß bestimmter Phänomene wie Migration)
  - Verschiedene Interessenslagen bei Datenerhebung: Interesse der Aufsuchenden, Interesse der Beratenden und Public Health – oberste Priorität haben Patient\_innen, dabei müssen Public Health Interessen bei Bedarf hinten angestellt werden



- Wie wird Datenerhebung gestaltet, was *muss* gefragt werden? Je länger der Fragebogen, desto geringer die Teilnahme
- Erfahrungen aus Österreich mit Pflichtuntersuchungen
  - Untersuchungen tw. unter widrigen Bedingungen, sog. „Wanderpraxen“, undurchsichtig aufgeteilt, unterschiedliche Honorare verlangt
  - In Wien kostenfrei, in anderen Bundesländern muss gezahlt werden, tw. fallen so hohe Kosten für Frauen an
  - Frauen unzureichend über Untersuchungen informiert; es wird nicht erklärt, dass es sich um keine gynäkologische Untersuchung handelt
  - Unterlagen für Untersuchung tw. von Drittpersonen verwahrt, keine Sicherheit durch regelmäßige Kontrollen gewährleistet
- Regionale Unterschiede in bestehender Versorgung
  - Gerade in ländlichen Bereichen haben manche Sexarbeiter\_innen keine Möglichkeit, in die Stadt zu kommen
  - Verteilung Fachberatungsstellen – nicht überall angesiedelt → Kooperationen Gesundheitsämter Fachberatungsstellen
  - Nicht nur Nord-Süd-Gefälle (Einstellung zu Sexarbeit, mehr Reglementierung), sondern auch Ost-West-Gefälle (Fachberatungsstellen hauptsächlich im Westen)
  - Sichere Finanzierung des Angebotes wichtig; heute Situation so, dass ärmere Kommunen Klient\_innen weiterschicken müssen
  - Erstrebenswert, deutschlandweit vergleichbare Angebote zu gewährleisten, ebenso bundesweiter Ausbau von Fachberatungsstellen
  - Durch regionale Unterschiede (Föderalismus) schwierig, einheitliche Forderungen zu stellen
  - Wichtig: Haltung gegenüber Sexarbeiter\_innen, wenn Haltung nicht angemessen ist, werden Angebote nicht wahrgenommen
- Mobile und „stationäre“ Untersuchungsmöglichkeiten
  - Mobile Untersuchungen für ländliche Bereiche – Problem: gynäkologische Untersuchungen können nicht im Auto gemacht werden
  - Ebenso Problematik der Diskretion in kleineren Kommunen
  - Diskretion und Anonymität bei aufsuchender Arbeit nicht immer zu gewährleisten (auch in Bordellen etc.) -
  - Deswegen Verknüpfung mobiler Angebote mit lokalisierter Beratung anzudenken, ebenso Einbezug von Sozialarbeiter\_innen
  - Möglichkeit: Handynummern an Sexarbeiter\_innen verteilen, um Rücksprachemöglichkeit zu geben
  - Aufsuchende Arbeit gleichzeitig notwendig, um niedrigschwelligen Zugang zu ermöglichen
- Zusammenspiel Fachberatungsstellen/NGOs – Gesundheitsämter
  - Vernetzung notwendig, da Bedarfslagen über Gesundheitsfragen hinausgehen
  - Kooperationen notwendig; NGOs tw. aufgrund der Niedrigschwelligkeit häufiger aufgesucht (Vorbehalte gegenüber Ämtern)
  - Gerade in ländlichen Gebieten auch Ausbau von NGOs wichtig

- Wie kann Kooperation aussehen? Wie kann was von wem abgedeckt werden, gerade in ländlichen Gebieten?
- Gesundheitsämter haben grundsätzlich nicht den Auftrag, anderweitige Beratung zu machen – müsste in Auftrag inkludiert werden, alternativ mehr Beratungsstellen, allerdings muss Kompetenzenverteilung klar definiert werden
- Krankenversicherung
  - Krankenversicherung Ursache für höheres Risiko oder auch Symptom?
  - Wo können Leute ohne KV hinverwiesen werden? Häufig unklar.
  - Clearingstellen
  - Differenzierung zwischen versch. Gruppen von Migrant\_innen, wer muss sich wie versichern, wo und wie kann Versicherungsstatus geprüft und gewährleistet werden
- Bedarfslagen – Entspricht Angebot dem, was Sexarbeiter\_innen brauchen?
  - Nicht immer nur STI-Beratung notwendig, sondern Berücksichtigung der Lebenssituation der Sexarbeiter\_innen; tw. andere Erkrankungen gegeben
  - Mehrsprachiges Angebot notwendig
  - Medizinisches Angebot breiter aufstellen
  - Veränderung der Bedarfslagen berücksichtigen – bestimmte Gruppen von Migrant\_innen, aber auch Trans-Sexarbeiter\_innen – werden nicht gezielt von Beratung angesprochen, müssen zu Beratung für Männer oder Frauen gehen, ev. herrschen aber besondere Bedarfslagen
  - Einstiegsberatung wichtig – auch in Muttersprachen; muss praktisch orientiert sein (Peer-Education)
  - Alternativen schaffen für Sexarbeiter\_innen, die um- oder aussteigen wollen; häufig kaum Alternativen gegeben, ohne diese auch Beratung nicht zielführend
  - Schutz und Prävention, nicht nur Untersuchung und Diagnostik
- Beratungsstandards
  - Bis jetzt keine entwickelt, sollten angedacht werden und auch in Fortbildungen vermittelt
  - Standards für Untersuchungen, aber auch für Umgang mit Sexarbeiter\_innen (akzeptierender, respektvoller Umgang)
- Erreichbarkeit
  - Sexarbeiter\_innen sind erreichbar, nur müssen mitunter andere Wege genutzt werden (neue Medien, Internet...)
  - Online-Beratung muss ausgebaut werden, Forderung nach Fortbildung zu und Ausbau von technischen Ressourcen
  - Sprachmittlung bzw. nonverbale Aufklärungsangebote: nicht alle können Deutsch, nicht alle können lesen und schreiben
- Freier als Zielgruppe
  - Sexarbeiter\_innen haben Untersuchungsangebot, jedoch kaum Angebote, die Freier ansprechen, auch diese müssen informiert werden, hier auch großspuriges Angebot zu überlegen

## Plakate

- 1) Was brauchen Sexworker?
  - Ortsnahe Angebote
  - Einstiegsberatung in Muttersprache
  - Funktionierende Netzwerke
  - Krankenversicherung (Clearingstelle)
  - Ressourcen, um für ihre Gesundheit zu sorgen
  - Alternativen für berufliche Umorientierung
  
- 2) Wie sollen Angebote aussehen?
  - Akzeptierende/respektierende Haltung
  - Aufsuchende Beratung/Teste
  - Mobile Beratung/Diagnostik (Diskretion? Anonymität? Druck?)
  - Medizinisches/gynäkologisches Angebot mit guter Beratung
  - Finanziell abgesichert/flächendeckend/überall erreichbar/abgestimmtes Angebot
  - Kombination von mobilen und „stationären“ Angeboten
  - Kooperation von Gesundheitsämtern und NGOs
  - Peer-Education/berufliche Beratung
  - Standards für Beratung/Fortbildung
  - Breites medizinisches Angebot (Therapie etc.)/Zielgruppen ausweiten (männl., weibl., trans)
  - Freier als Zielgruppe
  - Sprachmittlung/nonverbale Angebote
  - Neue Medien nutzen
  
- 3) Beschlüsse
  - Keine Kondompflicht
  - Keine Pflichtuntersuchungen
  - In die Debatte bringen, wie Angebote aussehen müssen

Weiterführende Information

[www.dstig.de](http://www.dstig.de) - Empfehlungen STI-Untersuchungsstandards  
„Fit im Schritt“ DVD der DAH