



## **Erste Erfahrungen mit der Umsetzung des Prostituiertenschutzgesetzes**

Ergebnisse einer Kurzbefragung von Mitarbeiter\*innen von Gesundheitsämtern und Fachberatungsstellen, Mitgliedern eines Fachverbands sowie von Sexarbeiter\*innen

im Rahmen des Projekts

### **SAGE: Sexarbeit und Gesundheit**

Austausch und Vernetzung im Spannungsfeld  
zwischen Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG) und Infektionsschutzgesetz (IfSG):  
Angebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Förderung sexueller Gesundheit

#### **Autorinnen:**

Elfriede Steffan  
Christine Körner  
Tzvetina Arsova Netzelmann  
Maia Ceres  
Rhea Féline  
unter Mitarbeit von Dieter Oremus

#### **Herausgeberin:**

GSSG – Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit

Köln, März 2020

## Inhalt

Inhalt .....	2
Abkürzungen .....	4
Vorbemerkungen.....	5
Teil I: Hintergrund und Vorgehen .....	6
1    Einführung .....	6
2    Gesundheitspolitische Relevanz .....	6
3    Vorgehen und Zielsetzung: Blitzlicht auf die Umsetzung der Pflichtberatung .....	6
Teil II: Ergebnisse der Expert*innen-Befragung .....	8
1    Methode der Datenerhebung.....	8
2    § 10 – Umsetzung in den Kommunen .....	9
2.1    Metropolen: Trennung der Angebote .....	9
2.2    Großstädte: „Ich habe den Hut für beide auf“ .....	10
2.3    Kleinere Städte: Alles aus einer Hand.....	10
3    Austausch und Zusammenarbeit .....	10
4    Erreichbarkeit.....	11
5    Regionale Hilfestruktur: Neue Angebote nach ProstSchG?.....	12
6    Auswirkungen des ProstSchG auf die gesundheitlichen Angebote nach § 19 IfSG .....	13
6.1    Verschlechterte Bedingungen für aufsuchende Arbeit .....	13
6.2    Veränderte Nutzung der Angebote nach § 19 IfSG .....	14
7    Beratungsbedarfe und neue Bedarfe.....	15
8    Austausch und Fortbildung.....	17
8.1    Themen im Rahmen des ProstSchG.....	18
8.2    Neue Klient*innen .....	18
9    Einschätzungen der Expert*innen.....	19
9.1    § 10 ProstSchG und § 19 IfSG ergänzen sich .....	19
9.2    § 10 ProstSchG erschwert und chaotisiert die Arbeit nach § 19 IfSG.....	19
10    Fazit Teil II .....	20
Teil III: Befragung von Sexarbeiter*innen .....	21
1    Methode der Datenerhebung.....	21
2    Wen haben wir erreicht?.....	22
3    Erfahrungen in der Sexarbeit.....	23
4    Anmeldung nach ProstSchG.....	24
5    Wahrnehmung der Angebote der Gesundheitsämter nach § 19 IfSG .....	25
6    Nutzung der Angebote nach § 19 IfSG nach Einführung des ProstSchG .....	26
7    Erfahrungen mit der gesundheitlichen Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG .....	27

8	Zufriedenheit mit den Inhalten der gesundheitlichen Pflichtberatung .....	29
9	Einschätzungen der gesundheitlichen Pflichtberatung im Detail .....	30
10	Mehr Vielfalt zum Thema Gesundheit in der Sexarbeit .....	32
11	Fazit Teil III .....	33
Teil IV: Zusammenfassung und Schlussfolgerungen .....		34
	Abbildungsverzeichnis.....	37
	Literatur.....	38

## Abkürzungen

<b>BDSM</b>	Sexualpräferenzen, bestehend aus Bondage, Disziplinierung, Dominanz, Unterwerfung, Sadismus, Masochismus
<b>BesD</b>	Berufsverband erotische und sexuelle Dienstleistungen
<b>BMG</b>	Bundesministerium für Gesundheit
<b>GSSG</b>	Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit
<b>GA</b>	Gesundheitsamt
<b>IfSG</b>	Infektionsschutzgesetz, seit 2001 in Kraft
<b>ÖGD</b>	Öffentlicher Gesundheitsdienst
<b>ProstSchG</b>	Prostituiertenschutzgesetz, seit 2017 in Kraft
<b>SAGE</b>	SexArbeitGESundheit (Projekt gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit, bestehend aus zwei Teilen: Recherche und Fachtag)
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences, statistisches Auswertungsprogramm für sozialwissenschaftliche Studien

## Vorbemerkungen

Das Projekt SAGE besteht aus einer Fachtagung und aus einer wissenschaftlichen Recherche. Über die Fachtagung wird an anderer Stelle berichtet; hier folgt der Bericht zur Recherche über eine Befragung von Mitarbeiter\*innen von Gesundheitsämtern, von Projekten und einem Fachverband von Sexarbeiter\*innen.

Diese Studie wäre ohne das Engagement und die Kreativität der Beteiligten nicht möglich gewesen. Wir danken daher zunächst allen, die mit uns Autorinnen an der Gestaltung, Durchführung und Auswertung gearbeitet haben.

Unsere Ergebnisse basieren auf den Interviews mit Expert\*innen und Interessensvertreter\*innen und auf der Befragung von Sexarbeiter\*innen. Wir danken daher besonders für deren Bereitschaft, uns auch kurzfristig für ein Interview zur Verfügung zu stehen oder den Fragebogen im Internet auszufüllen. Wir danken auch für das in uns gesetzte Vertrauen, verantwortungsvoll mit den uns anvertrauten Daten umzugehen.

Die Gruppe der Autorinnen hat diese Studie unter der Leitung der GSSG – Gemeinnützigen Stiftung Sexualität und Gesundheit durchgeführt. Deshalb danken wir an dieser Stelle der GSSG-Leiterin Harriet Langanke und ihrem Team, die uns konstruktiv begleitet haben. Wir haben gerne mit der GSSG zusammengearbeitet.

Nicht zuletzt bedanken wir uns für die Förderung der Studie durch das BMG und gehen davon aus, dass auch die weiteren Entwicklungen in diesem Bereich beobachtet und begleitet werden.

Für die Autorinnen

*Elfriede Steffan*  
*Diplom Soziologin*

# Teil I: Hintergrund und Vorgehen

## 1 Einführung

Das Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG) bewirkt seit seinem Inkrafttreten tiefgreifende Veränderungen in den Beratungsstellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) für Sexarbeiter\*innen. Zum einen wird in den Ämtern die vertrauliche (auch anonyme) und freiwillige Beratung nach § 19 Infektionsschutzgesetz (IfSG) weitergeführt, zum anderen kommt die gesundheitliche Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG hinzu, da Sexarbeiter\*innen sich verbindlich registrieren lassen müssen.

Bereits in der Antragsphase dieser Recherche im Herbst 2018 war in vielen Diskussionen und bei Fachtagungen deutlich geworden, dass die Kommunen in Deutschland für die Durchführung dieser Aufgaben sehr unterschiedliche Wege eingeschlagen haben. Zudem wurden für die Pflichtberatungen nach § 10 ProstSchG neue personelle Ressourcen geschaffen, vielfach konnten neue Mitarbeiter\*innen eingestellt werden. Auch für andere Einrichtungen im Hilfesystem, wie z.B. Fachberatungsstellen, Aidhilfen, Fachverbände und Interessensvertretungen von Sexarbeiter\*innen stellen sich mit diesen veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen neue Herausforderungen.

## 2 Gesundheitspolitische Relevanz

Die parallele Existenz zweier so unterschiedlicher Aufträge (freiwillig und anonym nach § 19 IfSG sowie verpflichtend nach § 10 ProstSchG) zur gesundheitlichen Beratung ist eine Herausforderung gleichermaßen für die Beschäftigten in den entsprechenden Fachstellen des ÖGD und in anderen mit dem Thema befassten Projekten wie auch für Sexarbeiter\*innen. Es gilt daher zu überprüfen, ob und wie die neu aufgebauten Angebote und Maßnahmen nach ProstSchG die bestehenden Angebote nach IfSG beeinflussen.

## 3 Vorgehen und Zielsetzung: Blitzlicht auf die Umsetzung der Pflichtberatung

Im Rahmen einer exemplarischen Recherche wurden Daten und Berichte über Erfahrungen mit den Angeboten der Gesundheitsämter nach § 19 IfSG und der Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG gesammelt. Die Ergebnisse wurden im Rahmen der Fachtagung SAGE am 15. und 16.11.2019 in Köln diskutiert. Sie sollen darüber hinaus dazu dienen, eine Grundlage für weiterführende Diskussionen über Wirkungen und Gestaltungen der Angebote von Gesundheitsämtern für Sexarbeiter\*innen zu schaffen.

Die folgende Darstellung kann weder einen Gesamtüberblick über die in den Kommunen existierenden Angebote zur gesundheitlichen Pflichtberatung nach ProstSchG geben, noch kann sie sämtliche Auswirkungen des Gesetzes für die Angebote der Gesundheitsämter und für Sexarbeiter\*innen evaluieren. Dies war auch nicht intendiert und bleibt einer zukünftigen Evaluation des Gesetzes vorbehalten.

Wir werfen vielmehr ein Blitzlicht auf die Umsetzung des ProstSchG, insbesondere auf die gesundheitliche Pflichtberatung. Wir haben dazu Interviews mit Expert\*innen aus einigen ausgewählten Kommunen von sehr unterschiedlicher Größe geführt. Zudem legen wir eine kurze und

von der Reichweite her beschränkte Befragung von Sexarbeiter\*innen zu deren Einschätzung und Erfahrungen mit der Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG vor.

Diese exemplarische Recherche besteht aus zwei Teilen:

- aus einer Kurzbefragung von Mitarbeiter\*innen von Gesundheitsämtern, Fachberatungsstellen und Fachverbänden und
- aus einer internetgestützten Befragung von Sexarbeiter\*innen.

Diese beiden Teile stellen wir im Folgenden nacheinander dar.

Die Federführung für die Erstellung der Instrumente und des Leitfadens sowie in Teilen die Durchführung und Auswertung liegt bei den Autorinnen der Studie (Durchführungsgruppe).

Die internetgestützte Befragung der Sexarbeiter\*innen wurde in Kooperation mit dem Berufsverband erotische und sexuelle Dienstleistungen (BesD) durchgeführt.

Die Steuerungsgruppe des Projekts SAGE, bestehend aus Expert\*innen unterschiedlicher Gesundheitsämter und Interessensvertretungen von Sexarbeiter\*innen wurde beratend einbezogen.

## Teil II: Ergebnisse der Expert\*innen-Befragung

### 1 Methode der Datenerhebung

Diese Befragung wurde durchgeführt nach der Methode RAR (Rapid Assessment and Response, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2004). Vorgehensweisen, Instrumentenentwicklung und Auswertungstechniken von RAR haben sich insbesondere in solchen Studien bewährt, die schnelle Ergebnisse vorweisen sollen (z.B. Steffan, Körner 2016).

Persönliche und telefonische Interviews mit Mitarbeiter\*innen von Gesundheitsämtern, Fachberatungsstellen und Fachverbänden erfolgten auf der Grundlage eines Interviewleitfadens, der den Schwerpunkt „Beratungsangebote“ hatte. Der Interviewleitfaden enthält 19 Fragen zu den Themen Angebotsstruktur, Auswirkung des neuen Angebotes nach ProstSchG – auch auf die Angebote der nach § 19 IfSG – sowie einige Fragen zum Fortbildungsbedarf und zum Diskussionsbedarf auf nationaler Ebene.

Um möglichst vielfältige Erfahrungen abbilden zu können, wurden Mitarbeiter\*innen von Gesundheitsämtern aus Metropolen, Groß- und Städten/Kleinstädten<sup>1</sup> befragt. Sieben Bundesländer sind in der Befragung vertreten – aus Nord-, Süd-, West- und Ostdeutschland. Insgesamt wurden elf Interviews geführt, sieben davon mit Mitarbeiter\*innen von Gesundheitsämtern. Fünf der beteiligten Gesundheitsämter bieten Beratungen sowohl nach § 10 ProstSchG als auch nach § 19 IfSG und zwei jeweils nur die gesundheitliche Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG oder die anonyme, freiwillige Beratung nach § 19 IfSG an.

Drei weitere Interviews wurden mit Mitarbeiter\*innen von Fachberatungsstellen und eines mit einer Vertreter\*in eines Verbandes von Fachberatungsstellen geführt. Die Interviews dauerten zwischen 30 und 60 Minuten. Sie wurden teils digital aufgenommen und teils protokolliert.

Allen Mitarbeiter\*innen wurde Anonymität zugesichert. Nur so konnten Mitarbeiter\*innen aus Gesundheitsämtern, die über kein eigenes Öffentlichkeitsrecht verfügen, uns zu diesem auch in vielen Kommunen kontrovers diskutierten Thema ein Interview geben. Deshalb erfolgt hier keine Beschreibung der Kommunen und deshalb bemühen wir uns, in der Auswertung themenspezifische Aussagen so zu bündeln, dass eine Erkennbarkeit der Kommune oder des /der Interviewpartner\*in vermieden wird. Bei einer so geringen Anzahl von Interviews ist dies nicht ganz einfach. Wir hoffen aber, wir sind unserer Verantwortung gerecht geworden, und danken allen Interviewpartner\*innen für ihre Offenheit und für das uns entgegenbrachte Vertrauen.

Die Kurzinterviews wurden mit Hilfe von vorbereiteten Tabellen aufgezeichnet und sachbezogen ausgewertet, sie wurden zudem im Rahmen der Fachtagung SAGE im November 2019 weiter diskutiert.

---

<sup>1</sup> Metropole ab 1 Mio. Einwohner\*innen; Großstädte ab 500.000, Städte ab 100.000 und Kleinstädte unter 100.000 Einwohner\*innen



## 2 § 10 – Umsetzung in den Kommunen

Wie bereits erwähnt, kann die folgende Darstellung keinen Gesamtüberblick über die in den Kommunen geschaffenen Angebote zur gesundheitlichen Pflichtberatung nach ProstSchG bieten. Wir werfen vielmehr ein Blitzlicht auf die Umsetzung in einigen wenigen Kommunen von sehr unterschiedlicher Größe und mit unterschiedlich strukturierten Angeboten der STI-Beratung und -Diagnostik in den Gesundheitsämtern.

Bei unserer Recherche trafen wir auf verschiedene Modelle zur Umsetzung der § 10-Beratung, die wir in fünf Kategorien unterteilen und im folgenden Abschnitt genauer darstellen. Hierbei wird deutlich, dass sich die Umsetzung des § 10 ProstSchG an den bereits vorhandenen Strukturen und Ressourcen und am geschätzten Aufkommen von Sexarbeitenden in dem jeweiligen Zuständigkeitsbereich orientiert.

### 2.1 Metropolen: Trennung der Angebote

Die von uns befragten Mitarbeiter\*innen von Gesundheitsämtern in Metropolen beschrieben eine strikte Trennung des verpflichtenden Beratungsangebots nach § 10 ProstSchG von der vorher bereits etablierten Beratung nach § 19 IfSG. Dafür wurde eigens neues Personal gewonnen, es entstanden jeweils mehrere Personalstellen für beratende Sozialarbeiter\*innen und Ärzt\*innen. Allerdings sind zwei Modelle unterscheidbar:

- Ein Modell vollzieht eine strikte strukturelle und räumliche Trennung; d.h. es wurde speziell für die Umsetzung des ProstSchG eine neue Institution an einem neuen Ort geschaffen.
- Ein anderes Modell vollzieht ebenfalls eine räumliche Trennung (mitunter geografisch weit voneinander entfernt), jedoch unter einer gemeinsamen Gesamtleitung durch das Gesundheitsamt, z.T. mit jeweils eigenen Fachgebietsleitungen.

Beiden Modellen gemeinsam ist eine strikte Trennung des Personals. Das Personal für die Beratung nach § 10 wurde neu eingestellt und ist ausschließlich für diesen Bereich zuständig, Vertretungen zwischen § 10 ProstSchG- und § 19 IfSG-Berater\*innen sind strukturell nicht vorgesehen, auch übernehmen § 10 Berater\*innen keine aufsuchende Arbeit. Dadurch soll die Wiedererkennbarkeit von Sexarbeiter\*innen vermieden werden, um deren Anonymität zu wahren.

Zur Wahrung von Vertraulichkeit und Anonymität gibt es strikte Vorgaben. Hierzu wurden ausgeklügelte Systeme etabliert, um dem ProstSchG Genüge zu tun und Klarnamen und Meldeadresse als gesetzliche Grundlage für die erste Anmeldung auch in der davor geschalteten gesundheitlichen Pflichtberatung in der Gesundheitskarte zu vermerken und trotzdem Vertraulichkeit und auch Anonymität von Sexarbeiter\*innen zu wahren. Erst in einem zweiten Schritt kann auf Wunsch mit bestätigter Anmeldung eine Aliasbescheinigung ausgestellt werden. Diese bildet dann die Grundlage für die Folgeberatungen.

## 2.2 Großstädte: „Ich habe den Hut für beide auf“

In Großstädten scheint, insbesondere wegen fehlender Ressourcen, eine strikte Trennung nicht immer möglich. Wir konnten wiederum zwei Modelle unterscheiden:

Zum einen eine von der bisherigen Beratung nach § 19 IfSG räumlich getrennte Stelle für die § 10 ProstSchG-Beratung mit neu eingestellten Berater\*innen unter einer Leitung. Auch hier wird strikt auf die personelle Trennung geachtet, z.B. gibt es keine gegenseitigen Vertretungen, auch wenn aufgrund der beschränkten personellen Ressourcen „ein Engpass entsteht“ (GA Großstadt).

Das andere Modell vollzieht zwar noch eine räumliche Trennung, jedoch im selben Haus, und mischt ansonsten das Personal. Da die Personalressourcen begrenzt sind, müssen die Berater\*innen sowohl § 19 IfSG-Beratungen als auch Pflichtberatungen nach § 10 ProstSchG durchführen.

## 2.3 Kleinere Städte: Alles aus einer Hand

Kleinere Städte verfügen über noch weniger Ressourcen. Entsprechend erfolgt vielerorts keine Trennung der Arbeit nach § 10 ProstSchG und § 19 IfSG. Im Gegenteil: Dort wo keine neuen personellen Ressourcen geschaffen wurden, geht die Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG zu Lasten der anderen Angebote für Sexarbeitende. Aufsuchende Arbeit findet z.B. nicht mehr oder nicht im vorherigen Umfang statt, die anonyme Beratung nach § 19 muss z.T. entfallen.

## 3 Austausch und Zusammenarbeit

Das professionelle Arbeitsverhältnis zwischen den Mitarbeiter\*innen der § 10 ProstSchG-Pflichtberatung und jenen der freiwillig und anonym wahrnehmbaren Beratung nach § 19 IfSG basiert auf den oben beschriebenen jeweils unterschiedlichen Angebotsstrukturen.

In den Kommunen, in denen es keine personelle Trennung zwischen beiden Angeboten gibt, existieren entsprechend auch keine Unterschiede der Arbeitsbereiche. Alle machen alles, das heißt, dass es von der aufsuchenden Arbeit über die Pflichtberatung bis zur freiwillig und anonym wahrzunehmenden Beratung und den ärztlichen Angeboten keine Unterschiede auf der Grundlage der gesetzlichen Grundlagen nach § 19 IfSG und § 10 ProstSchG in der Verantwortlichkeit und Zuständigkeit gibt.

In Kommunen, in denen beide Bereiche personell und räumlich getrennt agieren, werden Arbeitsbeziehungen auf unterschiedlichen Ebenen etabliert. So wurden z. B. die neu eingestellten Berater\*innen für die § 10-Beratung von den erfahrenen Berater\*innen nach § 19 IfSG fortgebildet, insbesondere was fachbezogene Beratungsinhalte betrifft. Ein fachlicher Austausch wird durch entsprechende Gremien ermöglicht; gemeinsame Teamfortbildungen vertiefen das Verständnis und schaffen Zusammenhalt.

Interessant ist die Kooperation auf der praktischen Ebene der zu beratenden Klient\*innen. Die einfachste Ebene ist das Weiterverweisen von Klient\*innen. Darüber hinaus wird aber auch von persönlichen Begleitungen und gemeinsamer Beratung berichtet, „wenn ein\*e Klient\*in dies wünscht.“ (GA Metropole).

Die folgende Auflistung nennt Formen der Zusammenarbeit zwischen den Berater\*innen der unterschiedlichen Bereiche:

- Keine Unterschiede der Arbeitsbereiche: Alle machen alles.
- Zwei Teams, aber eine Einheit mit unterschiedlichen Aufgaben und gegenseitiger Vertretung.
- Getrennte Teams mit regelmäßigen Arbeits- und Austauschitzungen auf Fach- und Strukturebene.
- Fortbildungen der § 10 Berater\*innen durch die § 19 IfSG Berater\*innen, gegenseitige Hospitationen und gemeinsame Teamfortbildungen.
- Weitervermittlung von Klient\*innen aus der § 10 in die § 19 Beratung.
- Gemeinsame Betreuung der Klient\*innen im engen Austausch.

#### 4 Erreichbarkeit

Eine wichtige Zielsetzung des ProstSchG besteht darin, mit den Maßnahmen der verpflichtenden gesundheitlichen Beratung und Anmeldung alle Sexarbeiter\*innen zu erreichen, auch um sie über das Hilfesystem insgesamt und Angebote zum Schutz der Gesundheit zu informieren. Insbesondere jenen Sexarbeiter\*innen, die von Gewalt und Menschenhandel betroffen sind, soll so frühzeitig Beratung und Hilfe angeboten werden.

Wir haben deshalb gefragt, ob Gesundheitsämter in der Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG mehr und andere Sexarbeiter\*innen und Betroffene von Menschenhandel erreichen als vor der Einführung des ProstSchG.

Wir haben dabei sehr unterschiedliche Rückmeldungen erhalten. Es wurde uns sowohl von einem Rückgang der erreichten Sexarbeiter\*innen, als auch von keiner wahrnehmbaren Veränderung bis hin zu einer stärkeren Erreichbarkeit von Sexarbeiter\*innen berichtet.

Expert\*innen aus Metropolen und Großstädten berichteten, dass bisher nur ein Teil der bereits bekannten Sexarbeiter\*innen die § 10-Pflichtberatung wahrnimmt, z.T. liegen die Schätzungen bei 50%. Davon würden sich anschließend nicht alle tatsächlich anmelden; vorsichtige Schätzungen belaufen sich auf eine Anmeldequote von 25 bis 33% der bekannten Sexarbeiter\*innen (Metropolen, Großstädte).

Ebenso wurde berichtet, dass nunmehr ein zuvor nicht erreichter Teil der Sexarbeiter\*innen erreicht wird, z.B. auch durch das Angebot der Sprachmittlung, das in diesem Ausmaß vorher nicht zur Verfügung stand (Großstadt), dafür aber andere bisher erreichte Personengruppen „abtauchen“ (Metropolen, Großstädte). Aus Sicht einer Fachberatungsstelle ist eine Spaltung der Sexarbeiter\*innen in Angemeldete und Nicht-Angemeldete zu beobachten, die Angemeldeten seien leichter erreichbar als die Unangemeldeten.

Welche Personengruppen werden nun erreicht bzw. nicht mehr erreicht? Je nachdem, wie ausgeprägt und strukturiert die Angebote vor der Einführung des ProstSchG waren und welche Gruppen zuvor erreicht wurden, zeigt sich das folgende Bild:

- In einigen Gesundheitsämtern werden mehr Deutsche und EU-Ausländer\*innen erreicht (Metropole, Großstädte und kleinere Städte). Auch Sexarbeiter\*innen aus Arbeitsbereichen, zu denen vorher kein oder wenig Kontakt bestand, wie Massage/Escort oder BDSM oder

Migrant\*innen aus Bordellen, die von Betreiber\*innen in die Pflichtberatung geschickt werden, werden neu erreicht.

- Einige Interviewpartner\*innen berichteten, dass eher weniger Sexarbeiter\*innen aus Nicht-EU-Ländern erreicht werden, da diese keine Arbeitserlaubnis und damit auch keine Chance hätten, angemeldet in der Sexarbeit zu arbeiten. Auch Sexarbeiter\*innen, die in Wohnungen arbeiten, werden weniger erreicht (Großstadt).
- Insbesondere aber wird beobachtet, dass langjährige Klient\*innen nicht mehr erscheinen (Großstadt). In anderen Gesundheitsämtern werden sie aber auch weiterhin erreicht (Großstadt, Stadt).
- Nach wie vor werden mann-männliche Sexarbeiter in einem „verschwindend geringen“ Ausmaß von Angeboten der Gesundheitsämter erreicht (Metropolen, Großstadt).
- Die Interviewpartner\*innen berichteten, dass zwar die Aufmerksamkeit für Betroffene von Menschenhandel gestiegen sei, jedoch bislang kein nennenswerter Anstieg an Aufdeckungen zu verzeichnen ist. Nur eine Interviewpartnerin (Metropole) berichtet, dass in einem Jahr im Kontext eines neuen Projekts (telefonische aufsuchende Arbeit) mehr Fälle von Menschenhandel aufgedeckt wurden, im darauffolgenden Jahr jedoch wieder ein Rückgang der Anzahl zu verzeichnen war.

## 5 Regionale Hilfestruktur: Neue Angebote nach ProstSchG?

Beratungsangebote für die Allgemeinbevölkerung z.B. zu sozialen und gesundheitlichen Themen sind für Sexarbeiter\*innen in vielen Fällen erschwert zugänglich, zu sehr sind sie von Stigmatisierung und Ausgrenzung betroffen.

Fachberatungsstellen für Sexarbeiter\*innen, die prozesshafte und auch begleitende Beratungsangebote leisten, können daher einen wichtigen Beitrag zur sozialen Stabilisierung von Sexarbeiter\*innen in prekären Lebensverhältnissen leisten (BMFSFJ 2015). Doch in vielen Kommunen fehlen solche Fachberatungsstellen – wie auch andere Einrichtungen, die sich auf die Zielgruppe der Sexarbeiter\*innen in prekären Lebensverhältnissen ausgerichtet haben. Effektive Hilfestellungen in sozialen und gesundheitlichen Krisensituationen und für Opfer von Gewalt und Menschenhandel sind aber auf Angebote angewiesen, die über eine gesundheitliche Beratung hinausgehen. Das Prostituiertenschutzgesetz sieht eine enge Zusammenarbeit mit entsprechend spezialisierten Einrichtungen des Hilfesystems vor.

Wir haben deshalb auch gefragt, ob seit der Einführung des ProstSchG neue Angebote für die Klient\*innen in der jeweiligen Kommune oder Region geschaffen wurden.

Mehrere Interviewpartner\*innen berichteten von zusätzlichen, veränderten oder erweiterten Angeboten für die Gruppe der Sexarbeiter\*innen, andere berichteten über keine neuen Angebote, meinten aber, bereits „vorher gut aufgestellt gewesen zu sein“ (Metropole). Wieder andere berichteten nicht nur über das Fehlen weiterführender Hilfsangebote im Hilfesystem, sondern auch über fehlende personelle Ressourcen, die zusätzlichen Aufgaben nach § 10 ProstSchG zu bewältigen (Stadt).

Bei der Erweiterung des Beratungsangebots wurden unterschiedliche Wege bestritten. Uns wurde berichtet von

- zusätzlichen Beratungsangeboten für bestimmte Zielgruppen, wie mann-männliche Sexarbeiter\*innen, die zuvor nicht angesprochen bzw. erreicht wurden oder bei denen angenommen wird, dass sie sich nicht anmelden werden (Metropole);
- zusätzlichen Mitteln/Stellen für bereits bestehende Fachberatungsstellen zum Ausbau der Beratung (Metropolen);
- der Schaffung neuer Fachberatungsstellen (Großstadt);
- einem Ausbau von Angeboten der Aids-Hilfe, unabhängig von der Einführung des ProstSchG, aber mit der Möglichkeit, die aufsuchende Arbeit an Orten der Sexarbeit auszuweiten (Stadt);
- Mitteln/Projekten für zusätzliche aufsuchende Arbeit (Metropole).
- verstärkter Förderung von Projekten für Opfer von Menschenhandel (Stadt).

Uns wurde jedoch auch berichtet, dass in einigen Regionen keine neuen Angebote geschaffen wurden und auch keine zusätzlichen Mittel für die Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG bereitgestellt wurden.

## **6 Auswirkungen des ProstSchG auf die gesundheitlichen Angebote nach § 19 IfSG**

Seit der Einführung des IfSG im Jahr 2002 sind die anonymen, freiwilligen und kostenlosen Angebote nach § 19 IfSG die Grundlage für die Angebote der Beratungsstellen der Gesundheitsämter zu HIV und STI; nicht nur, aber auch, für Sexarbeitende. Diese Angebote bestehen aus drei miteinander verwobenen und aufeinander aufbauenden Bereichen:

1. aufsuchende soziale Arbeit an Orten der Sexarbeit
2. anonyme und freiwillig wahrnehmbare Präventionsberatung zu HIV/STI und allgemein zu sexueller Gesundheit
3. ärztliche Angebote inkl. Beratung, Diagnostik und in Standardfällen auch Therapie.

Vor der Einführung des ProstSchG wurde von Kritiker\*innen des Gesetzes befürchtet, dass damit die auf Freiwilligkeit und Vertrauen basierenden Angebote gefährdet werden könnten. Wir haben deshalb auch dezidiert danach gefragt, wie sich die Inanspruchnahme der Beratungsangebote nach § 19 IfSG nach Einführung des ProstSchG verändert hat. Im Ergebnis wurden uns sehr unterschiedliche Beobachtungen und Erfahrungen mitgeteilt, die im Folgenden dargestellt werden.

### **6.1 Verschlechterte Bedingungen für aufsuchende Arbeit**

Bis auf eine Ausnahme schilderten alle Interviewpartner\*innen von Gesundheitsämtern und Fachberatungsstellen die gleiche Entwicklung: Die aufsuchende Arbeit sei sehr viel schwieriger

geworden. Dies wurde teilweise auf Veränderungen im Milieu<sup>2</sup> zurückgeführt, z.B. wurden Appartements und Etablissements im Zusammenhang mit der Anmeldepflicht der Betriebe geschlossen. Selbst für langjährig bekannte Streetworker\*innen sei es zudem schwieriger geworden, Sexarbeiter\*innen an ihren Arbeitsorten aufzusuchen. Ihnen würde seit Einführung des ProstSchG mit viel mehr Misstrauen und Ablehnung begegnet als zuvor. In kleinen Städten, in denen keine zusätzlichen Personalressourcen für die § 10-Beratung geschaffen wurden, kann die aufsuchende Arbeit gar nicht mehr durchgeführt werden.

In einem Fall zeigten sich keine Veränderungen in der aufsuchenden Arbeit, sie wird nach wie vor gut angenommen. Allerdings würden dabei viele langjährig bekannte Klient\*innen nicht mehr angetroffen. Ob diese die Sexarbeit inzwischen aufgegeben haben oder aber in andere Arbeitsfelder ausgewichen sind, die nicht öffentlich zugänglich sind (wie Online-Plattformen), ist nicht bekannt (Großstadt).

## 6.2 Veränderte Nutzung der Angebote nach § 19 IfSG

Ein vielfältiges Bild zeigte sich in den Aussagen zur Nutzung der Beratung nach § 19 IfSG und der Nutzung der ärztlichen Angebote in den Gesundheitsämtern.

### **Die ärztliche Sprechstunde nach § 19 IfSG wird stärker genutzt**

Durch die § 10-Pflichtberatung nach ProstSchG kämen in einigen Gesundheitsämtern mehr oder auch andere Sexarbeiter\*innen insbesondere in die ärztliche Sprechstunde, z.B. zum HIV-Test. Mitarbeiter\*innen der Pflichtberatung führen aus, dass sie sehr intensiv an die § 19 Angebote verweisen. Viele Sexarbeiter\*innen hätten diese Angebote vorher gar nicht gekannt, die Angebote „ergänzen sich“ (Metropole). Als Gruppen, die vermehrt in die Sprechstunde kämen, wurden z.B. Trans\*Personen und Sexarbeiter\*innen aus dem Arbeitsbereich BDSM genannt (Metropole).

### **Angebote nach § 19 IfSG werden weniger genutzt**

In einer Kommune, in der bereits regelmäßige Kontrollen durchgeführt werden, wird befürchtet, dass die Angebote nach § 19 IfSG völlig wegbrechen und damit eine Erreichbarkeit von Sexarbeiter\*innen generell gefährdet sein könnte.

*„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 (-Beratung) ... Wir haben alles probiert, Materialien (verteilt), Infos erläutert zu § 10 vs. § 19 – kein Austausch von Daten“ (Großstadt). Alle diese Vertrauensmaßnahmen blieben aber bisher ohne Erfolg (Großstadt).*

In anderen Städten wird ein kontinuierlicher Rückgang der Nutzung der ärztlichen Sprechstunde und der § 19-Beratung beobachtet, wenn auch nicht in dem eben beschriebenen drastischen Ausmaß. Aber auch hier scheinen langjährig betreute Sexarbeiter\*innen wegzubleiben (Metropole).

Ein anderes Argument für die Nicht-Inanspruchnahme der Beratung nach § 19 IfSG wurde insbesondere von Sexarbeiter\*innen gegenüber Streetworker\*innen und Berater\*innen vorgebracht, die von Betreibern zur verpflichtenden Gesundheitsberatung quasi „geschickt“ wurden: Sie hätten ja

---

<sup>2</sup> In der Soziologie werden Milieus als Gruppen Gleichgesinnter mit ähnlichen Grundwerten und Prinzipien der Lebensführung verstanden, die sich durch erhöhte Binnenkommunikation und Abgrenzung gegenüber anderen Gruppen auszeichnen.

bereits mit dieser verpflichtenden Beratung „alles erledigt“, „viel Zeit verschwendet“ und darüber hinaus „keinen Bedarf“ (Metropole, Großstadt).

Hier wird die Aushöhlung der Angebote nach § 19 IfSG deutlich sichtbar.

Auf der Basis eines gewachsenen Vertrauens ist die Beratung nach § 19 IfSG geeignet für Fälle von prekären Lebensverhältnissen, beim Wunsch einer beruflichen Neuorientierung, bei Lebenskrisen und Gewaltbetroffenheit. Sie bietet eine prozesshafte mit mehreren Beratungen in kurzen Abständen. Dazu ist die Pflichtberatung nicht in der Lage.

## 7 Beratungsbedarfe und neue Bedarfe

Für alle Interview-Partner\*innen, unabhängig von welcher Beratungsstelle (§ 10, § 19 oder Fachberatung für Sexarbeiter\*innen) und aus welcher Kommune, standen zunächst die vom ProstSchG generierten Bedarfe im Vordergrund der Beratung.

In dieser Anfangsphase waren die neuen Rahmenbedingungen der Sexarbeit ein großes Beratungsthema. Das zeigte sich in Fragen wie: Sich anmelden oder nicht? Unter welchen Bedingungen kann ich in Deutschland legal der Sexarbeit nachgehen? Was erwartet mich im Rahmen des Anmeldeprozedere? Welche steuerrelevanten Aspekte muss ich beachten?

Ein weiterer Bedarf umfasste diverse **Aufenthaltsfragen**, die für nicht-deutsche Sexarbeitende relevant sind. Dazu gehört etwa die Meldepflicht für EU-Bürger\*innen und die Gefahr, den Freizügigkeitsstatus zu verlieren, wenn sie sich nicht als Sexarbeiter\*innen anmelden. Darüber hinaus gab es Beratungsbedarf bei Menschen ohne Aufenthaltserlaubnis oder ausländische Student\*innen, der sich als besonders problematisch darstellte. Denn fehlt ihnen eine Arbeitserlaubnis, können sich ausländische Studierende nicht als Sexarbeiter\*innen anmelden. Auch eine eventuelle Wohnungslosigkeit ist im Rahmen einer § 10-Beratung ein spezielles Thema, da bei der Anmeldung eine Meldeadresse in Deutschland anzugeben ist.

Hinzu kommen Beratungsbedarfe, die aus den unmittelbaren **Veränderungen** in den Sexarbeitsszenen nach der Einführung von ProstSchG resultieren. Die Arbeitsbedingungen haben sich zum Teil verschlechtert. Uns wurde von einem steigenden Druck, oder auch von Erpressungen und Gewaltvorfällen berichtet, insbesondere für nicht angemeldete Sexarbeiter\*innen aus dem Escort-Bereich (Fachberatungsstellen).

Mit Blick auf die vom ProstSchG vorgeschriebenen Kernthemen der gesundheitlichen Pflichtberatung berichteten einige Expert\*innen von einem großen Bedarf an **Aufklärung**. Teilweise sei dieser bereits vorher bekannt gewesen (GA in Metropole/Kleinstadt). Die gesundheitliche Beratung in einer Kleinstadt stellte fest, dass beim größeren Teil der migrantischen Sexarbeiter\*innen insgesamt weniger Vorwissen vorhanden ist als bei den in Deutschland aufgewachsenen Sexarbeiter\*innen. Der Bedarf bezieht sich auf eine grundlegende Aufklärung zu HIV/STI. Weitere gesundheitsbezogenen Anliegen der Klient\*innen umfassen: STI, Impfungen, (ungewollte) Schwangerschaften (GA in Metropole/Großstadt), Psychohygiene, Ängste, Depressionen (Metropole). Das Thema „Hygiene“ werde in Bezug auf spezielle Angebote, wie beispielsweise BDSM erwähnt, sei aber auch insbesondere für Neueinsteiger\*innen wichtig (Metropole/Großstadt).

Über gesundheitliche Themen hinaus wurden **Arbeitsbedingungen**, rechtliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Steuerfragen besprochen: „*Alles rund ums Geld verdienen*“ – insbesondere, jedoch nicht nur, für Neueinsteiger\*innen (Metropole, Großstadt). In vielen Beratungen, und speziell in den Folgeberatungen, wurde die familiäre Situation der Klient\*innen

thematisiert: „plötzlich öffnen sie sich und erzählen über die familiäre Situation in der Heimat“ (Metropole/ Großstadt). Für Migrant\*innen in der Sexarbeit können Beratungen in der eigenen Muttersprache angeboten werden und der Beratungsraum funktioniert als Schutzraum insbesondere für Migrant\*innen, die in Deutschland „ein Stück heimatlos sind“ (Metropole/ Großstadt). Auch Themen wie Gewalt im persönlichen oder familiären Umfeld wurden bei der gesundheitlichen Pflichtberatung angesprochen (Großstadt).

Darüber hinaus ergeben sich auf Grund der Struktur und der vorgegebenen Inhalte grundsätzliche Fragen über Nutzen und Reichweite der verpflichtenden Beratung. Die Themen sind vom Gesetz vorbestimmt, inkl. des Beratungsablaufs, der im Ausstellen einer Bescheinigung zur Vorlage bei der Anmeldung mündet. Der Hauptfokus liegt auf den vorab festgelegten vier gesundheitsbezogenen Themenblöcke (STI/HIV, Schwangerschaft/Verhütung, Konsumverhalten, Zwangslagen). Die Sexarbeiter\*innen kommen ohne eigene Motivation und eventuell auch ohne eigenen Beratungsbedarf.

Es stellt sich daher die Frage: Handelt es sich „nur“ um einen schwieriger Balanceakt in der Gestaltung der Beratung zwischen Verpflichtung und Hilfe- und Unterstützungsanspruch für die § 10-Beraterinnen? Oder liegt ein grundsätzlicher und immanenter Widerspruch vor, der mit dem Selbstverständnis der Beratung nicht zu vereinbaren ist?

Da das Selbstverständnis von Beratung in den Expert\*innen-Interviews immer wieder zumindest latent thematisiert wurde, nehmen wir an dieser Stelle einen kurzen Exkurs auf.

### **Exkurs Beratung**

Beratung ist die „wesentliche professionelle Handlung in nahezu allen Bereichen Sozialer Arbeit“ (Albrecht 2017). Je nach dem theoretischen Modell gibt es diverse Klassifikationen der Beratungsansätze: Es wird zwischen direkter und nicht-direkter (Rogers 1991), informeller und formalisierter (Thiersch 2004) Beratung unterschieden; letztere findet am häufigsten in institutionalisierten bzw. behördlichen Beratungsstellen statt (Albrecht 2017). Trotz der vielfältigen Unterschiede ist allen Formen eines gemeinsam: Grundlegend für eine professionelle Beratung ist die akzeptierende Haltung der Berater\*innen gegenüber der zu beratenden Person.

Die häufigste Frage, die ein Beratungsgespräch eröffnet, ist: *Was führt Sie heute hierher? Was ist Ihr Anliegen?* Auf diese Weise beginnt normalerweise jede erste Beratungssitzung. In der Beratung werden Anlass und konkreter Beratungswunsch von der zu beratenden Person in die Beratung eingebracht. Ein fachgemäßer Themenkatalog liegt den Berater\*innen vor, beschreibt aber lediglich den inhaltlichen Rahmen und Umfang dessen, was an Expertise zur Verfügung stünde, sollte die zu beratende Person Bedürfnis und Bereitschaft haben, diese in Anspruch zu nehmen.

Um es mit dem personenzentrierten Ansatz nach Carl Rogers zu verdeutlichen: Eine Beratung an sich ist nicht direktiv, was wiederum nicht bedeutet, dass sie nicht aktiv ist. Die nicht-direktive, prozessoffene Beratung lenkt nicht das Beratungsgespräch durch vorgegebene Themen oder einseitige Vermittlung von Informationen zu einem zu erwartenden Ergebnis. Sie ist vielmehr damit befasst, eine angstfreie und vertrauensvolle Atmosphäre zu ermöglichen, die Verbalisierung und Ausdruck der Anliegen und Probleme der Klient\*innen fördert, genauso wie ihre Selbsterkundung. In diesem Sinne ist die Beratung personenzentriert, bzw. klient\*innenzentriert (Rogers 1951). Sie begegnet der zu beratenden Person mit



bedingungsloser Wertschätzung, Akzeptanz, Empathie, Authentizität und mit Respekt (Schmid, Keil 2001).

Die zu beratene Person hat die Kontrolle über ihre Probleme, Ressourcen und Einschränkungen. Mit welchen Themen und Anliegen sie in die Beratung kommt und was dort angesprochen wird, kann nicht von den Berater\*innen vorab entschieden werden. Es gilt für die Berater\*innen, die zu Beratenden darin zu unterstützen, Themen zum Ausdruck zu bringen und sich reflektiert und erkenntnisgewinnend damit zu befassen. Obwohl sie viele Informationen und Aufklärungen beinhalten kann, ist eine Beratung kein Informationsgespräch und hat nicht den Zweck, die Beratenen aufzuklären oder gar zu belehren.

Aus der Praxis wurden uns von Interviewpartner\*innen aus den Gesundheitsämtern sehr unterschiedliche Umgangsweisen mit der Pflichtberatung geschildert. Diese reichten tatsächlich von der Abarbeitung eines Katalogs unterschiedlicher Beratungsthemen über die reine „Belehrung“ bis zur individuellen persönlichen Beratung. Nicht immer war für uns deutlich zu verstehen, wie die Pflichtberatung sich inhaltlich von der freiwilligen anonymen Beratung nach § 19 IfSG abgrenzt.

Besonders hervorheben möchten wir die Vorgehensweise eines Gesundheitsamts einer Metropole. Die Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG ist in dieser Beratungsstelle *„offen und heterogen“* gestaltet, das *„Abarbeiten eines Katalogs“* ist *„streng verboten“*. Es werden *„nur“* 30 Min. für eine Beratung angesetzt. Die Formalien werden nach kurzer Prüfung (Alter, Schwangerschaft, eventueller Drogenkonsum) zuerst geklärt. Dann wird *„die Gesundheitskarte ausgestellt“*, und erst danach werden Themen für eine Beratung angeboten, die dann angenommen oder eben auch abgelehnt werden können. Auf dieser Basis entwickelt sich nach Aussagen unserer Interviewpartner\*in in den meisten Fällen ein Beratungsgespräch.

## 8 Austausch und Fortbildung

Alle von uns interviewten Expert\*innen priorisierten den kontinuierlichen Austausch und kollegiale Beratungen bei der Umsetzung von § 10 ProstSchG. Sie sehen darin ein Instrument für Orientierung, Weitergabe von Wissen und Erfahrungen und gegenseitiger Unterstützung angesichts der noch fehlenden einheitlichen Standards und Leitlinien für die gesundheitliche Pflichtberatung.

*„Der Fortbildungsbedarf {für Berater\*innen} ist nach wie vor groß (Beratungsstelle);...regelmäßige Fortbildungen, ...auch medizinische (GA Kleinstadt)..... sind wichtig (GA Großstadt)“*; auf nationaler Ebene werden *„modulare Fortbildungen und Qualitätsstandards in der Beratung“* gebraucht (Metropole).

Zudem ist ein Austausch über die bisherigen Erfahrungen erkenntnisbringend auch für andere Fachkräfte (z.B. im Empfangsbereich für die § 10-Beratung), da die Mehrheit der neu eingestellten Mitarbeiter\*innen über wenig Vorwissen zum Thema Sexarbeit verfügt. Der Bereich Sexarbeit verändert sich zudem fortwährend und auch die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen führen zu neuen Phänomenen und Veränderungen von Verhältnissen in den Sexarbeitsszenen. Der Informationsaustausch über beobachtete Veränderungen innerhalb der Szenen, über Mobilitätsmuster oder neue Gruppen von Sexarbeiter\*innen ist wichtig, damit die Berater\*innen aktuelle und praxistaugliche Informationen und Unterstützung anbieten können: *„Neue Trends können abgeglichen werden“* (GA Metropole).

Das gilt nicht nur für Gesundheitsämter in Metropolen und Großstädten. Auch auf regionaler Ebene, zwischen kleineren Gesundheitsämtern, ist es ein fortlaufender Austausch relevant für die Praxis. Die bisherigen Erfahrungen einiger Bundesländer mit Vernetzungs- und Austauschtreffen auf Landes- und länderübergreifender Ebene bilden die Probleme der § 10-Umsetzung in den kleineren Städten und Kommunen nur bedingt ab.

Die benannten Fortbildungsbedarfe und -themen der Berater\*innen lassen sich zwei Gruppen zuordnen:

### 8.1 Themen im Rahmen des ProstSchG

Auch gut zwei Jahren nach dem Beginn der Umsetzung wurden hier noch Themen genannt wie Informationen und Diskussionen zum Gesetz, spezialisiertes Wissen zu **Steuerpflicht, Gebühren** (in einigen Bundesländern) und **Selbstständigkeit** (aus Sicht einer Fachberatungsstelle). Diese nehmen, wie oben bereits dargestellt, nach wie vor einen großen Raum in der gesundheitlichen Pflichtberatung ein.

Neben dem Fortbildungsbedarf zu bestimmten Segmenten der Sexarbeit, wie beispielsweise BDSM (GA Großstadt), wurden Themen wie **Hygiene, Impfungen** und **Krankenversicherung** genannt. Die befragten Expert\*innen nannten einen Wissensbedarf insbesondere bezüglich der Krankenversicherung für EU-Bürger\*innen (EHIC) und der damit verbundenen Kosten (Beratungsstellen, GA Großstadt) sowie zum EU-Sozialrecht, was die Rechte von EU-Bürger\*innen in Deutschland betrifft (Beratungsstelle).

Die Berater\*innen im Bereich der Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG wünschen sich auch mehr konkrete Informationen und vor allem praktische Beratungshinweise zum Thema **Sicherheit** bei der Sexarbeit (GA Großstadt). Dabei handelt es sich um ein vielfältiges Thema, das die zum Teil großen Unterschiede an den diversen Arbeitsorten berücksichtigen müsste und allgemeine Kenntnisse über die verschiedenen Formen und Bereiche der Sexarbeit (Escort, Straße, Club) voraussetzt.

Des Weiteren äußerten die Interviewpartner\*innen einen hohen Fortbildungsbedarf bezüglich der **Folgeberatungen**, die in vielen der Bundesländer schon stattfinden. Umfang, Einzelthemen und Dauer der Folgeberatungen wurden als wichtige Punkte genannt (GA Großstadt)

### 8.2 Neue Klient\*innen

Mit Blick auf die zum Teil neuen, durch die Pflichtberatung erreichten Gruppen von Sexarbeitenden wünschen sich die Expert\*innen mehr lebensweltnahe Kenntnisse zur Sexarbeit allgemein und Beratungskompetenzen, die insbesondere auf die speziellen Bedarfe zweier Klient\*innen-Gruppen eingehen:

- **Trans\*-Klient\*innen**, mit der Gesamtbandbreite aller relevanten gesundheitlichen Anliegen inkl. Schutzverhalten (GA Metropole) und
- Klient\*innen aus dem **BDSM-Bereich** (GA Großstadt), speziell mit den Themen Arbeitsschutz und Prävention von STI und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen

Zusammenfassend stellen wir fest, dass viele der gewünschten Fortbildungsthemen sich stark an den durch die neue Gesetzgebung entstandenen Bedarfen der Klient\*Innen-Gruppen orientieren.

## 9 Einschätzungen der Expert\*innen

Am Schluss der Interviews haben wir unsere Interviewpartner\*innen gebeten, uns eine allgemeine Einschätzung der Entwicklung der Angebote für Sexarbeiter\*innen seit Einführung des ProstSchG zu geben. Auch hier fallen die Aussagen sehr unterschiedlich aus. Im Folgenden fassen wir die Einschätzungen der Expert\*innen in Thesen zusammen. In den Interviews war die Trennung nicht immer so klar; es wurden durchaus Einschätzungen gegeben, die gleichzeitig pro und contra § 10 ProstSchG waren.

### 9.1 § 10 ProstSchG und § 19 IfSG ergänzen sich

Insbesondere kleinere Gesundheitsämter sehen in der Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG auch Vorteile für ihre Arbeit, insbesondere für die Erreichbarkeit von Sexarbeiter\*innen. Es können „andere Gruppen“ erreicht werden als zuvor (Stadt) und Sexarbeitende können nach der Pflichtberatung direkt an die kostenlosen HIV/STI-Testungen und Beratungsangebote verwiesen werden. Auch sehen sie Vorteile für den Ausbau der Beratungslandschaft. Es entstehen „neue Einrichtungen und Projekte“ (Fachberatungsstelle, Stadt), darüber hinaus sei die Pflichtberatung „nicht so holzschnittartig, wie befürchtet“ (Fachberatungsstelle, Stadt)

Einige Expert\*innen aus Metropolen schlossen sich dieser Einschätzung an. So würden „andere Gruppen“ von Sexarbeiter\*innen erreicht, dies lasse „einen neuen Blick“ auf die Sexarbeit entstehen. (Metropole). Es sei allerdings zu früh, daraus zu schlussfolgern, ob dieser differenziertere Blick auch zu positiven Auswirkungen für Sexarbeitende führen könnte (Metropole).

### 9.2 § 10 ProstSchG erschwert und chaotisiert die Arbeit nach § 19 IfSG

Das Gesetz hat nach Angaben einiger Interviewpartner\*innen vielerorts sehr massive negative Einschnitte in die Arbeit nach § 19 IfSG verursacht. Außerdem seien die Berater\*innen und Expert\*innen vor Ort „monatelang“ damit befasst gewesen, zu klären, wie das neue Gesetz umgesetzt werden kann. In dieser Zeit sei die Zahl der erreichten Sexarbeiter\*innen regelrecht „eingebrochen“. Natürlich würde weiter an einem Wiederaufbau der Angebote gearbeitet.: *„Wir sind immer aufgestanden und haben aufgebaut, es wird sich normalisieren, aber wann? Das ist das Problem“* (Großstadt)

Weiter wurde uns berichtet, dass das „aktuelle bundesweite Chaos“ in der Entwicklung von Beratung, Anmeldung und Ausgaben von Bescheinigungen „Verunsicherung“ schafft und auch „Schlupflöcher“ zur Umgehung dieser Prozedur entstehen lässt. Es wurde beobachtet, dass hierdurch „mehr Druck auf Sexarbeitende“ ausgeübt wird.

Es wurde dringend angemahnt, bundesweit auf eine „Homogenisierung des Handelns von Verwaltung und Beratung“ hinzuarbeiten, um mehr „Sicherheit für Sexarbeitende“ zu schaffen. Bisher sei es schwierig, ein Gesamtbild zu erhalten, da es regional sehr unterschiedlich sei, ob z.B. bereits Kontrollen durchgeführt werden und von wem (Polizei oder Ämter) (Fachverband)

## 10 Fazit Teil II

Erwartungsgemäß haben wir sehr unterschiedlich gestaltete Angebote der Gesundheitsämter für die Beratung von Sexarbeiter\*innen vorgefunden. Diese reichten von „Alles in einer Hand“ in kleineren Kommunen mit wenig personellen Ressourcen bis zur völligen strukturellen, örtlichen und personellen Abgrenzung von den bisherigen Angeboten mit neuen Teams in Großstädten und Metropolregionen. Für besonders bemerkenswert halten wir die Dynamiken, die diese unterschiedlichen Gestaltungsmodelle in der Praxis entwickeln und wie sie sich auf die Beratung selbst sowie auf die Berater\*innen und die Ratsuchenden (§ 19 IfSG), bzw. die zur Beratung verpflichteten Sexarbeiter\*innen auswirken sind.

In der Einleitung haben wir die Einführung der Pflichtberatung nach ProstSchG und das darauf aufbauende Anmeldeverfahren als eine große Herausforderung für Gesundheitsämter und Fachberatungsstellen bezeichnet. Nach der Auswertung der Interviews mit Expert\*innen und vor allem nach den Diskussionen im Rahmen des Fachtages am 15. und 16. November 2019 in Köln, stellen wir fest, dass es durchaus angemessen ist, von einer „Zerreißprobe“<sup>3</sup> zu sprechen. Dies gilt insbesondere für Beratungsangebote von Gesundheitsämtern in Großstädten und Metropolen. Diese Entwicklung gilt es weiter zu beobachten.

Auf Grundlage der kurzen und stichprobenartigen Erhebungen können wir nur Tendenzen benennen und lediglich grundsätzliche Schlussfolgerungen ziehen. Wir können aber erkennen, dass in der weiteren Umsetzung des ProstSchG ein besonderes Augenmerk auf folgende Punkte gerichtet werden sollte:

- Die Beratungsangebote nach § 10 ProstSchG müssen so gestaltet sein, dass keine grundsätzliche Schädigungen der Angebote nach § 19 IfSG eintreten. Dazu scheint es erforderlich, durch Sparmaßnahmen der Kommunen geschwächte Angebote nach § 19 IfSG (Steffan, Körner, Arsova Netzelmann 2018) insbesondere in Städten und im ländlichen Raum, aber auch in einigen Großstädten, (wieder) auszubauen und die Unterschiede zwischen den freiwillig wahrzunehmenden Angeboten und der verpflichtenden Beratung klarer zu kommunizieren, insbesondere für die (Zwangs-) Nutzer\*innen, aber auch in Fachkreisen und Kommunen.
- Eine bundesweit einheitliche Vorgehensweise bei der Umsetzung des ProstSchG sollte vorangetrieben werden.
- Die bereits eingetretene und weiter zu befürchtende Teilung der Sexarbeitenden in gut erreichbare Angemeldete einerseits und unerreichbare Nicht-Angemeldete andererseits muss weiter beobachtet werden. Gegebenenfalls muss dieser Entwicklung mit speziellen Angeboten für die Nicht-Angemeldeten begegnet werden, denn hier ergeben sich neue Tendenzen der Ausgrenzung und Stigmatisierung. Mehr Aufmerksamkeit sollte auf die Veränderungen der Arbeits- und Lebensbedingungen von nicht-angemeldeten, eventuell jetzt eher im Verborgenen arbeitenden Sexarbeiter\*innen gerichtet werden.

---

<sup>3</sup> Begriff aufgegriffen von der Moderatorin des Fachtags, Harriet Langanke.

## Teil III: Befragung von Sexarbeiter\*innen

### 1 Methode der Datenerhebung

Für die Befragung von Sexarbeiter\*innen wurde eine Durchführungsgruppe gebildet, der auch zwei Vertreter\*innen des Berufsverbandes erotische und sexuelle Dienstleistungen (BesD) angehörten. Dieses partizipative Forschungsteam hat die internetgestützte Befragung von Sexarbeiter\*innen gestaltet, durchgeführt, ausgewertet und beim SAGE-Fachtag in Köln präsentiert.

Ein Fragebogen mit 21 Hauptfragen fragte nach der Nutzung von Angeboten der Gesundheitsämter nach § 19 IfSG und zu Erfahrungen mit der Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG. Ergänzend gab es zwei Freitextfelder zu Erfahrungen mit der Beratung nach § 10 ProstSchG und zu allgemeinen Anmerkungen.

Das Ausfüllen des Bogens hat zwischen 5 und 10 Minuten in Anspruch genommen. In einigen Fällen wurden Übersetzer\*innen zur Unterstützung herangezogen, dann dauerte die Beantwortung der Fragen bis zu 30 Minuten.

Um eine hohe Akzeptanz für eine Teilnahme an der Befragung zu ermöglichen, haben wir die Abfrage von personenbezogenen Daten so knapp wie möglich gehalten und bewusst auf solche Daten verzichtet, die die Identifizierung einer Person ermöglicht hätten. Dieses Vorgehen erwies sich als richtig und sinnvoll, wie der dokumentierte Austausch über die Kontaktadresse beim BesD belegt. So gab es mehrfach Nachfragen zu Vertrauenswürdigkeit und Zielsetzung der Befragung. Allerdings schränkt diese bewusste Minimierung der Daten auch die Auswertbarkeit der Studie ein.

Die speziellen Rahmenbedingungen dieser Studie, insbesondere die knappe Zeit und die knappen personellen Ressourcen, gestatteten nur eine kurze Befragung mit einer eingeschränkten Reichweite. So konnte auch nur ein kurzer Erhebungszeitraum eingeräumt werden: Die Befragung wurde ab dem 3.10.2019 auf verschiedenen vernetzungs- und sexarbeitspezifischen Plattformen und Internetportalen beworben und endete zum 21.10.2019. Zusätzlich wurde die Befragung in mehreren Gesundheitsämtern mit dem Einsatz von Dolmetscher\*innen unterstützt.

Uns war bewusst, dass dieses Vorgehen Sexarbeiter\*innen von der Befragung ausschließt, die keinen Zugang zum Internet haben oder nicht in der Lage sind, diesen Bogen in Deutsch selbst auszufüllen. Eine wünschenswert stärkere Einbeziehung dieser Zielgruppen hätte einen viel längeren Zeitraum und entsprechend umfangreichere personelle Ressourcen erfordert. Unserer Erfahrung nach sind Sexarbeiter\*innen mit geringen Deutschkenntnissen und aus bestimmten Milieus ausschließlich im direkten persönlichen Kontakt für solche Befragungen zu erreichen (Steffan, Körner 2016; Körner, Steffan 2020). Eine repräsentative Befragung von Sexarbeiter\*innen wäre ohnehin nicht möglich, allein da die Grundgesamtheit der Sexarbeitenden in Deutschland nicht bekannt ist.

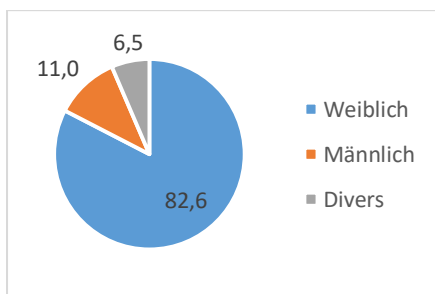
Die Auswertung der internetgestützten Befragung erfolgte mit SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), Analyse und Bewertung der Ergebnisse erfolgten in enger Kooperation mit dem BesD und der Steuerungsgruppe. Auf die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bedingungen wurde geachtet.

## 2 Wen haben wir erreicht?

In dem Erhebungszeitraum von nur 18 Tagen sind erfreulicherweise 225 Fragebögen auf dem Internetdienst SurveyMonkey eingegangen, von denen 185 in die Auswertung aufgenommen werden konnten. Im Vorfeld hatten wir auch vor dem Hintergrund von Einschätzungen von Interessensvertreter\*innen aus der Sexarbeit lediglich mit 60 auswertbaren Fragebögen gerechnet. Dass wir in dieser kurzen Zeit die dreifache Anzahl von auswertbaren Fragebögen erhalten haben, ist sicher auch auf die Kooperation mit dem BesD zurückzuführen. Das Ergebnis zeugt darüber hinaus aber auch von der großen Bereitschaft von Sexarbeitenden, über ihre Erfahrungen mit dem neuen Gesetz zu berichten. Das belegen auch die Kommentare und Einschätzungen in den beiden offenen Freitextfeldern von 72 Studienteilnehmer\*innen, die im Folgenden ebenfalls einbezogen werden.

Zu den Daten: Unter Geschlecht wurde von 128 Befragten „weiblich“ angegeben (83%, es liegen Angaben von N= 155 Personen vor), von 17 Befragten „männlich“ (11%) und von 10 Befragten „divers“ (6%). 30 Personen haben hier keine Angabe gemacht.

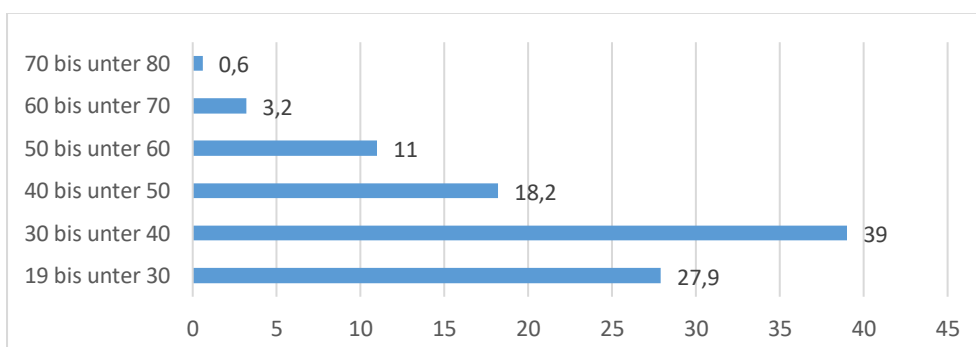
**Abb. 1: Geschlecht der Befragten**



Geht man davon aus, dass der Anteil der männlichen Sexarbeiter insgesamt eher unter 10% liegt (Steffan, E., Körner, C., Arsova Netzelmann, T 2018), haben wir diese mit unserer Befragung gut erreicht. Die anderen vielfältigen sexuellen Zuordnungen sind gerade in der Sexarbeit mit „divers“ nur unzureichend zu bezeichnen, aber gerade auch aus Datenschutzgründen konnten wir hier nicht differenzierter nachfragen. Insgesamt jedoch lassen die geringen Fallzahlen der männlichen Sexarbeiter und der Sexarbeiter\*innen mit der Geschlechtszuordnung „divers“ keine gesonderte Auswertung zu.

Das Alter der Befragten lag im Durchschnitt bei 37 Jahren (N=154) (Median: 35 Jahre) und reichte von 19 Jahre bis 79 Jahren.

**Abb. 2: Alter der Befragten**



Die größte Anzahl der Antwortenden lag zum Zeitpunkt der Erhebung in der Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahre (39%), gefolgt von der Altersgruppe zwischen 19 und 30 Jahre. Nur 11% der Befragten waren zwischen 50 und 60 und nur 3,8 % zwischen 60 und 80 Jahre alt.

Im Vergleich zu anderen Befragungen von Sexarbeiter\*innen ist der Altersdurchschnitt in dieser Studie eher hoch (BMFSFJ. 2015, 29 Jahre; Leopold, Steffan 1997, 35 Jahre). Allerdings waren jene Studien gezielt auf die Unterstützung im Rahmen eines Ausstiegs oder einer beruflichen Umorientierung gerichtet, hier war also nur eine Teilpopulation von Sexarbeiter\*innen angesprochen und die Ansprache erfolgte überwiegend über Projekte und Einrichtungen.

Aus der Studie zu männlichen Sexarbeitern wissen wir, dass mit einer Online-Befragung eher ältere Personen erreicht werden, die zudem über durchschnittlich höhere Bildungsabschlüsse verfügen (siehe Steffan, Körner 2016); auf Fragen nach Bildungsabschlüssen wurde aber in dieser Kurzbefragung verzichtet.

### 3 Erfahrungen in der Sexarbeit

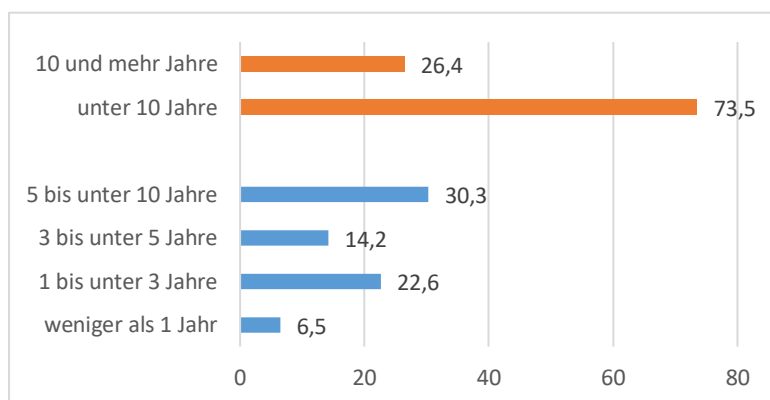
Ebenso wie die Altersangaben sind die Jahre der Arbeitserfahrung in der Sexarbeit breit gefächert. Wie andere Studien zeigen, wird Sexarbeit nicht unbedingt kontinuierlich ausgeübt (BMFSFJ 2015). Eine Befragte erklärt hierzu in einem Freitextfeld: „Zur Frage. wie lange ich im Sexgewerbe tätig bin: sporadisch schon früher.... Jetzt seit 4-5 Jahren wieder ständig“.

Die Befragten waren im Durchschnitt 7,2 Jahre (N=155) in der Sexarbeit tätig, bzw. sie verfügen über Erfahrungen mit Sexarbeit in diesem angegebenen Zeitraum. Im Vergleich mit anderen Erhebungen ist dieser Durchschnitt sehr viel niedriger (Leopold, Steffan 1997 11,4 Jahre; BMFSFJ 2015: 13,6 Jahre). Auch diese Differenz kann auf die unterschiedlichen Vorgehensweisen und Zielsetzungen der Studien zurückgeführt werden.

Betrachtet man die Verteilung der Erfahrung in der Sexarbeit differenzierter, so fällt auf, dass die meisten Sexarbeiter\*innen einen Erfahrungszeitraum von unter 10 Jahren angegeben haben (73,5%; N= 155). 20 % haben bis zu 20 Jahre und weitere 6,4% über 20 Jahre angegeben.

In der folgenden Abbildung ist diesen Zeitraum genauer unterteilt.

**Abb. 3: Erfahrung in der Sexarbeit nach Jahren**



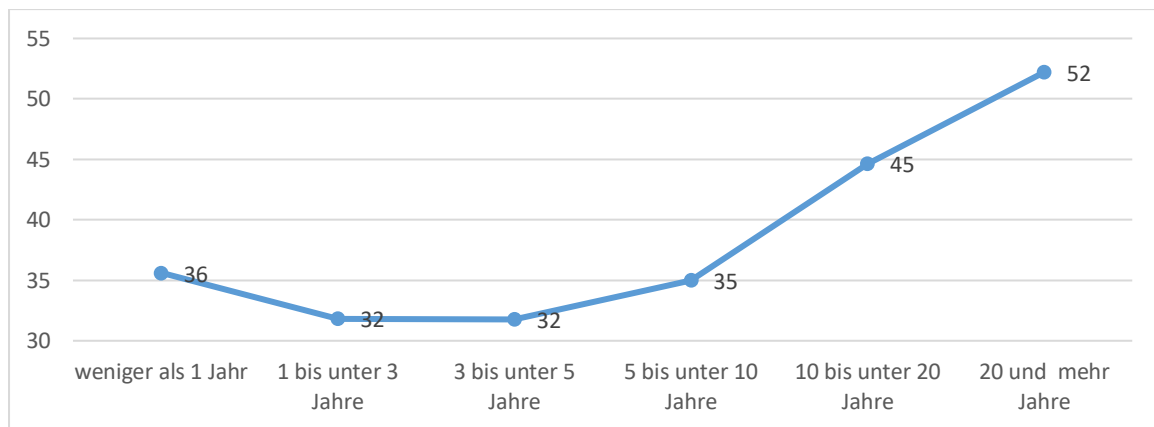
Je kürzer der Zeitraum der Erfahrungen in der Sexarbeit ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese Befragten die Angebote der Gesundheitsämter für Sexarbeiter\*innen erst nach Einführung des Prostituiertenschutzgesetzes kennengelernt haben. In unserer Stichprobe trifft dies auf 29,1% der

Befragten zu (N= 155), sie haben angegeben, Erfahrung von unter einem Jahr bis zu 3 Jahren in der Sexarbeit zu haben.

Erwartungsgemäß steigt die Dauer der Arbeitserfahrung mit dem Alter der Befragten an, wie die folgende Abbildung zeigt. Hier haben wir Antworten von 153 Befragten vorliegen. Auffällig ist dennoch, dass diejenigen, die über weniger als ein Jahr Arbeitserfahrung verfügen, im Durchschnitt deutlich älter sind als erfahrenere Kolleg\*innen.

#### Abb. 4: Mittelwerte Alter nach Erfahrung in der Sexarbeit

*Lesebeispiel: Die Gruppe der Befragten, die über weniger als 1 Jahr Arbeitserfahrung verfügen, ist durchschnittlich 36 Jahre alt.*



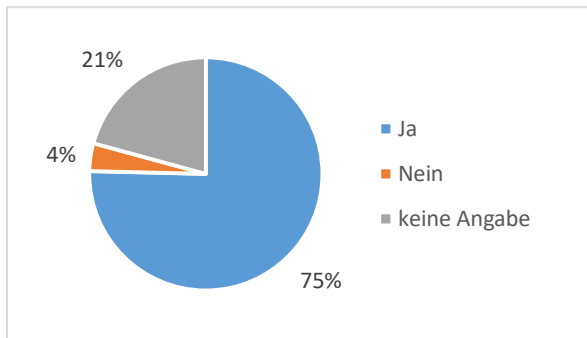
Damit scheinen wir auch Sexarbeiter\*innen erreicht zu haben, die erst relativ spät mit der Sexarbeit begonnen haben. Leider haben wir hier keine Vergleichswerte aus anderen Studien. Wir können daher nicht sicher feststellen, ob dieser Zusammenhang typisch für Sexarbeitende ist und damit der gängigen Vorstellung widerspricht, dass Sexarbeiter\*innen in erster Linie in einem sehr jungen Alter in die Sexarbeit kommen. Es kann sich hier ebenso um eine Besonderheit unseres Samples handeln, das im Zusammenhang mit dem Zugang über das Internet steht.

## 4 Anmeldung nach ProstSchG

Der Schwerpunkt unserer Befragung lag in erster Linie darin, Erfahrungen von Sexarbeiter\*innen mit den Beratungsangeboten der Gesundheitsämter nach § 19 IfSG und mit der gesundheitlichen Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG zu erheben. Erfahrungen mit der Beratung im Rahmen der Anmeldung und mit der Anmeldung als Sexarbeiter\*innen selbst haben wir nicht abgefragt.

Wir haben lediglich abschließend erhoben, ob nach der erfolgten gesundheitlichen Pflichtberatung auch eine Anmeldung erfolgte. 75,4% derer, die in der gesundheitlichen Pflichtberatung waren, haben angegeben, sich auch angemeldet zu haben. Nur 3,8% haben hier „nein“ gesagt, ein Fünftel der Befragten (20,8%) hat es allerdings vorgezogen, auf diese Frage nicht zu antworten.



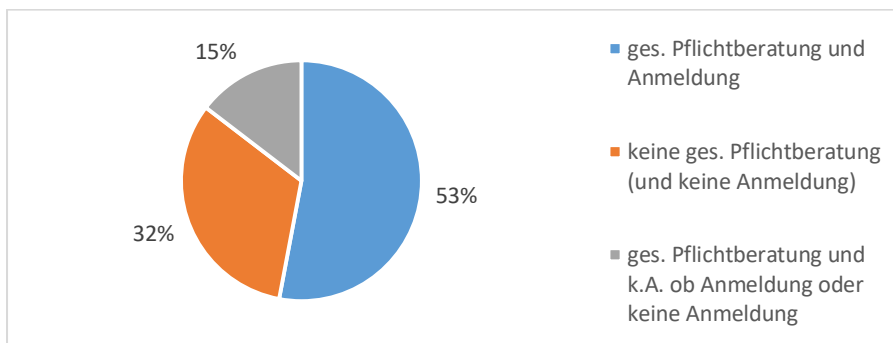
**Abb. 5: Anmeldung nach der gesundheitlichen Pflichtberatung**

Einige machten im Freitextfeld Angaben darüber, warum sie sich nach der gesundheitlichen Pflichtberatung nicht angemeldet haben. Die Gründe reichten von „*sich noch anmelden zu wollen*“ bis zu sich „*aus Prinzip*“ nicht anmelden zu wollen, weil das Gesetz abgelehnt wird.

Eine Befragte bemerkt im Freitextfeld dazu:

*„Ich habe früher Vollzeit als Hure gearbeitet und aus eigenem Interesse war ich 2 Mal im Jahr im Gesundheitsamt zur Untersuchung und Beratung (habe sehr positive Erfahrungen dort gemacht). Nach dem neuen Gesetz war mir klar, dass ich mich auf keinen Fall registrieren lassen werde. .... Ich gehe tatsächlich nicht mehr regelmäßig zur Untersuchung, ich arbeite schwarz, zahle keine Steuern mehr (vor dem Gesetz lief alles korrekt). Ich habe mir meine Nische gesucht. Leider.“*

Bezogen auf die Gesamtstichprobe von N=185 ergibt sich daraus folgendes Bild: An unserer Befragung haben mehr als die Hälfte (53%) der Befragten an der Pflichtberatung teilgenommen und sich anschließend nach ProstSchG als Sexarbeiter\*innen angemeldet.

**Abb. 6: Angemeldete Sexarbeiter\*innen in der Gesamtstichprobe**

32% haben bisher keine Erfahrung mit der gesundheitlichen Pflichtberatung gemacht und sich folglich bisher auch nicht angemeldet. Weitere 15% haben sich trotz gesundheitlicher Pflichtberatung nicht angemeldet oder aber es vorgezogen, auf diese Frage nicht zu antworten.

## 5 Wahrnehmung der Angebote der Gesundheitsämter nach § 19 IfSG

Für die befragten Sexarbeiter\*innen war es nicht immer ganz einfach, den Differenzierungen zwischen § 19 IfSG und § 10 ProstSchG zu folgen, dies geht aus einigen Rückmeldungen zum Fragebogen hervor. Wir hatten gerade über diese Unterscheidungen zwischen den Angeboten nach IfSG und ProstSchG in der Durchführungsgruppe intensiv diskutiert und uns mehrere Frage-Varianten überlegt, aber dennoch können wir Missverständnisse nicht ausschließen. Die vom Gesetzgeber gewählte Begrifflichkeit sorgt zusätzlich für Verwirrung. Beide Angebote tragen den Titel

„Beratung“<sup>4</sup>, obwohl sie auch Aufklärung oder Belehrung (ProstSchG) enthalten. Selbst Expert\*innen haben uns berichtet, dass in Fachgremien die Unterscheidung zwischen diesen Angeboten nicht immer leichtfällt (Gesundheitsamt Großstadt).

Zusätzlich dürfte diese für unsere Befragung so wichtige Differenzierung insbesondere von dem Drittel der Befragten schwierig zu beantworten gewesen sein, die unter drei Jahren in der Sexarbeit tätig sind und daher die Angebote der Gesundheitsämter nicht vor der Einführung des ProstSchG kennenlernen konnten. Auch ist unklar, wie deutlich die Unterschiede zwischen der Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG und den freiwillig und anonym wahrnehmbaren Angebote nach § 19 IfSG in der Praxis von den anbietenden Stellen und den Berater\*innen kommuniziert werden.

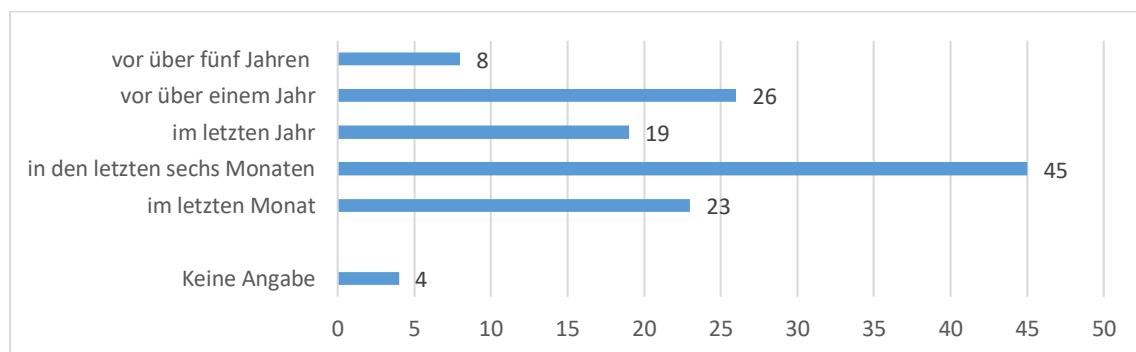
Eine Aktion mit Testanrufen von Sexarbeiter\*innen bei Gesundheitsämtern vom Verein Doña Carmen im Oktober 2019 hatte zum Ergebnis, dass nur 17% der kontaktierten 131 Gesundheitsämter am Telefon auf die Angebote nach § 19 IfSG hingewiesen haben, viele erst auf Nachfrage. Bei den meisten Testanrufen wurden die Sexarbeiter\*innen direkt an die § 10-Pflichtberatung weiterverwiesen. (Doña Carmen 2019).

## 6 Nutzung der Angebote nach § 19 IfSG nach Einführung des ProstSchG

Wir haben gefragt, ob *Erfahrungen mit der freiwilligen und anonym wahrzunehmenden Beratung der Gesundheitsämter* vorliegen und auch das ärztliche Angebot über eine kleine Klammerbemerkung (inkl. kostenloser STI-Tests) mit einbezogen. Danach verfügen 65,9% der Befragten über diese Erfahrungen (N=185), 29,2 % haben hier „nein“ angegeben und 5% keine Angaben gemacht.

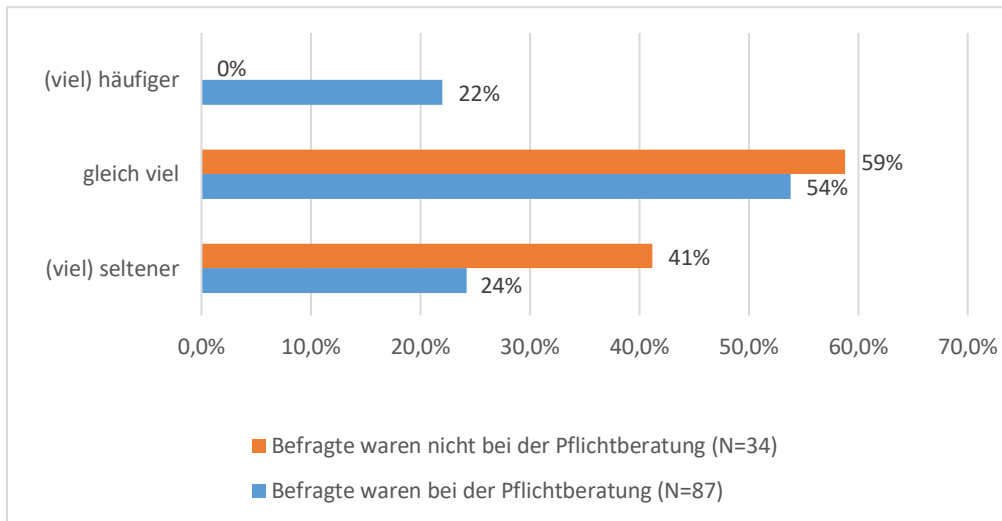
Wir haben weiter gefragt, wann sie das letzte Mal ein Angebot nach § 19 IfSG wahrgenommen haben, hier liegen 125 Angaben vor. 87 Befragte (69,6% von 125 Antworten) haben innerhalb der letzten 12 Monate diese Angebote in Anspruch genommen, 26 Personen vor über einem Jahr und 8 Personen vor über fünf Jahren.

**Abb. 7: Letzte Nutzung der Angebote der Gesundheitsämter nach § 19 IfSG**



Uns hat interessiert, ob sich nach Einführung des ProstSchG die Inanspruchnahme der Angebote nach § 19 IfSG verändert hat. Wir haben also gefragt, ob das Angebot seltener, gleich viel oder häufiger wahrgenommen wird. Interessant sind die Antworten insbesondere, wenn für die Analyse unterschieden wird, ob die Befragten in der gesundheitlichen Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG waren oder nicht.

<sup>4</sup> Siehe hierzu Exkurs „Beratung“ in Teil II dieses Berichts.

**Abb. 8: Nutzung der Angebote nach IfSG nach Inkrafttreten des ProstSchG**

In diesem Gruppenvergleich zeigt sich folgendes: Sexarbeiter\*innen, die bisher nicht bei der gesundheitlichen Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG waren, haben deutlich seltener die Angebote nach § 19 IfSG genutzt als früher.

Damit geben unsere Zahlen die gleiche Einschätzung wieder, die uns in der Befragung der Mitarbeitenden von Gesundheitsämtern und von Beratungsangeboten für Sexarbeiter\*innen berichtet wurde. Auch dort beobachteten die von uns befragten Expert\*innen, dass bestimmte Gruppen von Sexarbeiter\*innen nicht mehr oder schwerer erreicht werden.

Es ist zu befürchten, dass Sexarbeiter\*innen, die sich nicht anmelden wollen oder können (weil sie beispielsweise über keine Arbeitserlaubnis verfügen), grundsätzlich Kontakte zu Ämtern meiden und deshalb durch die Angebote der Gesundheitsämter gar nicht mehr erreicht werden können.

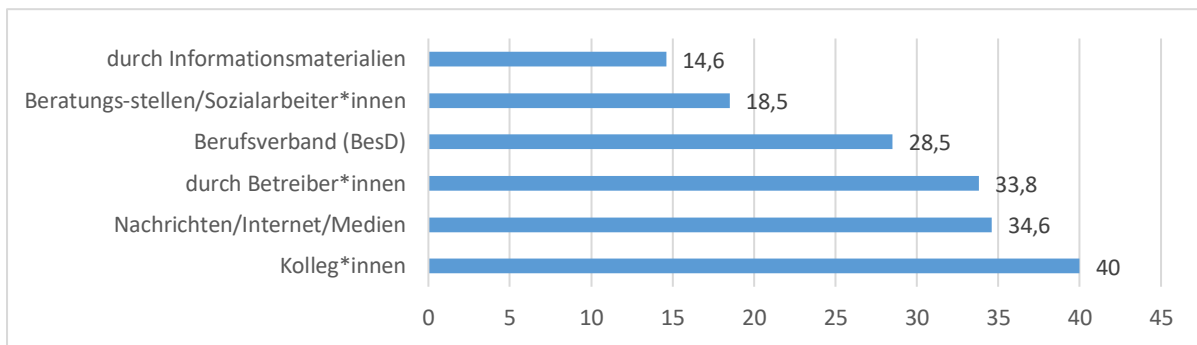
## 7 Erfahrungen mit der gesundheitlichen Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG

Das ProstSchG definiert in § 10 auch, wie die gesundheitliche Pflichtberatung durchgeführt werden soll, danach erfolgt diese *„angepasst an die persönliche Lebenssituation der beratenen Person und soll insbesondere Fragen der Krankheitsverhütung, der Empfängnisregelung, der Schwangerschaft und der Risiken des Alkohol- und Drogengebrauchs einschließen“*. Die zu beratende Person ist außerdem auf die *„Vertraulichkeit der Beratung hinzuweisen und erhält Gelegenheit, eine etwaig bestehende Zwangslage oder Notlage zu offenbaren“*.

In den insgesamt 15 Fragen, die wir zu Erfahrungen mit der gesundheitlichen Pflichtberatung gestellt haben, werden also auch Themen behandelt, die auf eine persönliche Unterstützung durch die gesundheitliche Pflichtberatung hinweisen. Es interessierte uns auch, ob die Nutzer\*innen sich persönlich unterstützt gefühlt haben und ob ihnen Hilfe vermittelt wurde.

Zunächst haben wir gefragt, ob die Befragten bisher *„bei der gesundheitlichen Pflichtberatung für Prostituierte nach § 10 ProstSchG“* waren. Hier haben 130 Sexarbeiter\*innen (70,3%; N= 185) mit „Ja“ geantwortet und 55 mit „Nein“. In den folgenden Auswertungsteil werden deshalb ausschließlich diejenigen einbezogen, die hier mit „Ja“ geantwortet haben.

Wir haben dann gefragt, wie sie von der gesundheitlichen Pflichtberatung erfahren haben; hier waren Mehrfachantworten möglich (N=130).

**Abb. 9: Wie Sexarbeiter\*innen von der gesundheitlichen Pflichtberatung erfahren haben**

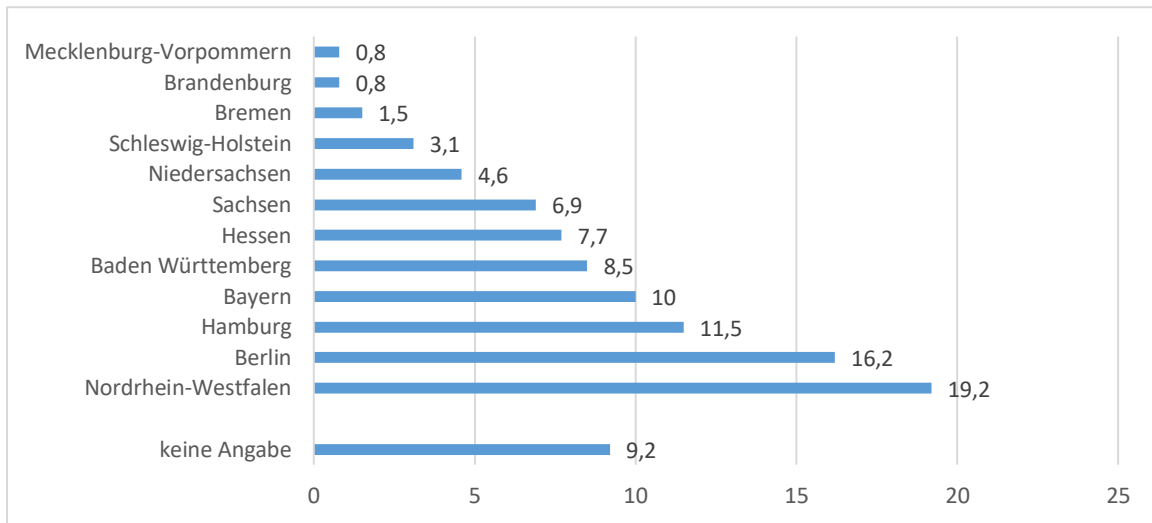
An erster Stelle stehen hier mit 40% Kolleg\*innen als Wissensvermittler\*innen, gefolgt von den Nachrichten/Internet/Medien (35%), Betreiber\*innen (34%), dem Berufsverband BesD (29%, Beratungsstellen/Sozialarbeiter\*innen (19%) und Informationsmaterialien (fast 15%). An der Vielfältigkeit der angegebenen Informationskanäle ist abzulesen, dass Informationen vor allem über persönliche Netzwerke im Bereich Sexarbeit und über Nachrichten/Medien in Erfahrung gebracht werden.

In Bezug auf die Organisation der gesundheitlichen Pflichtberatung gaben die Befragten überwiegend an, einen Termin für die Pflichtberatung vereinbart zu haben (90,8%, N=119); mit dieser Terminvereinbarung waren die meisten zufrieden (76,8%; N=112).

Knapp die Hälfte der Befragten (53%, N=119) konnte sich den Ort der gesundheitlichen Pflichtberatung nicht selbst aussuchen, wohl auch, weil es in einigen Metropolen und Regionen überhaupt nur eine Stelle gibt, wo die Pflichtberatung angesiedelt ist.

Für 47% (N=56) war dies anders, sie konnten sich den Ort selbst aussuchen, wobei ihnen die Nähe zum Arbeitsort (20), aber auch die Nähe zum Wohnort (19) sowie der Schutz der eigenen Anonymität besonders wichtig waren. Einige haben auch angemerkt, dass die Stelle bereits bekannt war (14), im Freitextfeld wurde über vorherige positive Erfahrungen mit dieser Stelle berichtet oder auch, dass eine „*höfliche und zeitnahe*“ Terminvergabe den Ausschlag für die Wahl der Stelle gab.

Die Angaben der Befragten unserer Stichprobe verteilen sich auf 12 Bundesländer, die Länder Rheinland-Pfalz, Saarland, Thüringen und Sachsen-Anhalt sind nicht vertreten. Dabei ist der Anteil der fehlenden Angaben mit 9,2% recht hoch (N=130). Das legt nahe, dass ein Teil der Befragten – insbesondere aus kleinen Bundesländern und Regionen – keine Angaben machte, um ihre Anonymität zu wahren. Da in Bundesländern wie Thüringen und Rheinland-Pfalz nur eine Stelle (bzw. z.T. nur eine Person) für die gesundheitliche Pflichtberatung zuständig ist, wird mit einer fehlenden Angabe auch sichergestellt, dass Bewertungen und Einschätzungen zur Pflichtberatung nicht einzelnen Berater\*innen zugeordnet werden können. Die meisten Angaben erfolgten zu Nordrhein-Westfalen (19,2%), gefolgt von Berlin (16,2%), Hamburg (11,5%) Bayern (10%), Baden-Württemberg (8,5%), Hessen (7,7%) und Sachsen (6,9 %).

**Abb. 10: Bundesland, in dem die gesundheitliche Pflichtberatung wahrgenommen wurde**

## 8 Zufriedenheit mit den Inhalten der gesundheitlichen Pflichtberatung

Wir haben zunächst gefragt, wie zufrieden die Sexarbeitenden ganz allgemein mit den Informationen waren, die sie im Rahmen der gesundheitlichen Pflichtberatung erhalten haben (N=119). 52% waren mit diesen Informationen „sehr“ oder „eher“ zufrieden („alles super gewesen“ oder „mir hat nichts gefehlt, die Beraterin hat ihre Arbeit sehr gut gemacht“); 23,5% haben hier teils/teils angegeben und 24,3% waren eher unzufrieden bis sehr unzufrieden, hierzu gab es viele Bemerkungen im Freitextfeld, die weiter unten aufgeführt werden.

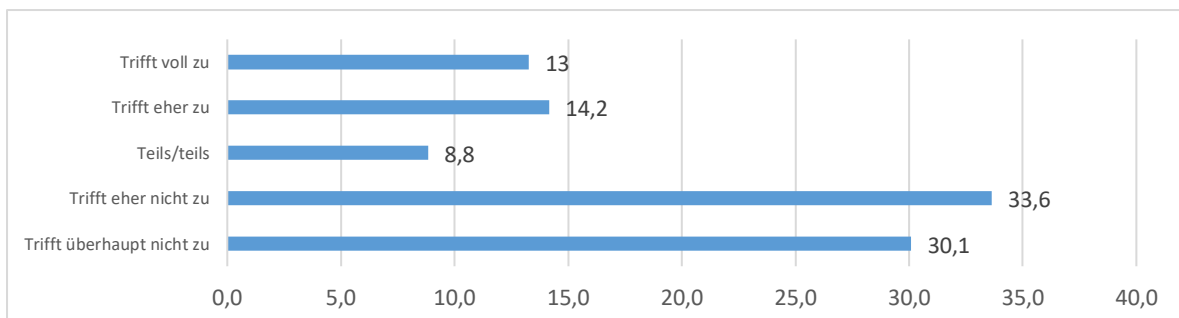
Bei einer Aufschlüsselung der Antworten nach Arbeitserfahrung zeigt sich wenig überraschend, dass insbesondere Personen mit einer längeren Erfahrungszeit in der Sexarbeit sehr oder eher unzufrieden mit den Inhalten der gesundheitlichen Pflichtberatung waren.

Auf die Frage, ob die gesundheitliche Pflichtberatung für die Arbeitswirklichkeit in der Sexarbeit insgesamt hilfreich war, fällt die Antwort eher negativ aus. Nur für knapp 27% trifft diese Aussage „voll zu“ oder „eher zu“. 63,7% geben dagegen an, dass die gesundheitliche Pflichtberatung „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ hilfreich für ihre Tätigkeit als Sexarbeiter\*innen war.

**Abb. 11: Einschätzung zur Hilfe der gesundheitlichen Pflichtberatung für die Arbeit**

Inwiefern trifft diese Aussage für Sie zu:

„Die gesundheitliche Pflichtberatung hat mir für meine Arbeit insgesamt geholfen“ (N=113)



Die Freitextfelder wurden vielfach von Befragten genutzt, um ihre jeweilige Einschätzung genauer zu erklären. An dieser Stelle möchten wir einen Einblick in die Bandbreite der Angaben geben:

- „ich fühle mich gut informiert ohne Pflichtberatung“
- „ich war bereits gut informiert, die Ärztin hat mich um Rat gefragt, was sie an Tipps geben darf“
- den Berater\*innen fehlte die „erforderliche Kompetenz“
- es „hat mir nicht viel gebracht“, insbesondere als „BDSMler“, weil alles auf „klassischen Sex gemünzt“ war.

Insgesamt deutet sich hier ein grundsätzliches Verständnis der gesundheitlichen Pflichtberatung an: Die Pflichtberatung wird von den Befragten, die hierzu im Freitextfeld Angaben gemacht haben, in erster Linie als Informationsweitergabe gesehen, die umso positiver eingeschätzt wird, umso mehr „passende“ Informationen vermittelt wurden.

## 9 Einschätzungen der gesundheitlichen Pflichtberatung im Detail

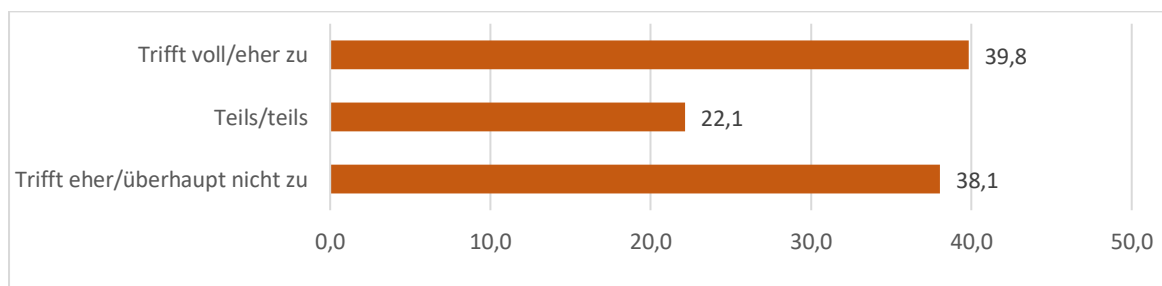
Wir haben im Folgenden die Angaben zu den Fragen dargestellt, die dem Hilfe- und Schutzgedanken des Gesetzes folgen.

Zunächst haben wir die befragten Sexarbeiter\*innen um ihre Einschätzung dazu gebeten, ob ihnen Informationen zu weiteren Hilfs- und Beratungsangeboten vermittelt wurden. 39,8% stimmten dieser Aussage „voll“ oder „eher“ zu, während fast ebenso viele (38,1 %) angaben, dass sie „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ über weitere Hilfs- und Beratungsangebote informiert wurden.

### Abb. 12: Einschätzung zur Wissensvermittlung zu Hilfs- und Beratungsangeboten

Inwiefern trifft diese Aussage für Sie zu:

„Die gesundheitliche Pflichtberatung vermittelte Wissen über weitere Hilfs- und Beratungsangebote“  
(N=112)



Aufgabengemäß wurden also Informationen zu Hilfs- und Beratungsangeboten in der Pflichtberatung vermittelt, laut Freitextaussagen wurde auf Testangebote der Gesundheitsämter hingewiesen. Wie kann es aber sein, dass in fast 40% der Fälle nicht auf weitere Beratungsangebote hingewiesen wurde, bzw. dieses nicht erinnert wurde? Sollte die Vermittlung eines Zugangs zu Beratungs- und Hilfsangeboten laut Gesetz nicht eine Basisaufgabe der Pflichtberatung sein und sollten damit möglichst alle Sexarbeiter\*innen unabhängig von der aktuellen Einschätzung einer „Bedürftigkeit“ solche Informationen erhalten?

Wir haben um eine Einschätzung darüber gebeten, ob im Rahmen der gesundheitlichen Pflichtberatung auf ihre „individuellen Anliegen, Bedürfnisse und Fragen“ eingegangen wurde. Für 54,5% traf dies „voll“ oder „eher“ zu, für 32,5% „eher nicht“ oder „überhaupt“ nicht. Leider haben

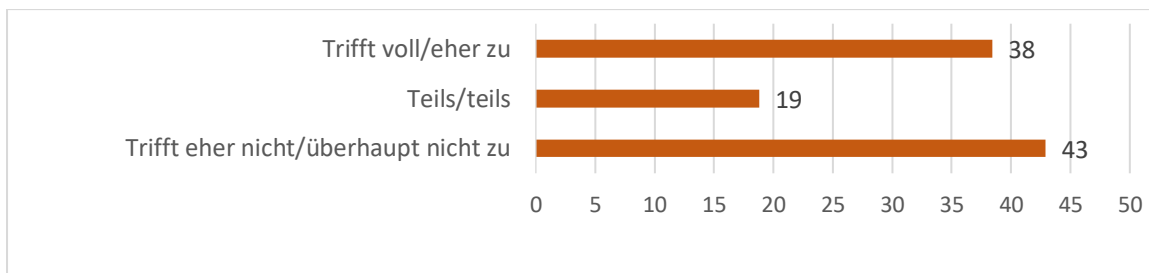
wir keine Informationen darüber, was für individuelle Anliegen, Bedürfnisse und Fragen es waren, auf die nach Aussagen der Befragten eingegangen wurde, und welche Konsequenzen daraus folgten.

Dass in der gesundheitlichen Pflichtberatung Wissen zum Thema Gesundheitsschutz in der Sexarbeit vermittelt wurde, traf für 38,4% der Befragten „voll“ oder „eher“ zu, für 42,9 % dagegen „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“.

### Abb. 13: Einschätzung zum vermittelten Wissen zum Gesundheitsschutz

Inwiefern trifft diese Aussage für Sie zu:

„Die gesundheitliche Pflichtberatung vermittelte Wissen zu Gesundheitsschutz bei meiner Arbeit“  
(N=112)



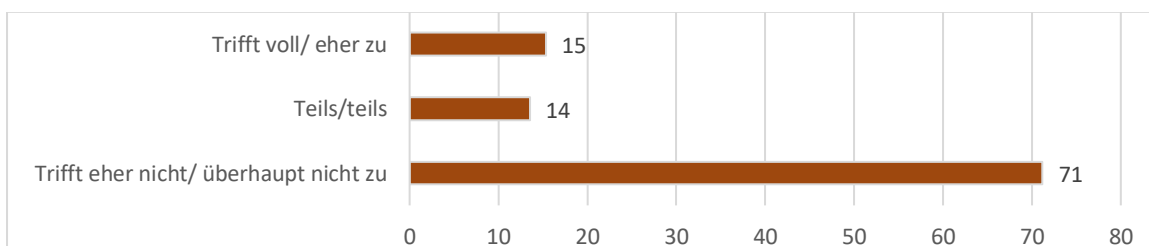
Hierzu gibt es viele Aussagen in den Freitextfeldern, insbesondere wurden die „mangelnde Kompetenz“ von Berater\*innen und Defizite zum Thema Prävention in verschiedenen Bereichen der Sexarbeit kritisiert. Es wurden „für mich nicht relevante Themen“ bearbeitet und Informationen für den Bereich BDSM fehlten: „Als Domina sind für mich andere Praktiken gefährlich, es sollte individueller informiert werden“, schrieb eine Befragte dazu.

Zum Schluss wollten wir noch wissen, ob die gesundheitliche Pflichtberatung den Befragten bei „persönlichen Problemen“ geholfen hat. Für 15,1 % traf diese „eher“ oder „voll zu“, aber 71,1% gaben an, dass diese Aussage „eher nicht“ oder „gar nicht“ zutreffend ist.

### Abb. 14: Einschätzung zur Unterstützung bei persönlichen Problemen

Inwiefern trifft diese Aussage für Sie zu:

„Die gesundheitliche Pflichtberatung hat mir bei persönlichen Problemen geholfen“ (N=111)



In die größte Gruppe können zum einen solche Menschen fallen, die keine Probleme haben, die sie im Rahmen der gesundheitlichen Pflichtberatung besprechen möchten, auch weil sie dieses verpflichtende Beratungsformat gar nicht als einen Raum erkennen können, in dem sie sich vertrauensvoll anvertrauen können. Aber auch Sexarbeiter\*innen mit komplexeren Beratungsbedarfen können hierunter fallen. Aus Studien (z.B. BMFSFJ 2015) ist bekannt, dass der Beratungsaufwand für einen Teil der Sexarbeitenden beispielsweise im Prozess der beruflichen Neuorientierung oder bei Suchtmittelabhängigkeit sehr hoch ist und eine längere Betreuung und

Begleitung erfordert. Dass über 70% der Befragten in diesem Punkt eine negative Einschätzung der gesundheitlichen Pflichtberatung abgeben, verdeutlicht die Problematik einer verpflichtenden Beratung, die einerseits einen Katalog zu behandelnden Themen hat und gleichzeitig dem Anspruch folgt, individuell und personenzentriert zu beraten. Dieser Widerspruch führte in einigen Fällen auch zu Grenzüberschreitungen, wie einige Sexarbeiter\*innen im Freitextfeld schildern:

Die Beraterin habe „*ungeniert Fragen über mein Privatleben*“ gestellt, ...*„Ich fand den ganzen Ablauf degradierend“*, die Beraterin habe sich „*geringschätzend und überheblich*“ verhalten. Die Beratung sei „*absolut peinlich*“ gewesen, an der „*Grenze zur Menschunwürdigkeit*“. Diese Aussagen weisen Parallelen zu jenen auf, mit denen Sexarbeiter\*innen in einer unserer früheren Studien negative Erfahrungen auf Ämtern schilderten (BMFSFJ 2015). Hier werden die ohnehin häufigen Erfahrungen von Ausgrenzung und Stigmatisierung vertieft, anstatt ihnen entgegenzutreten.

## 10 Mehr Vielfalt zum Thema Gesundheit in der Sexarbeit

An dieser Stelle tragen wir die offenen Antworten aus den Freitextfeldern dazu zusammen, welche Informationen den Sexarbeitenden in der Pflichtberatung gefehlt haben bzw. welche für sie wichtig gewesen wären.

Es wurde der Wunsch zu **mehr Vielfalt zum Thema Gesundheit in der Sexarbeit** geäußert, beispielsweise

- spezielle Informationen für Dienstleister\*innen, die männlich oder trans\* sind und Schutz vor STI bei Sex mit Frauen\*
- Infektionsrisiken für gleichgeschlechtlichen Verkehr (zw. Frauen) und für männliche Hetero-Sexarbeit
- Hygiene im Bereich BDSM und Bizarres (Flächensterilisation, Spielzeug, Spiele mit Naturekt)
- Informationen zu Sicherheit für Dominas und Bizzarladys
- Erkennung und Behandlungsmöglichkeiten von Geschlechtskrankheiten

Viele dieser Themen sind bereits vor der Einführung des ProstSchG Inhalt der freiwillig wahrnehmbaren Beratung nach § 19 IfSG gewesen; sie belegen den großen Bedarf an fachlichen Informationen unter Sexarbeiter\*innen.

Darüber hinaus wurde auch bestehender Beratungsbedarf zu Themen zur **Ausübung der Sexarbeit** geäußert und der **sozialen und rechtlichen Absicherung**:

- Krankenversicherungsschutz
- Rechtliche Beratung, Beratung zu Fragen zu Steuern
- Altersabsicherung/Renten- und Sozialversicherung
- Arbeitsschutz, Arbeitsunfälle, Berufsgenossenschaft
- Konkrete regionale/überregionale Adressen/Ansprechpartner für „Betriebsunfälle“
- Hilfe bei der Wahl der Arbeitsstätte, mehr Einblick in die Betriebe
- Stressabbau

Dieser breite Beratungsbedarf geht häufig über die Möglichkeiten einer Beratung im Gesundheitsamt hinaus. Hier sehen wir in erster Linie spezialisierte Fachberatungsstellen als Anbieter\*innen; diese sollten entsprechend gefördert und ausgebaut werden. (siehe hierzu auch BMFSFJ 2015)



## 11 Fazit Teil III

Trotz des engen zeitlichen Rahmens, der beschränkten Ressourcen und des auf Grund der erforderlichen Methodik eingeschränkten Zugangs ist es gelungen, Sexarbeiter\*innen mit sehr unterschiedlichen Erfahrungen und Einschätzungen mit den Angeboten der Gesundheitsämter insgesamt und insbesondere mit der verpflichtenden Beratung nach § 10 ProstSchG zu erreichen.

Dass zum Zeitpunkt der Befragung im Herbst 2019, also gut zwei Jahre nach Einführung des ProstSchG, bereits ein Drittel der Befragten in unserer Stichprobe so kurz in der Sexarbeit ist, dass sie sehr wahrscheinlich die Angebote der Gesundheitsämter erst nach der Einführung des ProstSchG kennen lernen konnten, weist auf die hohe Fluktuation in der Sexarbeit hin. Außerdem halten die meisten Sexarbeiter\*innen unserer Befragung das verpflichtende Beratungsangebot nach § 10 ProstSchG für ein Format, von dem bestenfalls gültige und vielfältige Informationen zu erwarten sind – jedoch nicht für eine Stelle, von der sie sich persönlich Unterstützung erhoffen.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die verschiedenen Angebote des ÖGD für Sexarbeitende deutlich voneinander abzugrenzen. Es wäre paradox, wenn ausgerechnet das für Sexarbeiter\*innen in prekären Lebensverhältnissen und mit multiplen Problemlagen so wichtige Angebot nach § 19 IfSG, das auf zeitintensiven Prozessen zum Vertrauensaufbau basiert, durch eine unangemessene Dominanz der verpflichtenden Beratung nach § 10 ProstSchG in seinem Wert degradiert und ausgehöhlt wird. Hier teilen wir die Befürchtung von Doña Carmen, nach der die derzeitige Entwicklung den Zugang von Sexarbeiter\*innen zur freiwilligen und kostenlosen Beratung nach § 19 IfSG „erschwert“ (Doña Carmen 2019).

Welche Wirkmechanismen hier in welcher Art und Weise ausschlaggebend sind, ist auf der Grundlage der vorliegenden Blitzlichtbefragung allenfalls zu erahnen. Auffällig ist die große Bandbreite der Einschätzungen mit jeweils relativ großen Gruppen im positiven und negativen Bereich. Ein Teil der Befragten scheint mit dem Prozedere der verpflichtenden Beratung gut zurecht zu kommen, auch weil sie auf freundliche und versierte Berater\*innen getroffen sind – dies legen die Ergebnisse der Befragung und die kommentierenden Aussagen im Freitextfeld nahe. Andere hingegen fühlten sich als Person degradiert und obendrein fachlich schlecht informiert – dies legen ebenfalls die Ergebnisse der Befragung und die Anmerkungen in den Freitextfeldern nahe. Ein Teil der Anmerkungen weist Ähnlichkeiten zu Aussagen anderer Sexarbeiter\*innen auf, die über ihre stigmatisierenden Erfahrungen mit unterschiedlichen Behörden berichteten (BMFSFJ 2015). Ob dies ein allgemeiner Trend ist und damit die Umsetzung des Gesetzes selbst größere Gruppen von Sexarbeiter\*innen eher ausgrenzt als integriert und so den Prozess der Stigmatisierung verschärft, anstatt ihm entgegenzuwirken, kann hier nur als Frage aufgeworfen werden. Eine solche Analyse bleibt der wissenschaftlichen Evaluation des Gesetzes vorbehalten.

Auf eines weisen unsere Ergebnisse jedoch jetzt schon hin. Sexarbeiter\*innen, die bisher nicht den Schritt in die verpflichtende Beratung gegangen sind, scheinen insgesamt den Kontakt zu Behörden zu meiden, eben auch den Kontakt zu beratenden und gesundheitlichen Angeboten nach § 19 IfSG, selbst wenn sie früher dort „gute Erfahrungen“ gemacht haben. Hier ist eine Vergrößerung des Dunkelfeldes zu erwarten und damit eine schlechtere Erreichbarkeit von Männern, Frauen und Personen mit diversem\* Geschlecht in der Sexarbeit für beratende und unterstützende Angebote.

## Teil IV: Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Seit seinem Inkrafttreten 2017 bewirkt das Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG) tiefgreifende Veränderungen in den Beratungsstellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) für Sexarbeiter\*innen. Die vertrauliche, auch anonyme, und freiwillige Beratung nach § 19 Infektionsschutzgesetz (IfSG) wird zwar weitergeführt, jedoch kam mit der gesundheitlichen Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG eine Aufgabe hinzu, deren Vereinbarkeit mit den bereits seit der Einführung des IfSG im Jahre 2001 existierenden Angeboten zumindest fraglich erscheint.

Die parallele Existenz zweier so unterschiedlicher Aufträge zur gesundheitlichen Beratung ist eine Herausforderung für die Beschäftigten in den entsprechenden Fachstellen des ÖGD und in anderen mit dem Thema befassten Projekten sowie gleichermaßen für Sexarbeiter\*innen. Es galt zu überprüfen, wie die neu aufgebauten Angebote und Maßnahmen nach ProstSchG die bestehenden Angebote nach IfSG beeinflussen. Dieses Vorhaben konnte mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Herbst 2019 umgesetzt werden.

In der Vorbereitung des Fachtages SAGE<sup>5</sup> im November 2019 konnten 11 Expert\*innen und 185 Sexarbeiter\*innen zu ihren Erfahrungen mit Angeboten der Gesundheitsämter nach § 19 IfSG und § 10 ProstSchG befragt werden. Die Studie wurde von einem sozialwissenschaftlichen Team in enger Kooperation mit einer Interessensvertretung für Sexarbeiter\*innen (Berufsverband erotische und sexuelle Dienstleistungen, BesD) durchgeführt. Die Blitzrecherche erfolgte in einem engen zeitlichen Rahmen und mit beschränkten Ressourcen. Diese Rahmenbedingungen haben die Vorgehensweise maßgeblich bestimmt. Expert\*innen aus Gesundheitsämtern, Fachberatungsstellen und Interessensvertretungen wurden persönlich gefragt, entweder im direkten Kontakt oder am Telefon. Sexarbeiter\*innen wurden internetgestützt mit Hilfe eines Fragebogens befragt, der überwiegend in Deutsch ausgefüllt werden musste. Der Erhebungszeitraum war auf drei Wochen begrenzt. Sexarbeiter\*innen mit geringen deutschen Sprachkenntnissen und eingeschränktem Internetzugang konnten mit der Befragung nur in geringer Anzahl erreicht werden.

Die befragten Expert\*innen haben sehr unterschiedliche Gestaltungsformen der Kooperation zwischen den Beratungsangeboten nach § 19 IfSG und nach § 10 ProstSchG dargestellt. Interessant war, welche Dynamiken diese unterschiedlichen Gestaltungsformen in der Praxis entwickelt haben und welche Auswirkungen auf die Beratung nach § 10 ProstSchG sowie auf die freiwillig und anonym wahrnehmbaren Angebote der Gesundheitsämter nach § 19 IfSG zu beobachten waren. So wurde von einigen berichtet, dass mit der Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG zusätzliche Gruppen von Sexarbeiter\*innen erreicht wurden. Andere Expert\*innen aus Großstädten und Metropolen beklagten aber auch, dass die freiwillig und anonym wahrnehmbaren Angebote nach IfSG von Sexarbeiter\*innen weniger in Anspruch genommen werden.

Es konnten 185 Fragebögen von Sexarbeiter\*innen in die Auswertung einbezogen werden, darunter 11% von männlichen und 6,5% von divers\* Sexarbeitenden. 72 Sexarbeiter\*innen haben zusätzlich Kommentare in Freitextfelder eingegeben. Über die Hälfte der Sexarbeiter\*innen hat Erfahrungen mit der Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG.

Trotz des engen zeitlichen und methodischen Rahmens ist es gelungen, Sexarbeiter\*innen mit sehr unterschiedlichen Erfahrungen und Einschätzungen bezüglich der Angebote der Gesundheitsämter insgesamt und insbesondere mit der verpflichtenden Beratung nach § 10 ProstSchG zu erreichen. Ein

---

<sup>5</sup> SAGE: SexArbeitGEsundheit, Austausch und Vernetzung im Spannungsfeld zwischen ProstSchG und IfSG: Angebote zur Förderung sexueller Gesundheit. Eine Veranstaltung der GSSG vom 15. bis 16. 11. 2019 in Köln; gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Teil der Befragten scheint mit der verpflichtenden Beratung gut zurecht zu kommen, andere fühlen sich als Person degradiert und fachlich schlecht informiert

Auf Grund dieser kurzen Studie können nur einige grundsätzliche Schlussfolgerungen gezogen werden. Dabei sind einige Punkte zu erkennen, auf die in der weiteren Umsetzung des ProstSchG ein besonderes Augenmerk gerichtet werden sollte. Diese Punkte betreffen sowohl die Gestaltung der Angebote als auch zukünftige begleitende Forschungen und Evaluationen.

- Viele Sexarbeiter\*innen, die nicht den Schritt in die verpflichtende Beratung gegangen sind, scheinen insgesamt den Kontakt zu Behörden zu meiden, eben auch den Kontakt zu beratenden und gesundheitlichen Angeboten nach § 19 IfSG. Es gibt Hinweise darauf, dass insbesondere Sexarbeiter\*innen in prekären Lebensverhältnissen und mit multiplen Problemlagen das wichtige Angebot nach § 19 IfSG nicht oder nicht mehr nutzen. So entsteht eine Aufspaltung von Sexarbeitenden in gut erreichbare „Angemeldete“ und unerreichbare „Nicht-Angemeldete“. Ausgrenzung und Stigmatisierung von Sexarbeiter\*innen werden durch diese Entwicklung verstärkt. Es besteht die Gefahr, dass durch eine unangemessene Dominanz der verpflichtenden Beratung nach § 10 ProstSchG die Bedeutung der freiwillig und anonym wahrnehmbaren Angebote nach IfSG degradiert und ausgehöhlt wird.
- Die Beratungsangebote nach § 10 ProstSchG müssen deshalb so gestaltet sein, dass die Angebote nach § 19 IfSG weiterhin mit ihren Möglichkeiten für Sexarbeiter\*innen erkennbar sind. Dazu scheint es dringend geboten, die durch Sparmaßnahmen der Kommunen reduzierten Angebote nach § 19 IfSG (Steffan, Körner, Arsova Netzelmann 2018) insbesondere in den Feldern aufsuchende Sozialarbeit und Beratung – wieder – auszubauen und die unterschiedlichen Unterstützungsmöglichkeiten der freiwillig wahrnehmbaren Angebote und der verpflichtenden Beratung klarer zu kommunizieren, insbesondere für Sexarbeiter\*innen, aber auch in Fachkreisen und Kommunen.
- Eine Aufspaltung von Sexarbeitenden in gut erreichbare „Angemeldete“ und unerreichbare „Nicht-Angemeldete“ muss weiter beobachtet werden. Mehr Aufmerksamkeit sollte auf die Veränderungen der Arbeits- und Lebensbedingungen von nicht-angemeldeten, eventuell jetzt eher im Verborgenen arbeitenden, Sexarbeiter\*innen gerichtet werden.
- Der von Expert\*innen und Sexarbeiter\*innen gleichermaßen dargestellte große und vielfältige Beratungsbedarf weist darauf hin, dass auf Gesundheit fokussierte Beratungsangebote diesen Bedarf nicht decken können. Hier fehlen in vielen Regionen und Kommunen spezialisierte Fachberatungsstellen. Solche Fachberatungsstellen für Sexarbeiter\*innen, die Themen über Gesundheit hinaus abdecken (z.B. Soziales), sollten dringend gefördert und ausgebaut werden. (siehe hierzu z.B. BMFJ 1993; BMFSFJ 2015). Ein Beratungsangebot, das den vielfältigen Bedarf umfasst, fördert auch den Zugang zu gesundheitlicher Beratung.
- Unter den gegebenen Rahmenbedingungen konnte nur eine kurze Erhebung unter Sexarbeiter\*innen durchgeführt werden. Sexarbeitende leben und arbeiten aber unter sehr unterschiedlichen Bedingungen. Um dieser Heterogenität gerecht zu werden, hätte es eines sehr viel umfangreicheren Fragebogens und anderer Erhebungsmethoden bedurft eines längeren Zeitraums sowie größerer Ressourcen. Die Erfahrungen von männlichen, divers\* und migrantischen Sexarbeiter\*innen fließen zwar in die Ergebnisse ein, sie können aber nicht gesondert ausgewertet werden. In einer Begleit- und Evaluationsforschung sollten die unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen unterschiedlicher Gruppen von Sexarbeiter\*innen unbedingt berücksichtigt werden.

Die hier vorliegende Studie bestätigt im Wesentlichen Ergebnisse anderer Studien, die seit den 1980-er Jahren durchgeführt wurden. Auch die bis zur Einführung des Prostitutionsgesetzes im Jahr 2002 geltende Sittenwidrigkeit der Prostitution und die Strafrechtsnormen, die Prostitution erlauben, aber ihre Organisation verbieten, förderten die Ausbeutbarkeit der Prostituierten, obwohl diese Rechtsnormen auch damals bereits Sexarbeiter\*innen schützen sollten (siehe hierzu BMFJ 1993, S. 301f) . Verpflichtende Reglementierungen gegenüber Sexarbeiter\*innen bewirken in erster Linie mehr Ausgrenzung und eine Verfestigung von Stigmatisierungen.

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abb. 1: Geschlecht der Befragten</b> .....	22
<b>Abb. 2: Alter der Befragten</b> .....	22
<b>Abb. 3: Erfahrung in der Sexarbeit nach Jahren</b> .....	23
<b>Abb. 4: Mittelwerte Alter nach Erfahrung in der Sexarbeit</b> .....	24
<b>Abb. 5: Anmeldung nach der gesundheitlichen Pflichtberatung</b> .....	25
<b>Abb. 6: Angemeldete Sexarbeiter*innen in der Gesamtstichprobe</b> .....	25
<b>Abb. 7: Letzte Nutzung der Angebote der Gesundheitsämter nach § 19 IfSG</b> .....	26
<b>Abb. 8: Nutzung der Angebote nach IfSG nach Inkrafttreten des ProstSchG</b> .....	27
<b>Abb. 9: Wie Sexarbeiter*innen von der gesundheitlichen Pflichtberatung erfahren haben</b> .....	28
<b>Abb. 10: Bundesland, in dem die gesundheitliche Pflichtberatung wahrgenommen wurde</b> .....	29
<b>Abb. 11: Einschätzung zur Hilfe der gesundheitlichen Pflichtberatung für die Arbeit</b> .....	29
<b>Abb. 12: Einschätzung zur Wissensvermittlung zu Hilfs- und Beratungsangeboten</b> .....	30
<b>Abb. 13: Einschätzung zum vermittelten Wissen zum Gesundheitsschutz</b> .....	31
<b>Abb. 14: Einschätzung zur Unterstützung bei persönlichen Problemen</b> .....	31

Alle Darstellungen: eigene Abbildungen

## Literaturverzeichnis

- Albrecht, R. (2017): Beratungskompetenz in der Sozialen Arbeit. Auf die Haltung kommt es an! KONTEXT 48, 1, S.45-64, ISSN: 0720-1079, ISSN online: 2196-7997, Göttingen.
- Altmann, M.; Nielsen, S.; Hamouda, O.; Bremer, V. (2013): Angebote der Beratungsstellen zu sexuell übertragbaren Infektionen und HIV und diesbezügliche Datenerhebung in deutschen Gesundheitsämtern im Jahr 2012. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 56 (7).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ 2015): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Bundesmodellprojekt Unterstützung des Ausstiegs aus der Prostitution. Laufzeit der wissenschaftlichen Begleitung: November 2011 bis Mai 2015. Online verfügbar: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/unterstuetzung-des-ausstiegs-aus-der-prostitution/80774> (Aufruf: 03.08.2018).
- Bundesministerium für Frauen und Jugend (BMFJ 1993): Dokumentation zur rechtlichen und sozialen Situation von Prostituierten in der Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Frauen und Jugend, Bd. 15, Stuttgart: Kohlhammer.
- Dona Carmen (2019): Prostituiertenschutzgesetz schlägt Infektionsschutzgesetz. Online verfügbar: <https://www.donacarmen.de/prostituiertenschutzgesetz-schlaegt-infektionsschutzgesetz/>, (Aufruf: 5.1.2020).
- Körner, C.; Steffan, E. (2020): Lebenslagen männlicher Sexarbeiter und HIV/STI-Prävention. In: Soziale Arbeit 02/2020.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hg) (2004): Rapid Assessment and Response – für problematischen Substanzgebrauch unter Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Einwanderern – Ein Handbuch. Online verfügbar: [www.lwl.org/ks](http://www.lwl.org/ks).
- Leopold, B.; Steffan, E. (1997): EVA – Projekt: Evaluierung unterstützender Maßnahmen beim Ausstieg aus der Prostitution. Berlin: SPI Forschung.
- Rogers, C. R. (1951/1991): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag. (Orig.: 1951 Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin).
- Schmid, P.; Keil, W. (2001): Zur Geschichte und Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes. In: Frenzel, P.; Keil, W.; Schmid, P.; Stölzl, N. (Hrsg.): Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Bibliothek Psychotherapie, Bd. 8, S. 15-32, Wien: Facultas.
- SPI Forschung (2002): Gesundheitsämter im Wandel – Die Arbeit der Beratungsstellen für STDs und AIDS vor dem Hintergrund des neuen Infektionsschutzgesetzes. Berlin.
- Steffan, E.; Arsova Netzelmann, T. (2012): Erstellung einer Konzeption für psychosoziale Unterstützung und gesundheitliche Betreuung von Sexarbeiter/innen in konflikthaften Straßenstrichbereichen. Assessment der Situation der Straßenprostitution im Kölner Süden nach Einführung der Sperrgebietserweiterung am 1.5.2011. Abschlussbericht. Online verfügbar: <https://www.spi-research.eu/spi-forschung/studien-evaluation/#punkt> (Aufruf: 03.08.2018).

- Steffan, E.; Arsova Netzelmann, T. (2015): Aufsuchende Soziale Arbeit im Feld gesundheitlicher Angebote für Sexarbeiter\*innen. In: Albert, Martin; Wege, Julia (Hrsg.): Soziale Arbeit und Prostitution. Wiesbaden.
- Steffan, E.; Körner, C. (2016): Mann-männliche Sexarbeit in NRW 2015/2016. Studie zur Lebenslage von male\*Escorts in Dortmund, Essen, Düsseldorf und Köln, November 2016. Online verfügbar: <https://nachtfalke-ruhr.de/download/Endbericht-Studie-male-escort-NRW-2016.pdf> (Aufruf: 04.10.2018).
- Steffan, E.; Körner, C.; Arsova Netzelmann, T. (2018): Bestandsaufnahme der Angebote der Gesundheitsämter in Deutschland für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter -Vor Einführung des Prostituiertenschutzgesetzes.
- Thiersch, H. (2004): Lebensweltorientierte Soziale Beratung. In: Nestmann, F.; Engel, F.; Sickendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung, Band 2, S. 699-710, Tübingen: dgvt.