

Sexuelle Gesundheit in der Sexarbeit vor dem Hintergrund des Prostituiertenschutzgesetzes (ProstSchG): Einschätzungen von Berater*innen und Sexarbeiter*innen

Sexual Health in Sex Work against the Background of the Prostitutes Protection Act (ProstSchG): Perceptions of Counsellors and Sex Workers

Christine Körner^a, Tzvetina Arsova Netzelmann^b, Maia Ceres^c, Deborah Hacke^d und Elfriede Steffan^e

Zusammenfassung

Einleitung Das 2017 in Deutschland in Kraft getretene Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG) verlangt eine Pflichtberatung für Sexarbeitende, die nun zusätzlich zu den bereits bestehenden freiwillig wahrnehmbaren Angeboten auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) von den Gesundheitsämtern vorgehalten werden muss. Beide Angebotsformate überschneiden sich darin, dass sie dem Erhalt der sexuellen Gesundheit dienen sollen, unterscheiden sich aber in anderen Aspekten grundlegend (u. a. thematisch, Freiwilligkeit).

Forschungsziele Ziel der vorliegenden Pilotstudie war es zu erkunden, wie der *Öffentliche Gesundheitsdienst* (ÖGD) die bestehenden gesundheitlichen Angebote und die neue ProstSchG-Pflichtberatung für Sexarbeitende organisiert, wie diese neue Angebotsstruktur von den Sexarbeitenden angenommen wird und wie sie insgesamt aus fachlicher Sicht zu bewerten ist.

Methoden Im Herbst 2019 wurden Interviews mit $N = 11$ Mitarbeitenden von Gesundheitsämtern, Fachberatungsstellen und Fachverbänden durchgeführt und zudem die Sichtweisen von $N = 185$ Sexarbeitenden mittels Online-Befragung eingeholt.

Ergebnisse Es zeigte sich, dass die noch im Prozess befindliche Umsetzung regional sehr unterschiedlich erfolgt und diverse Probleme aufwirft (z. B. durch fehlende Freiwilligkeit und fehlende Vertraulichkeit). Durch die neue Angebotsstruktur werden zahlreiche Sexarbeiter*innen nicht (mehr) erreicht. Diejenigen Sexarbeiter*innen, die die ProstSchG-Pflichtberatung absolviert haben, äußern teilweise

^a Institut für Sozialwissenschaften, Humboldt-Universität zu Berlin

^b nexus Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung, Berlin

^c Berufsverband für erotische und sexuelle Dienstleistungen e. V., Berlin

^d Fachbereich Soziale Arbeit.Medien.Kultur, Hochschule Merseburg

^e SPI Forschung gGmbH, Berlin (bis 2019)

deutliche Kritik (z. B. abschätzig Behandlung, fehlende Fachkompetenz für bestimmte Bereiche der Sexarbeit wie BDSM).

Schlussfolgerung Hilfebedürftige Sexarbeitende sind auf die Angebote des ÖGD angewiesen. Der ÖGD sollte nach außen viel deutlicher machen, dass es für Sexarbeitende neben der ProstSchG-Pflichtberatung auch eine freiwillige und anonym wahrnehmbare Beratung mit medizinischer STI-/HIV-Diagnostik sowie teilweise zusätzliche psychosoziale Beratungsangebote gibt. Diese freiwillig und anonym wahrnehmbaren Angebote einschließlich der Beratung und der aufsuchenden Arbeit an Orten der Sexarbeit sind essenziell, um gerade vulnerable Sexarbeitende zu erreichen, ihre sexuelle Gesundheit zu fördern und sie in Not- und Krisenfällen zu unterstützen.

Schlüsselwörter: Gesetzgebung; Gesundheitsämter; psychosoziale Versorgung; Sexarbeit; sexuelle Gesundheit

Abstract

Introduction *The Prostitutes Protection Act (ProstSchG), which came into force in Germany in 2017, requires mandatory counselling for sex workers, which must now be provided by the health authorities in addition to the existing voluntary services based on the Infection Protection Act (IfSG). The two formats overlap in that they are intended to help maintain sexual health, but they differ fundamentally in other aspects (e.g. thematic, voluntary).*

Objectives *The aim of the present pilot study was to find out how the public health service (ÖGD) organises the existing health services and the new ProstSchG compulsory counselling for sex workers, how this new service structure is accepted by sex workers and how it is to be evaluated from a professional point of view.*

Methods *Interviews were conducted with N = 11 employees of health authorities, specialist counselling centres and professional associations, and the views of N = 185 sex workers were obtained by means of an online survey in fall 2019.*

Results *It was shown that the implementation, which is still in process, varies greatly from region to region and poses various problems (e.g. lack of voluntariness and lack of confidentiality). Due to the new supply structure, many sex workers are not (no longer) reached. Those sex workers who have completed the ProstSchG compulsory counselling express clear criticism (e.g. disparaging treatment, lack of expertise in certain areas of sex work such as BDSM).*

Conclusion *Sex workers in need of help are dependent on the offers of the ÖGD. The ÖGD should make it much clearer to the outside world that, in addition to the mandatory ProstSchG counselling, sex workers also have access to voluntary and anonymous counselling with medical STI/HIV diagnostics and, in some cases, additional psychosocial counselling services. These voluntary and anonymous services, including counselling and outreach work at sex work sites, are essential in order to reach vulnerable sex workers, promote their sexual health and support them in emergencies and crises.*

Keywords: *legislation; psychosocial care; public health departments; sexual health; sex work*

Mit Inkrafttreten des Prostituiertenschutzgesetzes (ProstSchG) im Jahr 2017 in Deutschland erfolgte eine neue Regelung für den Bereich der Sexarbeit, unter anderem durch Einführung der Anmeldepflicht für Sexarbeiter*innen. Zugleich brachte es Veränderungen für die Angebote des *Öffentlichen Gesundheitsdienstes* (ÖGD) mit sich, die sich unter anderem an Menschen in der Sexarbeit richten: Zusätzlich zu den bestehenden anonymen und freiwilligen Angeboten auf Grundlage des § 19 IfSG (Infektionsschutzgesetz) wurde 2017 eine gesundheitliche Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG eingeführt. Die Umsetzung liegt bei den Kommunen. Die gesundheitspolitische Herausforderung liegt in der parallelen Existenz zweier teils grundlegend verschiedener Angebotsformate, die beide dem Schutz der (sexuellen) Gesundheit von Sexarbeitenden dienen sollen.

Ziel der vorliegenden Pilotstudie war es deswegen zu erkunden, wie der öffentliche Gesundheitsdienst die bestehenden freiwilligen IfSG-Angebote und die neue ProstSchG-Pflichtberatung für Sexarbeitende organisiert, wie diese neue Angebotsstruktur von den Sexarbeitenden angenommen wird und wie sie insgesamt aus fachlicher Sicht zu bewerten ist. Die Pilotstudie ist Teil des vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Projekts SAGE (SexArbeitsGESundheit)¹ und will dazu beitragen, die „Kluft zwischen umfassenden neuen Regulierungsmaßnahmen in der Prostitution und kaum vorhandenen wissenschaftlichen Kenntnissen über die Branche“ (Döring 2018: 48) zu schließen. Es wird aus zwei Gründen von einer Pilotstudie gesprochen: Die Daten wurden im Jahr 2019 erhoben und zum Erhebungszeitpunkt war die Umsetzung der neuen Rechtslage vielerorts noch nicht abgeschlossen. Zudem wurde mit relativ kleinen Stichproben gearbeitet. Es bleibt einer zukünftigen größer angelegten Evaluation überlassen, umfassend die Auswirkungen des neuen ProstSchG auf die Angebote der Gesundheitsämter für Sexarbeitende zu ermitteln. Da für die Pilotstudie eine rasche Bestandsaufnahme und der Zugewinn an Handlungswissen mit hohem Praxisbezug im Mittelpunkt standen, wurde auf eine ausführliche Erörterung des Forschungsstandes und eine theoretische Ausarbeitung verzichtet.

1 Das SAGE-Projekt (gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit) wurde unter der Leitung der *Gemeinnützigen Stiftung Sexualität und Gesundheit GmbH* (GSSG) in Kooperation mit dem *Berufsverband erotische und sexuelle Dienstleistungen e.V.* (BesD) durchgeführt. Die Pilotstudie des Projektes wurde von Elfriede Steffan geleitet, neben den Autor*innen wirkten Rhea Féline (BesD) und Dieter Oremus an der Studiendurchführung mit. Gesundheitsämter, die in der Sektion „Sexuelle Gesundheit“ der *Deutschen STI-Gesellschaft e.V.* (DSTIG) organisiert sind, unterstützten aktiv das Vorhaben in der Planung und der Durchführung.

Im Folgenden werden zunächst die Methoden vorgestellt und dann die Ergebnisse präsentiert. Dargestellt werden die unterschiedlichen Umsetzungsmodelle der Kommunen sowie die Auswirkungen des neuen ProstSchG auf die bestehenden freiwilligen IfSG-Angebote der Gesundheitsämter für Sexarbeiter*innen. Es werden problematische Entwicklungen aufgezeigt und Verbesserungsmöglichkeiten skizziert.

Methoden

Das Studiendesign wurde auf Grundlage des insbesondere in der Praxisforschung erprobten Mehrmethodenansatzes *Rapid Assessment and Response* (RAR) entwickelt (Stimson et al. 1998). Für die Datenerhebung standen nur wenige Wochen im September und Oktober 2019 zur Verfügung, da wir die ersten Ergebnisse bereits auf einem Fachtag mit Fachkräften der Gesundheitsämter, Verbände, Beratungsstellen und Sexarbeiter*innen Mitte November 2019 diskutieren wollten. Das Studiendesign folgt dabei dem in der Sexarbeitsforschung oft geforderten partizipativen Ansatz (Döring 2018: 47). In Anlehnung an das Stufenmodell nach Wright et al. (2010) und die Leitprinzipien der partizipativen Gesundheitsforschung (PGF) wurden im Forschungsprozess von Beginn an Adressat*innen der Studie als Ko-Forschende einbezogen. Wie die PGF-Definition ausführt, wird ein solcher Forschungsprozess

„zwischen allen Beteiligten partnerschaftlich organisiert und kontinuierlich im Hinblick auf die Machtverhältnisse reflektiert. Am gesamten Forschungsprozess soll dabei eine maximale Mitgestaltung der Menschen erreicht werden, deren Lebensbereiche erforscht werden“ (PartNet 2020).

Sexarbeitende und Sozialwissenschaftler*innen bildeten das Studienteam. Die Adressat*innen der Studie, Sexarbeiter*innen und Mitarbeiter*innen der Gesundheitsämter, waren bereits in der Planungsphase in der Studien-Steuerungsgruppe vertreten und wirkten aktiv mit bei der Entwicklung des Studiendesigns, Fragebogengestaltung, Bestimmung der Rekrutierungsstrategie, Bewerbung der Online-Studie, Auswertung, Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse. Somit wurde die Entscheidungsmacht bei allen wesentlichen Gestaltungsfragen der Studie geteilt.

Im Rahmen der Pilotstudie wurden im qualitativen Teil $N = 11$ Mitarbeitende von Gesundheitsämtern ($n = 7$), Fachberatungsstellen ($n = 3$) und Fachverbänden ($n = 1$) interviewt.

Dabei wurden Expert*innen aus Metropolen, Groß- und Kleinstädten und aus sieben verschiedenen Bundesländern in Deutschland einbezogen.² Der Interviewleitfaden beinhaltete Fragen zu Erfahrungen mit der Umsetzung des § 10 ProstSchG. Die Interviews wurden telefonisch oder persönlich geführt, protokolliert und mittels RAR-Methodik (Stimson et al. 1998) ausgewertet.

Weiterhin wurden im quantitativen Teil der Pilotstudie die Sichtweisen von $N = 185$ zum Zeitpunkt der Befragung aktiven Sexarbeiter*innen mittels Online-Befragung erhoben. Die Online-Befragung wurde mithilfe des Dienstes SurveyMonkey durchgeführt und unter der Regie von aktiven Sexarbeiter*innen des *Berufsverbandes erotische und sexuelle Dienstleistungen e.V.* (BesD) im Oktober 2019 auf verschiedenen vernetzungs- und sexarbeitspezifischen Plattformen und Internetportalen beworben. Der Fragebogen lag auf Deutsch vor, eine englischsprachige Übersetzung wurde separat zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wurde die Erhebung auch von Gesundheitsämtern unterstützt, einige Fragebögen wurden mit der Unterstützung von Sprachmittler*innen ausgefüllt.

Das Studiendesign, welches auf eine erste empirische Erhebung, Auswertung und praxisbezogene Diskussion der Ergebnisse im Rahmen eines Fachtages angelegt ist, gestattete nur einen kurzen Erhebungszeitraum mit einer eingeschränkten Reichweite der befragten Sexarbeiter*innen. Aus diesen Gründen wurde auf eine Übersetzung und umfassendere Verbreitung des Online-Fragebogens verzichtet, was eine methodische Limitation der Pilotstudie darstellt. Sexarbeiter*innen mit geringeren Deutsch- oder Englischkenntnissen konnten nur schlecht erreicht werden und sind in der Stichprobe unterrepräsentiert.

Aufgrund der Erhebung sehr sensibler Daten (insbesondere der Frage nach der bisherigen Anmeldung nach ProstSchG) haben wir zur Gewährleistung der Anonymität der Befragten nur wenige soziodemografische Daten erhoben. Das Geschlecht wurde von 128 Befragten mit „weiblich“ angegeben (83 %), von 17 Befragten mit „männlich“ (11 %) und von zehn Befragten mit „divers“ (6 %) ($N = 155$). 30 Personen haben hier keine Angabe gemacht. Das Alter der Befragten lag im Durchschnitt bei 37 Jahren ($N = 154$) (Median: 35 Jahre) und reichte von 19 bis 79 Jahren, die Befragten waren im Durchschnitt 7.2 Jahre ($N = 155$) in der Sexarbeit tätig.

² Der Einteilung liegt folgende Definition zu Grunde: Landkreis (ohne Größenangabe), (Klein-)Stadt bis 100 000, Großstadt bis 500 000, Metropole ab 500 000 Einwohner*innen.

Die Auswertung der Daten der Online-Umfrage unter Sexarbeiter*innen erfolgte mit deskriptiv-statistischen Methoden mithilfe der Statistik-Software SPSS. Die Interview-Studie und die Online-Befragung wurden konform zu gängigen Regeln der Forschungsethik umgesetzt, d. h. alle Befragungen waren vollkommen freiwillig, anonym und basierten auf informierter Einwilligung.

Wie erfolgt die Umsetzung der Pflichtberatung nach ProstSchG vom Öffentlichen Gesundheitsdienst?

Im Folgenden wird dargestellt, wie die Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes vor der Einführung des ProstSchG beschaffen waren, was sich mit der Einführung des ProstSchG verändert hat und worin die Unterschiede zwischen den beiden Angebotsformaten liegen.³

Die Angebotsstrukturen für Sexarbeitende vor Einführung des ProstSchG⁴

Die Kontrolle und Reglementierung der Sexarbeit lässt sich bis ins Altertum zurückverfolgen (Heinz-Trossen 1993: 37) und hat auch im deutschsprachigen Raum eine längere Geschichte, die hier nicht ausführlicher besprochen werden kann. In Bezug auf die jüngeren rechtlichen Regelungen soll lediglich erwähnt werden, dass in der BRD mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1926 eine institutionelle Überwachung und Betreuung von Sexarbeitenden durch Gesundheitsbehörden erfolgte, die auch Zwangsuntersuchungen von Sexarbeiter*innen zuließ. Dies wurde in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich umgesetzt (Heinz-Trossen 1993: 113 f.). Spätestens seit den 1990er-Jahren wurde der rigide Umgang mit Sexarbeiter*innen kritisch hinterfragt, schließlich markierten der § 19 des IfSG von 2001 und das Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse in der Prostitution (ProstG) von 2002 einen Wendepunkt in der Reglementierung der Sexarbeit, welcher auch als Ausdruck gesellschaftlich veränderter Normen verstanden werden kann. Die „programmatische Arbeit

³ Leser*innen, die mit der Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG und den Angeboten der Gesundheitsämter nach § 19 IfSG wenig vertraut sind, empfehlen wir, für einen Überblick zunächst den Abschnitt „Unterschiede zwischen der Pflichtberatung nach ProstSchG und den Angeboten auf Grundlage des IfSG“ zu lesen.

⁴ Siehe Steffan 2020, in diesem Heft.

der Gesundheitsämter [wandelte] sich von der ‚fürsorglichen‘ Kontrolle der Prostituierten zur aufklärenden Prävention“ (Vorheyer 2010: 139; siehe zum Deutungswandel auch Hill und Bibbert 2019). Dabei blieb der Auftrag der Gesundheitsämter bestehen, die öffentliche Gesundheit zu überwachen und zu kontrollieren und namentlich die Verbreitung von STD (*sexually transmitted diseases*) und HIV/Aids zu verhindern. Es veränderte sich jedoch der Fokus dieser Maßnahmen und Angebote durch die Stärkung der Eigenverantwortung der Betroffenen (§ 3 IfSG): Mit den freiwillig und anonym wahrnehmbaren Angebote der Gesundheitsämter in § 19 IfSG wandelte sich die Kontrolle der Personen zu einer Kontrolle der Infektionen.

Angebote der STI(*sexually transmitted infections*)- und HIV-Fachdienste der Gesundheitsämter, die es vor Einführung des ProstSchG gab, konnten im Falle einer zielgruppenspezifischen Ausrichtung auch Sexarbeitende recht gut erreichen. Diese Angebote basieren zwar landesweit auf § 19 IfSG, gehen aber in einigen Regionen noch darüber hinaus. Da § 19 IfSG diverse Kann-Bestimmungen enthält, ist die Ausgestaltung in der Praxis in den verschiedenen Bundesländern und auf Kommunalebene sehr unterschiedlich ausgeprägt. Angebote speziell für die Gruppe der Sexarbeiter*innen werden nicht in allen Kommunen vorgehalten. Sexarbeitende können zwar die für die Allgemeinbevölkerung bereitgestellten Angebote der STI- und HIV-Prävention in Anspruch nehmen, werden jedoch durch diese allein schlechter erreicht (Steffan und Arsova Netzelmann 2015). Die Angebotsstrukturen vor Einführung des ProstSchG werden hier einfürend kurz auf der Basis einer Regionalanalyse aus dem Jahr 2016 dargestellt (Steffan et al. 2018). Diese Analyse ergab, dass die Gesundheitsämter drei Arten von Angeboten für Sexarbeitende auf Grundlage des §19 IfSG vorhielten (siehe **Abb. 1**): 1. Kernangebote (Angebote bewegen sich im Rahmen des § 19 IfSG, z. B. Beratung und Kontaktaufnahme zu Sexarbeiter*innen durch aufsuchende Sozialarbeit), 2. erweiterte Angebote des Gesundheitsamtes (z. B. über die Kernangebote der STI-Diagnostik hinaus auch gynäkologische und allgemeinmedizinische Leistungen) und 3. weiterführende Angebote anderer Einrichtungen (Zusammenarbeit mit oder Weitervermittlung an Einrichtungen in der Region, die für Sexarbeiter*innen ein Angebot bereitstellen) (Steffan et al. 2018: 10 ff.).

Angebotsstrukturen für Sexarbeiter*innen Gesundheitsamt Metropole

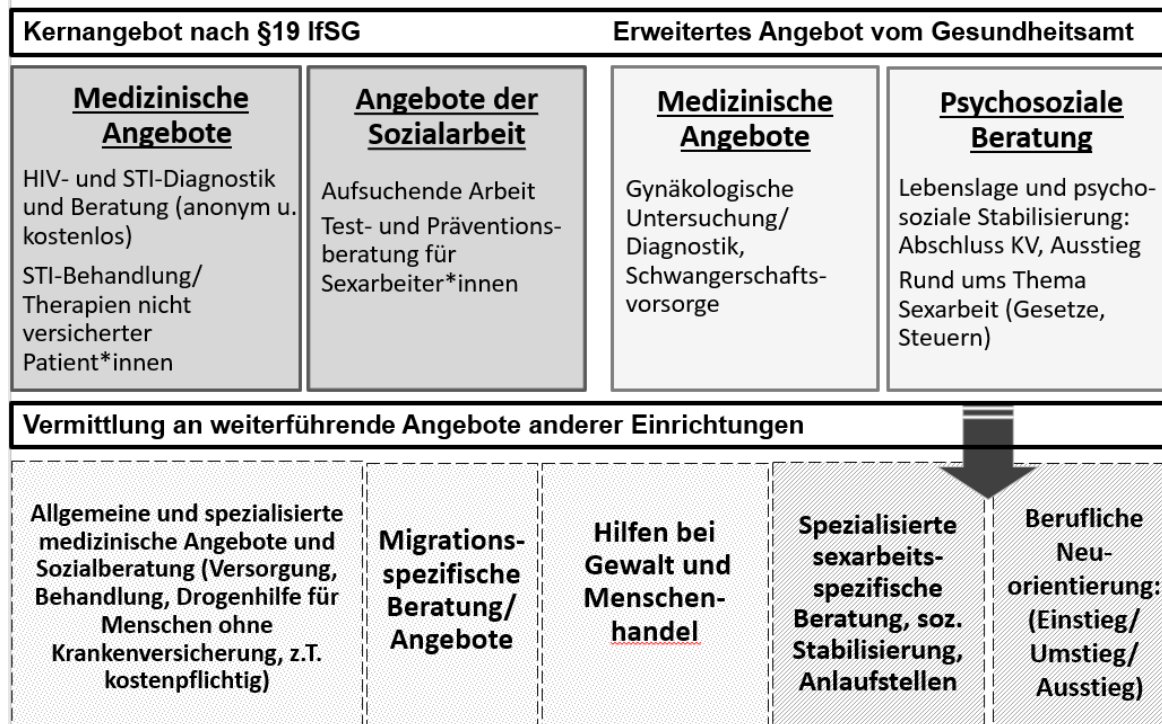


Abb. 1 Angebotsstrukturen für Sexarbeiter*innen in einer Metropole vor dem ProstSchG

Einführung des ProstSchG und die Entwicklung der regionalen Strukturen

Mit der Einführung des ProstSchG in Deutschland sind die Bundesländer vor die Aufgabe gestellt, die Abläufe der Pflichtberatung und der Anmeldung der Prostituierten regional zu konzipieren. Dort, wo es zuvor bereits Angebote für Sexarbeiter*innen gab, werden die bestehenden Angebote oft neu strukturiert oder umstrukturiert. Zuvor galt für die Angebote für Sexarbeitende in Deutschland das Paradigma der Freiwilligkeit. Das hat sich nun rechtlich geändert. Sexarbeitende müssen sich nach dem neuen ProstSchG seit 2017 anmelden und dazu eine Bescheinigung vorlegen, dass sie die gesundheitliche Pflichtberatung in Anspruch genommen haben. Der grundsätzliche Ablauf und die Themen der gesundheitlichen Pflichtberatung sind dabei durch das ProstSchG festgelegt.

Wie die Umstrukturierung verläuft, hat die vorliegende Pilotstudie durch die Expert*inneninterviews mit Mitarbeitenden aus Gesundheitsämtern rekonstruiert. Die große

Schwierigkeit besteht für die Gesundheitsämter darin, dass neben den auf Vertraulichkeit und Freiwilligkeit basierenden bisherigen Angeboten für Sexarbeiter*innen nun auch noch die nach ProstSchG verpflichtende Gesundheitsberatung durchgeführt werden muss, die Teil eines behördlichen Anmeldeprozesses ist. Diese Pflichtberatung ist also weder anonym noch bedarfsorientiert und auch nicht freiwillig. Das erfordere eine „Quadratur des Kreises“, wie es ein*e Interviewpartner*in eines Gesundheitsamtes (Großstadt) ausdrückte.

Es zeigte sich, dass zur Wahrung von Vertraulichkeit und Anonymität in allen betrachteten Regionen unterschiedliche Umsetzungsverfahren entwickelt wurden. Eines davon sieht beispielsweise vor, dass für die Erstanmeldung für die gesundheitliche Pflichtberatung die Klarnamen und Meldeadressen von Sexarbeitenden in einer Gesundheitskarte vermerkt werden. In einem zweiten Schritt, bei Wunsch mit bestätigter Anmeldung, kann eine Aliasbescheinigung ohne Klarnamen ausgestellt werden. Die Aliasbescheinigung bildet dann die Grundlage für die Folgeberatungen nach ProstSchG.

Die Umsetzung der verpflichtenden Beratungen neben den freiwilligen Angeboten erfolgt laut Daten der vorliegenden Pilotstudie durch fünf verschiedene Modelle, abhängig von der Ortsgröße und den zum Teil neu geschaffenen Ressourcen (siehe **Tab. 1**). Jedes der sieben befragten Gesundheitsämter verfügte bereits vor Einführung des ProstSchG über zielgruppenspezifische Angebote für Sexarbeitende auf Grundlage des § 19 IfSG, und zwar Kernangebot plus erweitertes Angebot (siehe **Abb. 1**).

Metropole	1) strukturelle, personelle und räumliche Trennung der Arbeitsbereiche auf Grundlage des § 19 IfSG und nach § 10 ProstSchG: „[...] keine Vertretung, selbst wenn Not am Mann ist. Nein, es sind zwei getrennte Einrichtungen!“
	2) ausschließlich räumliche Trennung der Arbeitsbereiche
Großstädte	3) personelle Trennung der Arbeitsbereiche bei gemeinsamer Leitung
	4) räumliche Trennung der Arbeitsbereiche bei sich überschneidendem Personal und gemeinsamer Leitung: „Alle [Berater*innen] sind mit beiden [Beratungen] vertraut.“
kleinere Städte	5) keine Trennung der beiden Arbeitsbereiche, d. h. weder räumlich noch personell

Tab. 1 Angebote für Sexarbeitende auf Grundlage des § 19 IfSG und nach § 10 ProstSchG: Fünf regionalspezifische Umsetzungsmodelle laut Expert*inneninterviews.

Die mangelnde Abgrenzung der jeweiligen Angebotsformen stellt vor allem in kleineren Städten ein Problem dar (siehe dazu auch Doña Carmen e.V. 2019). Hinzukommt, dass die Gesundheitsämter die Differenz der freiwillig wahrnehmbaren Angebote und der ProstSchG-Pflichtberatung für Sexarbeitende oft auch nicht klar nach außen kommunizieren, etwa auf ihren Websites oder auch bei telefonischen Anfragen (Doña Carmen e.V. 2019), und somit die freiwilligen und auf Vertrauen basierenden Angebote in der Wahrnehmung von Sexarbeitenden in den Hintergrund treten können gegenüber der Pflichtberatung.

Unterschiede zwischen der Pflichtberatung nach ProstSchG und den Angeboten auf Grundlage des IfSG

Im Folgenden beschreiben wir genauer, inwiefern sich die Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG von den Angeboten der Gesundheitsämter auf Grundlage des § 19 IfSG (Kernangebot und erweiterte Angebote) unterscheidet. Der Fokus der Darstellung liegt dabei auf den jeweiligen Beratungsangeboten, d. h., die Diagnostik-Angebote der Gesundheitsämter werden eher am

Rande einbezogen. Die Darstellung stützt sich auf die Rechtslage und Aussagen aus den Expert*inneninterviews.

Der freiwilligen und anonymen Inanspruchnahme der Beratungsangebote auf Grundlage des § 19 IfSG steht eine Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG gegenüber, die in ein Registrierungsverfahren eingebettet ist. Beide Ansätze ähneln sich darin, dass sie zu Themen der sexuellen Gesundheit (insbesondere HIV und STI) informieren und beraten wollen, allerdings sind die Rahmenbedingungen und Merkmale beider Ansätze letztlich sehr unterschiedlich (siehe **Tab. 2**). Ein grundlegender Unterschied beider Ansätze ist die Freiwilligkeit und damit die Handlungsinitiative, die bei der zu beratenden Person liegt. Anlass, konkreter Beratungswunsch und Themen werden bei den Angeboten basierend auf dem § 19 IfSG von den Klient*innen in die Beratung eingebracht (z. B. konkreter Beratungswunsch zur HIV-Infektion des Partners), es kann keine Festlegung durch Berater*innen vorab erfolgen. Damit entsprechen die freiwillig und anonym wahrnehmbaren Angebote der Gesundheitsämter dem Verständnis klient*innenzentrierter Beratung: Die freiwillige Beratung ist ein aktiver, dennoch nicht-direktiver (Rogers 1991) Kommunikations- und Interaktionsprozess (Albrecht 2017).

Auch bezüglich der Themen und Häufigkeit zeigen sich zwischen den Beratungsansätzen deutliche Unterschiede. In Gesundheitsämtern wird eng verzahnt mit dem Kernangebot nach § 19 IfSG teilweise als erweitertes Angebot auch psychosoziale Beratung für Sexarbeiter*innen angeboten, etwa bei einer beruflichen Neuorientierung (Steffan et al. 2015). Bei einer solchen psychosozialen Beratung handelt es sich um eine personenzentrierte, ergebnisoffene Beratung, bei der das Gespräch nicht durch vorgegebene Themen oder einseitige Vermittlung von Informationen zu einem zu erwartenden Ergebnis gelenkt wird. Sie ist vielmehr damit befasst, eine angstfreie und vertrauensvolle Atmosphäre zu ermöglichen, welche die Verbalisierung der Anliegen und Probleme der Klient*innen genauso wie ihre Selbsterkundung fördert. Obwohl die Weitergabe von Informationen auf Anfrage der Ratsuchenden Teil einer Beratung sein kann, ist eine solche Beratung kein Informationsgespräch und hat nicht den Zweck, die Beratenden aufzuklären oder gar zu belehren (Albrecht 2017; Tanis und Richter 2015: 182 f.). Die Häufigkeit der Beratung richtet sich nach den Bedürfnissen der Ratsuchenden. Solche erweiterten ÖGD-Angebote psychosozialer Beratung für Sexarbeitende sind in Deutschland in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich reduziert worden: Waren sie im Jahr

2010 noch in knapp der Hälfte der Gesundheitsämter (48 %) anzutreffen, so sank die Quote auf weniger als ein Drittel (30 %) in 2016 (Steffan et al. 2018).

Gesundheitliche Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG	Angebote nach § 19 IfSG und erweiterte Angebote der Gesundheitsämter
themenzentrierte Informationsvermittlung zu vier Themenblöcken: 1) STI/HIV, 2) Schwangerschaft/Verhütung, 3) Suchtmittel und 4) Zwangslage	klient*innenzentrierte Beratung, ergebnisoffen
Kein HIV-/STI-Diagnostikangebot	HIV-/STI-Diagnostikangebot und teilweise Behandlung
Verpflichtende Inanspruchnahme	Freiwillige Inanspruchnahme
Häufigkeit: 1 x jährlich oder alle 6 Monate für Personen unter 21 Jahren	Häufigkeit: richtet sich nach dem Bedarf

Tab. 2 Angebote für Sexarbeitende auf Grundlage des § 19 IfSG und nach § 10 ProstSchG: Vier zentrale Unterschiede.

Bei der neuen Pflichtberatung nach ProstSchG dagegen sind die Themen gesetzlich vorgeschrieben, vier Themenblöcke müssen mit dem Ziel der Informationsvermittlung behandelt werden: 1) STI/HIV, 2) Schwangerschaft/Verhütung, 3) Suchtmittel und 4) Zwangslage. Je nach Wissensstand und Bedarf können von den Berater*innen einzelne Themen wie etwa Schwangerschaftsverhütung oder STI-Infektionswege vertiefend behandelt werden. Zur Pflichtberatung müssen die Sexarbeiter*innen in gesetzlich definierten Abständen (halbjährlich oder jährlich) erscheinen, auch wenn sie gar keine Anliegen haben. Diese Form der „Beratung“ mit Elementen regelmäßiger verpflichtender Belehrung entspricht damit nicht dem oben skizzierten fachlichen Verständnis klient*innenzentrierter Beratung. Das wird auch von den Berater*innen so wahrgenommen.

Die gesundheitliche Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG soll trotz des Anspruchs der Informationsvermittlung an „die Lebensbedingungen“ der Sexarbeitenden angepasst erfolgen (§ 10 ProstSchG). In den Interviews wurde uns berichtet, dass zum Teil durchaus auch über die

gesundheitlichen Fragestellungen hinaus Themen besprochen wurden, die den Sexarbeitenden wichtig waren, etwa Arbeitsbedingungen, rechtliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen, Steuerfragen und familiäre Themen. Hier offenbaren sich die Handlungsspielräume im alltäglichen praktischen Handeln unter den widersprüchlichen Anforderungen, wie sie auch im Bereich der Sozialen Arbeit bekannt sind (Vorheyer 2018).

Wie werden die Angebote der Gesundheitsämter von den Sexarbeitenden nachgefragt und beurteilt?

Das ProstSchG zielt nominell auf einen verbesserten Schutz der Sexarbeitenden ab. Dazu müssen die ProstSchG-Angebote die Zielgruppen aber auch erreichen und von ihnen als hilfreich erlebt werden. Die Befunde der Pilotstudien deuten an, dass das nur sehr eingeschränkt der Fall ist.

Nutzung der Angebote durch Sexarbeitende

Übereinstimmend mit früheren Studien (Alexander 1998; Castañeda 2013; Platt et al. 2018: 4 f.; Probst 2015: 79 f.; Steffan et al. 2015: 38 ff., 114) zeigt auch die vorliegende Pilotstudie, dass bei weitem nicht alle Sexarbeiter*innen in Deutschland die formellen Voraussetzungen erfüllen, um sich nach § 3 ProstSchG überhaupt offiziell als Prostituierte anmelden zu können. Dazu zählen Personengruppen ohne Aufenthaltserlaubnis, ausländische Student*innen ohne Arbeitserlaubnis und Personen ohne Meldeadresse. Da die genannten Personengruppen der Sexarbeit zwar nicht nachgehen dürfen, aber dennoch in diesem Bereich anzutreffen sind, ist zu erwarten, dass sie, um ein ungewolltes Outing zu vermeiden, Angebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht (mehr) aufsuchen. Der Zusammenhang zwischen restriktiver Prostitutionsregelung, dem Gesundheitsverhalten von Sexarbeitenden und einem erhöhten Risiko für Gewalt und Infektionen ist durch diverse internationale Studien belegt, z. B. zuletzt durch die Meta-Analyse von Platt et al. (2018: 2 ff.) Durch die gesundheitliche Pflichtberatung können diese Personen also schlechter erreicht werden als durch Angebote, die ihre Anonymität wahren. Die Ergebnisse unserer Online-Befragung spiegeln diese Erwartung wider: Von 185 befragten, aktiv in der Sexarbeit tätigen Personen haben nur 68 % die

gesundheitliche Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG in Anspruch genommen, von ihnen wiederum haben sich lediglich 53 % daraufhin auch offiziell als Prostituierte angemeldet.

Die Daten der Pilotstudie weisen zudem darauf hin, dass nach Einführung des ProstSchG einige Gruppen von Sexarbeiter*innen nun auch nicht mehr (oder zumindest in geringerem Umfang) durch Angebote nach IfSG erreicht werden. Dies wird auch durch die Beobachtungen der befragten Expert*innen bestätigt. Von den 125 Sexarbeiter*innen, die das freiwillige Angebot nach IfSG schon einmal in Anspruch genommen haben, wollten wir wissen, ob (beziehungsweise wie) sich die Nutzung dieser Angebote seit Inkrafttreten des ProstSchG verändert hat. Von $N = 121$ Personen liegen Angaben vor. **Abb. 2** zeigt, dass Sexarbeiter*innen, die nicht bei der gesundheitlichen Pflichtberatung waren, im Vergleich zu der anderen Gruppe auch deutlich seltener die Angebote nach IfSG nutzten. Zwar nehmen immerhin 59 % der Befragten die Angebote nach IfSG in gleicher Weise wahr wie vor Einführung des ProstSchG, jedoch gaben 41 % an, die Angebote seltener oder viel seltener als zuvor zu nutzen. Sie halten sich möglicherweise von den Gesundheitsämtern fern, weil sie in diesem Umfeld ein ungewolltes Outing ihrer Sexarbeitstätigkeit vermeiden wollen. Diese Gruppe wird also von keinem der beiden Beratungsangebote mehr erreicht.

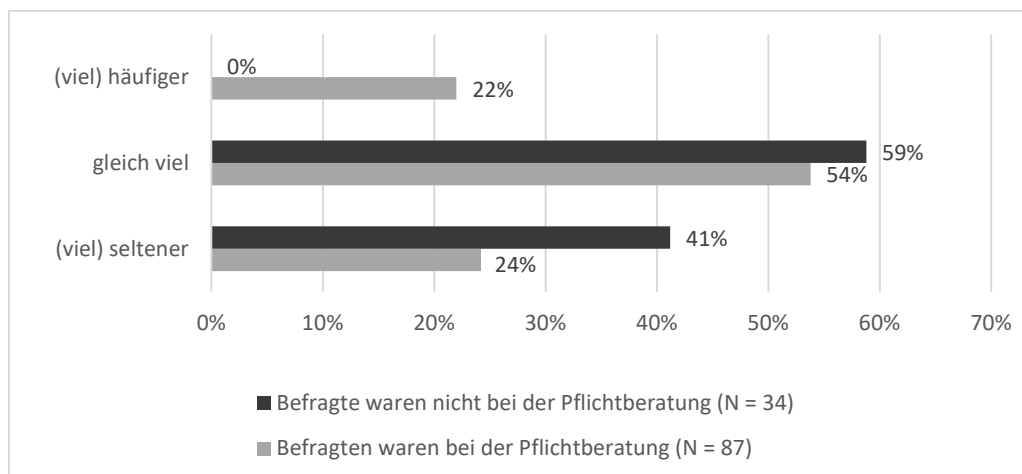


Abb. 2 Nutzung der Angebote nach IfSG nach Inkrafttreten des ProstSchG (2017).

Von den Sexarbeitenden, die bei der Pflichtberatung waren, gab fast ein Viertel (24 %) an, die freiwilligen IfSG-Angebote nun seltener oder viel seltener zu nutzen. Hierfür sind unterschiedliche Begründungen denkbar. Es könnte natürlich sein, dass bei einer Teilgruppe

von Sexarbeitenden die Pflichtberatung den Beratungsbedarf ausreichend deckt. Tatsache ist aber, dass seit Bestehen der Pflichtberatung nach ProstSchG Sexarbeitende vielfach bereits im ersten Kontakt mit Gesundheitsämtern an die Pflichtberatung vermittelt werden, ohne jegliche Klärung eines eventuellen Bedarfs und ohne Hinweis, dass ihnen außerdem die freiwilligen IfSG-Angebote zur Verfügung stehen (Doña Carmen e.V. 2019).

Unter denjenigen Sexarbeitenden, die bei der Pflichtberatung waren, gaben weiterhin 22 % an, die freiwilligen Angebote nach § 19 IfSG nun häufiger oder viel häufiger zu nutzen. Sie scheinen diese Angebote über den Zugang zur Pflichtberatung erst entdeckt zu haben, was durch Aussagen der von uns befragten Expert*innen gestützt wird.

Bewertung der Angebote durch Sexarbeitende

Sexarbeiter*innen, ihre Anliegen, Bedarfe und ihre Arbeitsbedingungen werden durch die Befragung als überaus divers bestätigt und oftmals kann die verpflichtende Gesundheitsberatung dieser Vielfalt nicht gerecht werden. In der Online-Befragung haben wir Sexarbeiter*innen gefragt, ob in der gesundheitlichen Pflichtberatung Wissen zum Thema Gesundheitsschutz bei ihrer Arbeit vermittelt wurde. 38 % (N = 112) gaben an, dass dies voll oder eher zutraf, ein größerer Anteil von 43 % äußerte dagegen, dass dies eher nicht oder überhaupt nicht erfolgte. Aus den Angaben in den Freitextfeldern konnte genauer entnommen werden, dass ein Teil der Sexarbeiter*innen sowohl inhaltlich als auch formell zufrieden damit war, andere hingegen die Pflichtberatung lediglich als Hürde wahrnehmen, um die ebenfalls verpflichtende Anmeldung als Sexarbeiter*in bei der dafür zuständigen Behörde – oftmals dem Ordnungsamt – vornehmen zu können.

Die Anmerkungen und Wünsche der Sexarbeiter*innen zu der verpflichtenden Gesundheitsberatung haben konkret ergeben, dass nicht alle Sexarbeiter*innen sich mit ihrer Tätigkeit gesehen oder bedacht fühlen. Vor allem aus dem Bereich Fetisch, Tantra-Massage, BDSM, Bizarr, Dominanz und der gleichgeschlechtlichen Sexarbeit erfolgte sehr viel Feedback dazu, dass diese Arbeitsfelder in der gesundheitlichen Pflichtberatung nicht thematisiert wurden. So wurden in der Beratung etwa Fragen der Hygiene und Desinfektion von Sextoys und anderem Equipment, von Arbeitsflächen und Arbeitsräumen gar nicht behandelt. Vor allem von langjährig tätigen Sexarbeiter*innen stammt die Kritik, dass sie in dem Gespräch die Berater*innen über ihre Tätigkeit in der Sexarbeit aufklären mussten und deshalb selbst

inhaltlich nicht profitierten. Zudem wurden von Sexarbeiter*innen allgemein berufspraktische Inhalte gewünscht, wie z. B. steuerrechtliche Beratungen, Beratungen zu Sozialversicherungen, arbeitsrechtliche Beratung, Beratung zu diversen Arbeitsbereichen und Arbeitsschutz in der Sexarbeit usw. (siehe zum Bedarf nach Unterstützung in der Professionalisierung in Deutschland auch Probst 2015: 105).

Ein zentrales Anliegen der gesundheitlichen Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG ist die Schaffung einer Möglichkeit, Zwangs- und Notlagen zu offenbaren, in diesem Zusammenhang soll sie auch die individuelle Lebenssituation der Sexarbeiter*innen berücksichtigen. Auf die Frage, ob die gesundheitliche Pflichtberatung bei persönlichen Problemen geholfen hat, gaben mit 71 % ($N = 111$) fast drei Viertel der Befragten an, dass dies eher nicht oder überhaupt nicht zutrifft. Dies kann unterschiedliche Hintergründe haben. Zum einen kann es daran liegen, dass hier Personen geantwortet haben, die keine Probleme haben, die sie im Rahmen der verpflichtenden Beratung besprechen möchten, z. B. weil sie das Setting der Pflichtberatung nicht als einen Rahmen anerkennen können, in dem sie sich anvertrauen möchten. So wurde in den Freitextfeldern von einigen Sexarbeitenden auch die grundsätzliche Ablehnung gegenüber der als „Zwang“ oder „Bevormundung“ empfundenen Gespräche ausgedrückt. Zum anderen können aber auch Personen mit komplexen Beratungsbedarfen darunterfallen, wofür mehr Vertrauen und eine längerfristige Begleitung und Betreuung erforderlich wären, als eine Pflichtberatung einmal pro Jahr leisten kann (Mörge 2020: 339; Steffan et al. 2015, 2018,). Hier zeigt sich deutlich der im ProstSchG begründete unauflösbare Widerspruch zwischen der Durchführung einer verpflichtenden Beratung mit einem Katalog festgelegter Themen einerseits und andererseits dem Anspruch, individuell und personenzentriert zu unterstützen.

Schließlich wurde in den Freitextfeldern auch von sehr persönlichen und zum Teil als übergriffig empfundenen Fragen, geringschätzigen und überheblichen Verhaltensweisen seitens der ProstSchG-Berater*innen berichtet. Aus Studien sind bereits diskriminierende bzw. herabsetzende Erfahrungen von Sexarbeiter*innen mit Mitarbeiter*innen von Behörden und Ämtern in Deutschland bekannt (Pates 2012; Steffan et al. 2015; zur Problematik des „Hurenstigmas“ beim Zugang zum Gesundheitssystem siehe auch zu anderen Ländern Alexander 1998; Benoit et al. 2018; Lazarus et al. 2012). Hier offenbart sich dringender Handlungsbedarf zur Entwicklung und Anwendung zielgruppenspezifischer Konzepte und zur Sensibilisierung der Berater*innen nach ProstSchG für den Umgang mit Sexarbeitenden.

Andernfalls besteht die Gefahr, dass durch das ProstSchG, das dazu dienen soll, die soziale Lage von Sexarbeiter*innen zu verbessern, Sexarbeiter*innen zusätzlich ausgegrenzt und stigmatisiert werden.

Welche Auswirkungen des ProstSchG werden auf die weiteren Angebote auf Grundlage des IfSG festgestellt?

Das ProstSchG führte und führt im Bereich der Sexarbeit zu massiven strukturellen Veränderungen, ein Teil der Betriebsstätten muss schließen und ein Teil der Sexarbeitenden kann sich aufgrund ihrer jeweiligen Lebenslage (fehlende Arbeitserlaubnis, keine Meldeadresse) nicht anmelden und wird damit in die Illegalität getrieben. Dies hat unmittelbare Auswirkung auf die Angebote auf Grundlage des § 19 IfSG und betrifft neben den bereits erwähnten freiwillig wahrzunehmenden Beratungsangeboten insbesondere auch die Kernangebote der aufsuchenden Arbeit sowie die medizinischen Angebote.

Erschwerte Bedingungen für die aufsuchende Arbeit an Orten der Sexarbeit

Die aufsuchende Sozialarbeit hat einen hohen Stellenwert, um als „schwer erreichbar“ geltende Personen wie Sexarbeiter*innen, insbesondere solche in prekären Lebens- und Arbeitsverhältnissen, durch den ÖGD überhaupt zu erreichen. Die besondere Bedeutung aufsuchender Arbeit für die gesundheitliche Versorgung und soziale Unterstützung von Menschen in der Sexarbeit wurde in mehreren Studien herausgearbeitet (Steffan und Arsova Netzelmann 2015; Steffan et al. 2015; Wege und Albert 2015). Es müssen insbesondere Sexarbeiter*innen aufgesucht werden, die mobil unterwegs sind und deshalb Beratungs- und Unterstützungsstrukturen vor Ort nicht kennen. Des Weiteren ist aufsuchende Arbeit notwendig für Sexarbeitende, die die Landessprache ihres Aufenthaltsortes nicht beherrschen, um ihnen den Zugang zu sozialen und gesundheitlichen Angeboten zu ebnet (Steffan et al. 2018). Gerade für Menschen ohne Krankenversicherung öffnet die aufsuchende Arbeit die Tür zum Gesundheitssystem und darüber hinaus zum Hilfesystem insgesamt: Die aufsuchende Arbeit vermittelt Präventionsbotschaften, macht das ärztliche HIV-/STI-Angebot im Gesundheitsamt bekannt und ermöglicht niedrigschwelligen Zugang zu gesundheitlichen,

sozialen, beruflichen und rechtlichen Beratungsangeboten im Gesundheitsamt und anderen spezialisierten Fachberatungsstellen.

Für die Reichweite der Angebote des ÖGD im Feld der Sexarbeit ist aufsuchende Arbeit somit unabdingbar. Mit der Einführung des IfSG im Jahr 2001 wurde diese Aufgabe in § 19 IfSG auch Bestandteil des Kernangebots der Fachdienste der Gesundheitsämter zur Prävention und Diagnostik von HIV/STI. Trotz der zunehmenden Relevanz der aufsuchenden Arbeit in den vielfältigen und sich dynamisch verändernden Orten der Sexarbeit, beispielsweise aufgrund zunehmender Anteile an Migrant*innen, verringern sich insgesamt die ÖGD-Angebote in diesem Feld seit Jahren (Altmann et al. 2013; Steffan et al. 2002, 2018).

Im Rahmen der vorliegenden Pilotstudie schilderten zehn der elf Interviewpartner*innen besorgniserregende Beobachtungen der aktuellen Entwicklung: Die aufsuchende Arbeit sei sehr viel schwieriger geworden. Dies wurde teilweise auf die Schließung von Betriebsstätten wie Bordellen, Laufhäusern und Apartments im Zusammenhang mit den Auflagen des ProstSchG zurückgeführt, die die Betriebe im Rahmen der Anmeldepflicht erfüllen müssen. Selbst für Streetworker*innen, die langjährige und vertrauensvolle Kontakte zu Sexarbeiter*innen an ihren Arbeitsorten haben, blieben zum Erhebungszeitraum die Türen vieler Betriebsstätten verschlossen. Sie berichteten von wachsendem Misstrauen und von Ablehnung der aufsuchenden Angebote. Sozialarbeiter*innen erhalten damit in der aufsuchenden Arbeit auch schwerer Zugang zu Personengruppen, die sich insbesondere aus formalen Gründen nicht anmelden können. In kleinen Städten, in denen keine zusätzlichen Personalressourcen für die Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG geschaffen wurden, kann die aufsuchende Arbeit gar nicht mehr weitergeführt werden.

Gegenläufige Effekte bei der Nutzung der medizinischen Angebote nach IfSG

Die Auswirkungen des ProstSchG auf die Angebote auf Grundlage des § 19 IfSG lassen sich nicht nur in den Bereichen aufsuchender Arbeit und Beratung feststellen, sondern machen sich auch bei den medizinischen Angeboten bemerkbar.

Hier konnten wir im Rahmen der Expert*inneninterviews zwei gegensätzliche Tendenzen erkennen. Die erste Tendenz weist positiv auf eine aktuell stärkere Nutzung der ärztlichen Sprechstunde nach § 19 IfSG hin, insbesondere auf eine stärkere Inanspruchnahme von HIV-

Tests. Hierfür können sehr unterschiedliche Gründe ausschlaggebend sein. Die Mobilität ist unter Sexarbeiter*innen sehr hoch, zudem wird vielfach eher kurzfristig der Sexarbeit nachgegangen (Steffan et al. 2015). Eine dauerhafte intensive Bekanntmachung von medizinischen Angeboten ist also Voraussetzung für die Nutzung. Die interviewten Berater*innen nach § 10 ProstSchG führten aus, dass sie im Rahmen der gesundheitlichen Pflichtberatung sehr intensiv auf die § 19 IfSG-Angebote hinweisen. Ihrer Einschätzung nach „ergänzen sich“ die Pflichtberatung nach § 10 IfSG und die Angebote nach § 19 IfSG auf diese Weise sinnvoll (Interviewpartner*in Metropole). Auch wurde berichtet, dass Trans*Personen und Sexarbeiter*innen aus dem Arbeitsbereich BDSM nun vermehrt die HIV/STI-Sprechstunden aufsuchen. Demzufolge könnte die Pflichtberatung angesichts der Herausforderungen und eingeschränkter Möglichkeiten der aufsuchenden Arbeit die Bekanntmachung der medizinischen Untersuchungen unterstützen. So beobachtete eine interviewte Person, dass ein Teil der Sexarbeitenden „nichts von den Angeboten nach § 19 IfSG wussten“ (Interviewpartner*in Metropole).

Im Gegensatz dazu fällt die zweite Tendenz bedenklich negativ aus: Die medizinische Sprechstunde wird nach Einführung des ProstSchG in einigen Regionen weniger genutzt, wie uns mehrfach berichtet wurde, so „kommen viele der alten Klient*innen aus der Sexarbeit nicht mehr“ (Interviewpartner*in Großstadt). Laut einer befragten Person aus einer Kommune, in der bereits regelmäßige Kontrollen durchgeführt werden, drohen die Angebote nach § 19 IfSG sogar völlig wegzubrechen. Dies gefährde, so die/der Expert*in, die Erreichbarkeit von Sexarbeiter*innen generell.

„Es ist fast beängstigend, dass Frauen, die über viele Jahre bei uns waren, nicht mehr da sind [...], die melden sich nicht an, kommen auch nicht in die § 10 [-Pflichtberatung] [...] Wir haben alles probiert, Materialien [verteilt], Infos erläutert zu § 10 versus § 19“ (Interviewpartner*in Großstadt).

Alle diese Maßnahmen blieben aber bisher ohne Erfolg.

Als eine zusätzliche Barriere für die Inanspruchnahme der Angebote auf Grundlage des § 19 IfSG stellt sich die bereits angesprochene fehlende räumlich und/oder personelle Trennung der beiden Ansätze auf Klient*innenseite dar (siehe **Tab. 1**). So wurde bei Vor-Ort-Besuchen den Streetworker*innen entweder von den Betreiber*innen vorgebracht, dass ja bereits mit der Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG quasi „alles erledigt“ wäre oder dass sie bereits „viel Zeit verschwendet“ und darüber hinaus „keinen Bedarf“ hätten (Interviewpartner*innen Metropole/Großstadt).

Hier wird die Gefahr einer Aushöhlung der Angebote auf Grundlage des § 19 IfSG deutlich sichtbar. Auf diese Weise erhöhen sich insbesondere für Sexarbeitende in prekären Lebens- und Arbeitsverhältnissen die Zugangsbarrieren, besonders für jene, die auf freiwillige und anonym wahrnehmbare Angebote angewiesen sind.

Zusammenfassung und Ausblick

Das Inkrafttreten des ProstSchutzG im Jahr 2017 evoziert deutliche Veränderungen für die Fachdienste des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Allgemeinen und für ihre Angebote für Sexarbeiter*innen im Besonderen. Die etablierten anonym und freiwillig wahrnehmbaren Angebote auf Grundlage des § 19 IfSG müssen institutionell mit der gesundheitlichen Pflichtberatung nach Prostituiertenschutzgesetz verbunden werden. Welchen Einfluss die neuen Aufgaben der Gesundheitsämter nach ProstSchG auf die zuvor bestehenden Angebote für Sexarbeitende haben und weiter haben werden, gilt es dabei kontinuierlich zu beobachten und zu prüfen. Aus der Perspektive der Gesundheitsförderung werden ferner Studien benötigt, die klären, ob und wie eine behördliche Pflichtberatung für Sexarbeitende zur Förderung der sexuellen Gesundheit beitragen kann (Langanke 2018). Insbesondere den Sexarbeitenden, die sich aus unterschiedlichen Gründen nicht anmelden können, sollte dabei Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Die vorliegende Pilotstudie wurde gegenstandsnah-beschreibend angelegt, auf eine Erörterung des Forschungsstandes und eine theoretische Ausarbeitung wurde entsprechend verzichtet. Dabei unterliegt sie einer Reihe von Limitationen. Diese ergeben sich aus den zeitlichen und förderungsbedingten Rahmenbedingungen, die nur verhältnismäßig kleine Stichproben ermöglichten. Auch der relativ frühe Untersuchungszeitpunkt, zu dem noch nicht in allen Kommunen das ProstSchG vollständig umgesetzt war, stellt eine Limitation dar. Zudem ist einschränkend festzuhalten, dass mit einer deutsch- und englischsprachigen Online-Umfrage Sexarbeiter*innen mit geringen Deutsch- bzw. Englischkenntnissen und Personen, die das Internet wenig nutzen, kaum erreicht werden konnten. Wie aus anderen Studien bekannt ist, ist ein Teil der Sexarbeiter*innen ausschließlich im direkten persönlichen Kontakt für solche Befragungen zu gewinnen (Körner und Steffan 2020). Die Feststellung, dass gerade Sexarbeiter*innen in besonders prekären Verhältnissen in der Umfrage unterrepräsentiert

sind, führt zu der Annahme, dass in der Sexarbeit verbreitete Probleme mit den Angeboten in der vorliegenden Studie nicht über-, sondern eher unterschätzt werden.

Abschließend leiten wir aus den Ergebnissen der Pilotstudie folgende fünf Schlussfolgerungen für die Angebote des ÖGD für Sexarbeitende ab:

1. Die Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG und die freiwilligen Angebote auf Grundlage des § 19 IfSG sollten organisatorisch im ÖGD besser abgegrenzt werden, da die faktische Verschmelzung durch fehlende räumliche und personelle Trennung der Bereiche die Zugangshürden erhöht.
2. Der Zielgruppe der Sexarbeitenden sollte besser und klarer vermittelt werden, dass für sie neben der ProstSchG-Pflichtberatung auch anonym und freiwillig wahrnehmbare Angebote auf Grundlage des § 19 IfSG in den Gesundheitsämtern jederzeit zur Verfügung stehen, die ihnen zusätzlichen Nutzen bringen, etwa STI-/HIV-Diagnostik und teilweise psychosoziale Beratungsangebote.
3. ProstSchG-Berater*innen sollten im diskriminierungsfreien und sensiblen Umgang mit Sexarbeiter*innen geschult werden, Konzepte zur Umsetzung der Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG müssen stärker an die vielfältigen Arbeitsverhältnisse der Sexarbeitenden angepasst werden.
4. Gerade bei der Unterstützung und Begleitung von Menschen in prekären Lebensverhältnissen und psychosozialen Notlagen ist Vertrauensaufbau unabdingbar, der nur durch eine Freiwilligkeit des Angebots und zugesicherte Anonymität entstehen kann. Eine Dominanz der gesundheitlichen Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG kann die freiwilligen Angebot der Gesundheitsämter für Sexarbeitende in ihrem Wert degradieren und aushöhlen, wodurch die Wirkung eines bewährten Unterstützungsinstruments gerade für jene Sexarbeiter*innen, die durch das ProstSchG geschützt werden sollen, gefährdet wird. Es darf nicht aus den Augen verloren werden, dass gerade vulnerable Sexarbeitende die freiwillig und anonym wahrnehmbaren Angebote auf Grundlage des IfSG weiterhin dringend brauchen.
5. Seit Inkrafttreten des ProstSchutzG arbeitet eine in Größe und Zusammensetzung nicht näher bekannte Gruppe von Sexarbeiter*innen ohne Anmeldung. Dieser Gruppe sowie ihren Arbeits- und Lebensbedingungen sollte mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Hierzu ist es sinnvoll, das in den letzten Jahren reduzierte Angebot auf Grundlage des § 19

IfSG (Steffan et al. 2018) für Sexarbeitende wieder auszubauen, dabei insbesondere auch die aufsuchende Sozialarbeit und psychosoziale Beratung.

Nicht zuletzt ist zu beachten, dass die Sexarbeitenden der vorliegenden Pilotstudie auch Beratungs- und Informationsbedarf artikuliert haben, der über die Frage der sexuellen Gesundheit deutlich hinausgeht und beispielsweise Arbeitsschutz, Steuerrecht oder spezifische Arbeitsbereiche in der Sexarbeit beinhaltet. Sinnvoll erscheint uns deswegen auch eine verstärkte Förderung der regionalen Angebotsstrukturen für Sexarbeitende sowie der Fachberatungsstellen, um wirklich bedarfsgerecht beraten zu können (Leopold et al. 1994; Probst 2015; Steffan et al. 2015). Gesundheitsämter können hier – wie sie es in einigen Regionen bereits tun – eine Lotsenfunktion im regionalen Unterstützungsnetzwerk übernehmen, durch Kontaktaufbau und Kontaktpflege zur Akzeptanz ihrer Klientel in anderen Einrichtungen beitragen und den Zugang zur allgemeinen gesundheitlichen Versorgung verbessern (Steffan et al. 2018). Darüber hinaus bedarf es separater Angebote (auch der aufsuchenden Arbeit), um jene Sexarbeiter*innen zu erreichen, die sich aus unterschiedlichen Gründen nicht anmelden können und aus diesem Grund den Kontakt zu Behörden meiden.

Literatur

Albrecht R. Beratungskompetenz in der Sozialen Arbeit. Auf die Haltung kommt es an! Kontext 2017; 48: 45–64

Alexander P. Sex Work and Health: A Question of Safety in the Workplace. J Am Med Womens Assoc 1998; 53: 77–82

Altmann M, Nielsen S, Hamouda O, Bremer V. Angebote der Beratungsstellen zu sexuell übertragbaren Infektionen und HIV und diesbezügliche Datenerhebung in deutschen Gesundheitsämtern im Jahr 2012. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2013; 56: 922–929

Benoit C, Jansson SM, Smith M, Flagg J. Prostitution Stigma and Its Effect on the Working Conditions, Personal Lives, and Health of Sex Workers. J Sex Res 2018; 55: 457–471

Castañeda, H. Structural Vulnerability and Access to Medical Care among Migrant Street-Based Male Sex Workers in Germany. Soc Sci Med 2013; 84: 94–101

- Doña Carmen e.V. Prostituiertenschutzgesetz schlägt Infektionsschutzgesetz. Frankfurt/M.:
Doña Carmen e.V. 2019 [Als Online-Dokument:
<https://www.donacarmen.de/prostituiertenschutzgesetz-schlaegt-infektionsschutzgesetz>]
- Döring N. Das neue Prostituiertenschutzgesetz: Wie ist es aus fachlichen Perspektiven zu beurteilen? Eine Einführung. *Z Sexualforsch* 2018; 31: 44–56
- Heinz-Trossen A. Prostitution und Gesundheitspolitik. Prostituiertenbetreuung als pädagogischer Auftrag des Gesetzgebers an die Gesundheitsämter. Frankfurt/M.: Peter Lang 1993
- Hill E, Bibbert M. Zur Regulierung der Prostitution: Eine diskursanalytische Betrachtung des Prostituiertenschutzgesetzes. Wiesbaden: Springer 2019
- Körner C, Steffan E. Lebenslagen männlicher Sexarbeiter und HIV/STI-Prävention. *Soziale Arbeit* 2020 (2): 61–68
- Langanke H. Versorgung zur sexuellen Gesundheit unter dem Prostituiertenschutzgesetz – mehr Fragen als Antworten? *Z Sexualforsch* 2018; 31: 77–86
- Lazarus L, Deering KN, Nabess R, Gibson K, Tyndall MW, Shannon K. Occupational Stigma as a Primary Barrier to Health Care for Street-Based Sex Workers in Canada. *Cult Health Sex* 2012; 14: 139–150
- Leopold B, Steffan E, Paul N. Dokumentation zur rechtlichen und sozialen Situation von Prostituierten in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer 1994
- Mörge R. In Beziehung treten: Etablierungsprozesse von Beratungs- und Arbeitsbeziehungen im Feld der aufsuchenden Sozialen Arbeit. Eine Ethnographie im Kontext der Prostitution. Weinheim, Basel: Beltz 2020
- PartNet. Netzwerk partizipative Gesundheitsforschung. Berlin: Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin 2020 [Als Online-Dokument : <http://partnet-gesundheit.de/partnet-definition/>]
- Pates R. Liberal Laws Juxtaposed with Rigid Control: An Analysis of the Logics of Governing Sex Work in Germany. *Sex Res Soc Policy* 2012; 9: 212–222

- Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T, Mwangi P, Crago AL. Associations between Sex Work Laws and Sex Workers' Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Quantitative and Qualitative Studies. *PLoS Med* 2018; 15: e1002680
- Probst U. Von käuflichem Sex, Opfern und Moral. Perspektiven von Sexarbeiterinnen auf Rechte, Sexualität und Professionalisierung im Arbeitsalltag in Berlin. Berlin: Weißensee 2015
- Rogers CR. Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M.: Fischer 1991 [1951]
- Steffan E. Regulierung der Prostitution in Deutschland seit den 1980er-Jahren: Ein Schritt vor und zwei Schritte zurück? *Z Sexualforsch* 2020; 33: XX–XX
- Steffan E, Arsova Netzelmann T. Aufsuchende Soziale Arbeit im Feld gesundheitlicher Angebote für Sexarbeiter*innen. In: Albert A, Wege J, Hrsg. Soziale Arbeit und Prostitution. Professionelle Handlungsansätze in Theorie und Praxis. Wiesbaden: Springer 2015; 99–110
- Steffan E, Kavemann B, Arsova Netzelmann T, Helfferich C. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Bundesmodellprojekt „Unterstützung des Ausstiegs aus der Prostitution“. Berlin: BMFSJ 2015 [Als Online-Dokument: www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=219864.html]
- Steffan E, Körner C, Arsova Netzelmann T. Abschlussbericht zum Projekt Bestandsaufnahme der Angebote der Gesundheitsämter in Deutschland für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter. Berlin: BMG 2018; unveröffentlichter Abschlussbericht
- Steffan E, Rademacher M, Kraus M. Gesundheitsämter im Wandel. Die Arbeit der Beratungsstellen für STDs und AIDS vor dem Hintergrund des neuen Infektionsschutzgesetzes. Berlin: BMG 2002 [Als Online-Dokument: <http://www.spi-research.eu/wp-content/uploads/2011/10/Gesundheits%C3%A4mter-im-Wandel.pdf>]
- Stimson GV, Fitch C, Rhodes T. The Rapid Assessment and Response Guide on Substance Use and Sexual Risk Behaviour: Draft for Field Testing. Genf: WHO/UNAIDS 1998
- Tanis N, Richter T. Soziale Arbeit mit Betroffenen von Menschenhandel zur sexuellen Ausbeutung in Deutschland. In: Albert A, Wege J, Hrsg. Soziale Arbeit und Prostitution. Wiesbaden: Springer 2015: 173–194

Vorheyer C. Prostitution und Menschenhandel als Verwaltungsproblem. Bielefeld: transcript 2010

Vorheyer C. Zum professionellen Habitus der Sozialarbeiter*innen im Prostitutionsfeld: Betrachtung der sozialen Problemkonstruktionen und Interventionen aus einer körpersensibilisierten Perspektive. Soziale Probleme 2018; 29: 169–187

Wege J, Albert M. Bedarfsanalyse und Konzeptentwicklung für eine Beratungsstelle im Bereich Prostitution für die Stadt Mannheim. In: Albert A, Wege J, Hrsg. Soziale Arbeit und Prostitution. Wiesbaden: Springer 2015; 243–263

Wright M T, Unger H, Block M: Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Wright M T, Hrsg. Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber 2010: 35–52