

FORSCHUNG ZUR SEXARBEIT & STI-Forschung

Eine Veranstaltung der Sektionen „Sexuelle Gesundheit“ und „STI-Forschung“ der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG) – Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit

Freitag 8. und Samstag 9. November 2013, Köln

DSTIG Special
8./9. November 2013

DSTIG

Einladung zum Fachtag
Sexuelle Gesundheit:

**Forschung
zur Sexarbeit
&
STI-Forschung**

Zertifiziert mit
9
Fortbildungs-
punkten

Fr. 8. und Sa. 9. Nov. 2013
in der Kartause
Haus der Evangelischen Kirche
Kartäusergasse 9, Köln-Südstadt

Eine Veranstaltung der Sektionen
„Sexuelle Gesundheit“ und „STI-Forschung“
der
Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG)
Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit

In Kooperation mit:

Stadt Köln BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung UNIKLINIK KÖLN GS:SG



Impressum

DSTIG Geschäftsstelle
Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer
Dermatologische Klinik der Ruhr-Universität Bochum
Gudrunstr. 56 • 44791 Bochum
Tel. 0234 509 3471 • Fax: 0234 509 3472
E-Mail: info@dstig.de
Webseite: www.dstig.de
Facebook: Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG)

© Deutsche STI-Gesellschaft e.V.
Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit

ISBN: 978-3-9812310

Inhalt

Grußwort der Schirmherrin	
Prof. Dr. Rita Süßmuth.....	6
Vorwort der Veranstalter.....	7
Sexarbeit und sexuelle Gesundheit – ungenutzte Potenziale	
Christine Winkelmann / Viviane Bremer.....	9
Problembilder und Maßnahmen in historischer Perspektive. Einige Schlussfolgerungen für die Debatte um die Regulierung von Prostitution	
Arne Dreßler	13
Sexarbeit und sexuelle Gesundheit – Erkenntnisse und blinde Flecken	
Heidrun Nitschke.....	16
Kontrolle der Sexarbeit durch „Bockscheine“ – Fragen der Verhältnismäßigkeit	
Sibylla Flügge.....	22
Die aktuelle politische Debatte zur Sexarbeit	
Ruth Niebuer.....	27
Ethische Herausforderungen für die Politik – der Runde Tisch NRW zur Sexarbeit	
Claudia Zimmermann-Schwartz.....	32
Fish-Bowl Diskussion	
Sexarbeit und Gesundheit: Verhandeln, Beraten, Handeln – Diskussion mit Sexarbeiterin, Kunde, Beraterin	
Moderation: Harriet Langanke.....	35
Gesundheit und Sexarbeit in anderen Ländern Europas – Empfehlungen für einen ganzheitlichen Ansatz zu sexueller Gesundheit	
Elfriede Steffan, SPI Forschung gGmbH.....	39
Das deutsche Prostitutionsgesetz und die europäische Diskussion	
Barbara Kavemann.....	42
Zehn Jahre Infektionsschutzgesetz – Recht und Praxis in Hamburg	
Johann Fontaine.....	46
Corner Stone 1	
Gynäkologische Sprechstunde für Sexarbeiterinnen in Zürich	
Leitung: Ulrike Wuschek	50
Corner Stone 2	
Berliner Zentren für sexuelle Gesundheit	
Leitung: Wiltrud Schenk / Maya Perrier.....	52
Corner Stone 3	
Bochumer Zentrum für sexuelle Gesundheit	
Leitung: Rozalia Scheitz / Wolfgang Fuchs / Adriane Skaletz-Rorowski.....	54
Corner Stone 4	
Die Kooperation von LOOKS e.V. und dem Gesundheitsamt Köln: Mehr Gesundheit für männliche	

Sexarbeiter	
Leitung: Sabine Reinke / Dr. Caroline Grüner.....	55
Corner Stone 5	
ProstG – das Prostitutionsgesetz und seine Folgen	
Leitung: Andrea Weppert.....	56
Corner Stone 6	
Politisches Lernen zur Sexarbeit	
Leitung: Rainer Philippsen.....	57
Corner Stone 7	
Sexuelle Gesundheit für Sexarbeiterinnen	
Leitung: Mechthild Eickel.....	58
Corner Stone 8	
Beratungsempfehlungen der DSTIG zur sexuellen Gesundheit	
Leitung: Elisabeth Köhler.....	59
Corner Stone 9	
Sexuelle Dienstleistungen für Menschen mit Einschränkungen	
Leitung: Stephanie Klee / Bärbel Ahlborn / Catharina König.....	61
Corner Stone 10	
Freier-Forschung – das Projekt Sexsicher.de	
Leitung: Harriet Langanke.....	62
Corner Stone 11	
Sozialwissenschaftliche Forschung zu Sexarbeit	
Leitung: Nicola Döring / Barbara Kavemann / Elfriede Steffan.....	63
Podiumsdiskussion (1)	
Sexarbeit als Dienstleistung für Menschen mit Einschränkungen	
Moderation: Elke Hoffmann	65
Podiumsdiskussion (2)	
Wie kann Partizipation gelingen? Forschung mit und für SexarbeiterInnen	
Moderation: Stefan Nagel.....	67
Besonderheiten der STI-Diagnostik und -Therapie bei Sexarbeiterinnen: Ergebnisse aus der gynäkologischen Sprechstunde in Zürich	
Ulrike Wuschek.....	70
Besonderheiten der STI-Diagnostik und -Therapie bei männlichen Sexarbeitenden	
Heinrich Rasokat.....	73
Diagnostik mittels STI-Multiplex-Detektion	
Markus Schmitt.....	76
Wir sind nicht allein: das Mikrobiom in Gesundheit und Krankheit	
Martin Ehrenschrwender.....	78
Erworbene Immunität bei STI	
Kamran Ghoreschi.....	83

Zusammenfassung des Vortrags „Anogenitale HPV-Infektionen bei HIV-positiven MSM“ von Ulrike Wieland	86
Neue HPV-Vakzine	
Miriam Reuschenbach.....	91
Angeborene Immunität bei STI	
Mario Fabri.....	93
Neue Einblicke in die Biologie von Chlamydien	
Dagmar Heuer.....	96
Fallstricke in der STI-Diagnostik	
Anja Potthoff.....	99
Anstieg der HIV-Primärinfektionen trotz HAART	
Klaus Jansen.....	103
Hepatitis C – eine neue STI bei HIV?	
Christoph Boesecke.....	107
HIV-Superinfektionen	
Barbara Schmidt.....	111
Position der DSTIG zur Sexarbeit.....	116
Prostitutionsgesetz (ProstG) Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostituierten (Prostitutionsgesetz, ProstG).....	118
ReferentInnen.....	119

Grußwort der Schirmherrin

Prof. Dr. Rita Süßmuth

Die letzten dreißig Jahre zeigen am Beispiel HIV/AIDS sehr gut, wie wichtig es ist, klinische und sozialwissenschaftliche Forschung sowie die gesellschaftspolitische Diskussion und öffentliche Aufklärung zusammenzuführen und zu verbinden. Wir mussten einerseits grundlagenbiologisch lernen, das HI-Virus zu identifizieren, zu verstehen, geeignete Medikamente zu entwickeln und die Therapie stetig zu verbessern. Gleichzeitig war es wichtig und notwendig, ein Bewusstsein für die Probleme und Bedürfnisse der von HIV betroffenen Menschen zu schaffen, und wir dürfen nicht aufhören, dieses Thema öffentlich zu debattieren.

Es ist richtig und wichtig, den Fokus heute auf das weitere Feld der sexuell übertragbaren Infektionen (STI) zu lenken: Steigende Neuinfektionsraten von Syphilis und anderen STI oder auch Resistenzentwicklungen bei der Therapie der Gonorrhö machen deutlich, dass die medizinische Forschung hier an vielen Punkten ansetzen muss.

In den letzten Jahrzehnten der HIV-Präventionspolitik haben wir erfahren, dass Zwangsuntersuchungen und Diskriminierung zu verhindern sind und wir ein gesellschaftliches Umfeld schaffen müssen, in dem Krankheit, unterschiedliche Lebensformen und Sexualität offen und ohne Stigmatisierung gelebt werden können. Ausgrenzung und ordnungspolitische Maßnahmen führen in eine Sackgasse, wie die Erfahrungen anderer Länder zeigen. Deshalb ist eine offene Diskussion mit allen Freien und SexarbeiterInnen aktuell besonders wichtig.

Vor diesem Hintergrund begrüße ich es, dass wir im Rahmen dieser Tagung die beiden Themen STI-Forschung und Sexarbeit zusammenführen. Es sind der wissenschaftliche Austausch und der gesellschaftliche Diskurs, die uns helfen, Menschen in der Sexarbeit würdevolle Arbeitsbedingungen, rechtliche Sicherheit und eine umfassende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

Rita Süßmuth, Bundestagspräsidentin a.D.

Vorwort der Veranstalter

Der Kongress *Forschung zur Sexarbeit & STI-Forschung*, der am 8. und 9. November 2013 in Köln stattfand, hatte sich viel vorgenommen, indem er interdisziplinär vorging und die sonst getrennten Bereiche „Psycho-Sozialwissenschaft“, „Politik“ und „Medizin-Naturwissenschaft“ zu STI (sexually transmitted infections) innerhalb eines Forums zusammenbrachte. Im Fokus stand das gemeinsame Ziel aller dieser Bereiche: die Förderung der sexuellen Gesundheit.

Die jetzt vorliegende Zusammenfassung der Ergebnisse des Kongresses zeigt, dass ein beachtliches Fachwissen zusammengetragen werden konnte, dass der Kongress insgesamt über viele neue Entwicklungen aus der medizinischen sowie sozialwissenschaftlichen Forschung und der Praxis der Sexarbeit informierte, aber auch wichtige Themen der aktuellen gesellschaftlichen und politischen Debatte anriss.

Historisch werden STI eng mit der Kontrolle und Stigmatisierung von Sexarbeit verknüpft. Trotz sinkender Inzidenzen, unter anderem durch die Einführung des Penicillins, blieb die stigmatisierende Verbindung von STI und Sexarbeit vielfach bestehen. Heute beobachten wir wieder einen Anstieg von STI und müssen auch die politische Debatte um eine Neuausrichtung der Versorgungsstrukturen und rechtlichen Rahmenbedingungen führen. Daher wollen wir gut zehn Jahre nach Einführung des Infektionsschutzgesetzes ein deutliches Zeichen setzen, um die Belange der Sexarbeit in ein ganzheitliches Konzept von sexueller Gesundheit zu integrieren.

Der Brückenschlag von der Forschung in die Praxis kann nur fachübergreifend gelingen: Grundlagenforschung und klinische Wissenschaft sind Grundpfeiler für Antworten auf praktische Fragen zu sexuellen Rechten und zur sexuellen Gesundheit. Dies zeigen beispielsweise die Problematik resistenter Gonokokken oder die Frage nach neuen Präventionsstrategien für HPV- und Chlamydien-Infektionen. Hierfür bot der Fachtag vielfältige Partizipations- und Diskussionsmöglichkeiten, in denen alle Wissenschafts- und GesundheitsexpertInnen, engagierte Fachleute der Sexarbeit sowie SexarbeiterInnen und ihre Kunden einbezogen wurden. Besonders wichtig war uns hier der Aspekt der Partizipation und insbesondere die Teilnahme von Vertreterinnen des neu gegründeten *Berufsverband erotische und sexuelle Dienstleistungen* an dem Kongress.

Wir danken dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPA) für die inhaltliche Kooperation und Unterstützung sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Stadt Köln, der Universität zu Köln und der Gemeinnützigen Stiftung Sexualität und Gesundheit (GSSG) für die Zusammenarbeit, die neue Wege eröffnet. Ein herzlicher Dank gebührt Frau Prof. Rita Süßmuth, die durch ihre Schirmherrschaft ein wichtiges Signal setzte – für die Rechte von SexarbeiterInnen, gegen Diskriminierung und Stigmatisierung und für die wissenschaftliche Forschung und klinische Arbeit.

Wir sind überzeugt, dass das Gesamtkonzept „Sexuelle Gesundheit“ nur dann funktionieren kann, wenn alle Beteiligten eingebunden sind. Es war uns eine Freude, zusammen mit allen TeilnehmerInnen zur Versachlichung der oft ideologisch geführten Debatte zur Sexarbeit und zur praxisorientierten STI-Forschung beizutragen.

Eröffnungsvorträge

Abstracts der Vorträge:

Einführend umrissen Viviane Bremer und Christine Winkelmann das historisch gewachsene Konzept der sexuellen Gesundheit als ganzheitlichen Ansatz und zeigten, dass dieses nur auf Basis der sexuellen Rechte realisiert werden kann. Letztere sind im Bereich der Sexarbeit besonderen Gefährdungen ausgesetzt, dies wurde exemplarisch gezeigt, ihre Einhaltung bietet aber auch Chancen. Ein kurzer Blick auf die Rahmenbedingungen für Sexarbeit in Europa bildete den Abschluss des Vortrags.

Arne Dreßler ging in seinem Vortrag von dem Problem aus, dass die Gestaltung gesellschaftlicher Verhältnisse durch Regulierung, wie sich dies im Bereich der Sexarbeit vollzieht, überaus komplex ist und dass dies die Beurteilung durch die jeweiligen Akteure erschwert. Beispielhaft analysierte er zwei Tätigkeitsberichte aus dem Kölner Gesundheitsamt von 1948 und 1956 und arbeitete in den Stellungnahmen Problemdefinitionen, Maßnahmen, Forderungen und Problembilder heraus. So gelang es ihm zu zeigen, dass durch eine Analyse von Problematisierungsprozessen ein rationalerer Umgang in einem komplexen Themenbereich wie der Sexarbeit erreicht werden kann.

Ausgehend von der Feststellung, dass ein Grundproblem der Forschung zur Sexarbeit in der Heterogenität der Gruppe der SexarbeiterInnen liegt, beschäftigte sich Heidrun Nitschke in ihrem Vortrag vor allem mit Daten zur gynäkologischen Versorgung von Sexarbeiterinnen. Dazu stellte sie Datenmaterial aus dem Kölner Gesundheitsamt vor und blickte anschließend auf die internationale Studienlage, wo jedoch kaum repräsentative Daten vorliegen.

Sexarbeit und sexuelle Gesundheit – ungenutzte Potenziale

Christine Winkelmann / Viviane Bremer

Das Konzept der sexuellen Gesundheit in seiner historischen Entwicklung

Sexuelle Gesundheit als Konzept wird seit den 1970er Jahren diskutiert. Eine erste Definition leistete die World Health Organization (WHO) 1975. Die Weiterentwicklung und die Akzeptanz des Konzeptes vollzog sich regional different. In Deutschland kann eine leichte Rezeptionsverzögerung beobachtet werden.

Einen Meilenstein in der Entwicklung eines neuen Bewusstseins für sexuelle Gesundheit stellt die International Conference on Population and Development (ICPD), die 1994 in Kairo stattfand, dar. Die Delegierten definierten hier Bevölkerungsentwicklung nicht mehr primär unter dem Aspekt der sozialen Kontrolle – die chinesische Ein-Kind-Politik kann als besonders radikale Form dieses Denkens gelten –, sondern sie stellten das Recht des Einzelnen, über seine sexuelle und reproduktive Gesundheit zu entscheiden, in den Vordergrund.

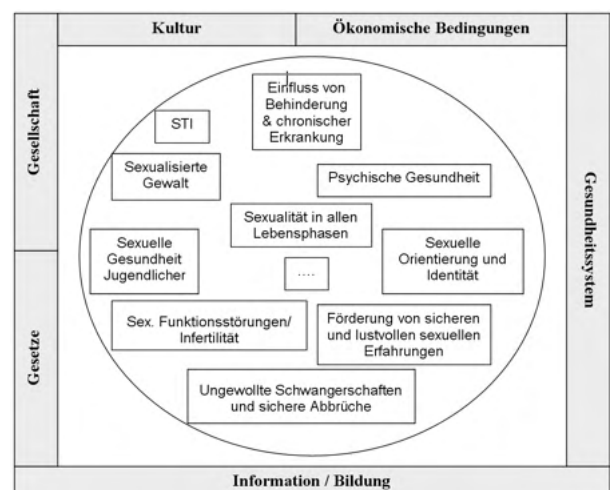
Ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer höheren Akzeptanz des neuen Konzepts sexueller Gesundheit waren die im Jahr 2000 verabschiedeten Millennium-Entwicklungsziele der Vereinten Nationen. Als Unterpunkt zu Ziel Nr. 5, Verbesserung der Gesundheit von Müttern, wurde hier aufgenommen, dass bis 2015 ein allgemeiner Zugang zu reproduktiver Gesundheit erreicht werden solle. Dieses Unterziel (Nr. 5b) wurde allerdings erst 2006 präzisiert.

Die WHO hat im neuen Jahrtausend regionale und globale Strategien zur Verbesserung der sexuellen Gesundheit entwickelt (WHO 2001/2004).

Seit 2002 liegt folgende Arbeitsdefinition der WHO für sexuelle Gesundheit vor, die allerdings bis heute nicht als offizielle Definition anerkannt ist:

„Sexuelle Gesundheit ist der Zustand körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bezogen auf die Sexualität und bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Schwäche. Sexuelle Gesundheit erfordert sowohl eine positive, respektvolle Herangehensweise an Sexualität und sexuelle Beziehungen als auch die Möglichkeit für lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen, frei von Unterdrückung, Diskriminierung und Gewalt. Wenn sexuelle Gesundheit erreicht und bewahrt werden soll, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen anerkannt, geschützt und eingehalten werden.“

Die Definition der WHO legt ihrem Konzept sexueller Gesundheit einen ganzheitlichen Ansatz zugrunde: Sie geht davon aus, dass sexuelle Gesundheit das individuelle Wohlbefinden umfassend betrifft. Dabei ist der Zugang zu sexueller Gesundheit von den jeweiligen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen abhängig.



Das Schaubild rechts, das auf Basis einer WHO-Publikation entwickelt wurde (WHO 2010), stellt einerseits im äußeren Rahmen die wesentlichen von der Gesellschaft vorgegebenen äußeren Einflussfaktoren auf die individuelle sexuelle Gesundheit zusammen und gibt andererseits im Zentrum eine Auswahl an konkreten Krankheiten, Störungen und Problemstellungen, die die sexuelle Gesundheit negativ beeinflussen können. Diese Zusammenstellung ist, darauf deutet das leere Kästchen in der Mitte hin, keineswegs vollständig.

Sexuelle Rechte

Der Schlusssatz der WHO-Definition streicht die sexuellen Rechte als Voraussetzung für sexuelle Gesundheit heraus. Es scheint insofern in diesem Zusammenhang sinnvoll, die sexuellen Rechte näher zu betrachten.

Verschiedene Organisationen haben sich seit den 1990er Jahren darum bemüht, die sexuellen Rechte näher zu beschreiben. Die erste Definition lieferte die International Planned Parenthood Federation

(IPPF) 1997 und auch die WHO (siehe Kasten rechts) und die World Association for Sexual Health (WAS) haben 2002 bzw. 2008 Definitionen vorgelegt.

Die Sexuellen Rechte nach der WHO

Das Recht auf...

- Gleichbehandlung und Nicht-Diskriminierung
- Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe zu sein
- Privatsphäre
- einen bestmöglichen Standard der Gesundheit
- Heirat und das Gründen einer Familie, eine Ehe mit dem freien und vollen Einverständnis des künftigen Ehegatten einzugehen und die Gleichstellung bei der Auflösung der Ehe
- die Entscheidung über Anzahl und den Zeitpunkt eigener Kinder
- Information und Bildung
- Meinungs- und Redefreiheit
- einen wirksamen Rechtsbehelf bei Verletzungen der Grundrechte

(WHO 2006, aktualisiert 2010)

Die unterschiedlichen Definitionen sind in ihren Kernaussagen sehr ähnlich. Alle leiten die sexuellen Rechte aus den Menschenrechten ab und beziehen sie nur auf den Kontext Sexualität. Sie fordern ein höchstmögliches Maß an Gesundheit, körperlicher Unversehrtheit und Nicht-Diskriminierung im Bereich Sexualität und Reproduktion.

Differenzen lassen sich vor allem in Hinsicht auf die Bewertung von Sexualität feststellen. So werden Lust und ein erfülltes Sexualleben nicht immer unter die sexuellen Rechte gezählt. Interessant ist beispielsweise, dass die WHO, die noch 2002 das Streben nach „einem befriedigenden, sicheren und lustvollen Sexualleben“ als sexuelles Recht aufführte, diesen Aspekt in dem überarbeiteten

Vorschlag von 2010 nicht mehr erwähnte. Und auch das Recht auf freie Wahl eines Partners ist in der späteren Fassung nicht mehr explizit festgehalten, sondern geht in dem Recht der freien Wahl eines Ehegatten auf (WHO 2006).

Sexuelle Rechte und Sexarbeit

Menschen in der Sexarbeit haben dieselben Bedürfnisse und Rechte bezüglich ihrer sexuellen Gesundheit wie alle anderen Menschen auch. Teilweise stehen SexarbeiterInnen jedoch größere Hindernisse im Weg als anderen, ihre Rechte voll wahrzunehmen. Sexarbeit wird häufig nicht als

Tätigkeit, sondern als Identität wahrgenommen und bleibt somit in der Außensicht untrennbar und in jeder Lebenssituation mit dem Individuum verbunden. SexarbeiterInnen werden gesellschaftlich ausgegrenzt und stigmatisiert. Die Verinnerlichung dieser negativen Außensicht kann zu einer Verringerung gesellschaftlicher Teilhabe führen. Weitere gesellschaftliche Ausgrenzung, eine beschränkte Wahrnehmung der eigenen Rechte und ein mangelnder Zugang zu Versorgungsleistungen, zum Beispiel in Bezug auf die individuelle Gesundheit, können die Folgen sein.

Allerdings muss man in diesem Zusammenhang beachten, dass die individuelle Arbeitssituation von SexarbeiterInnen stark differiert und dementsprechend auch ihr Zugang zu gesundheitlicher Versorgung. Es ist ein großer Unterschied, ob eine Frau oder ein Mann auf der Straße, in einem Bordell, bei einem Escort-Service oder in seiner/ihrer Privatwohnung arbeitet. Auch die Motivationen für Sexarbeit sind sehr different: Menschen, die aus ökonomischen Gründen oder aber durch andere Menschen (Stichwort: Menschenhandel) zur Prostitution gezwungen werden, arbeiten unter völlig anderen Voraussetzungen und Umständen als Menschen, die aus eigenem Entschluss und selbstbestimmt dieser Arbeit nachgehen. Sprachkenntnisse und der Aufenthaltsstatus spielen ebenfalls eine erhebliche Rolle, auch für den Zugang zu staatlichen Versorgungsleistungen.

Im Folgenden soll der Blick auf Einschränkungen der sexuellen Rechte in der Sexarbeit, sowie auf Chancen, die eine Durchsetzung der sexuellen Rechte bietet, gelenkt werden. (Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.)

Recht auf Gleichbehandlung und Nicht-Diskriminierung	→	Diffamierung und Diskriminierung gehören zum Alltag von SexarbeiterInnen. Sie werden als lasterhafte Menschen gesehen, zu Opfern reduziert. Gewalt von Kunden und Zuhältern, aber auch Machtmissbrauch von Behörden sind häufig Teil ihres Lebens
Recht auf Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe zu sein	→	Viele SexarbeiterInnen arbeiten unter schlechten Arbeitsbedingungen. Einige erfahren Gewalt und Nötigung in ihrem Alltag. Manche stehen unter dem Zwang, Kunden zu bedienen. Einige arbeiten nicht freiwillig als SexarbeiterInnen (Menschenhandel).
Recht auf Privatsphäre	→	Die Privatsphäre von SexarbeiterInnen ist vor Zuhältern oder Bordellbetreibern zu schützen. Sie haben aufgrund der Stigmatisierung der Sexarbeit ein besonderes Bedürfnis nach einer geschützten Privatsphäre, auch zum Wohl ihrer PartnerInnen und Familien. SexarbeiterInnen benötigen anonyme Beschwerdewege.
Recht auf einen bestmöglichen Standard der Gesundheit	→	Zugang zu Sozialversicherungen und niedrigschwelliger, umfassender und an den Bedürfnissen der SexarbeiterInnen orientierter Versorgung (nicht nur Tests, auch Fragen der Verhütung, allgemeine gynäkologische oder gesundheitliche Probleme, risikoreduzierenden Maßnahmen (z. B. Spritzentausch) etc.). Voraussetzung für die Angebote ist die Akzeptanz der Lebensweise. Zugang auch für Nicht-Versicherte.
Recht auf Information und Bildung	→	SexarbeiterInnen müssen umfassend über ihre Rechte und ihre sexuelle Gesundheit informiert werden, sowie Informationen erhalten, wie man seinen Beruf besser ausüben und wie man sich besser schützen kann.



Die Anerkennung der Tätigkeit ist Voraussetzung zur Umsetzung dieses Grundrechts. Wirksamer Schutz für Opfer von Menschenhandel durch Verhinderung der Abschiebung bei Aussage).

Blick nach Europa

Die rechtlichen Rahmenbedingungen in Europa differieren stark. So sind in England nur Bordelle mit maximal drei SexarbeiterInnen erlaubt. In Schweden ist die Prostitution zwar erlaubt, aber Freier werden bestraft. In der Türkei gibt es staatlich konzessionierte Betriebe, in Österreich noch immer Pflichtuntersuchungen von SexarbeiterInnen. In Italien und Frankreich sind Bordelle zwar erlaubt, aber der Straßenstrich ist verboten.

Legend:

- erlaubt (green)
- eingeschränkt (orange)
- verboten (pink)

Sozialversicherung steht SexarbeiterInnen seither (theoretisch) offen.

Offene Fragen

- ⌚ Wie können die umfassenden Konzepte zu sexueller Gesundheit und sexuellen Rechten die Bedingungen der Sexarbeit verbessern?
- ⌚ Wie können Diskriminierung und Stigmatisierung wirksam angegangen werden?
- ⌚ Kann der polarisierte Diskurs zu Sexarbeit zwischen Selbstbestimmung und „Zwangsprostitution“ ausdifferenziert werden?
- ⌚ Welche Schritte sind notwendig, um den Zugang zu umfassender Gesundheitsversorgung für SexarbeiterInnen zu gewährleisten?

Literatur:

WHO Regional Office for Europe (2001): WHO regional strategy on sexual and reproductive health, Copenhagen.

WHO (2004): Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets.

WHO (2006): WHO: Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva.

WHO (2010): Developing Sexual Health Programs. A Framework for Action.

Problembilder und Maßnahmen in historischer Perspektive. Einige Schlussfolgerungen für die Debatte um die Regulierung von Prostitution Arne Dreßler

Es ist unbestritten, dass die kluge Gestaltung eines jeden gesellschaftlichen Bereiches durch Regulierung ein umfangreiches und fundiertes Wissen über ihn voraussetzt. Sexarbeit ist jedoch nach wie vor ein vergleichsweise dunkles Feld. Ein Ausweg aus der Problematik besteht in der Einholung von Stellungnahmen von denjenigen, die durch öffentlichen Auftrag ohnehin mit dem einen oder anderen Aspekt von Sexarbeit befasst sind. Als angerufene Spezialisten sollen sie – teils in Ergänzung zu, vielfach in Ermangelung von wissenschaftlichem Wissen – dem Gewirr aus sonstigen fordernden oder warnenden Stimmen und Sichtweisen entgegentreten, welche das Dickicht von Regulierungsdebatten ausmachen.

Nun scheint aber die Annahme kaum begründbar, dass sich Verwaltungsakteure und Praktiker der moralischen Umstrittenheit von Sexarbeit entziehen könnten, dass also durch sie ein Zugriff auf ein reines Erfahrungs- und Fachwissen ohne Emotionen, Glaubenssätze oder Wertbezüge möglich wäre. Daher können Regulierende nicht umstandslos auf die Stellungnahmen von Spezialisten als Bastion der Rationalität vertrauen. Gleichzeitig wäre es falsch, dem wichtigen Input von Spezialisten ein generelles Misstrauen entgegenzubringen oder gar ganz auf sie zu verzichten. Was kann man hier tun?

Zur Gewinnung eines begrifflichen Instrumentariums aus der Problematisierungsperspektive

Um dieser Frage nachzugehen, hat sich der Vortrag mit einem Verwaltungsakteur näher beschäftigt, wie er in früheren Regulierungsdebatten durchaus hätte auftreten können: dem Kölner Gesundheitsamt der Nachkriegszeit. Anhand von Tätigkeitsberichten aus den Jahren 1948 und 1956 wurde untersucht, wie man dort das Thema Sexarbeit im doppelten Sinne verarbeitet hat: zum einen als etwas, das durch die eigenen Arbeitsvorgänge bearbeitet werden musste, zum anderen als etwas, das irgendwie verstanden und eingeordnet werden musste.

Diese Tätigkeitsberichte haben den Vorteil, dass sie strukturelle Ähnlichkeit zu jenen Stellungnahmen aufweisen, wie sie in Regulierungsdebatten auftauchen: Sie stellen den eigenen Arbeitsbereich umfassend dar, identifizieren Hemmnisse bei der Aufgabenerfüllung und bringen vor, was aus ihrer Sicht dagegen getan werden müsse – dies alles nicht, ohne dabei über das Zustandekommen und Fortbestehen des Arbeitsgegenstandes zu reflektieren.

Das Vorhandensein dieser Merkmale erlaubte es, die Tätigkeitsberichte im Lichte der Problematisierungsforschung zu lesen. Diese untersucht, wie sich das, was als soziales Problem

anerkannt ist, als geteiltes Wissen erst im Rahmen eines erfolgreichen Problematisierungsprozesses herauskristallisiert. In ihm müssen Akteure andere davon überzeugen, dass ein bestimmter Zustand oder Gegenstand ein Problem darstellt, das ein korrigierendes Eingreifen in irgendeiner Form notwendig macht, inklusive der genaueren Bestimmung der Intervention (Spector/Kitsuse 1977).

Aus der vergleichenden Analyse der historischen Tätigkeitsberichte entstand ein einfaches begriffliches Instrumentarium, mit dem nach kluger Regulierung strebende Akteure künftige Stellungnahmen in Regulierungsdebatten leicht selbst auf ihren Problematisierungsgehalt hin untersuchen können. Es besteht aus vier Kategorien – Problemdefinition, Maßnahmen, Forderungen und Problembild –, mit denen Stellungnahmen aufgeschlüsselt werden können. Variabel einsetzbar wie eine Technologie, stellt dieses analytische Schema sozusagen eine soziologische Antwort auf die Frage dar, was man aus der Geschichte lernen kann.

Der Vortrag hat zunächst im Detail dargestellt, welche Sichtweise das Kölner Gesundheitsamt in den Jahren 1948 und 1956 auf Sexarbeit vertrat, welche Arbeitsabläufe für sie geschaffen wurden und welche Hemmnisse bei der Aufgabenerfüllung wodurch behoben werden sollten. Hier soll aus Platz- und Prioritätsgründen gleich auf die Struktur und Eigenart von Problematisierungen fokussiert werden, wie sie aus den Tätigkeitsberichten herausgearbeitet wurden.

Problemdefinitionen, Maßnahmen und Forderungen

Problematisierungen beziehen sich immer auf einen bestimmten Gegenstand. Aussagen zu diesem bilden die *Problemdefinition*. Sie benennt, was ein ungelöstes Problem darstellt. Der Fall des Kölner Gesundheitsamtes zeigt, warum es nicht trivial ist, Problemdefinitionen eigens auszuzeichnen. Sowohl Prostitution als auch Geschlechtskrankheiten können zwar jeweils auf lange Karrieren erfolgreicher Problematisierung zurückblicken. Als Einrichtung ist die für Geschlechtskrankheiten zuständige Stelle jedoch geschaffen worden, um Gefahren in Risiken zu transformieren und so beherrschbar zu machen. Geschlechtskrankheiten und Prostitution treten daher in den Tätigkeitsberichten nicht schon als solche als problematisch auf. Stattdessen sind sie eingeeht und regularisiert. Problemdefinitionen sind dagegen jeweils relational zu bestimmten Problematisierungsvorhaben, sie bilden ihre Anker. Da es das Ziel ist, den oder die Adressaten zu aktivieren, grenzen Problemdefinitionen einen akuten, aber bisher nicht als solchen anerkannten oder nicht ausreichend gewürdigten Bereich ab, für den außerordentliche Aufmerksamkeit eingefordert werden soll.

Mobilisiert werden Aufmerksamkeit und Eingreifen durch den Hinweis, dass hier jene Mittel nicht ausreichen, die bisher zur ordentlichen Bearbeitung eines anerkannten Problemzusammenhanges entwickelt oder bereitgestellt wurden. Diese Mittel bilden die *Maßnahmen*. Sie bezeichnen Aktivitäten, die für sich genommen grundsätzlich als erfolgsversprechend, aber allein oder in ihrer Kombination nicht als ausreichend angesehen werden, um dem Problem beizukommen. Maßnahmen haben daher eine Art Trichterfunktion für Problematisierungen.

Von den Maßnahmen abgegrenzt werden können die *Forderungen*. Sie bilden diejenigen Mittel, von denen sich die Problematisierenden einen gesteigerten Erfolg bei ihrer Arbeit versprechen, die ihnen aber entweder momentan unmöglich oder prinzipiell unverfügbar sind, weil sie sich in der Handlungssphäre anderer Akteure befinden. Das Eingreifen der Adressaten von Problematisierungen

soll dazu führen, dass das, was gegenwärtig als Forderung ausgezeichnet wird, künftig in den Bestand von Maßnahmen überführt werden kann. Die Umsetzung von Forderungen verspricht, das Problematische durch routinisierte Bearbeitung wieder in den Griff zu bekommen.

Problembilder

Problemdefinition, Maßnahmen und Forderungen bilden das Grundgerüst der Problematisierungen in den Tätigkeitsberichten. Diese beinhalten aber auch Aussagen, die sich analytisch keiner der drei Kategorien zuordnen lassen. Sie äußern sich zu einem Sachverhalt, der über das Grundgerüst von Problematisierungen hinausgeht, aber gleichwohl für seine inhaltliche Bestimmung bedeutsam ist. Diese Aussagen erläutern, warum ein Problem existiert. Sie bilden das *Problembild*.

Niederschlag findet das Problembild in der inhaltlichen Ausgestaltung sowohl von Maßnahmen als auch von Forderungen. Diese werden von ihm sozusagen eingefärbt. Die Folge: Maßnahmen und Forderungen erscheinen als passend zu Problembildern und umgekehrt. Weil das Problembild also nicht als separates Element neben den Strukturelementen von Problematisierungen erscheint, sondern diese durchdringt, verbindet und harmonisiert, erhalten Problematisierungen als Ganze Persuasivität. Sie scheinen durch sich selbst begründet zu sein.

Allerdings kann – dies zeigt die vergleichende Betrachtung der Tätigkeitsberichte – die gleiche Problemdefinition auch mit unterschiedlichen Problembildern zusammengehen. In formaler Hinsicht rechtfertigt dieser Umstand ihre analytische Trennung. In inhaltlicher Hinsicht folgt daraus, dass Problembilder und damit ebenso die durch sie angetriebenen Problematisierungen nicht feststehen. Sie sind vielmehr variabel. Sind also Problembilder lediglich etwas von Außen an den Problematisierungsgegenstand Herangetragenes, also zum Zwecke der Problematisierung Aufgebotenes? Nicht in jedem Fall. Problembilder können ebenso auf einem intensiveren Austausch mit dem Problematisierungsgegenstand beruhen. Dies bedeutet jedoch nicht automatisch, dass sie dadurch angemessener sind. Denn Problembilder, die aus der Bewältigung der täglichen Arbeit auf einer Dienststelle resultieren, können auch von der institutionellen Logik dieser Dienststelle und ihrer Außenbeziehungen geprägt sein. Solche Problembilder sind das Resultat eines kollektiven Versuchs, mit Frustrationen in der eigenen Arbeit umzugehen. Dadurch entsprechen sie aber keiner unabhängigen Auseinandersetzung mit dem Problemgegenstand. Stattdessen sind sie zuerst als Lösung für die eigenen Arbeitsprobleme elaboriert worden. Von dieser Prägung können Regulierende dann begründet ausgehen, wenn ein Problembild in der Lage ist, für die Dienststelle den Unterschied zwischen erfolgreich bearbeitbaren und systematisch scheiternden, also „guten“ und „schlechten“ Fällen verstehbar zu machen (Emerson/Paley 1992).

Implikationen für die Betrachtung von Stellungnahmen in der Regulierungsdebatte um Prostitution

Mithilfe der Kategorien Problemdefinition, Maßnahmen, Forderungen und Problembild lassen sich Stellungnahmen leicht aufschlüsseln, um ihren Problematisierungsgehalt sichtbar zu machen. Dabei dürften sich die herausgearbeiteten Beziehungen zwischen den einzelnen Strukturelementen wiederfinden lassen. Wahrscheinlich wird in Regulierungsdebatten außerdem noch ein weiterer Typus von Problematisierung anzutreffen sein. Er zielt nicht auf eine Erweiterung der zur Verfügung stehenden Maßnahmen, sondern auf deren vollständige Ersetzung durch andere. Einen radikalen

Kurswechsel anmahnd, müsste sich bei ihm eine scharfe Diskrepanz zwischen Problembild und Maßnahmen zeigen.

Unabhängig von solchen Variationen, die durch die weitere Forschung zu bearbeiten sind, dürften die vorgeschlagenen Kategorien bereits als solche zu einem Rationalitätsgewinn bei der Regulierungsfindung verhelfen. Insbesondere für die Debatte um die gesetzliche Neuregelung von Prostitution bieten sie drei Vorteile:

1. Hilfreichen Abstand zur Persuasivität von Problematisierungen gewinnen Regulierende dadurch, dass sie in Stellungnahmen zunächst Problemdefinitionen, Maßnahmen, Forderungen sowie Problembilder identifizieren und voneinander trennen. Deren inhaltliche Verknüpfung ist, auch wenn sie sich in individuellen Stellungnahmen so präsentieren mag, nicht zwingend. Forderungen, die zur Ermöglichung von neuen Maßnahmen führen sollen, können dann unabhängig von den übrigen Strukturelementen, etwa in Bezug auf ihre Nebenfolgen, abgewogen werden.

2. Besondere Aufmerksamkeit sollte den in Stellungnahmen involvierten Problembildern geschenkt werden. Die ihnen zuordenbaren Aussagen stehen empirischer Überprüfung offen und müssen sich an ihr messen lassen. Dieser Prüfschritt ist unabhängig von der weiteren Forschung zu neuen Problematisierungstypen oder zur Koevolution von Problembildern und Maßnahmen.

3. Die Einbeziehung von Problembildern in die Bewertung von Stellungnahmen dürfte auch dabei helfen, in einem so umstrittenen Feld wie der Debatte über Sexarbeit jene diskursiven Verschiebungen besser zu erkennen, mit denen zwischenzeitlich diskreditierte Positionen verlorenen Boden gutzumachen suchen. Alter Wein in neuen Schläuchen sollte so leichter zurückzuweisen sein.

Literatur:

Emerson, R. M. / Paley, B. (1992): Organizational horizons and complaint-filing. In: K. Hawkins (Hg.), The uses of discretion, Oxford: Clarendon Press, 231–247.

Spector, M. / Kitsuse, J. I. (1977): Constructing social problems. Menlo Park: Cummings.

Sexarbeit und sexuelle Gesundheit – Erkenntnisse und blinde Flecken

Heidrun Nitschke

Problemstellung

Sexuelle Gesundheit hat viele Facetten. Aus medizinischer Sicht wird sie beeinträchtigt durch Krankheiten wie STI, HIV und Krebs, aber auch durch Störungen der Fruchtbarkeit oder Genitalverstümmelungen. Diese Gefährdungen betreffen die Menschen in jeweils unterschiedlichem Maße je nach Lebensalter, von der Pubertät über die reproduktive Phase bis ins Alter hinein, und entsprechend der unterschiedlichen Rollen, die der Einzelne in Hinsicht auf seine Sexualität einnimmt – dies können sowohl selbstbestimmte als auch von außen auferlegte Rollenbilder sein. Eine dieser Rollen ist auch die der Sexarbeiterin/des Sexarbeiters.

Bei der Gruppe der SexarbeiterInnen handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe, zu der Frauen, Männer und Transgender gehören, MigrantInnen und Deutsche, Personen mit und ohne Papiere und mit und ohne Krankenversicherung. Einige der SexarbeiterInnen sind sesshaft, andere hochmobil. Es gibt in der Sexarbeit Personen, die illegale oder legale Suchtmittel konsumieren, aber auch solche, die dies gänzlich ablehnen. SexarbeiterInnen arbeiten auf der Straße, in Großbordellen, in Wohnungen, im Escort-Service, in Clubs oder Kneipen. Ihr Bildungsniveau differiert ebenso stark wie die Höhe ihres Verdienstes. Auch die Autonomie, das heißt die Möglichkeit, selbständige Entscheidungen in ihrer Arbeit treffen zu können, ist sehr unterschiedlich ausgeprägt. Dies ist in unserem Zusammenhang ein wichtiger Aspekt, denn die Entscheidungsautonomie ist häufig ausschlaggebend dafür, ob SexarbeiterInnen individuell in der Lage sind, ihre Gesundheit zu schützen oder nicht.

Die Themen STI und HIV sind innerhalb dieses Feldes noch am besten erforscht, hier möchte ich deswegen vorrangig auf die anderen Aspekte schauen und mich zudem als Gynäkologin auf die Probleme von Frauen konzentrieren.

Ein prinzipielles Problem der Forschung in diesem Bereich ist, dass die Grundgesamtheit der in der Sexarbeit Tätigen unbekannt und zudem raschen Veränderungen unterworfen ist. Studien schauen zumeist auf Teilpopulationen, häufig Frauen auf der Straße oder drogenkonsumierende Frauen. Sie arbeiten ohne Kontrollgruppen. Die internationalen Daten sind zeitlich und räumlich kaum übertragbar, da sie auf sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen basieren. In einem Land, wo der Zugang zu Verhütung problematisch und Sexarbeit verboten ist, herrschen selbstverständlich völlig andere Bedingungen als in einem Land, wo Sexarbeit legal ist und die Pille für jede Frau erreichbar. So lassen sich beispielsweise Ergebnisse aus Indien oder aus lateinamerikanischen Ländern kaum auf Deutschland übertragen.

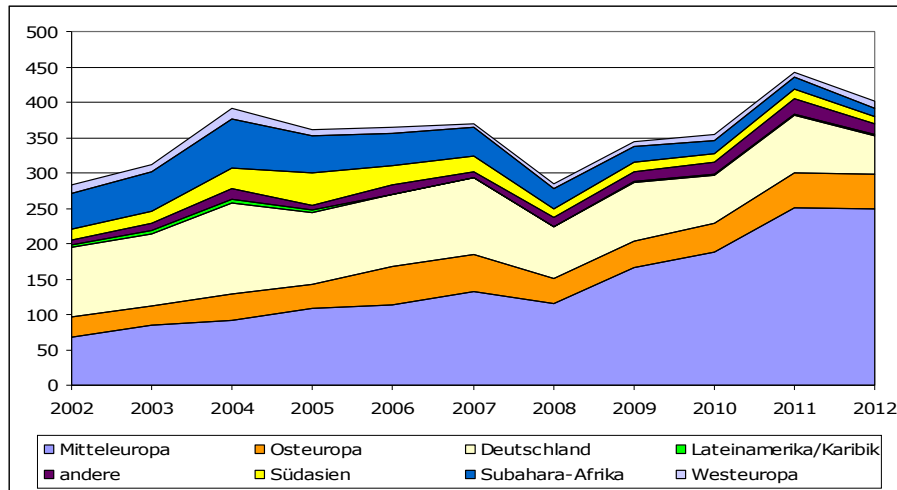
Daten aus der gynäkologischen Sprechstunde des Fachdienstes STI und sexuelle Gesundheit im Kölner Gesundheitsamt

Im Folgenden sollen Daten und Erkenntnisse aus der Routinedokumentation der ärztlichen Sprechstunde im Gesundheitsamt der Stadt Köln vorgestellt werden. Grundlage der Ausführungen sind berater- und betreuungsrelevante Daten der 2117 Sexarbeiterinnen, die zwischen 2002 und 2012 im Kölner Gesundheitsamt ärztlich betreut wurden.

Der Fachdienst STI und sexuelle Gesundheit im Gesundheitsamt Köln besteht aus einem multiprofessionellen und mehrsprachigen Team. Der Fachdienst leistet regelmäßig aufsuchende Arbeit in allen Bereichen weiblicher Sexarbeit in Köln. Die fachärztliche Sprechstunde findet dreimal wöchentlich ohne Terminvereinbarung statt. Sie bietet anonym und kostenfrei nicht nur Laboruntersuchungen auf STI, sondern auch gynäkologische Untersuchung einschließlich Kolposkopie und Sonographie, Beratung zu Empfängnisverhütung und Verschreibung hormoneller Verhütungsmittel. Ein kleines Labor steht zur Verfügung.

Von den 2117 Sexarbeiterinnen, die in den letzten zehn Jahren die Fachstelle in Anspruch nahmen, hatten 74 Prozent einen Migrationshintergrund (siehe Grafik). 77 Prozent der Migrantinnen und fast ein Viertel der deutschen Frauen waren nicht krankenversichert. 83 unterschiedliche Herkunftsländer

wurden angegeben. Die Herkunftsregionen haben sich in dem betrachteten Zeitraum verschoben: Der Anteil deutscher Frauen ist abgesunken, hingegen kamen immer mehr Frauen aus Mitteleuropa in die Sprechstunde.



Herkunftsregionen der Patientinnen des Fachdienstes STI und sexuelle Gesundheit im Gesundheitsamt Köln in den letzten zehn Jahren

Diese Veränderung hat Auswirkungen auf den Versorgungsbedarf: Je nach aufenthaltsrechtlichem Status, Zugang zu Versicherung und Regelversorgung, Sozialisation, kulturellem Hintergrund und Motiven für den Einstieg in die Sexarbeit stehen jeweils unterschiedliche Probleme im Vordergrund.

Das Alter bei Erstkontakt lag im Schnitt bei 27 Jahren. Über ein Viertel der Frauen kam nur einmal in die Sprechstunde (28 %), 14 Prozent zehnmal und häufiger. Die mittlere Anzahl an Konsultationen lag bei fünf Besuchen. 15 Prozent der Frauen frequentierten das Angebot länger als fünf Jahre.

39 Prozent der behandelten Frauen hatten schon Kinder geboren, 4,5 Prozent drei Kinder und mehr. 46 Prozent aller Frauen hatten einen Schwangerschaftsabbruch, 20 Prozent zwei oder mehr Abbrüche und 44 Frauen fünf oder mehr Abbrüche in der Vorgeschichte. Die Zahl der Frauen mit mehreren Abbrüchen steigt aktuell an. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass mehr Sexarbeiterinnen aus Ländern kommen, wo es keinen selbstverständlichen Zugang zu sicheren und unschädlichen Verhütungsmethoden gibt und stattdessen der Schwangerschaftsabbruch von den Frauen als letzte Möglichkeit, kein Kind zu bekommen, ergriffen wird. Nur fünf Prozent der Untersuchten gaben an, dass sie bereits Fehlgeburten hatten, im Gesamtkollektiv wurde nur von 149 Fehlgeburten berichtet. Diese Zahl ist auffällig niedrig und scheint nicht realistisch. Eine Hypothese ist, dass viele der Migrantinnen aus Ländern kommen, wo es nicht üblich ist, bei einer Fehlgeburt ein Krankenhaus aufzusuchen. Fehlgeburten werden von ihnen deswegen möglicherweise nicht als ernstes Problem wahrgenommen.

Dokumentiert wird auch die Verhütungsmethode der Frauen beim Erstkontakt. Das Vorurteil, dass Migrantinnen insgesamt kaum hormonelle Verhütungsmethoden nutzen, bestätigt sich an den vorliegenden Daten nicht. Hingegen wird deutlich, dass die Verhütungsmethode sich oft noch an der Situation in den Herkunftsländern und den dort bevorzugten Methoden orientiert. Frauen aus Südasien verhüten besonders häufig mit der Pille und in Lateinamerika ist das Einsetzen von

Hormondepots verbreitet. Frauen aus Subsahara-Afrika nutzen hingegen eher selten hormonelle Kontrazeptiva.

Die Untersuchungsergebnisse haben bei den 2117 Frauen folgende Erkrankungen bzw. ärztliche Handlungsbedarfe im Bereich sexuelle Gesundheit ergeben:

- Ⓟ 37 Prozent der Frauen erhielten mindestens einmal ein Rezept für ein Verhütungsmittel.
- Ⓟ 11,2 Prozent der Frauen waren mindestens einmal schwanger in dem Zeitraum, in dem sie das Angebot in Anspruch nahmen.
- Ⓟ 4,5 Prozent erhielten mindestens einmal die Pille danach.
- Ⓟ 8,5 Prozent hatten in der Zeit einen auffälligen Abstrich vom Muttermund (PAP IIID und höher).
- Ⓟ Es wurden positiv getestet auf STI/HIV: 11 % auf Chlamydia trachomatis, 3,5 % auf Gonorrhoe, 3,8 % auf Trichomoniasis, 0,7 % auf Syphilis, 0,3 % auf HIV.

Insgesamt wird deutlich, dass ärztlicher Rat und Hilfe zu Verhütung und Schwangerschaft für Sexarbeiterinnen ebenso wichtig sind wie im Bereich STI. Auch Früherkennungsuntersuchungen auf Gebärmutterhalskrebs haben einen hohen Stellenwert bei der ärztlichen Versorgung von Sexarbeiterinnen und sollten integraler Bestandteil einer ärztlichen Versorgung sein. In der allgemeinen Wahrnehmung wird der Bereich der STI in diesem Zusammenhang eher überbewertet.

35 Prozent aller Patientinnen gaben bei mindestens einer Konsultation Bauchschmerzen an, 27 Prozent Schmerzen beim Sex, 21 Prozent das Ausbleiben der Regelblutung, 22 Prozent zusätzliche oder verstärkte Blutungen, 14 Prozent mindestens einmal einen Kondomunfall. Besonders häufig waren diese Probleme beim ersten Besuch der Sprechstunde.

Bei der Häufigkeit der Probleme oder Beschwerden sowie der Belastungen in der Vorgeschichte finden sich Zusammenhänge mit folgenden Faktoren: Herkunftsland, Versicherungsstatus, dem Drogenkonsum und Arbeitsort. Zusätzlich beeinflusst aber auch die Qualität der sprachlichen Verständigung mit dem behandelnden Arzt/der Ärztin die Häufigkeit, mit der Probleme und Beschwerden dokumentiert sind. Wenn Sprachbarrieren bestehen, werden deutlich häufiger Bauchschmerzen als Grund für die Konsultation dokumentiert, aber seltener differenzierte Angaben zu Schmerzen zum Beispiel bei Sexualkontakt, Wasserlassen etc. Funktioniert die Kommunikation, so ist hingegen eine präzisere Erfassung möglich. Deswegen muss man davon ausgehen, dass insgesamt eine erhebliche Untererfassung der Probleme besteht.

Internationale Daten

Eine Recherche in der Meta-Datenbank für medizinische Publikationen PubMed wurde vorgenommen, um zu klären, ob es zu dem Themenfeld international Forschungsergebnisse gibt.

Zu diesem Zweck wurden die Begriffe Prostitution, Sexarbeit, sex work, sexwork, sex worker in Kombination mit einer Reihe von Stichworten in Deutsch und Englisch (siehe Tabelle auf der folgenden Seite) in die Suchfunktion der Datenbank eingegeben.

Prostitution, Sexarbeit, sex work, sexwork, sex worker				
Kontrazeption	Antikonzeption	Kontrazeptiva	Familienplanung	
Schwangerschaft	schwanger	Gravidität	Mutterschaft	
Kinderwunsch	Sterilität	Infertilität	Fruchtbarkeit	Unfruchtbarkeit
Zervixkarzinom	Cervixcarcinom	Dysplasie	Krebs	
Libido	Frigidität	Dyspareunie	sexuell + Störung	

Die Suche ergab keine deutschsprachigen Publikationen und keine Publikationen aus Deutschland. Auch aus Westeuropa (Spanien, Großbritannien und Belgien) konnten nur einzelne Studien mit Daten gefunden werden. Die Publikationen aus den Industrieländern beschäftigen sich vorwiegend mit Sexarbeiterinnen auf der Straße und/oder mit Sexarbeiterinnen, die Drogen konsumieren. Die untersuchten Kollektive sind meist klein und sehr klein, und es gibt praktisch keine Vergleichsgruppen. Aus diesem Grund liefern die Studien keine repräsentativen Daten für Sexarbeiterinnen insgesamt. Nach diesen Studien hatten Sexarbeiterinnen weit mehr auffällige Abstriche und Gewebeveränderungen am Muttermund als die Kontrollgruppen. Eine hohe Rate an Schwangerschaftsabbrüchen wurde festgestellt sowie ein sehr hoher Bedarf an Beratung zu und Verschreibung von Verhütungsmitteln.

Fazit

Sexarbeiterinnen haben zahlreiche und vielfältige Anliegen zu sexueller Gesundheit, wobei Probleme und Beschwerden im weiteren Bereich der sexuellen Gesundheit wahrscheinlich häufiger vorkommen als STI. Außer zu den „Topthemen“ STI und Gewalt gibt es aber wenig Interesse der Forschung und kaum Versorgung für Sexarbeiterinnen.

Viele Probleme von Sexarbeiterinnen stehen nicht in Zusammenhang mit ihrer Arbeit oder sind vor ihrer Tätigkeit als Sexarbeiterinnen entstanden, zum Beispiel durch fehlende sexuelle Selbstbestimmung, früheres riskantes Verhalten oder Versorgungsdefizite im Heimatland. Manche Frauen beginnen aufgrund von Problemen mit ihrer sexuellen Gesundheit mit der Sexarbeit: Ungewollte Kinderlosigkeit kann dazu führen, dass die Ehe als einzige soziale Absicherung nicht mehr funktioniert, sie kann den Druck auf Frauen erhöhen, mehr ökonomische Verantwortung für ihre Familien zu übernehmen, oder Frauen hoffen, durch den Verdienst in der Sexarbeit eine sonst für sie unerschwingliche Fertilitätsbehandlung finanzieren zu können. Andere gesundheitliche Probleme wiederum ergeben sich aus der Sexarbeit, so zum Beispiel die Folgen einer STI, aber auch Folgen von gesundheitsschädlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen. Eine Beschäftigung als Sexarbeiterin kann auch den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung erschweren (zum Beispiel durch die hohe Mobilität, durch fehlende Krankenversicherung, aufgrund der Stigmatisierung etc.)

Für die Zukunft scheint es besonders wichtig, weitere solide Erkenntnisse und Daten zu gewinnen. Diese können für Deutschland hauptsächlich aus den Gesundheitsämtern kommen. Allerdings wird nur in 13 Prozent der deutschen Gesundheitsämter eine umfassende gynäkologische Untersuchung angeboten. Die Ressourcen sind beschränkt und es gibt, abgesehen vom Bereich STI, keine systematische Dokumentation. Hinzu kommt, dass es ethisch fragwürdig ist, Daten zu erfassen, wenn keine Ressourcen vorhanden sind, um den Betroffenen eine Versorgung anzubieten.

Aus diesen Beobachtungen lässt sich erschließen, was wir in Deutschland vorrangig benötigen:

- ⌚ Angebote mit ganzheitlicher gynäkologischer Versorgung für Sexarbeiterinnen.
- ⌚ Standards für die Erfassung und Dokumentation von Daten zur Vorgeschichte, zu klinischen Befunden und zu Diagnosen und gesundheitlichen Problemen von Sexarbeiterinnen auch jenseits von STI.

Sexarbeit: der politische Rahmen

Abstracts der Vorträge:

Sybilla Flüge diskutierte in ihrem Vortrag die Praxis der „Bockscheine“, also den Nachweis regelmäßiger Untersuchungen auf Geschlechtskrankheiten, den Prostituierte bis zur Einführung des Infektionsschutzgesetzes 2001 vorzuweisen hatten. Sie legte dar, dass diese Art von Kontrollen keine geeigneten und angemessenen Maßnahmen sind, um die sexuelle Gesundheit zu verbessern, und entzog dadurch aktuellen, in diese Richtung zielenden Forderungen den Boden.

Ruth Niebuer skizzierte anschließend die politische Debatte der letzten Jahre zur Gesetzgebung im Bereich der Prostitution auf der Ebene der Bundespolitik. Sie forderte auf, statt einer emotional geführten Debatte, sachorientiert und differenziert zu diskutieren. Eine Ergänzung der bestehenden Rechtslage durch gewerbe- und/oder ordnungsrechtliche Regulierung des Betriebs von Prostitutionsstätten, die nicht auf Kontrolle, sondern auf Normalisierung abzielt, aber auch mehr und effektivere Hilfestellungen für die Betroffenen scheinen hier gangbare Wege.

Die Arbeit des Runden Tisches Prostitution, der in Nordrhein-Westfalen auf Beschluss der Landesregierung seit Anfang 2011 zusammenkommt, führte Claudia Zimmermann-Schwartz als Abschluss dieser Session vor Augen. Der Runde Tisch ermöglicht einen Austausch zwischen allen wichtigen AkteurInnen aus dem Arbeitsfeld Prostitution und zielt in einem zweiten Schritt darauf ab, Empfehlungen für den Bereich auszusprechen. Zentrale Forderung des Runden Tisches ist die Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Menschen, die in der Prostitution arbeiten.

Kontrolle der Sexarbeit durch „Bockscheine“ – Fragen der Verhältnismäßigkeit

Sibylla Flügge

Am 21. Mai 2010 problematisierte der Bundesrat die Wirkungen des Prostitutionsgesetzes und stellte in diesem Zusammenhang fest: „Die mit der Legalisierung der Prostitution notwendigerweise einhergehende Reduktion polizeilicher und ordnungsrechtlicher Eingriffsmöglichkeiten birgt für Prostituierte nicht hinnehmbare Gefahren für Leben, Gesundheit und körperliche oder seelische Unversehrtheit und begründet zudem das hohe Risiko starker wirtschaftlicher Abhängigkeit von Bordellbetreibern und Zuhältern.“ (BR Drs. 314/10)

In dieser schlichten Feststellung, mit der die Forderung nach neuen Reglementierungen und Eingriffsmöglichkeiten vor allem im Bereich der sogenannten „Prostitutionsstätten“ begründet wird, unterlaufen dem Bundesrat zwei grundsätzliche Fehler: Zum einen wurde die Prostitution durch das hier kritisierte Prostitutionsgesetz nicht legalisiert – Prostitution war auch vorher nicht illegal gewesen – sondern sie wurde früher lediglich als sittenwidrig eingestuft. Das heißt: Prostitution war nicht verboten, aber Sexarbeiterinnen wurden vom Recht nicht geschützt. Zum anderen wird behauptet, die Reduktion polizeilicher und ordnungsrechtlicher Eingriffe habe die Gefahr für Prostituierte erhöht, Opfer von Gewalt und Ausbeutung zu werden.

Die Reduktion von Eingriffen hat jedoch mit dem Prostitutionsgesetz von 2001 nichts zu tun. Sie ist auf gesetzlicher Ebene der Ablösung des Geschlechtskrankheitengesetzes von 1927 durch das Infektionsschutzgesetz im Jahr 2000 geschuldet. Damals wurden auch – zuletzt dann auch in Bayern – die „Bockscheine“ abgeschafft.

„Bockscheine“, das bedeutete für Prostituierte die Pflicht, in regelmäßigen Abständen, teilweise sogar wöchentlich, eine Untersuchung nachzuweisen. Die Untersuchung sollte sich auf vier im Gesetz genannte Geschlechtskrankheiten beziehen, die in den 1920er Jahren als besonders gefährlich galten.

Es war ein offenes Geheimnis, dass auch diese Untersuchungen, die nur ein kleines, eher weniger verbreitetes Spektrum der sexuell übertragbaren Krankheiten umfassten, häufig nicht vorgenommen wurden. Vielmehr bescheinigten oftmals einschlägig bekannte Ärzte die Untersuchung gegen ein Honorar. Außendienstmitarbeiter – nicht nur des Gesundheitsamtes, sondern auch des Ordnungsamtes oder sogar der Polizei – kontrollierten die Untersuchungshefte vor Ort.

Polizei- und Ordnungsbehörden nutzten dieses System deutschlandweit, um Frauen, die in der Prostitution arbeiteten, zu registrieren und ihre Arbeitsplätze laufend zu überprüfen. Betreiber von Laufhäusern, Saunaclubs etc. wehrten sich nicht gegen die Kontrollen, weil die „Bockscheine“ für sie den Vorteil hatten, ihre Etablissements als sauber und die sexuellen Dienstleistungen als risikofrei verkaufen zu können.

Prostituierte, die keinen Stempel nachgewiesen hatten, konnten von der Polizei gesucht und zur Zwangsuntersuchung vorgeführt werden, in Krankenhäusern, Gesundheitsämtern oder speziellen Praxen. Wechselte eine Frau, die beim Gesundheitsamt als Prostituierte gemeldet war, den Wohnort, wurde das über das Melderegister nachverfolgt und die Frau wurde am neuen Wohnort als Prostituierte gemeldet. Gesundheitsämter, Polizei und Ordnungsbehörden informierten sich wechselseitig.

Ein Umdenken begann in den 1980er Jahren unter dem Eindruck der HIV-Infektion. Dies führte zur Einrichtung erster freiwillig zu nutzender Untersuchungsangebote und schließlich – spätestens mit dem Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes – zur allgemeinen Abschaffung der Zwangsuntersuchungen.

Die Reglementierung von Prostitution durch „Bockscheine“ ist in zahlreichen Veröffentlichungen kritisiert worden. Insbesondere die aus der Frauenbewegung entstandene Hurenbewegung wollte die vielfältigen Diskriminierungen der Sexarbeiterinnen nicht länger widerstandslos hinnehmen.

Im Zentrum der Kritik an der tradierten behördlichen Praxis stand folgende Überlegung: Es geht den Ordnungsbehörden nicht wirklich um den Schutz der Prostituierten oder der Allgemeinheit, sondern in Wahrheit um eine Grenzziehung zwischen der gefährlichen Verführerin (Eva) und der reinen Jungfrau und Mutter (Maria), zwischen der unreinen (infizierten) Prostituierten und den sauberen (gesunden) Freiern, zwischen dem kriminellen Rotlichtmilieu der Prostituierten und der anständigen Wirtschaft und Gesellschaft.

Es handelt sich dabei um Gegensätze, die ohne einander nicht auskommen, die nur durch ihr jeweiliges Pendant Sinn ergeben. Insofern sollte die Reglementierung der Prostitution, die durch die Jahrhunderte immer neue Formen annahm, auch nie dem Ziel dienen, die Prostitution abzuschaffen. Die Prostitution und mit ihr die Prostituierte sollten lediglich auf den ihr zustehenden Ort auf der Schattenseite der Gesellschaft verwiesen werden (Kontos 2009).

Diese Form der Polarisierung ist kulturell verbunden mit gesellschaftlichen Hierarchien und der dazu gehörigen autoritären Herrschaft: Im traditionellen autoritären Regime geht es um eine Regierung, die sich Ziele setzt und diese durch Kontrollen und Strafen durchsetzt. Dagegen entwickelte sich in den letzten Jahrzehnten in Folge von Demokratisierung und Globalisierung ein neues Staatsverständnis: New Public Governance. Jetzt spricht man von Führungskultur, die es versteht, angesichts unterschiedlicher Interessen Ziele auszuhandeln und zur Erreichung der Ziele Anreize zu setzen. Fortschritte oder Hindernisse auf dem Weg zur Zielerreichung werden durch ein Monitoring abgeklärt.

In diesem Zusammenhang erhielt der Begriff der Menschenrechte eine neue Dimension. Durch zahlreiche Menschenrechtskonventionen der letzten Jahre und Jahrzehnte werden staatlichen Eingriffen in Freiheitsrechte und die körperliche Unversehrtheit Grenzen gesetzt – umgekehrt werden Staaten immer detaillierter verpflichtet, Menschen vor Eingriffen in ihre Freiheit, ihre Gesundheit und ihr Leben zu schützen (Oberlies 2013). Die Fokussierung auf Rechte und Freiheiten steht zum Teil im Widerspruch zu einem Diskurs, der die Menschenwürde als Wert jenseits der Lebensentscheidungen der Einzelnen fokussiert (Dodillet 2013).

Das hat direkte Konsequenzen auch für die Frage, ob und wie der Staat in die Rechte von Prostituierten und in die Rechte von Betreibern so genannter Prostitutionsstätten eingreifen darf. Und es hat Konsequenzen für die Frage, ob und wie der Staat Prostituierte vor Gewalt und Krankheiten zu schützen hat.

Unter diesen neuen Vorzeichen konnte das Geschlechtskrankheitengesetz und erst recht die daraus abgeleitete Praxis der „Bockscheine“ nicht aufrechterhalten werden.

Zur juristischen Begründung ist das Hilfsmittel der Verhältnismäßigkeitsprüfung anzuwenden. Der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz lässt sich dahingehend zusammenfassen, dass der Staat – zum Beispiel in Gestalt einer Gesundheitsbehörde – nichts tun darf, was nicht einem erlaubten Ziel dient, und dass er zur Zielerreichung immer das Mittel einsetzen muss, das am wenigsten schadet.

Um zu nachprüfbaren, rationalen Entscheidungen zu kommen, wird die Verhältnismäßigkeit einer geplanten Maßnahme in vier Schritten geprüft:

1. Zielbestimmung – das Ziel muss erlaubt sein,
2. Eignung – die Maßnahme muss geeignet sein, das Ziel zu erreichen,
3. Notwendigkeit – es gibt keine geeignete Maßnahme, die weniger in die Rechte der Betroffenen eingreift (oder deutlich weniger kostet),
4. Angemessenheit – die notwendige Maßnahme darf nicht mehr schaden als nützen.

Im Bereich der Prostitution fehlt es in der Regel schon an einer klaren Zielbestimmung. Die Bekämpfung von sexuell übertragbaren Krankheiten wird gern vermischt mit dem Anliegen, Menschenhandel zu bekämpfen, und darüber hinaus allgemein mit dem Ziel, Prostituierte vor Ausbeutung und Gewalt zu schützen – und außerdem geht es darum, die sonstige Kriminalität im Rotlichtmilieu einzudämmen. Manchen geht es auch um die Abschaffung der Prostitution überhaupt.

Zu 1. Um eine Verhältnismäßigkeitsprüfung durchführen zu können, muss man zunächst die Ziele sortieren, auf ihre Zulässigkeit prüfen und dann die fragliche Maßnahme zu jedem einzelnen zulässigen Ziel ins Verhältnis setzen. Hier geht es uns um das Ziel, sexuell übertragbare Krankheiten zu bekämpfen. Dagegen ist mit Sicherheit nichts einzuwenden.

Zu 2. Die Frage ist nun, ob verpflichtende Untersuchungen der in der Prostitution Arbeitenden eine geeignete Maßnahme ist. Viele Überlegungen – insbesondere aber die Erfahrungen der einschlägigen Untersuchungs- und Beratungsstellen – sprechen dagegen. Dennoch wird zum Teil an dem Argument festgehalten, dass wenigstens einige Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter einer Untersuchungspflicht Folge leisten würden, die sonst vielleicht seltener oder gar nicht zum Arzt gehen würden. Und das könnte ja schon als Erfolg gewertet werden.

Das charmante am Instrument der Verhältnismäßigkeitsprüfung ist, dass wir die Frage, ob „Bockscheine“ und ähnliche Kontrollen geeignet sind, nicht abschließend klären müssen – wir müssen in Diskussionen an dieser Stelle noch nicht zu einem Konsens kommen. Denn es gibt ja noch die weiteren Prüfungsschritte:

Zu 3. Als nächstes ist die Frage zu stellen, ob es weniger eingreifende Maßnahmen gibt, die ebenso effektiv sind. Dazu gibt die Sozialmedizin eindeutige Antworten: Ein System von Befehl, Kontrolle und

Strafe ist wenig effektiv in einem Lebensbereich, der weniger durch rationales Abwägen von Nutzen und Risiken als vielmehr von Ängsten und Wünschen gesteuert ist. Hier erweisen sich niedrigschwellige Angebote als wesentlich Erfolg versprechender. Dies gilt in besonderem Maße für diejenigen, die sich wegen mangelnder Aufenthaltserlaubnis oder wegen ihres Drogenkonsums ohnehin jeder Kontrolle entziehen.

Zu 4. Aber selbst wenn diese Erkenntnisse geleugnet werden, muss am Ende die Frage gestellt werden, ob eine Untersuchungspflicht und die damit verbundene Registrierung und Kontrolle aller in der Prostitution Arbeitenden nicht mehr schadet als nützt. Die Antwort setzt eine so genannte Güterabwägung voraus, hier zwischen Grundrechten der unmittelbar Betroffenen und Interessen der Allgemeinheit.

Die Untersuchungspflicht beinhaltet die Pflicht, sich auch dann untersuchen zu lassen, wenn man nicht krank ist und kein Infektionsrisiko eingegangen ist – ein erheblicher Eingriff in die Freiheit und in die körperliche Unversehrtheit. Sie ist außerdem verbunden mit einer Registrierungspflicht beim Gesundheitsamt und also mit einem erheblichen Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Es wird also in drei zentrale Grundrechte eingegriffen – ein immenser Schaden. Dies ließe sich nur durch einen ganz erheblichen Nutzen rechtfertigen, der die Grundrechtseingriffe im Vergleich als verhältnismäßig gering erscheinen lässt.

Dieser Nutzen ist allerdings nicht nachweisbar. Es kann heute als sicher gelten, dass professionell arbeitende Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter keine höheren Infektionsraten aufweisen als die durchschnittliche Bevölkerung. Auch gibt es keine Beweise, dass die Verbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten sinkt, wenn SexarbeiterInnen einer Untersuchungspflicht unterzogen werden.

In der öffentlichen Diskussion wird zuweilen auch ein Zusammenhang zwischen dem Wegfall der Untersuchungspflicht und einem Anstieg von Zwangsprostitution behauptet. In ihrer Antwort auf eine Anfrage zu den „Auswirkungen des Prostitutionsgesetzes auf die Entwicklung beim Menschenhandel“ vom 27.02.2013 gab die Bundesregierung bekannt, dass das Bundeskriminalamt seit Verabschiedung des Prostitutionsgesetzes eine stetige Abnahme der Zahlen der Opfer von Menschenhandel verzeichnete (BT-Drs. 17/12504). Daraus lässt sich ableiten, dass auch die nahezu zeitgleich einsetzende Abschaffung der Untersuchungspflicht keinen Einfluss auf die Entwicklung des Menschenhandels im Bereich der Prostitution hatte. Aber selbst wenn es einen solchen Zusammenhang gäbe, wäre es unter den Gesichtspunkten der Eignung und Notwendigkeit äußerst fragwürdig, ein gesundheitspolitisches Instrument für Zwecke der Kriminalitätsbekämpfung einzusetzen. Erst recht würden die Bedenken, die sich auf die Grundrechtseingriffe beziehen, weiter bestehen.

Im Ergebnis kann man also feststellen, dass regelmäßige Gesundheitskontrollen keine geeigneten, jedenfalls aber keine notwendigen und ganz sicher keine angemessenen Maßnahmen sind, um den Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten zu verbessern.

Neben diesen Argumenten, die sich auf die vor allem im Polizeirecht verankerte Verhältnismäßigkeitsprüfung stützen, gibt es noch ein weiteres im Grundgesetz verankertes Argument gegen Untersuchungspflicht. Diese verstößt nämlich gegen das Verbot der

Diskriminierung von Frauen. Eine nach Art. 3 GG verbotene mittelbare Diskriminierung liegt vor, wenn scheinbar neutrale Maßnahmen Frauen weit häufiger einschränken als Männer. Der Untersuchungspflicht werden voraussichtlich fast ausschließlich Frauen unterworfen, während die Kunden, die durch häufig wechselnden Geschlechtsverkehr in Deutschland und als Sextouristen in anderen Kontinenten sexuell übertragbare Krankheiten verbreiten, unkontrolliert bleiben.

Interessant ist, dass die Parteien, die eine stärkere Reglementierung der Prostitution fordern, in den letzten Jahren kaum noch von sexuell übertragbaren Krankheiten sprechen, sondern vorrangig von dem Ziel, Prostituierte vor Gewalt, insbesondere in der Form des Menschenhandels, schützen zu wollen.

Tatsächlich sind das die gleichen politischen Kräfte, die sich seit 30 Jahren weigern, Frauenberatungsstellen und Frauenhäuser, in denen von Gewalt betroffene Prostituierte Schutz finden könnten, ausreichend zu finanzieren. Es sind die gleichen Kräfte, die sich bis heute nicht dazu bequemen konnten, die Europaratskonvention gegen Menschenhandel vom 01.02.2008, die Europäische Richtlinie gegen Menschenhandel (2011/36/EU) und die ebenfalls dem Schutz der Opfer dienende Sanktionsrichtlinie (2009/52/EG) in deutsches Recht umzusetzen. Damit wird den Opfern von Menschenhandel der notwendige Schutz verweigert, der es ihnen ermöglichen würde, strafrechtlich und zivilrechtlich gegen ihre Peiniger vorzugehen.

Das von der CDU/CSU und FDP im Sommer eingebrachte Gesetz gegen Menschenhandel (BT-Drs. 17/13706) beschränkt sich darauf, Strafvorschriften gegen Menschenhandel zu verschärfen und „Prostitutionsstätten“ einer Genehmigungspflicht zu unterwerfen, wie es sie für Gaststätten und Strip-Lokale schon gibt. Unberücksichtigt bleibt, dass die schon heute möglichen Maßnahmen zum Schutz von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, Mieterinnen und Mietern zum Beispiel im Baurecht von den Behörden fast nirgends eingesetzt wurden – wie die vom Bundestag eingesetzte Kommission zur Evaluation des Prostitutionsgesetzes feststellen musste (BT-Drs. 16/4146 v. 25.01.2007, S. 37 ff.). Insofern ist fraglich, ob eine Genehmigungspflicht von Prostitutionsstätten für die Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter tatsächlich nennenswerte Verbesserungen bringen wird, wenn nicht zugleich Schutz- und Unterstützungsstrukturen geschaffen werden.

Der Entwurf der Regierungsfractionen ist ausschließlich an einer Politik der Kontrolle und Strafe orientiert. Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern und die Notwendigkeit von Hilfsangeboten und Rechtsschutzmöglichkeiten für Opfer von Zwangsprostitution werden ignoriert. Der Entwurf hat deshalb den Bundesrat nicht passiert.

Der Gegenentwurf der Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen (BT-Drs. 17/10843), der die beiden europäischen Vorgaben versuchte umzusetzen, indem den Opfern von Menschenhandel insbesondere im Bereich des Aufenthaltsrechts, im Sozialrecht und bei der Durchsetzung privatrechtlicher Schadensersatzforderungen bessere Rechte eingeräumt werden sollten, scheiterte im 17. Bundestag an den Mehrheitsfraktionen.

Am 04.11.2013 meldete der Tagesspiegel aus den Koalitionsverhandlungen: „Die Vorsitzende der Frauenunion, Maria Böhmer (CDU), sagte: „Freier, die Zwangsprostituierte ausnutzen, wollen wir bestrafen. Vor allem junge Frauen unter 21 Jahren müssen sich persönlich beim Amt melden.“ „Für

Prostituierte solle es Pflicht werden, sich regelmäßig von unabhängigen Ärzten untersuchen zu lassen.“

Wenn mittels der Genehmigungspflicht von Prostitutionsstätten Kontrollmöglichkeiten eingeführt werden, werden die einzelnen Kontrollmaßnahmen am Maßstab des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes und des Gleichberechtigungsgebots zu überprüfen sein. Das gilt für die von Maria Böhmer und anderen ins Gespräch gebrachte Wiedereinführung von „Bockscheinen“ ebenso wie für rechtspolitische Forderungen, die sich gegen die Inanspruchnahme sexueller Dienstleistungen richten.

Literatur:

Dodillet S (2013): Deutschland – Schweden: Unterschiedliche ideologische Hintergründe in der Prostitutionsgesetzgebung, in: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Aus Politik und Zeitgeschichte 9.

Kontos S (2009): Öffnung der Sperrbezirke : zum Wandel von Theorien und Politik der Prostitution, Königstein/Ts.

Oberlies, D. (2013): Jetzt schlägt's 13: SGB XIII! Rechtliche Anforderungen und Möglichkeiten der Ausgestaltung und Finanzierung des Hilfesystems bei Gewalt, in: STREIT 2/2013, S. 51 ff.

Die aktuelle politische Debatte zur Sexarbeit

Ruth Niebuer

Im Folgenden soll die politische Debatte der letzten Jahre zur Gesetzgebung im Bereich der Prostitution auf der Ebene der Bundespolitik bis zu den aktuell in der Diskussion befindlichen Gesetzgebungsvorschlägen des Jahres 2013 kurz skizziert werden.

Im Juni 2013 haben die Fraktionen der CDU/CSU und der FDP im Bundestag den Entwurf eines „Gesetzes zur Bekämpfung des Menschenhandels und Überwachung von Prostitutionsstätten“ eingebracht. Der Gesetzentwurf sieht neben einer EU-rechtlich gebotenen Erweiterung der Straftatbestände des Menschenhandels, unter anderem auf Menschenhandel zur Ausnutzung von Straftaten und Ausnutzung der Bettelei, eine Einordnung von Prostitutionsstätten als „überwachungspflichtige Gewerbebetriebe“ in § 38 Nr. 7 GewO vor; damit würde auch für Prostitutionsstätten das gewerbebehördliche Instrumentarium der sogenannten „Nachschau“ und Überwachung eröffnet. Zusätzlich sollte die Erteilung von Auflagen für den Betrieb von Prostitutionsstätten ermöglicht werden. Der Entwurf wäre ein Einstieg gewesen, um Prostitutionsstätten, also Bordelle und ähnliche Betriebe, an ähnliche ordnungsbehördliche Maßstäbe heranzuführen, wie sie für andere Gewerbe (Gebrauchsgüterhandel, Reisebüros, Schlüsseldienste etc.) ganz selbstverständlich gelten.

Am 20. September 2013 hat der Bundesrat jedoch den Vermittlungsausschuss angerufen; damit ist der Entwurf gescheitert, weil ein Vermittlungsverfahren wegen Ablaufs der Legislaturperiode des

Bundestags nicht mehr durchgeführt werden konnte. Aufgrund des politischen Wechsels nach der Wahl wird der Entwurf in dieser Form wohl nicht erneut eingebracht werden.

Der Entwurf vom Juni 2013 ist als Vorschlag in einer kontroversen Diskussion zu sehen, die seit Jahren anhält. Sie ist noch keineswegs beendet; auch im Koalitionsvertrag für die neue Legislaturperiode wird das Thema wohl eine Rolle spielen.

Die Debatte um den gesellschaftlichen Umgang mit der Prostitution und um den richtigen rechtlichen Rahmen für Sexarbeit in allen ihren Erscheinungsformen ist seit Inkrafttreten des Prostitutionsgesetzes nicht zur Ruhe gekommen. Dabei rückten immer wieder die Auswirkungen des Gesetzes auf die kriminellen Erscheinungen im Umfeld der Prostitution – vor allem Menschenhandel, Zwangsprostitution und Prostitution von Minderjährigen – besonders in den Fokus des Interesses.

Schon der 2007 veröffentlichte Bericht der Bundesregierung zu den Auswirkungen des Prostitutionsgesetzes trug einer Verschiebung der Debatte im europäischen Raum Rechnung, die insbesondere nach Zusammenhängen zwischen der Regelung von Prostitution und der Bekämpfung des Menschenhandels fragte. Ein Schwerpunkt des Berichts und der begleitenden Studien lag deshalb auf den Auswirkungen des Prostitutionsgesetzes auf kriminelle Erscheinungen im Umfeld des Prostitutionsgewerbes.¹

Dies ist als Reaktion auf eine weit verbreitete Besorgnis zu verstehen, die von Seiten der Politik sehr ernst genommen wird. Die in den letzten Jahren zu beobachtenden Veränderungen im Bereich der Prostitution sind jedoch auf ein komplexes Ursachengeflecht zurückzuführen, bei dem zum Beispiel die stufenweisen Erleichterungen im Bereich des legalen Zuzugs aus den osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten wohl eine größere Rolle spielen als die Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen durch das Prostitutionsgesetz.

Das Spektrum in der Debatte reichte und reicht auch aktuell von Forderungen nach Übernahme des schwedischen Modells der Freierstrafbarkeit über Überlegungen für eine stärkere ordnungsrechtliche Überwachung der Prostitutionsbetriebe bis zu verbindlichen Ausübungsregelungen (z. B. Kondompflicht, Gesundheitsuntersuchung, Mindestalter) für Prostituierte.

In dieser Diskussion schwingen nicht zuletzt immer ethische Haltungen zu Prostitution an sich mit – eine Fragestellung, mit der wohl kaum jemand ganz unbefangen umgeht. Eine emotional aufgeladene Debatte um die richtige ethische Einordnung von Prostitution und um die Deutungshoheit zu den Auswirkungen des Prostitutionsgesetzes taugt jedoch nicht als Ausgangspunkt für sachorientierte Analysen und Lösungsansätze. Vielmehr muss es darum gehen, sachorientiert und differenziert zu schauen, was aus Sicht des an der Wertordnung des Grundgesetzes ausgerichteten demokratischen Rechtsstaats geboten ist, um Menschen – weit überwiegend sind es Frauen – vor Gewalt und Ausbeutung und unzumutbaren Einschränkungen ihrer Freiheitsrechte zu schützen, und mit welchen Mitteln dieses Ziel effektiv verfolgt werden kann.

Denn darum geht es in dieser Diskussion: um das Recht von Frauen auf körperliche Unversehrtheit, um ihr Recht auf Selbstbestimmung hinsichtlich des eigenen Körpers und der eigenen Sexualität,

¹ Siehe Literatur unten. Der Bericht und die Studien sowie weitere Informationen sind auf der Seite des BMFSFJ online zugänglich: www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung,did=97962.html, Zugriff: 10.12.2013.

aber auch hinsichtlich ihrer Lebensgestaltung und ihrer Arbeit. Es geht um das Recht, ohne Gewalt und Zwang zu leben, um das Recht auf Bewegungsfreiheit; es geht aber auch um das Recht auf angemessene Vergütung und zumutbare Arbeitsbedingungen.

Das am 1.1.2002 in Kraft getretene Prostitutionsgesetz bezieht sich nur auf einen sehr kleinen Bereich dieser Fragestellungen. Es geht in erster Linie um die vertraglichen Beziehungen zwischen SexarbeiterIn, Kunde und Betreiber. Vereinbarungen über sexuelle Dienstleistungen sind aufgrund des ProstG nicht mehr von vorneherein unwirksam; die Rechtsposition auf der „Kunden“- bzw. „Arbeitgeber“-Seite wurde jedoch zum Schutz des sexuellen Selbstbestimmungsrechts der Prostituierten bewusst beschränkt. Die Zugangsmöglichkeit zur Sozialversicherung für Beschäftigte in der Prostitution wurde gesetzlich abgesichert. Prostitution gilt seit 2002 nicht mehr im Rechtssinne als sittenwidrig. Damit ist Prostitution kein „Beruf wie jeder andere“, jedoch eine rechtlich akzeptierte Tätigkeit zur Sicherung des Lebensunterhalts, die dem Grundrecht des Art.12 GG unterfällt.

Um ein Fenster für legale Beschäftigungsverhältnisse in der Prostitution zu bieten, wurde zugleich im Strafgesetzbuch der Straftatbestand der „Förderung der Prostitution“ durch den Straftatbestand „Ausbeutung von Prostituierten“ ersetzt und die Strafvorschrift „Zuhälterei“ etwas verändert. (Wenn des Öfteren Kritik an „dem Prostitutionsgesetz“ geübt wird, weil es „die Bekämpfung von Kriminalität erschwere“, geht es also eigentlich meist um diese damit einhergehenden Strafrechtsänderungen, nicht um „das Prostitutionsgesetz“ selbst.)

Das Prostitutionsgesetz hat allerdings gemäß der Bilanz der Bundesregierung von 2007 die vom Gesetzgeber intendierten Zielsetzungen nur sehr begrenzt erreicht. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen wurden zwar durch das Gesetz geschaffen, sie werden aber nur sehr selten wahrgenommen. Auch die Arbeitsbedingungen der Prostituierten hatten sich bis 2007 nicht messbar verbessert. Die Einklagbarkeit der Entlohnung hat zwar vielleicht für SexarbeiterInnen das persönliche Bewusstsein für die Durchsetzbarkeit ihrer Rechte stärken können, zugleich gibt es kaum faktische Auswirkungen zum Beispiel in Form von zivilgerichtlichen Verfahren. Die kriminellen Begleiterscheinungen der Prostitution konnten nicht nachweisbar zurückgedrängt werden, und bei der Erleichterung des Ausstiegs wurde keine messbare Wirkung erzielt. Allerdings haben sich auch die Befürchtungen der Gegner des Prostitutionsgesetzes nicht bestätigt: Nach dem Ergebnis der Evaluation von 2007 haben das Prostitutionsgesetz und die damit einhergehenden Strafrechtsänderungen keine nachweisbare Verschlechterung in der Strafverfolgung bei Menschenhandel, Zwangsprostitution sowie anderen Formen von Gewalt und sogenannter Begleitkriminalität der Prostitution nach sich gezogen.

Letztlich kann daraus, dass die bisherigen Initiativen ihre Ziele nicht erreicht haben, geschlossen werden, dass wir in Deutschland einen breiteren Ansatz bei der Reglementierung von Prostitution brauchen:

Auf der einen Seite stehen kriminelle Handlungen, wie Menschenhandel, Zwangsprostitution, sexueller Missbrauch von Minderjährigen in der Prostitution und Ausbeutung von Prostituierten, die es mit allen rechtsstaatlichen Mitteln zu unterbinden gilt. Auf der anderen Seite haben wir es mit Prostitution als autonomer Entscheidung für eine bestimmte Tätigkeit zu tun, die im freiheitlichen Rechtsstaat akzeptiert werden muss. Hier ist es Aufgabe des Staates, Menschen, die sich für die Prostitution entscheiden, bei dieser Arbeit vor persönlicher und wirtschaftlicher Ausbeutung zu

schützen; dies muss auch den Schutz vor inakzeptablen Rahmenbedingungen, die in anderen Bereichen allgemein anerkannte Standards angemessener Arbeit zum Beispiel der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes verletzen, umfassen.

Schon 2007 kam die Bundesregierung daher zu dem Ergebnis, dass es erforderlich ist, die bestehenden rechtlichen Instrumentarien des Gaststätten-, des Gewerbe- sowie des Polizei- und Ordnungsrechts effizienter zu nutzen und, soweit erforderlich, auszubauen, um die Bedingungen, unter denen Prostitution praktiziert wird, zum Schutz der dort tätigen Personen einer rechtsstaatlichen Kontrolle zu unterwerfen und kriminellen Begleiterscheinungen vorzubeugen.

Allerdings war es in der Folge noch nicht möglich, einen Konsens über die richtigen Schritte zur Regulierung des Prostitutionsgewerbes zu erzielen. Durch eine Fachveranstaltung 2008 und eine Publikation hat die Gleichstellungsabteilung im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) in 2009 zur Aufbereitung des Meinungsspektrums beigetragen und die kontroverse Diskussion vorangebracht (BMFSFJ 2012). Diese Diskussion mündete dann in der im Februar 2011 angenommenen Bundesratsentschließung für eine stärkere Reglementierung des Betriebs von Prostitutionsstätten (Drucksache 314/10), die jedoch auch noch nicht unmittelbar zu gesetzgeberischen Schritten führte. Im weiteren politischen Gang der Dinge wurden dann auch neue Entwicklungen einbezogen, so insbesondere die im April 2011 beschlossene Richtlinie zur Bekämpfung des Menschenhandels der Europäischen Kommission (2011/36/EU). Dadurch kam es dann zu einer Verknüpfung der beiden ursprünglich voneinander unabhängigen Gesetzgebungsanliegen in dem eingangs bereits angesprochenen Entwurf eines „Gesetzes zur Bekämpfung des Menschenhandels und Überwachung von Prostitutionsstätten“ vom Juni dieses Jahres mit der oben schon skizzierten sehr begrenzten Vorschrift für Prostitutionsstätten.

Für die Zukunft gilt es nun, zum einen die bereits vorhandenen rechtlichen Instrumentarien besser zu nutzen und zum anderen neue Instrumente zur rechtsstaatlichen Kontrolle der Prostitution zu schaffen. Um es noch einmal zu betonen: Eine (Teil-) Rücknahme der bestehenden Regelungen des Prostitutionsgesetzes ist dabei weder Gegenstand eines Gesetzentwurfs, der in der vergangenen Legislaturperiode im Bundestag beraten wurde, noch ist dies Gegenstand von aktuellen Überlegungen des BMFSFJ. Im Gespräch war und ist eine Ergänzung der bestehenden Rechtslage durch gewerbe- und/oder ordnungsrechtliche Regulierung des Betriebs von Prostitutionsstätten bzw. der Ausübung von Prostitution. „Kontrolle“ meint hier nicht eine repressive oder gar polizeistaatlich geprägte Überwachung mit moralisierendem Impetus, sondern eine Normalisierung der rechtlichen Rahmenbedingungen, unter denen Prostitution ausgeübt wird, im Sinne einer Gleichstellung oder mindestens Annäherung an die Bedingungen, die für andere gewerbliche Tätigkeiten gelten.

Denn: Gegenwärtig stehen einer Vielzahl unterschiedlicher Geschäftsmodelle im Bereich der Prostitution nur geringe und kaum ausdifferenzierte gewerbe- und ordnungsrechtliche Anforderungen an die Betreiber von Bordellen, bordellähnlichen Betrieben, Saunaclubs etc. gegenüber. Als nahezu einziges Geschäftsfeld ist die gewerbliche Betätigung im Bereich sexueller Dienstleistungen keiner auf ihre spezifischen Risiken zugeschnittenen fachgesetzlichen Regulierung unterworfen. Das Fehlen fachgesetzlicher Maßstäbe und Aufsichtsinstrumente für Prostitutionsstätten begünstigt die Erhaltung intransparenter und kriminogener Strukturen, es erschwert die Bekämpfung von Menschenhandel und behindert die Implementierung gesundheitlicher, arbeitsschutz- und sicherheitsbezogener Mindestanforderungen.

Natürlich sind nicht alle SexarbeiterInnen von unzumutbaren gesundheitlichen Bedingungen, von Ausbeutung und Gewalt tatsächlich betroffen. Die für sie bestehenden Risiken und Gefahren hängen in starkem Maße von den Bedingungen ab, unter denen Prostitution ausgeübt wird. Viele sind jedoch – nicht zuletzt aufgrund einer Asymmetrie in den realen Machtverhältnissen – nicht in einer Situation ausgewogener Verhandlungsmacht, in der sie zum Beispiel gegenüber den Betreibern von Prostitutionsstätten Bedingungen aushandeln und ihre Rechte selbstbewusst durchsetzen könnten. Aus meiner Sicht ist daher ohne durchsetzbare fachgesetzliche Vorgaben keine Verbesserung der Situation für die in der Prostitution Tätigen zu erwarten.

Kurz möchte ich neben der rechtlichen noch auf eine weitere Ebene eingehen: Ein wichtiges Element, um die Situation von Menschen in der Prostitution nachhaltig zu verbessern, sind Unterstützungs- und Beratungsangebote, die den unterschiedlichen Lebenslagen und Beratungsbedarfen von SexarbeiterInnen gerecht werden. Dazu gehören neben den bei dieser Tagung im Vordergrund stehenden gesundheitsbezogenen Beratungsbedarfen auch Angebote, die Menschen, die nicht mehr als Prostituierte arbeiten möchten, im Umorientierungsprozess unterstützen. Das BMFSFJ fördert darum seit 2009 ein Modellprojekt, das an mehreren Standorten unterschiedliche Konzepte zur Unterstützung des Ausstiegs aus der Prostitution erprobt. Die Projekte unterstützen ihre KlientInnen auf einer akzeptierenden Basis beim Aufbau einer alternativen Erwerbsperspektive. Von den für 2015 zu erwartenden Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung erhoffen wir neue Impulse für den Ausbau von Beratungsangeboten durch die dafür zuständigen Länder und Kommunen.

Wie geht es weiter? Zurzeit ist noch nicht bekannt, worauf sich die neue Regierungskoalition in ihrer Koalitionsvereinbarung verständigen wird. Es ist zu hoffen, dass eine Verständigung über die notwendigen gesetzgeberischen Maßnahmen und auf eine gut ausbalancierte Lösung gelingt.

Als Gleichstellungsabteilung im BMFSFJ werden wir hierzu weiterhin das Gespräch mit einer breiten Palette maßgeblicher Akteure in Bund und Ländern suchen. Dazu werden wir auch gern den Dialog mit Vertretungen der Interessen von SexarbeiterInnen führen und die Einbindung der Sichtweisen und des Sachverständes von Fachkreisen zum Aspekt sexuelle Gesundheit anstreben.

Literatur:

BMFSFJ (2007): Bericht der Bundesregierung zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostituierten (Prostitutionsgesetz – ProstG), www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/bericht-bureg-auswirkungen-prostitutionsgesetz,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf, Zugriff: 17.2.2014.

BMFSFJ (2012): Regulierung von Prostitution und Prostitutionsstätten – ein gangbarer Weg zur Verbesserung der Situation der Prostituierten und zur nachhaltigen Bekämpfung des Menschenhandels? Möglichkeiten und Grenzen des Gewerberechts; Schnittstellen zwischen Gewerbe- und Polizeirecht. Berlin, www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Prostitutionsregulierung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf, Zugriff 16.2.2014.

Helfferich C et al. (2007): Abschlussbericht der Untersuchung zu den Auswirkungen des Prostitutionsgesetzes. Berlin, www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/prostitutionsgesetz/index.html, Zugriff: 28.02.2014.

Helfferrich C et al. (2007): Vertiefung spezifischer Fragestellungen zu den Auswirkungen des Prostitutionsgesetzes: Ausstieg aus der Prostitution. Kriminalitätsbekämpfung und Prostitutionsgesetz. Berlin, www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/prostitutionsgesetz-gutachten-2,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf, Zugriff: 17.2.2014.

Renzikowski J (2007): Reglementierung von Prostitution: Ziele und Probleme – eine kritische Betrachtung des Prostitutionsgesetzes. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin, <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/prostitutionsgesetz-gutachten-1,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, Zugriff: 28.02.2014.

Ethische Herausforderungen für die Politik – der Runde Tisch NRW zur Sexarbeit

Claudia Zimmermann-Schwartz

Eigentlich könnte ich diesen Vortrag auch nennen: „Von der Saula zur Paula – vom mühsamen und spannenden Prozess politischen Lernens“! Am Anfang stand der Auftrag für einen solchen Runden Tisch im rot-grünen Koalitionsvertrag 2010 – und ich hatte als langjährige Abteilungsleiterin Frauenpolitik doch erhebliche Probleme, mir eine sinnvolle Arbeit eines solchen Gremiums auf Landesebene vorzustellen. Immerhin – und darauf bin ich stolz – leistet Nordrhein-Westfalen schon seit vielen Jahren mit einem bundesweit vorbildlichen umfangreichen Programm Schutz und Hilfe für Opfer von Menschenhandel. Damit war die Fokussierung auf Zwangsprostitution, die Opferperspektive, natürlich fest verankert. Nun einen anderen Blick auf Prostitution zu wagen, sich etwa mit BordellbetreiberInnen oder Freiern an einen Tisch zu setzen – das war eine große Herausforderung!

Eine Herausforderung, die sich gelohnt hat – ich denke für alle, die an diesem Prozess beteiligt waren und noch engagiert dabei sind. Zunächst gab es einen Kabinettsbeschluss im Dezember 2010, und nach vorbereitenden Gesprächen fand tatsächlich das erste Treffen Anfang 2011 statt. Wichtig war uns, alle wichtigen AkteurInnen aus dem Arbeitsfeld Prostitution in regelmäßigen Abständen an einen Tisch zu holen – an erster Stelle natürlich MitarbeiterInnen aus den zuständigen Ministerien, aus Beratungsstellen (für Prostitution, für Opfer von Menschenhandel, für männliche Prostituierte), Vertretungen von Verbänden (etwa der kommunalen Spitzenverbände oder der Landesarbeitsgemeinschaft der kommunalen Gleichstellungsbeauftragten), aber auch SexarbeiterInnen selbst. Das ambitionierte Ziel des Runden Tisches war es, einen wirklichen Austausch auf diesem stark von Tabus geprägten Feld zu ermöglichen und eine differenzierte, möglichst realistische und vorurteilsfreie Sicht auf das Themenfeld Sexarbeit zu entwickeln. Davon allein erhofften wir uns ein Umdenken im eigenen Bereich und Impulse für die allgemeine gesellschaftliche Debatte. Erst in einem zweiten Schritt, auf dieser soliden Wissensbasis, sollte der Runde Tisch konkrete Empfehlungen für die Landesregierung entwerfen.

Die politische Intention war eindeutig: Es ging um die Fortführung des Weges, der bereits mit dem Prostitutionsgesetz eingeschlagen, dann aber nicht mehr weiterentwickelt worden war.

Rollen- und Prozessklarheit sind bei solchen partizipativen Prozessen, die in der Regel mit großen Hoffnungen begonnen werden, aber nicht selten im Frust enden, unabdingbar. Deshalb erarbeiteten wir uns als Runder Tisch in den ersten Sitzungen zunächst ein Grundlagenpapier.² Wichtig erscheint mir darin insbesondere die nüchterne Feststellung, dass sicherlich nicht unbedingt immer eine „einheitliche ethische und politische Positionierung in dieser Debatte für das gesamte Gremium herzustellen“ sei. Natürlich wollten wir versuchen, einen möglichst breiten Konsens zu den einzelnen Fragen zu erzielen. Doch auch in der Vielfalt der Meinungen liegt ein besonderer Wert für die Arbeit, spiegelt sie doch die gesellschaftliche Debatte wider und ermöglicht eine fundierte Befassung mit der gerade im Detail schwierigen Materie. Als Grundkonsens konnten wir festhalten, dass die Auffassung, Prostitution sei einer gleichberechtigten Gesellschaft nicht würdig, zwar eine vertretbare politische Vision darstelle, aber dass niemand am Tisch eine konkrete Forderung nach einem gesetzlichen Verbot stellen werde. Wir alle fühlten uns den Zielen verpflichtet, das Selbstbestimmungsrecht von Menschen, die in der Prostitution arbeiten, zu stärken und ihre Arbeitsbedingungen zu verbessern sowie Menschenhandel und sexuelle Ausbeutung durch eine gesetzliche Regulierung möglichst zu unterbinden.

In unserer – heute würde ich sagen Naivität – waren wir davon ausgegangen, mit wenigen Sitzungen diesen Auftrag „abarbeiten“ zu können. Dies erwies sich als großer Irrtum, denn je länger und gründlicher wir uns mit der Materie befassten, desto mehr erwies sich ihre Komplexität. Es ist kaum zu glauben: Der Runde Tisch tagt nun seit fast drei Jahren, 13 Sitzungen fanden statt, über 70 Externe aus Wissenschaft und Praxis haben uns an ihrem Wissen teilhaben lassen, Modellprojekte wurden vorgestellt, und mit Fachleuten aus Schweden und den Niederlanden wagten wir einen Blick über den Zaun. Nahezu alle Sitzungen widmeten sich konkreten Themenfeldern, ihre Aufzählung würde den hiesigen Rahmen sprengen. „Daten und Fakten“, „Prostitution und Gesundheit“, „Straßenstrich“, „Mann-männliche Prostitution und Prostitution Transsexueller“, „Steuern“ – diese wenigen Stichworte mögen beispielhaft genügen.

Von Anfang an wollten wir eine tabulose Diskussion – was nicht nur heißt, dass Dinge beim Namen genannt werden, sondern dass wir bewusst auch Institutionen und Personen eingeladen haben, von denen eine konträre Auffassung zu erwarten war. So waren etwa Solwodi oder Terre des femmes zu Gast und haben uns wichtige Aspekte nähergebracht.

Ja, der Runde Tisch ist ein Erfolgsmodell, das merken wir an vielem: Nicht nur, dass eine bundesweit einzigartige Wissenssammlung zum Themenfeld Prostitution entstanden ist. Das ist wichtig, aber noch viel bedeutsamer ist, dass wir im respektvollen Umgang miteinander lernen durften. Nicht wenige Mitglieder haben, das wird mir immer wieder berichtet, nach und nach ihre Haltung zu Prostitution verändert. Und da es hier um so intime und sensible Themen wie Sexualität, Würde, Selbstbestimmung geht, weil hier innere Werte und ethische Überzeugungen tangiert sind, waren manche Sitzungen geradezu aufwühlend. Innere Bilder gerieten ins Wanken oder zerbrachen, manche persönliche Begegnung wirkte lange nach.

Dass dieser Runde Tisch nicht nur mich, sondern viele andere gepackt hat, merken wir auch an der Abstimmung mit den Füßen. Mancher, der diesem Gremium zunächst mit Distanz und Unverständnis

² Das Grundlagenpapier ist online abzurufen unter:
www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/emanzipation/frauen/RTP_Grundlagenpapier.pdf, Zugriff: 10.12.2013.

gegenüberstand, entwickelte großes Engagement und brachte zunehmend die eigene Fachlichkeit mit Gewinn für alle ein.

Im Moment erleben wir eine öffentliche Diskussion zu Prostitution, die mir Sorgen macht. Statt einer wissensbasierten ethischen Debatte wird Moralpanik geschürt (diesen wunderbaren Terminus hat einmal Frau Prof. Nicola Döring geprägt!). Die Verwirrung der Begriffe ist komplett. Wenn ich etwa an die Zustände in Flatrate-Bordellen denke – Sie alle kennen die Fernsehbilder von den testosteron-getriebenen Freiern, die in Bussen eintreffen und im Bordell nach dem Motto „Geiz ist geil!“ mal richtig die Sause machen wollen –, Bilder, die niemand ernsthaft gut finden kann, so wird hier nicht etwa Menschenhandel fassbar, sondern vielmehr ein entfesselter Kapitalismus. Diese Bordellbetreiber, oft smarte Betriebswirte, beschäftigen keine Menschenhandelsopfer, das wäre doch nur geschäftsschädigend. Sie bemühen sich im Gegenteil um das beste Verhältnis zu Polizei und Finanzamt, und vor allem wollen Sie eines: Maximalgewinn – auf dem Rücken der Frauen. Dagegen müssen wir uns wenden, auch durch ergänzende Regulierungen des Prostitutionsgesetzes.

Das Wichtigste aber ist, dass Prostitution ein Gesicht bekommt, ein menschliches, individuelles Gesicht. Denn die Menschen, die in der Prostitution arbeiten, sind so unterschiedlich und vielfältig wie andere auch. Aus der Anonymität herauszutreten und die eigenen Interessen zu formulieren, dazu gehört viel Mut! Mit der Gründung des Berufsverbandes erotische und sexuelle Dienstleistungen im Oktober dieses Jahres haben diejenigen, um die es geht, einen entscheidenden Schritt nach vorne getan. Dazu gratuliere ich Ihnen!

Fish-Bowl Diskussion

Sexarbeit und Gesundheit: Verhandeln, Beraten, Handeln – Diskussion mit Sexarbeiterin, Kunde, Beraterin Moderation: Harriet Langanke

Im Folgenden ist ein Ausschnitt der Fish-Bowl-Diskussion wiedergegeben. Bei der Diskussion wurde ausgehend von den Statements von Personen aus drei unterschiedlichen für das Thema relevanten Gruppen – Sexarbeiterin, Kunde, Beraterin – die Runde um weitere Personen erweitert, sodass sich eine facettenreiche Sicht auf die Fragestellung ergab.

Alles ohne? Was halten Sie davon?

Nein, unser Körper, unsere Gesundheit, ist unser Kapital. Paysex heißt zahlen, es geht um Geld, sexuelle Dienstleistung ist unser Beruf. Wer ist so dumm und beraubt sich seiner Arbeitsgrundlagen gegen besseres Wissen und Gewissen. Allerdings wissen viele nicht, wie sie sich schützen können. Dieses Nicht-Wissen ist im privaten Sexleben viel verbreiteter als beim Paysex. Ich bin 55 Jahre und Kind der sexuellen Revolution, als ich jung war, hat jeder mit jedem. Wir arbeiten mit einer sensorischen Prüfung unseres Gastes: schauen, riechen, tasten, schmecken. Dann weiß ich, wie ich ihn einzuschätzen habe, und nehme mir auch heraus, jemandem vor die Tür zu setzen. Wenn ich sehe der ist krank, schicke ich den zum Arzt.

(Sexarbeiterin)

Ich kenne das auch, Momente, wo man als Gast abgelehnt wird, aber das ist auch gut so, weil man dann merkt, dass da eine Freiwilligkeit besteht. Ich bin gesundheitsbewusst, ich gönne mir hin und wieder bezahlten Sex – Sexualität gehört für mich zur Gesundheit. Vorsorge ist mir dabei wichtig. Sex ohne Kondom wollte ich nicht. Es gibt Bordelle, die werben damit, dass sie französisch ohne Kondom anbieten. Das sehe ich kritisch. Aber es geht, wenn der Kunde will. Und wenn die Prostituierte auch will, ist das aus meiner Sicht auch OK. Das sind erwachsene Menschen. Ein Gesundheitsbewusstsein ist da bei den Sexarbeiterinnen, denen ich begegnet bin.

(Freier)

Wie kommen Sexarbeiterinnen an Wissen?

Wissen wird über Kolleginnen weitergegeben. Kaum eine beginnt ganz alleine.

(Sexarbeiterin)

Was Sexarbeiterinnen brauchen, um gesund zu bleiben, das können wir vor allem von ihnen selbst lernen. Zu uns in die Beratungsstelle kommen ja die, die Probleme haben. Die Frage, ob ich etwas für meine Gesundheit tun möchte, hängt vorrangig von meinen Lebensbedingungen ab. Gesundheitliche Gefährdungen entstehen nicht aus der Sexarbeit an und für sich, sondern aus fehlendem Wissen und daraus, dass man keine Alternativen hat.

(Beraterin)

Wir bieten Peer-to-Peer-Workshops für Sexarbeiterinnen an. Wir gehen in die Bordelle und sprechen vor Ort mit den Kolleginnen über verschiedene Themen: STI, Gesundheit, Rechte, Umgang mit Kunden, wie man besser Geld verdienen kann. Aber nur, wenn Interesse bekundet wurde. Wir nehmen auch eine Sprachmittlerin mit, die selbst Sexarbeits-Erfahrung hat. Die Begegnung auf Augenhöhe ist nötig. Wenn das von Sexarbeiterinnen ausgeht, ist es leicht, Vertrauen zu finden. Wenn viele Razzien stattfinden, denken die manchmal zuerst, wir kommen vom Gesundheitsamt. Dann ist die Atmosphäre ganz anders. Wir sprechen nie nur über STI-Prävention, sondern auch über sexuelle Praktiken. Sexarbeiterinnen haben präzises Wissen aus der Praxis, deshalb muss es Projekte von Sexarbeiterinnen für Sexarbeiterinnen geben. Wir reden ganz pragmatisch und praktisch, geben Tipps und Tricks für bestimmte Situationen.

(Peer-to-Peer-Projekt-Mitarbeiterin)

Sie fordern also Wissen und Rechte statt Razzien und Kondompflicht?

Das wichtigste ist, dass die Frauen ihre Rechte kennen. Die lernen sie von ihresgleichen, darum sind Projekte wie unseres so wichtig. Die reden ganz anders, wenn sie wissen, wir kommen nicht vom Gesundheitsamt. Politiker behaupten, Kontrolle könnte die Lage der Sexarbeiter verbessern, dabei wissen wir aus Schweden und den USA, dass das dann in den Untergrund geht. Wir vermitteln hingegen auch, dass wir stolz sein können auf unsere Arbeit. Und bei Razzien wird zugemacht, dann hat man keine Möglichkeit mehr, Informationen weiterzugeben.

(Peer-to-Peer-Projekt-Mitarbeiterin)

Ich kann das nur unterstützen, professionelles Handeln erfordert eine gute Lebenssituation. Dann ist Selbstbestimmung möglich. Vor allem die Peer-to-Peer-Vermittlung ist ein wichtiger Faktor und Fortbildungen für Sexarbeiter. Damit sie lernen, mit ihren Informationen umzugehen. Man muss ein Angebot machen, das die Fragen im Bereich Prostitution beantwortet.

(Beraterin)

Wie steht es mit Freierforen?

Der Austausch ist schwierig, weil sich keiner bekennt. Es gibt schon Freierforen, aber das liegt mir nicht besonders. Da wird oft nur das eigene Erleben beschrieben, Stellungen, Preise, die sprechen Empfehlungen aus – das finde ich nicht so prickelnd. Und zu Gesundheit habe ich da noch nichts gelesen. In einem Bordell habe ich mal eine Postkarte gesehen mit den zehn Regeln für Freier, auch mit gesundheitlichen Ratschlägen.³ Das fand ich als Kunde interessant und lobenswert, und es war kein großer Aufwand.

(Freier)

Ich bin Betreiber, seit 30 Jahren in der Szene. Habe meinen eigenen Betrieb seit zwei Jahren. Darum nochmals die Frage aus Kundensicht: Was wird getan, um gesundheitsförderliche Praktiken zu verbreiten? Wenn ich da die Foren betrachte, wo Freier über ihre Erlebnisse berichten, dann werden da vehement Praktiken eingefordert, die nicht unbedingt sicher sind. Eine Idee wäre, an solchen Orten verstärkt tätig zu werden. Außerdem: Auch wir Männer, Freier, Kunden, erleben Stigmatisierung. Diese sachliche Runde heute und gute, aktuelle Informationen – das ist etwas, was wir brauchen.

(Freier und Betreiber)

³ Siehe Corner Stone 2 (Postkarte der Berliner Zentren für Sexuelle Gesundheit).

Wo liegen die Kompetenzen von Peer-to-Peer und anderer Beratung?

Darüber, was sie dem Kunden anbieten, haben Sexarbeiter das meiste Wissen. Aber wenn Personen nicht in der Lage sind, ihre Rechte zu realisieren, dann brauchen sie auch andere Hilfe, Sozialarbeit, Sprach- und Kulturmittler etc.

(Beraterin)

Als Profi kennt man seine Grenzen und weiß, wo die eigenen Kompetenzen enden. Als Peers können wir besser das Vertrauen von Personen erwerben, die hier als „schwierig erreichbar“ bezeichnet wurden. Zumal wir auch mit Sprach- und Kulturmittlerinnen aus der Sexarbeit arbeiten. Da ist einiges mehr möglich, die Leute öffnen sich. Diese Arbeit sollte auch als professionelle Arbeit anerkannt und entsprechend bezahlt werden.

(Peer-to-Peer-Projekt)

In diesem Bereich geht es um hochspezifische, für die Gesellschaft zutiefst beunruhigende Beziehungen. Sie sind unordentlich, nicht gesetzmäßig. Ich glaube nicht, dass in vielen Beziehungen über verschiedene Analtechniken geredet wird, dass es da üblicherweise Raum gibt, um darüber überhaupt nachzudenken. Dass das „alles irgendwie krank macht“, das hat ja auch mit dieser Beunruhigung zu tun. Behörden können diese Ebene nicht herstellen, da immer repressive Maßnahmen drohend im Hintergrund stehen. Nur eine Peer-to-Peer-Kommunikation kann diese Beunruhigung vermeiden.

(Psychologe)

Auch vom Gesundheitsamt aus kann man rausgehen auf die Straße und mit den Leuten auf Augenhöhe reden. Ich mache zum Beispiel gerne Freierarbeit (Aktion „gesunder Kunde“) und spreche die dann an, auf der Straße oder beim Fußballspiel: „Mit mir kann man über Sex reden.“ Und manchmal öffnen sich dann Türen.

(Streetworkerin aus dem Gesundheitsamt)

Sexarbeit: Gesetze und ihre Folgen

Abstracts der Vorträge:

Zunächst stellte Elfriede Steffan Ergebnisse einer Studie vor, die den Zugang von Sexarbeiterinnen zur Gesundheitsversorgung in sieben zentral- und osteuropäischen Ländern untersuchte. Die Studienergebnisse zeigten, dass die untersuchte Gruppe einen erschwerten Zugang zu Prävention, Diagnostik und Therapie von STI aufwies und höhere Infektionsrisiken hatte. Während der Zugang und die Inanspruchnahme von HIV-Tests und Beratung insgesamt zufrieden stellend war, war ein Zugang zu STI-Check-ups und gynäkologischer Versorgung kaum vorhanden.

Barbara Kavemann zeigte anschließend, dass das 2002 in Kraft getretene Prostitutionsgesetz zwar die Sittenwidrigkeit von Prostitution implizit abschaffte und damit auf die Verbesserung der Lebenssituation von SexarbeiterInnen abzielte, dass diese Ziele aber aus unterschiedlichen Gründen bislang nicht erreicht wurden. Negative Folgen des Gesetzes, die in der öffentlichen Debatte immer wieder behauptet werden, wie ein Zusammenhang mit den Veränderungen der Rahmenbedingungen für die Bekämpfung des Menschenhandel, lässt sich jedoch auch nicht nachweisen. Mit einem Blick auf die Gesetzeslage in den Niederlanden und Schweden und die Diskussion um die Menschenwürde im Bereich Sexarbeit schloss der Vortrag.

Die Arbeit der Zentralen Beratungsstelle im Hamburger Gesundheitsamt in Bezug auf STI seit den 1980er Jahren skizzierte Johann Fontaine in seinem Vortrag. Er beschrieb den gesellschaftlichen Wandel seit Mitte der 1980er Jahre, die Entwicklung neuer Konzepte und Methoden im Umgang mit Sexarbeit, die Einführung des Infektionsschutzgesetzes im Jahr 2001 und die aktuelle Situation in Hamburg. Abschließend definierte er als konkrete Probleme der öffentlichen Gesundheitsversorgung in diesem Bereich die Ressourcenknappheit, die Versorgung von MigrantInnen ohne Krankenversicherung und die mangelnde Erhebung und Auswertung von Daten.

Gesundheit und Sexarbeit in anderen Ländern Europas – Empfehlungen für einen ganzheitlichen Ansatz zu sexueller Gesundheit Elfriede Steffan, SPI Forschung gGmbH

Das von der Europäischen Union und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanzierte Projekt BORDERNETwork lief in der bestehenden Form 2008 bis 2013 und zielt auf eine Verbesserung der Prävention, Diagnostik und Therapie bei HIV/STI durch die Einrichtung eines europäischen Netzwerks und europaweit durchgeführte Forschungsprojekte sowie konkrete Interventionen. Im Rahmen dieses Projekts wurde eine Studie in den sieben europäischen Ländern Lettland, Estland, Deutschland, Polen, Slowakische Republik, Bulgarien und Rumänien durchgeführt, die den Zugang von Sexarbeiterinnen zur Gesundheitsversorgung untersuchte und die im Folgenden näher vorgestellt werden soll (Steffan, Elfriede/Netzelmann, Tzvetina Arsova: Sexwork, determinants of risk and access to sexual health care for sexworkers, an integrated bio-behavioral survey (IBBS) in seven EU-member states).

Der rechtliche Kontext von Sexarbeit in Europa ist different und reicht von vollkommener bis zu teilweiser Kriminalisierung. Forderungen nach einem vollständigen Verbot von Sexarbeit werden immer wieder laut und tragen zur weiteren Stigmatisierung von SexarbeiterInnen bei. Viele SexarbeiterInnen leben insbesondere in Zentral- und südosteuropäischen Ländern unter ungünstigen sozialen Umständen, in erheblicher Armut und viele haben keine Krankenversicherung. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung für SexarbeiterInnen ist in Europa noch immer hochschwierig. In den meisten Ländern ist die Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung Voraussetzung für den Zugang zur medizinischen Versorgung und der kostenlose Zugang nur in akuten Fällen vorgesehen. Maßgeschneiderte Angebote für SexarbeiterInnen sind eher die Ausnahme in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und werden vorrangig von NGOs angeboten. Allerdings sind diese Angebote häufig nur auf Projektbasis finanziert und weisen insgesamt wenig Kontinuität auf.

“ Ich zahle keine Steuer und habe keine Krankenversicherung. Keiner/r aus meiner Familie in Bulgarien hat eine”

Bulgarische Sexarbeiterin in Wien

“ Ich habe keine Krankenversicherung hier, ist zu teuer für mich. Deswegen fahre ich regelmäßig nach Hause um meinen Arzt zu besuchen”

Lettische Sexarbeiterin in Hamburg

Studiendesign und -ergebnisse

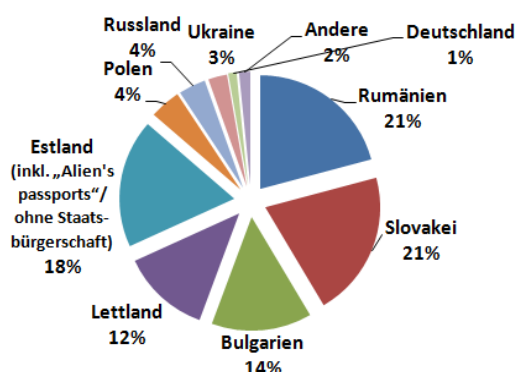
Die oben genannte Studie verfolgte das Ziel, das Wissen über die Gesundheit und die soziale Situation von Sexarbeiterinnen in den sieben beteiligten zentral- und osteuropäischen Ländern zu eruieren und darzulegen. Es handelt sich um eine Querschnittstudie zu Verhalten und Epidemiologie (IBBS) mit Face-to-Face-Interviews (85 Fragen) und Blutuntersuchungen auf HIV, Syphilis, HCV und HBV. Die Studie wurde von Projektpartnern in Berlin, Bratislava, Bukarest, im deutsch-polnischen

Grenzgebiet, in Riga, Stettin, Sofia und Tallinn durchgeführt. Die Stichprobe bestand aus 956 weiblichen Sexarbeiterinnen sowie einer kleinen Anzahl von männlichen Sexarbeitern (es wird im Folgenden allerdings nur um die Frauen gehen). Die Auswahl der Teilnehmenden fand anfangs mit dem Schneeballsystem (respondent-driven sampling) statt, was allerdings nicht ganz gelang, weswegen auf das Verfahren der Gelegenheitsstichprobe (convenience sampling) zurückgegriffen wurde. Ein besonderes Merkmal der Stichprobe war, dass viele Frauen befragt wurden, die auf dem Straßenstrich arbeiteten, darunter viele Drogenkonsumentinnen (IDU). Die Stichprobe weist die besonderen Probleme dieser Zielgruppen aus, ist aber nicht repräsentativ für die Gesamtheit der Sexarbeiterinnen in den jeweiligen Ländern.

Die befragten Sexarbeiterinnen hatten überwiegend die Nationalität des Landes, in dem sie arbeiteten, nur im deutsch-polnischen Grenzgebiet fiel ein buntes Nationalitätengemisch auf.

Für die einzelnen Erhebungsorte ergaben sich außerdem Besonderheiten. Insgesamt war der Anteil der Roma mit 18,7 Prozent (N=179) extrem hoch, in Rumänien lag er sogar bei 52,5 (105 von 200) und in Bulgarien bei 35,8 Prozent (43 von 120).

Nationalitäten der befragten Sexarbeiterinnen (N=956)



Weniger als 40 Prozent der Sexarbeiterinnen in Estland hatten die estnische Staatsbürgerschaft. In Deutschland und Polen waren nur 49 Prozent der befragten Sexarbeiterinnen Deutsche bzw. Polinnen. Der intravenöse Drogengebrauch lag in der Gesamtstichprobe bei ca. 38 Prozent, in der Slowakei aber bei fast 90 Prozent, in Lettland bei fast 70 Prozent und in Rumänien bei 31 Prozent.

Das mittlere Alter in der gesamten Stichprobe lag bei 29,5 Jahren. Der höchste Anteil an Frauen über 45 Jahren kam in Estland vor; dort lag das mittlere Alter bei 33 Jahren. Die meisten jungen Frauen arbeiteten in Rumänien, in Deutschland/Polen und in der Slowakei (Median von 25 Jahren).

Die meisten der befragten Frauen waren allein stehend (34,5 %), getrennt oder geschieden (12,2 %) und nur etwa 30 Prozent lebten mit einem festen Partner zusammen (24,6 %) oder waren verheiratet (5,6 %). Fast die Hälfte der Frauen hatte keine Kinder (in der Slowakei sogar 80 %).

32,6 Prozent der Frauen hatten keinen Schulabschluss, 49,2 Prozent einen mittleren Abschluss und 18 Prozent eine Berufsausbildung oder einen Hochschulabschluss. 77,6 Prozent der Frauen lebten im vergangenen Jahr ausschließlich von Sexarbeit. 55,7 Prozent unterstützten mit ihrem Einkommen andere Personen.

Fast 30 Prozent der Frauen waren jünger als 18 Jahre, als sie mit der Sexarbeit begonnen haben. Die Freiwilligkeit des Einstiegs konnte nicht verifiziert werden. 63,9 Prozent der Befragten, die ein Einstiegsalter von 10 bis 14 Jahren angaben, kamen aus Rumänien. In allen beteiligten Ländern ist die Sexarbeit unter 18 Jahren gesetzlich verboten.

Rund zwei Drittel der Befragten (67 %) hatten nicht an anderen Orten gearbeitet, und nur 21, 5 Prozent waren im letzten Jahr im Ausland in der Sexarbeit tätig. Als Zielländer wurden angegeben:

Deutschland für Sexarbeiterinnen aus Bulgarien, Rumänien, Lettland und Polen; skandinavische Länder für Sexarbeiterinnen aus Estland; Österreich für Sexarbeiterinnen aus der Slowakei; Italien für Sexarbeiterinnen aus Rumänien und Lettland. Zwischen den Frauen, die im Ausland arbeiteten, und denen, die in ihrem Herkunftsland blieben, gab es kaum Vermischungen – es handelt sich offensichtlich um unterschiedliche Populationen.

60 Prozent der Befragten (N=571 von 952) hatten keine Krankenversicherung, in Rumänien sogar 93,9 Prozent. 16 Prozent hatten noch nie Erfahrungen mit einem HIV-Test gemacht. 59 Prozent hatten einen HIV-Test im Laufe des letzten Jahres. 97,4 Prozent erhielten das Ergebnis ihres letzten Tests. 77,1 Prozent der Befragten hatten im letzten Jahr keine Einrichtung für STI-Diagnostik besucht (höchste Anteile in Slowakei, Rumänien, Bulgarien). 22,8 Prozent hatten im letzten Jahr Symptome einer STI oder die Vermutung, an einer STI erkrankt zu sein.

Über die Hälfte der Frauen hatte im letzten Jahr keine gynäkologisch Untersuchung bzw. Beratung wahrgenommen (höchste Anteile in Rumänien, Slowakei, Estland). Als Begründung gaben 41,7 Prozent an, dass sie keine Krankenversicherung hätten, 39,3 Prozent hielten es nicht für wichtig und 19 Prozent sagten, dass sie kein Geld hätten, um den Besuch zu bezahlen.

Das Kondom ist mit 82,9 Prozent das am häufigsten verwendete Verhütungsmittel.

59 Prozent der Frauen hatten bereits eine oder mehrere Abtreibungen. Davon 26,1 Prozent eine Abtreibung und 32,9 Prozent zwei und mehr Abtreibungen (der höchste Anteil in Rumänien und Estland).

Die Ergebnisse des HIV/STI Tests finden sich in der Tabelle rechts.

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

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Sexarbeitsszene weist vielfach Überschneidungen mit anderen marginalisierten vulnerablen Gruppen auf. Dies erschwert den Zugang zu Prävention, Diagnostik und Therapie von STI und erhöht die Infektionsrisiken. Anzeichen für ein erhöhtes Risiko wie zum Beispiel intravenöser Drogenkonsum, Alkohol oder inkonsistenter Kondomgebrauch bei Oral- oder Vaginalverkehr sollten mit gezielten Präventionsmaßnahmen angesprochen werden.

Der Zugang und die Inanspruchnahme von HIV-Tests und Beratung sind zufriedenstellend. Ein Zugang zu STI-Check-ups und gynäkologischer Versorgung ist allerdings kaum vorhanden. Die Zugangsmöglichkeiten zu gesundheitlicher Versorgung sind durch das Fehlen einer Krankenversicherung stark eingeschränkt. Der Schwerpunkt liegt bei HIV/AIDS. STI-Checks werden nur als Ergänzung gesehen und sind nicht strukturell verankert. Sexuelle Gesundheit ist für diese Bevölkerungsgruppe ein privater Luxus.

Gemäß der Datenbank für SexarbeiterInnen (www.services4sexworkers.eu) existieren in 19 europäischen Ländern nur 69 Einrichtungen mit auf die Zielgruppe zugeschnittenen, kostenfreien Angeboten zur gynäkologischen Untersuchung und Beratung. In sieben der 19 Länder gibt es nur ein Angebot, in acht Ländern zwei bis drei Angebote und nur in vier Ländern mehr als drei Angebote

(davon am meisten in Italien (20) und Deutschland (13)). Bei STI/HIV ist das Angebot besser, auf der genannten Internetseite sind europaweit 173 Angebote für HIV Tests, 155 Angebote für STI-Diagnostik und 125 Angebote für STI-Behandlung aufgeführt.

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

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

- 🕒 Die Angebote müssen **kontinuierlich** sein: auf Grundlage einer nachhaltigen öffentlichen Förderung / klientInnenzentrierte flexible Angebote (Ort und Zeit, aufsuchende Arbeit, Beratung, Fallmanagement, „therapeutic outreach“ (nach Pearce)).
- 🕒 Die Angebote müssen **zugänglich** sein: anonym für Menschen ohne Papiere / kostenfrei, auch für Menschen ohne Kranken- und Sozialversicherung.
- 🕒 Die Angebote müssen **akzeptierend** sein: Stigmatisierung abbauend, frei von Diskriminierung / ganzheitliche Angebote zu sexueller Gesundheit (HIV/STI mit gynäkologischer Versorgung verbinden).

Das deutsche Prostitutionsgesetz und die europäische Diskussion

Barbara Kavemann

Das Prostitutionsgesetz von 2001

Die Gesetzesvorlage zum Prostitutionsgesetz (ProstG) wurde im Mai 2001 in den Bundestag eingebracht (BT-Drucksache 14/5958) mit der expliziten Absicht, die rechtliche Stellung und die soziale Lage der Prostituierten zu verbessern. Außerdem sollte das Gesetz kriminellen Begleiterscheinungen der Prostitution die Grundlage entziehen, die Arbeitsbedingungen von Prostituierten verbessern sowie den Ausstieg aus der Prostitution erleichtern. Im Bundestag wurde das Gesetz im Oktober 2001 verabschiedet und trat am 1. Januar 2002 in Kraft.

Das Prostitutionsgesetz zielte vor allem auf die grundsätzliche Rechtsstellung der Prostituierten, deren Tätigkeit bislang der Sittenwidrigkeit unterlag, weswegen rechtliche Vereinbarungen als nichtig galten. Mit dem Prostitutionsgesetz schaffte der Gesetzgeber im Gesetzestext (siehe Anhang) die Sittenwidrigkeit implizit ab, indem in § 1 ProstG festgelegt ist, dass die Vereinbarung „sexuelle Dienstleistungen gegen Geld“ rechtswirksame Forderungen begründet. Daraus ergeben sich für Prostituierte Klagemöglichkeiten, die Möglichkeit, einen Arbeitsvertrag abzuschließen und sich bei der gesetzlichen Sozialversicherung anzumelden. Außerdem wurden die Strafrechtsnormen in Hinsicht auf Förderung der Prostitution (§ 180a I, Nr. 2 StGB) und kupplerische Zuhälterei (§ 181a II StGB) verändert. Explizit wurde die Abschaffung der Sittenwidrigkeit in der Gesetzesbegründung formuliert: „Art.1 ProstG stellt klar, dass bei entgeltlichen sexuellen Handlungen nicht mehr

automatisch von Unsittlichkeit ausgegangen werden kann.“ (BT-Drucksache 14/5958). Der Begriff der Sittenwidrigkeit besteht auch in anderen Rechtsgebieten in Bezug auf Prostitution, so im Gewerberecht, im Gaststättengesetz und im Bauplanungsrecht. Hier wurden vom Gesetzgeber keine Änderungen vorgenommen, weil von einer Übernahme ausgegangen wurde.

Warum die neue Gesetzgebung so wenig bewirkt hat

Bis heute gibt es keine eindeutige Regelung der Sittenwidrigkeit von Prostitution. Das ProstG hat kaum in andere Rechtsbereiche ausgestrahlt. In angrenzenden Rechtsgebieten besteht weiterhin Rechtsunsicherheit und eine uneinheitliche Behördenpraxis. So wird im Gewerberecht in Bezug auf Prostitution von „sozial unwertiger Tätigkeit“ gesprochen und im Baurecht von „grundsätzlich störender Tätigkeit“. Es liegen keine Umsetzungsrichtlinien für die Behörden vor. Die zentralen Wünsche der Prostituierten (siehe Kasten rechts) nach mehr Sicherheit, Gerechtigkeit und Akzeptanz haben sich nicht erfüllt.

Wünsche von Prostituierten:

„Sicherheit bei Krankheit im Alter“

„Gerechtigkeit.“

„Akzeptiert zu werden, wie jeder andere auch.“

„Gesellschaftliche Anerkennung“

„Mehr Respekt und Gleichbehandlung für uns Frauen“

Betreiber und Betreiberinnen von Prostitutionsbetrieben bietet das Gesetz konkrete Möglichkeiten an, es verpflichtet sie jedoch nicht, den gewonnenen Freiraum in gute Arbeitsbedingungen umzusetzen. Es fehlen behördliche Umsetzungsrichtlinien, prostitutionsspezifisches Wissen in Behörden sowie kommunale kooperative Konzepte zur Umsetzung vor Ort. Hier könnte ein Ansatz wie der „Runde Tisch NRW zur Sexarbeit“ neue Wege für die Zukunft anbieten.

Der Anspruch auf eine soziale Absicherung für Prostituierte wurde vom Gesetzgeber an das Zustandekommen von Arbeitsverträgen geknüpft. Die Evaluation des Prostitutionsgesetzes hat in dieser Verknüpfung einen Grund für die mangelnde Akzeptanz der Vorgaben gefunden (Helfferich et al. 2007). Arbeitsverträge sind der Sexarbeit fremd und häufig nicht gewünscht. Sie ziehen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer Abgaben nach sich und verringern den Nettoverdienst. Prostituierte sind häufig nicht bereit, für eine perspektivisch (unsichere) Absicherung Einnahmebußen hinzunehmen. („Was nutzt mir das denn? Schon die soliden Leute haben Probleme mit ihrer Rente später, ob sie überhaupt Rente bekommen, und wenn sie sich mit viel Geld absichern, wissen sie immer noch nicht, was sie später kriegen.“)

Als ein weiteres Hindernis für Arbeitsverträge im Umfeld der Prostitution kann auch die Sorge um den Anonymitätsverlust gesehen werden. Diese eher irrationale Angst vor Enttarnung und Aufdeckung des ausgeübten Berufes wurde von schriftlich befragten Prostituierten in den offenen Antwortoptionen der Evaluation des Gesetzes ebenfalls benannt. („Ich bin nicht daran interessiert, dass alle wissen, dass ich als Prostituierte arbeite, will keinen Stempel haben.“)

Bei den Prostituierten herrschte darüber hinaus große Verunsicherung und Unwissen, was ein „abhängiges Beschäftigungsverhältnis“ und ein Arbeitsvertrag letztendlich bedeuten. Viele verbanden diese Form von Beschäftigungsverhältnis mit Repression und Zwang und mit dem Verlust ihrer Unabhängigkeit, Flexibilität und sexuellen Selbstbestimmung. („Was soll in so einem

Arbeitsvertrag drin stehen? Du musst so und so viele Gäste machen, du musst Verkehr anbieten, du musst Französisch anbieten, du musst so und so arbeiten? Das kann's nicht sein. Das finde ich viel perverter als alles andere.“)

Vor dem Hintergrund der Illusion eines eher kurzfristigen Verbleibs in der Prostitution neigen Prostituierte dazu, sich nicht um eine längerfristige Absicherung zu kümmern, sondern diese auf die Zukunft zu verschieben

Kritikpunkt: Menschenhandel

Es wird immer wieder beklagt, das Prostitutionsgesetz habe den Menschenhandel befördert, da es die Strafverfolgung im Bereich Menschenhandel, Zuhälterei und Ausbeutung erschwert habe (angeführt werden: Verlust eines Einstiegstatbestandes, Erhöhung von Beweisschwierigkeiten, Wegfall eines Auffangtatbestands). Empirisch ist diese Annahme nicht belegbar, die Meinungen von Polizeibeamten zu den Konsequenzen des Prostitutionsgesetzes sind sehr different.

Eine für das Bundeskriminalamt durchgeführte Studie zur Aussagebereitschaft von Menschenhandelsopfern definierte als zentrale Erkenntnisse in Bezug auf Menschenhandel in Deutschland einige Punkte, darunter explizit nicht das Prostitutionsgesetz (Helfferich et al. 2010):

Nicht das Prostitutionsgesetz sondern die EU-Osterweiterung hat die Rahmenbedingungen für die Bekämpfung des Menschenhandels grundlegend verändert. Frauen, die nach Deutschland einreisen, um hier gezielt in der Prostitution Geld zu verdienen, oder die sich darauf einlassen, dies für eine gewisse Zeit zu tun, auch wenn sie sich eine andere Tätigkeit vorgestellt hatten, verbinden konkrete Ziele mit dem Entschluss zur Migration. Die Dringlichkeit der Migrationsziele ist meist der Grund, der Polizei nichts zu sagen, auch wenn sie ausgebeutet werden. Ein Plädoyer für mehr Kontrollen in Prostitutionsbetrieben verspricht keine Verbesserung der Erkennung von Opfern von Menschenhandel, denn die Kooperationsbereitschaft von Menschenhandelsopfern ist nur dann erhöht, wenn die Polizei als unterstützend wahrgenommen wird. Druck und Angst sind zweischneidige Strategien. Von großer Bedeutung hingegen ist der Zugang zu verlässlicher Information und Beratung, der durch regelmäßige aufsuchende Soziale Arbeit in Kooperation mit den Gesundheitsämtern vermittelt werden kann. Das Bewusstsein, eigene Rechte zu haben, kann den Ausschlag für eine Hilfesuche geben.

Prostitutionsgesetze im europäischen Ausland: Niederlande und Schweden

In den Niederlanden wurde das Bordellverbot im Jahr 2000 aufgehoben und eine Lizenzierung von Bordellbetrieben eingeführt, die Regulierung wurde den Kommunen vor Ort überlassen, die diese aber zumeist nicht vorgenommen haben. Über die Umsetzungsdefizite und die Wirkung des niederländischen Gesetzes ist viel bekannt, denn es wurde mehrfach evaluiert. Die Arbeitsverhältnisse in der Prostitution wurden durch die veränderte Gesetzgebung kaum verbessert, was unter anderem daran liegt, dass die Kommunen aus Sorge über ein Anwachsen der Zahl von Bordellbetrieben in der Regel Neugründungen nicht bewilligten. Es blieben also die Betriebe bestehen, die schon vor der Gesetzesänderung mehr oder weniger illegal gewirtschaftet hatten und sich wenig um rechtliche Regelungen scherten. Den Wunsch von Frauen nach Ausstieg aus der Prostitution kommen nur wenige Kommunen nach und bieten Unterstützung an. Die niederländische Polizei gibt an, dass die Mehrheit der Prostituierten in lizenzierten Bordellen unfreiwillig bzw. unter

ungewünschten Bedingungen arbeitet. Daraus lässt sich schließen, dass eine Liberalisierung ohne flankierende Maßnahmen, die Kriterien vorgeben und Kontrollen der Betriebe vornehmen, nicht zu den gewünschten Verbesserungen führt. Die Erlaubnispflicht sowie die Gewerbeanmeldung sind allerdings Voraussetzung dafür, dass Arbeitsbedingungen in diesem Bereich verbessert werden können. Aktuell geht der Trend in den Niederlanden zu prohibitiven Lösungen.

Schweden hat den Erwerb sexueller Dienstleistungen 1998 unter Strafe gestellt. Das Gesetz erweist sich insgesamt allerdings als schwer durchsetzbar. Die Straßenprostitution konnte so seit 1999 halbiert werden, allerdings geben Studien Hinweise darauf, dass die Prostitution nicht weniger geworden, sondern sich auf das Internet und in private Bereiche zurückgezogen hat. Die Stigmatisierung von Prostituierten, die unvermeidbar durch die Kriminalisierung des Geschäfts mit dem Kunden verstärkt wird, wird in Kauf genommen. Soziale Arbeit in diesem Bereich ist auf dem Rückzug, Ausstieg aus der Prostitution ist gewünscht, es gibt jedoch kaum Angebote oder Strategien. Die Anzahl der schwedischen Männer, die zugeben, für Sex bezahlt zu haben, hat sich seit der Einführung des Gesetzes halbiert. Deshalb gilt das Gesetz als großer Erfolg, und 70 Prozent der schwedischen Bevölkerung stehen hinter dem Gesetz. Allerdings wurde es bisher nicht evaluiert und die Position derjenigen, die in der Prostitution arbeiten, wird insofern nicht wahrgenommen.

Wie das deutsche beruft sich auch das schwedische Gesetz auf die Gleichstellung sowie die Menschenwürde und die Menschenrechte. Allerdings mit anderen Schwerpunkten: In Schweden steht die Gleichstellung der Geschlechter im Zentrum der Gesetzgebung, in Deutschland die soziale und rechtliche Gleichstellung; in Schweden sollen die Prostituierten vor Ausbeutung und vor sich selbst geschützt werden, während in Deutschland neben dem Schutz vor Ausbeutung eine Akzeptanz der individuellen Entscheidung im Fokus steht. Insgesamt erwarten die Schweden vom Staat Vorgaben der moralischen Orientierung, während in Deutschland eine Trennung von Recht und individueller Moral erwartet wird. Hinzu kommen völlig differente äußere Rahmenbedingungen in den beiden Ländern, vor allem weil Prostitution in Deutschland wesentlich stärker verbreitet ist.

Aktuelle Diskussion: Prostitution und Menschenwürde

In der Diskussion zum Umgang mit Prostitution spielt der Begriff der Menschenwürde eine zentrale Rolle. Eine Kampagne der European Women's Lobby (EWL), Brussels Call „Together for a Europe free from Prostitution“, verortet Prostitution im Gewaltbereich, sieht sie als Form der Unterdrückung und Ungleichheit in einer patriarchalen Tradition und als Verletzung der Menschenwürde. In der Zeitschrift EMMA war schon 1981 zu lesen: „Was die Prostituierte in Wahrheit verkauft, ist nicht Sex, sondern ihre Würde. Und der Käufer, der Kunde, kauft nicht Sexualität, sondern Macht: die Macht über einen anderen Menschen.“

So sehr diese Argumentation in vielen Fällen sexueller Ausbeutung zutreffen mag, muss darauf hingewiesen werden, dass eine allgemein bestimmbare Definition der Menschenwürde aus individuellen oder Mehrheitspositionen heraus immer auf Widerspruch treffen muss: „Die Menschenwürde kann nicht abstrakt definiert werden. Da die freie Selbstbestimmung Ausdruck der Menschenwürde ist, bestimmt der Einzelne selbst, was seine Würde ausmacht. Selbst durch moralisch unwürdiges Verhalten geht die Menschenwürde nicht verloren.“ (Renzikowski 2007, S. 21) Das gilt auch für die Einzelne, auch wenn ihr Verständnis von Würde dem Verständnis anderer widerspricht. Auch die Tatsache, dass eine Prostituierte Opfer von Ausbeutung oder von Gewalt

geworden ist, entmündigt sie nicht und entzieht ihr keine Rechte, ist somit kein Argument, das ihr vorschreiben kann, wie sie sich selbst zu sehen und ihre Menschenwürde zu bestimmen hat.

Literatur:

Helffferich C et al. (2007): Abschlussbericht der Untersuchung zu den Auswirkungen des Prostitutionsgesetzes. Berlin, www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/prostitutionsgesetz/index.html, Zugriff: 28.02.2014.

Helffferich C et al. (2010): Determinanten der Aussagebereitschaft von Opfern des Menschenhandels zum Zweck sexueller Ausbeutung. Eine qualitative Opferbefragung. Hg. v. BKA. Köln (Polizei + Forschung. 41).

Renzikowski J (2007): Reglementierung von Prostitution: Ziele und Probleme – eine kritische Betrachtung des Prostitutionsgesetzes. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin, <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/prostitutionsgesetz-gutachten-1,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, Zugriff: 28.02.2014.

Zehn Jahre Infektionsschutzgesetz – Recht und Praxis in Hamburg

Johann Fontaine

Ich möchte im Folgenden einen kurzen Einblick in den Umgang mit dem Infektionsschutzgesetz in der praktischen Arbeit geben. Dazu sei zunächst ein Rückblick auf die Arbeit der Zentralen Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen in Hamburg in den 1980er und 1990er Jahren, also in der Zeit vor der Einführung des Infektionsschutzgesetzes, erlaubt. Anschließend wird die Situation nach der Einführung der neuen Gesetzgebung dargelegt.

Die 1980er und 1990er Jahre

In den 1980er und 1990er Jahren stand die Arbeit der Gesundheitsämter noch im Zeichen des 1953 erlassenen Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. § 2 dieses Gesetzes ermächtigte die Gesundheitsämter explizit, „die Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit und auf Freiheit der Person“ zur Bekämpfung bestimmter STI einzuschränken.

In Hamburg beinhalteten die Leitsätze für die Prävention von STI hingegen schon 1985 viele noch heute gültige Ziele: die Vermittlung von Hilfen auch in sozialen Notlagen, zielgruppenspezifische Arbeit, Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens, medizinische und soziale Beratung und Betreuung, Vernetzung, Anonymität und Freiwilligkeit, präventive und kurative Elemente, Straßensozialarbeit, Niedrigschwelligkeit und den Schutz weiblicher und männlicher Prostituierter sowie ihrer Kunden vor sexuell übertragbaren Krankheiten.

Das konkrete Vorgehen zur Bekämpfung von STI im Hamburg der frühen 1980er Jahre war alles andere als effektiv. Dies erweist ein zufälliger Blick auf die Zahlen der Zentralen Beratungsstelle des

Hamburger Gesundheitsamts von 1983: Damals wurden 3.145 Fahndungen vorgenommen, 215 Prostituierte dem Gesundheitsamt zugeführt und nur 26 Gonorrhö-Diagnosen gestellt. Das Gesetz wurde zudem nur auf Prostituierte, nicht auf ihre Freier angewandt, und erreichte ohnehin nur gemeldete Prostituierte.

Mitte der 1980er Jahre vollzog sich ein gesellschaftlicher Wandel, auch im Hinblick auf Prostitution, was die Entwicklung neuer Konzepte nach sich zog. 1987 fand der 5. Nationale Huren-Kongress in Hamburg statt. Parallel dazu wurde das Landesprogramm AIDS angeschoben. Dort wurden einige wichtige Punkte festgelegt, die sich auch auf den Bereich der Sexarbeit auswirkten: Freiwilligkeit des Tests nach Beratung und mit ausdrücklichem Einverständnis des Betroffenen, keine Reihenuntersuchungen, Aufklärung als wichtigste Präventionsmaßnahme, Beratungsangebote, Aufbau von Selbsthilfegruppen und Vernetzung und nicht zuletzt die Ablehnung von Tätigkeitsverboten, auch für Prostituierte. Ab diesem Zeitpunkt waren SexarbeiterInnen mehr und mehr in die Entwicklung der Konzepte eingebunden.

Das 1987 in Hamburg gestartete neue Konzept führte Methoden wie Streetwork und Präventionsberatung ein. Anonyme Krankenscheine wurden ausgegeben (bis 2003) und eine Zweigstelle der Zentralen Beratungsstelle für männliche und weibliche Sexarbeiter in St. Georg eingerichtet (bis Ende der 1990er Jahre). Außerdem wurde ein Präventionsangebot mit DolmetscherInnen aufgebaut, das bis heute existiert. Die Zahlen zeigen zwar, dass zwischen April 1987 und März 1988 die Anzahl der Kontakte der Zentralen Beratungsstellen mit Prostituierten zurückging (438 Kontakte), zugleich aber, dass die Kontakte in der aufsuchenden Arbeit sehr hoch waren, was auf eine gute Akzeptanz dieser damals neu eingeführten Maßnahmen hindeutet (5.240 Kontakte Streetwork (weiblich) / 822 Kontakte Streetwork (männlich) / 1.938 HIV-Beratung Zentrale Beratungsstelle und Streetwork).

Im Laufe der 1990er Jahre stieg die Anzahl der Untersuchungen in der Zentralen Beratungsstelle an, während die Anzahl der Kontakte relativ konstant bei 1.300 bis 1.400 pro Jahr blieb. Daraus lässt sich schließen, dass die Effizienz des Testangebots höher war und die Zielgruppen besser erreicht wurden.

Die Situation seit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) am 1. Januar 2001

Das 2001 in Kraft getretene Infektionsschutzgesetz benannte als Zielgruppe, die der besonderen Fürsorge des Gesundheitsamtes bedarf, Personen, „deren Lebensumstände eine erhöhte Ansteckungsgefahr für sich oder andere mit sich bringen“ – und wählte damit eine sehr flexible und offene Formulierung. Die Angebote können gemäß dem IfSG anonym in Anspruch genommen werden.

Das Angebot der Hamburger Zentralen Beratungsstelle bis 2007 zeichnete sich durch eine hohe Effizienz aus. Die zweite Hälfte der 2000er Jahre war allerdings von Ressourcenknappheit, Kürzungen und einer Reduktion des Personals gekennzeichnet. Streetwork wurde weiter intensiv betrieben, vorrangig mit Unterstützung von Kooperationspartnern. Der Schwerpunkt der Zentralen Beratungsstelle lag auf STI.

2008 kam es zur Fusion der Beratungsstelle und der AIDS-Beratung am Bernhard-Nocht-Institut zu einem Beratungszentrum, dem CASA blanca. Die Zusammenlegung wurde insgesamt von den MitarbeiterInnen der Beratungsstelle positiv beurteilt. Einerseits explodierten die KlientInnenzahlen:

Hatte die Zentrale Beratungsstelle 2007 2.250 Beratungen und 509 HIV-Tests durchgeführt, so stieg die Zahl der Beratungen nach der Zusammenlegung auf 5.648 und die der HIV-Tests auf 2.959. Hinzu kamen als Zielgruppe vorrangig MSM. Auch die höhere politische Aufmerksamkeit, die vor allem durch HIV bedingt war, wirkte sich insgesamt positiv auf die Arbeit der Beratungsstelle aus.

Das aktuelle Leistungsspektrum von CASA blanca umfasst folgende Beratungsangebote und medizinischen Angebote:

- ⌚ Beratung zu HIV, STI, sexueller Gesundheit, Präventionsberatung
- ⌚ Beratung zur Empfängnisverhütung
- ⌚ Schwangerschaftskonfliktberatung
- ⌚ Psychologische Betreuung
- ⌚ Aufsuchende Arbeit Sexarbeit
- ⌚ Externe Sprechstunden für MSM, Sexarbeiter
- ⌚ Untersuchungen auf HIV und STI
- ⌚ Hepatitis B-Impfung
- ⌚ Schwangerschaftstest; Verordnung Antikontrazeptiva
- ⌚ Behandlung Chlamydien, Gonorrhoe, Candida, Trichomonaden, Lues
- ⌚ Allgemeinmedizinische Beratung/symptomorientierte Untersuchung
- ⌚ Gynäkologische Beratung und symptomorientierte Untersuchung

Medizinische Versorgung kann von CASA blanca nur als Basistherapie im Rahmen des IfSG angeboten werden und die Weiterleitung an andere Ärzte und Ärztinnen ist in vielen Fällen Standard.

Wichtig ist für das Beratungszentrum die Zusammenarbeit mit NGOs. So besteht eine sehr gut funktionierende Kooperation mit Hein & Fiete, einer Hamburger Anlaufstelle für die Information von Schwulen und Bisexuellen, die insbesondere die Akzeptanz von HIV-Tests in der Szene deutlich verbessern konnte.

Ausblick

Insgesamt lässt die politische Aufmerksamkeit für die Bekämpfung von STI nach. Zudem stehen, auch in Bezug auf die Gesetzgebung, vorrangig Krankheiten im Mittelpunkt und nicht das Konzept einer umfassenden sexuellen Gesundheit. Ein großes Problem besteht in der Ressourcenknappheit in den Ländern. Dadurch ist beispielsweise eine umfassende Behandlung von PatientInnen häufig nicht möglich und ein Verweis an andere Stellen nicht abgesichert. Probleme ergeben sich außerdem bei der Versorgung von MigrantInnen ohne Krankenversicherung. Auch die Erhebung und Auswertung von Daten müsste strukturierter erfolgen, um in Zukunft Wissensfragen beantworten und die vorhandenen Ressourcen gezielter einsetzen zu können.

Corner Stones

Abstracts: Für die einzelnen Corner Stones standen während anderthalb Stunden Stellwände bereit, an denen Informationen zu speziellen Themengebieten und Angeboten bereitgestellt wurden und Raum für eine Diskussion mit Interessierten gegeben wurde. Nach 45 Minuten bestand die Möglichkeit zum Wechsel an einen anderen Corner Stone.

Vier Corner Stones stellten spezielle Angebote vor. So wurde mit der Gynäkologische Sprechstunde für Sexarbeiterinnen in Zürich (Corner Stone 1) ein vorbildliches Projekt aus der Schweiz präsentiert, das sich, direkt an Sexarbeiterinnen wendet. Die Diskussion führte zu interessanten Vergleichen der länderspezifischen Strukturen und zu Ansätzen einer Vernetzung. Auch die Berliner Zentren für Sexuelle Gesundheit (Corner Stone 2) präsentieren einen gut funktionierenden Ansatz für die Bündelung unterschiedlicher Angebote an einem Ort mit einer Kombination aus aufsuchender Arbeit und vielfältigen Ressourcen vor Ort. In Bochum wird derzeit ein Zentrum für sexuelle Gesundheit aufgebaut (Corner Stone 3), das vor allem auf Vernetzung und Transparenz setzt. Corner Stone 4 präsentierte ein Kölner Kooperationsprojekt zwischen der NGO LOOKS e.V. und dem Gesundheitsamt, das die besonders vulnerable, aber auch schwer erreichbare Gruppe der männlichen Sexarbeiter fokussiert. Insgesamt wurde deutlich, dass Angebote an SexworkerInnen nur auf Basis einer akzeptierenden Haltung zur Sexarbeit gut funktionieren.

Zwei Corner Stones diskutierten den politischen und rechtlichen Umgang mit Sexarbeit (Corner Stone 5 und 6). An Corner Stone 5 wurde das Prostitutionsgesetz diskutiert und insgesamt zwar als positiv, aber wenig effektiv beurteilt. Corner Stone 6 fokussierte Möglichkeiten, wie sich die Politik dem Thema Sexarbeit annähern kann und wie sich die Ziele des Prostitutionsgesetzes in Zukunft besser realisieren lassen. Speziell wurde hier die Initiative des Runden Tisches zur Sexarbeit in NRW diskutiert und der Bedarf ähnlicher Gremien auf kommunaler Ebene und in anderen Bundesländern.

Die folgenden Corner Stones (7 bis 10) behandelten die sexuelle Gesundheit sowie spezifische Themen aus diesem Bereich. Corner Stone 7 widmete sich allgemein der sexuellen Gesundheit und kam zu dem Schluss, dass Standards in der Sexarbeit, mehr Arbeitsverträge für SexarbeiterInnen und mehr zielgruppenspezifischer Medien (hier wurde eine konkrete Kooperation angedacht) benötigt würden. In Corner Stone 8 stellte die DSTIG ihre 2013 veröffentlichten Beratungsempfehlungen zur sexuellen Gesundheit vor. Corner Stone 9 diskutierte das Thema der sexuellen Dienstleistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen sowie Fortbildungsmöglichkeiten für Sexualassistenten. Corner Stone 10 befasste sich intensiver mit der Zielgruppe der Freier und speziell mit der Frage, wie sich an diese Gruppe Wissen über sexuelle Gesundheit vermitteln lässt (zum Beispiel über Freierforen im Internet), aber auch etwa welches Wissen sie benötigen und wo die Forschung gefragt ist.

Cornerstone 11 zur sozialwissenschaftlichen Forschung zu Sexarbeit formulierte Forschungsdesiderate und problematisierte die Rahmenbedingungen von Forschung. Es wurde eine Idee für einen zweitägigen Workshop mit AkteurInnen aus Wissenschaft, gesundheitlicher Praxis und Sexarbeit, um Forschungsprojekte konzeptuell anzustoßen.

Corner Stone 1

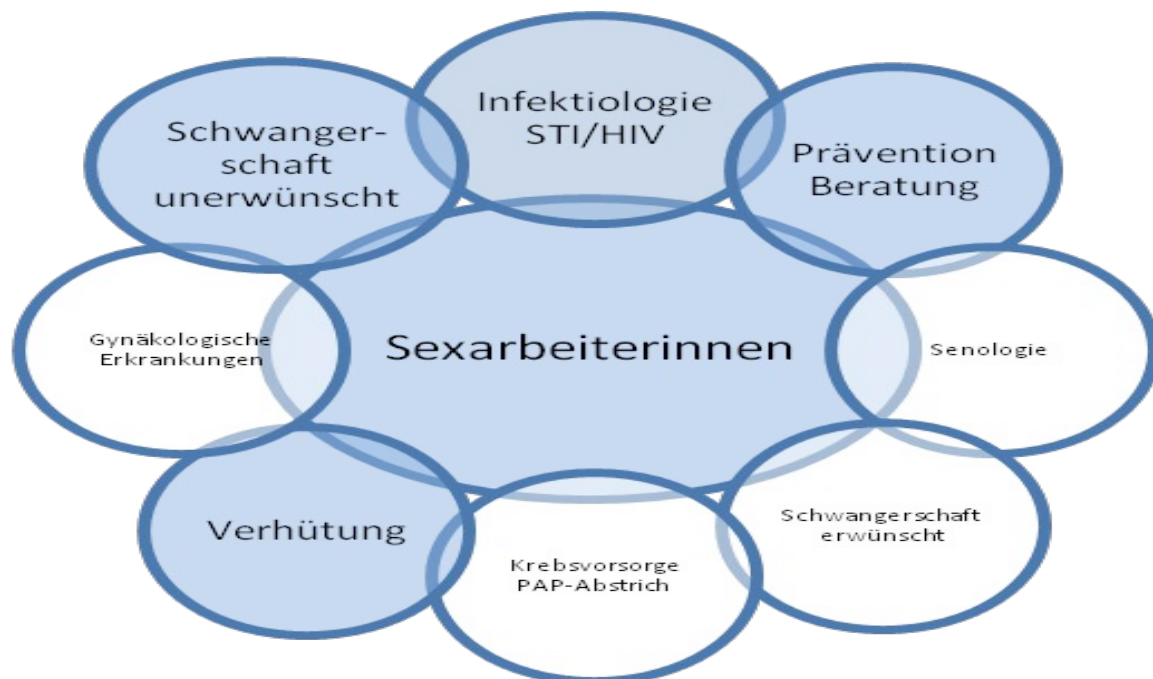
Gynäkologische Sprechstunde für Sexarbeiterinnen in Zürich

Leitung: Ulrike Wuschek

Die gynäkologische Sprechstunde der Stadt Zürich ist vor fast zehn Jahren entstanden und sollte zunächst die Versorgung von Suchtpatientinnen sichern. Im Laufe der Jahre wurde deutlich, dass insbesondere bei Sexarbeiterinnen ein erheblicher Bedarf an medizinischer Versorgung besteht. Heute stellt diese Gruppe drei Viertel der Klientel, bedenkt man die Dunkelziffer, so kann man wahrscheinlich sogar von ca. 80 Prozent ausgehen. Die Zahl der Klientinnen und Konsultationen stieg in den vergangenen zehn Jahren stetig an und könnte, nach dem Zulauf der ersten drei Quartale zu schließen, dieses Jahr um die 1.000 Patientinnen erreichen. Das Gesamtvolumen von 835 Frauen im Jahr 2012 wurde Ende September 2013 schon fast erreicht (803 Patientinnen). Die gynäkologische Sprechstunde der Stadt Zürich ist das einzige Angebot dieser Art im Kanton Zürich. Die Finanzierung erfolgt über die Stadt und den Kanton. Ungefähr je ein Drittel der 2012 behandelten Sexarbeiterinnen stammen aus Osteuropa bzw. aus Südamerika incl. Karibik, gefolgt von Frauen aus Subsahara Afrika als drittstärkste Gruppe (eine detaillierte Betrachtung der Zahlen im Beitrag von Ulrike Wuschek im Teil STI-Forschung).

Angebotsspektrum

Das Angebotsspektrum für Sexarbeiterinnen unterscheidet sich prinzipiell nicht von dem in einer gynäkologischen Sprechstunde üblichen Angebot, allerdings werden andere Schwerpunkte deutlich (siehe Grafik mit Hervorhebung der Schwerpunkte). Die Feststellung und Behandlung von Infektionskrankheiten (STI/HIV), aber auch die Beratung zu Verhütung und unerwünschten Schwangerschaften sowie die Verschreibung von Verhütungsmitteln und medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche kommen häufiger vor.



Arbeitsablauf

Die gynäkologische Sprechstunde in Zürich ist auch mit der aufsuchenden Tätigkeit verbunden. Die Streetworkerin geht an die Orte, wo Sexarbeiterinnen arbeiten, und spricht mit ihnen. Im Bedarfsfall und wenn Interesse besteht, lädt sie die Sexarbeiterin in die gynäkologische Sprechstunde ein. Zudem erfolgen, in Kooperation mit Vernetzungspartnern, Informationsveranstaltungen zur sexuellen Gesundheit für Sexarbeiterinnen. Diese erfolgen zum Teil vor Ort, so am Boxenstrich in Zürich, aber auch an sozialen Treffpunkten. Die eigentliche ärztliche Konsultation innerhalb der Sprechstunde findet dann mit der spezialisierten Pflegefachfrau, der Gynäkologin sowie einer Übersetzerin, wenn nötig, und der Patientin gemeinsam statt. Es besteht häufig ein hoher Beratungsbedarf.

Fallbeispiele (fiktiv)

Grace, 32 Jahre

Sozialanamnese: geboren in Nigeria, lebt seit fünf Jahren in Italien, Job in Altenpflege gerade verloren, seit drei Jahren in fester Partnerschaft, aktuelle Tätigkeit in Kontaktbar in Zürich, wohnt bei einer Kollegin, Aufenthaltsstatus: Touristin

Vorstellungsgrund: Kinderwunsch

Gynäkologische Anamnese: IIG/OP, Status nach zwei chirurgischen Interruptiones (1x Nigeria, 1x Italien)

Befunde: serologischer Status nach Hepatitis-B mit Immunität, STI-Serologie und PCR-Abstriche negativ, PAP II, kleiner Uterus myomatosus

Procedere: Aufklärung über „safer sex“, fertile Tage, Genitalhygiene / Info über Pille danach (in der Schweiz: direkte Abgabe durch Apotheke) / Aufklärung und Abgabe Folsäurederivat

Tünde, 19 Jahre

Sozialanamnese: Ungarin, seit 16. Lebensjahr verheiratet, zwei Kinder, werden von den Großeltern versorgt, aktuell Tätigkeit am „Strichplatz“ in Zürich, 90-Tagesbewilligung, europäische Krankenversicherungskarte, wohnt mit vier Kolleginnen in einer Pension in Zürich

Vorstellungsgrund: unerwünschte Schwangerschaft, Status nach Risikoexposition

Gynäkologische Anamnese: IIG/IIP, Status nach zwei Spontangeburt

Befunde: STI-Serologie negativ, fehlende Hepatitis-B-Immunität, PCR: Gonokokken und Chlamydien positiv / vitale Einlingsgravidität (6 + 4 SSW)

Procedere: duale Therapie mit Rocephin und Azithromycin, Empfehlung zur Partnertherapie / medikamentöse Interruptio mit Mifegyne® und Cytotec® / Antikonzption: Implanon®-Einlage / Beginn Hepatitis-B-Immunisierung

Diskussion

Aus der Vorstellung der gynäkologischen Sprechstunde und den Fallbeispielen ergaben sich unter anderem Fragen nach der Finanzierung des Angebots sowie nach den strukturellen Hintergründen und den Gesetzesgrundlagen in der Schweiz. Ein wichtiger Aspekt der Diskussion war die Organisation der Einrichtung in Verbindung mit der aufsuchenden Arbeit. Die aufsuchende Arbeit ist

eine wichtige Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit den Frauen. Durch die gemeinsame Betreuung in der Sprechstunde wird zudem der Informationsfluss zwischen Ärztin und Pflege optimiert und der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses erleichtert.

Der frauenärztliche Ansatz der Sprechstunde eröffnet ein weites Spektrum an Beratungs- und Präventionsthemen. Dazu zählen vor allem Vorsorgeuntersuchungen, in der Schwangerschaft und zur Krebsprävention, Fragen zur Familienplanung und zu verschiedenen gynäkologischen Symptomen wie Blutungsstörungen, aber auch zu Erkrankungen wie Myome oder Endometriose. Der Zugang zum Thema STI-Prävention ergibt sich so problemlos, da thematisch eng mit der Gynäkologie verbunden.

Insbesondere bei fehlender Krankenversicherung stellt der Zugang zu Vorsorgeuntersuchungen bei erwünschten Schwangerschaften ein Problem dar. Hier erfolgt in der Sprechstunde Hilfestellung, einmal durch die überbrückende ärztliche Betreuung, zudem bei der Vermittlung einer Krankenversicherung, welche auch für Sans Papiers in der Schweiz verfügbar ist.

Breiter diskutiert wurde das Vorgehen bei bestehenden unerwünschten Schwangerschaften. So besteht innerhalb der Institution die Möglichkeit zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch, aber auch die direkte Abgabe aller etablierten Methoden zur Empfängnisverhütung incl. der Einlage von Spiralen oder Implantaten.

Im Dialog mit ähnlichen Angeboten in Deutschland (u. a. Ragazza, Hamburg) wurden vergleichbare Probleme deutlich und eine Vernetzung angedacht.

Corner Stone 2

Berliner Zentren für sexuelle Gesundheit

Leitung: Wiltrud Schenk / Maya Perrier

In Berlin gibt es insgesamt fünf überregionale Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, nämlich in Charlottenburg-Wilmersdorf, Friedrichshain-Kreuzberg, Steglitz-Zehlendorf, Marzahn-Hellersdorf und Mitte. Träger sind die Kommunen (Bezirksämter). Eine regionale Zuständigkeit nach dem Wohnortprinzip besteht nicht. Die Zentren bieten basierend auf dem Recht auf sexuelle Gesundheit vielfältige Dienstleistungen an, unter anderem medizinische Untersuchungen, Behandlung von STI, Schwangerenberatung, psychosoziale Beratung, sexualpädagogische Angebote, aber auch Beratung in rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen und die Prüfung der Anspruchsberechtigung auf kostenlose Verhütungsmittel (an Menschen mit Wohnsitz in Berlin und geringem Einkommen). Von den Zentren aus findet auch aufsuchende Arbeit an den Orten der Prostitution statt. Insbesondere die Verbindung unterschiedlicher Hilfsangebote im medizinischen wie beraterischen, aber auch im wirtschaftlichen und finanziellen Bereich zeichnet die Berliner Zentren aus.

Das Angebot zur sexuellen Gesundheit im Zentrum in Charlottenburg-Wilmersdorf ist kostenlos und richtet sich nicht nur, aber auch an SexarbeiterInnen. Dabei ist eine akzeptierende Einstellung zur Sexarbeit Grundlage und der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses Ziel des Angebots. Ein multiprofessionelles Team aus einer Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten, einer Ärztin mit Schwerpunkt HIV/AIDS, einer Gynäkologin, Sozialarbeiterinnen, Arzthelferinnen und Sprachmittlerinnen steht zur Verfügung. Thema der Sprechstunde können zum Beispiel Informationen über STI oder über Infektionsrisiken bei bestimmten sexuellen Praktiken sein, aber auch etwa Empfehlungen zur Intimhygiene oder die Steuerpflicht in der Prostitution. Angeboten werden auch Unterstützung, wenn ein Wechsel in eine andere Branche gewünscht wird, und Hilfen für Opfer von Gewalt und Menschenhandel.

Ein wichtiger Aspekt der Arbeit ist die Förderung der Zusammenarbeit mit Bordellbetreibern und die Öffentlichkeitsarbeit. Das Berliner Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung hat, als Mitglied der AG Gesunder Kunde, beispielsweise einen „Knigge für Prostitutionskunden“ (siehe Abb. rechts) herausgegeben, der in Bordellen ausgelegt wird und niedrigschwellig Freier erreichen und dazu anregen soll, ihr Verhalten zu überdenken.

Diskussion

In der Diskussion wurde deutlich, dass Berlin durch die Bündelung unterschiedlicher Angebote an einem Ort, darunter auch die Kostenbefreiung von Verhütungsmitteln, und die gesicherte finanzielle Ausstattung eine Vorbildfunktion für andere Bundesländer haben könnte.

Auch die Kombination aus aufsuchender Arbeit und den vielfältigen Ressourcen, die die Zentren flächendeckend zur Verfügung stellen, ist vorbildlich. Dabei wurde in der Diskussion nochmals deutlich, dass die akzeptierende Haltung zur Sexarbeit Voraussetzung für das Gelingen eines solchen Ansatzes ist. Auch die Einbindung der Bordelle und die Freierarbeit, die Netzworkebildung (Zusammenarbeit mit NGOs) sowie eine gute Öffentlichkeitsarbeit wurden in der Diskussion als wichtige Aspekte hervorgehoben.



Corner Stone 3

Bochumer Zentrum für sexuelle Gesundheit

Leitung: Rozalia Scheitz / Wolfgang Fuchs / Adriane Skaletz-Rorowski

In Bochum wird zurzeit ein Zentrum für sexuelle Gesundheit aufgebaut. Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) unterstützt das Projekt. Die Notwendigkeit eines solchen Zentrums ergibt sich aus den steigenden STI-Zahlen und gleichzeitig aus der Versorgungslücke auf dem Gebiet der STI in Bochum, die auch auf eine mangelnde Vernetzung und Transparenz der unterschiedlichen Angeboten zurückzuführen ist.

Das Projekt entsteht als Kooperation des Katholischen Klinikums Bochum, des Bochumer Gesundheitsamts sowie der NGOs Aidshilfe Bochum e.V., pro familia e.V., Rosa Strippe e.V. und Madonna e.V. Damit sind die wichtigsten staatlichen und privaten Organisationen, die sich mit der medizinischen und beraterischen Versorgung und Prävention von STI in Bochum beschäftigen, beteiligt. Daneben sollen auch weitere Akteure aus dem Gesundheitswesen in die Strukturen einbezogen werden, sodass eine optimal vernetzte Institution entsteht, die den Betroffenen kurze Wege und einen niedrigschwelligen Zugang ermöglicht.

Bislang agieren die medizinische Versorgung, die Gesundheitsämter und die NGOs getrennt voneinander und relativ unkoordiniert. Dies soll sich mit dem geplanten Zentrum ändern, wo in Zukunft Aufklärung, Prävention, Diagnostik, Therapie und Beratung unter einem Dach angeboten werden. Ein wichtiger Bestandteil dieses Zentrums wird ein Beratungsangebot in mehreren Sprachen sein (auf Deutsch, Englisch, Rumänisch, Ungarisch etc.).

In der Entwicklungsphase des Projekts ist zunächst eine genaue Bestandsaufnahme geplant, die dann in ein bedarfsgerechtes, für alle Partner tragfähiges Konzept zur Förderung der sexuellen Gesundheit münden soll. Anhand dieses Konzepts sollen Maß-Parameter erstellt werden, die anschließend innerhalb eines Pilotprojekts überprüft werden.

Diskussion

Die Diskussion am Corner Stone war sehr abwechslungsreich. Es gab viele Anregungen aus anderen Städten, die das vorgestellte Konzept bereicherten und zu weiterführenden Überlegungen anregten.

Corner Stone 4

Die Kooperation von LOOKS e.V. und dem Gesundheitsamt Köln: Mehr Gesundheit für männliche Sexarbeiter

Leitung: Sabine Reinke / Dr. Caroline Grüner

Zwischen dem Kölner Verein LOOKS e.V. und dem Gesundheitsamt Köln besteht eine enge Kooperation im Bereich der Gesundheitsversorgung männlicher Sexworker (MSW): LOOKS e.V. vermittelt MSW gezielt in die STI-Sprechstunde des Gesundheitsamts. Im Gesundheitsamt wird die Untersuchung und Behandlung kostenlos und anonym angeboten.

LOOKS e.V. hat sich 1995 als eigenständiger freier Träger im „Kölner Modell der Aidsarbeit“ gegründet mit dem Auftrag der HIV-/AIDS- und STI-Prävention sowie der Gesundheitsförderung und psychosozialen Beratung männlicher Sexarbeiter. Die NGO betreibt eine Anlauf- und Beratungsstelle, schickt Streetworker in die Prostitutionsszene, bietet Internetberatung, eine medizinische Sprechstunde und Einzelfallhilfen. Grundsätze der Arbeit sind Akzeptanz, Freiwilligkeit, Anonymität und Niedrigschwelligkeit.

Im Jahr arbeiten etwa 1000 männliche Sexarbeiter in Köln, von denen 400 bis 500 von LOOKS e.V. erreicht werden. Seit 2007 suchten 200 MSW die medizinische Sprechstunde im Gesundheitsamt auf (insgesamt 868 Konsultationen), davon wurde mindestens die Hälfte erkennbar über LOOKS e.V. vermittelt.

Über drei Viertel dieser Männer war nicht krankenversichert (78 %). Die Zahl der Personen mit Migrationshintergrund lag bei 82 Prozent, wobei der größte Anteil aus Mitteleuropa (47 %) und Lateinamerika (21 %) kam.

	Insgesamt betreut	Anteil jemals mit STI-Diagnose
alle MSW	200	47 %
Deutschland	36	39 %
Karibik / Lateinamerika	45	69 %
Mitteleuropa	94	44 %
andere	25	28 %
ohne Versicherung	155	48 %

STI-Diagnosen männlicher Sexarbeiter nach Herkunft

Fast die Hälfte der ärztlich betreuten MSW (47 %) hatten im Beobachtungszeitraum mindestens eine behandlungsbedürftige STI. Bei 18 MSW (9 %) war bereits beim ersten Kontakt eine HIV-Infektion bekannt. 140 ließen sich im Berichtszeitraum in der Beratungsstelle auf HIV testen, und bei 16 (11 %) von ihnen wurde erstmalig eine HIV-Infektion festgestellt.

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	alle
Chlamydia	trachomatis	9 %	13 %	20 %	4 %	11 %	7 %	24 %	16 %
Infektion									
Gonorrhoe		9 %	17 %	12 %	10 %	7 %	14 %	7 %	13 %
therapiebedürftige Syphilis		5 %	8 %	8 %	8 %	9 %	2 %	4 %	9 %
anogenitale HPV-Infektion		14 %	4 %	16 %	17 %	9 %	5 %	17 %	16 %
HIV-Infektion		0 %	17 %	16 %	13 %	13 %	16 %	15 %	14 %
betreute MSW insgesamt		22	24	25	52	76	43	46	200

MSW mit STI pro Jahr und Krankheit

Weitere epidemiologische Daten und sozialwissenschaftliche Forschung zu dieser so wichtigen Population sind dringend erforderlich, um die Prävention zu verbessern. Dazu ist es nötig, die bestehenden Strukturen in diesem Bereich aktiv zu stärken und eine bedarfsangemessene Unterstützung von Kooperationsmodellen sicherzustellen.

Diskussion

Diskutiert wurde, wie die Nachhaltigkeit der Präventionsangebote verbessert und der Transfer von Information in tatsächliches Schutzverhalten gefördert werden kann. Alleine die Weitergabe von Informationen führt häufig keine Verhaltensänderung herbei. Nötig ist ein breites Umdenken in der ganzen Szene, das nur durch die laufende Wiederholung und Manifestierung der Möglichkeiten effektiven Schutzes erreicht werden kann.

Weiterhin wurde betont, dass der Zugang zu der Gruppe der männlichen Sexarbeiter besonders schwierig ist. Das Kölner Modell hat einen Ansatz entwickelt. Die StreetworkerInnen von LOOKS stellen den Kontakt zur Szene her, KollegInnen vom Gesundheitsamt klinken sich ein. In die Sprechstunden sind sowohl der Fachdienst STI und sexuelle Gesundheit wie der mobile Medizinische Dienst einbezogen. Ein sehr großer Teil der so erreichten MSW hat ansonsten keinen Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem.

Corner Stone 5

ProstG – das Prostitutionsgesetz und seine Folgen

Leitung: Andrea Weppert

Das Prostitutionsgesetz (ProstG) wurde am 19. Oktober 2001 vom Deutschen Bundestag verabschiedet und trat am 1. Januar 2002 in Kraft (siehe Gesetzestext im Anhang). Die Station befasste sich mit der Frage, welche Folgen das Gesetz bis heute hatte. Ausgangspunkt der Diskussion waren einige Thesen, die insgesamt positive Effekte des ProstG beschrieb: Es hat dazu beigetragen, die Sexarbeit zu entkriminalisieren und die Arbeitsverhältnisse von SexarbeiterInnen zu verbessern. Allerdings könnte es noch deutlich wirksamer sein, wenn es konsequenter umgesetzt würde.

Thesen

Das Prostitutionsgesetz hat die Branche Sexarbeit entkriminalisiert.

Das Prostitutionsgesetz hat einen Zustand der Rechtsunsicherheit beendet.

Das Prostitutionsgesetz hat die Rechte von Sexworkern deutlich gestärkt.

Das Prostitutionsgesetz hat die Arbeitsbedingungen für Sexworker verbessert.

Das Prostitutionsgesetz hat klassische Rotlichtstrukturen aufgebrochen. Viele Bordelle werden heute seriös geführt.

Das Prostitutionsgesetz sollte endlich Durchführungsbestimmungen bekommen und umgesetzt werden.

Seit 2001 ist die Szene hochmobil geworden. Terminfrauen wechseln zum Teil wöchentlich den Arbeitsplatz. Sie sind selbständig.

Es gibt kaum noch arbeitnehmerähnliche Arbeitsverhältnisse. Heute wird tatsächlich überwiegend vermietet: Zimmer, Wäsche, Infrastruktur.

Das Prostitutionsgesetz hat mit Menschenhandel etwa so viel zu tun wie die Straßenverkehrsordnung.

Das Prostitutionsgesetz hat ausschließlich positive Auswirkungen.

Diskussion

Den Thesen wurde in der Diskussion insgesamt zugestimmt. Hervorgehoben wurde, dass das Gesetz durch die Entkriminalisierung der Betreiber Möglichkeiten eröffnet hat, bessere Arbeitsplätze anzubieten. Es gibt immer mehr Arbeitgeber im Bereich Sexarbeit, die nur noch Räumlichkeiten und Infrastruktur an die Sexworker vermieten, aber keinerlei Vorschriften in Bezug auf die Arbeitsgestaltung machen. Sie tun dies allerdings vorrangig, um die Verpflichtung zu umgehen, sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze einzurichten.

Corner Stone 6

Politisches Lernen zur Sexarbeit

Leitung: Rainer Philippsen

Der in Nordrhein-Westfalen Anfang 2011 ins Leben gerufene Runde Tisch Prostitution ist ein Weg, mehr Wissen und Informationen über die Verhältnisse in der Sexarbeit in die Politik hineinzubringen. Ziel ist ein Austausch zwischen Personen und Gruppen, die in diesem Feld tätig sind. Dadurch sollen die Lebens- und Arbeitsbedingungen von SexarbeiterInnen verbessert und ihr Selbstbestimmungsrecht gestärkt werden.

Diskussion: Der Erfolg des Runden Tisches in NRW könnte Mut machen, ähnliche Gremien auf kommunaler Ebene bzw. in anderen Bundesländern zu installieren. Wichtig ist vor allem, die

Erkenntnisse auch zu den Akteuren in die Kommunen zu tragen. SexarbeiterInnen sollten ihre Arbeit unter denselben Bedingungen wie andere Berufsgruppen ausführen können und nicht aufgrund von moralischen Vorstellungen diskriminiert werden. Auch die Reglementierung von Sexarbeit wurde diskutiert. Zwar sollte man sicherlich vorsichtig mit Reglementierungen in der Sexarbeit umgehen, allerdings gibt es auch gewichtige Argumente für Reglementierungen, die im Interesse der SexarbeiterInnen sind.

Corner Stone 7

Sexuelle Gesundheit für Sexarbeiterinnen

Leitung: Mechthild Eickel

Professionelle SexarbeiterInnen sind zumeist sexuell aufgeklärt und betrachten ihre Gesundheit als ihr Kapital. Sie kennen die Übertragungswege sexuell übertragbarer Krankheiten und die Schutzmaßnahmen sowie die sichtbaren Symptome dieser Krankheiten. Üblicherweise schätzen und nutzen sie die verfügbaren gesundheitlichen Angebote. Ihre Infektionsraten sind zumeist niedrig.

Gesundheitliche Risiken ergeben sich weniger aus der Sexarbeit an sich als aus spezifischen Arbeits- und Lebensbedingungen, denen SexarbeiterInnen unterworfen sein können. Die Ausstattung mit personalen, ökonomischen und sozialen Ressourcen hat erheblichen Einfluss darauf, ob bzw. wann individuelle Bewältigungsversuche scheitern und eine manifeste gesundheitliche Krise eintritt. Denn was ein Mensch für seine Gesundheit tun will und kann, hängt von seinem Lebensumfeld und von der Gesellschaft ab. Diskriminierung und Ausgrenzung behindern gesundheitsbewusstes Verhalten. Nur wer in seiner Lebens- und Arbeitswelt weder stigmatisiert, diskriminiert noch kriminalisiert wird, hat wirklich die Wahl, seine Gesundheit zu schützen. Gefährdungen für SexarbeiterInnen ergeben sich insbesondere aus prekären sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen, fehlender Absicherung bei Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Alter, illegalisiertem Status (MigrantInnen ohne Papiere, Minderjährige, Drogenabhängige ...), unsicheren und ausbeuterischen Arbeitsbedingungen, erhöhtem Wettbewerbs- und Konkurrenzdruck, typischen Belastungsaspekten von Selbständigen, Marginalisierung und Diskriminierung.

Diskussion

Sexarbeit an sich ist nicht gefährdend, sondern die Bedingungen, unter denen sie häufig stattfindet. Ein Ziel sollte sein, Standards in der Sexarbeit zu etablieren und mehr Arbeitsverträge für SexarbeiterInnen anzubieten.

In die Beratungsstellen kommen vor allem Sexarbeiterinnen, die ihre Probleme nicht mehr alleine bewältigen können. Wichtige Grundlagen jeder Beratungsarbeit sollten Empowerment, Anti-Diskriminierung und Entstigmatisierung sein.

Der Alltag der Beratungsstellen ist vor allem davon bestimmt, den Frauen Zugang zu ihren Rechten zu verschaffen. Häufig fehlen ihnen Informationen und die Handhabe, um ihre Rechte durchzusetzen.

Das Hauptproblem vieler Klientinnen ist die Existenzsicherung. Sehr wichtig sind SprachmittlerInnen in der Beratungsarbeit, da sehr viele Frauen nur sehr schlecht Deutsch sprechen.

Die Diskussion hat auch ganz konkrete Probleme aufgegriffen, zum Beispiel ob eine Beraterin einer Sexarbeiterin, die, obwohl es verboten ist, auf den Straßenstrich geht, Tipps geben soll, wo sie sich am besten verstecken oder woran sie die Polizei erkennen kann. Insbesondere für Frauen, die auf der Straße arbeiten, ist es wichtig, Netzwerke zu bilden und sich gegenseitig zu unterstützen, anstatt sich zusätzlichen Konkurrenzdruck zu machen.

Eine Kooperation zwischen den Partnerorganisationen Madonna e.V. in Bochum und Hydra e.V. in Berlin wurde angedacht, um gemeinsam zielgruppenspezifische Medien zu entwickeln.

Corner Stone 8

Beratungsempfehlungen der DSTIG zur sexuellen Gesundheit

Leitung: Elisabeth Köhler

Die aktuellen Empfehlungen zu Beratung, Diagnostik und Therapie von STI/STD der DSTIG zur sexuellen Gesundheit wurden im März 2013 veröffentlicht und sind online auf der Internetseite der DSTIG [zugänglich](http://dstig.de/images/Literatur/dstig_sti-beratung_diagnostik_therapie_1.%20auflage.3.2013.pdf) (dstig.de/images/Literatur/dstig_sti-beratung_diagnostik_therapie_1.%20auflage.3.2013.pdf). Verantwortlich für die Erstellung der Empfehlungen ist die Arbeitsgruppe „STI/STD: Beratung, Diagnostik und Therapie“ der Sektion Sexuelle Gesundheit der DSTIG, die es seit 2007 gibt. Die Empfehlungen sind nicht als endgültig zu verstehen, sondern als Work in Progress, das im Dialog stetig verbessert und an den aktuellen Stand angepasst werden soll.

Im Einzelnen sind folgende zentrale Aspekte der Beratungsempfehlungen zu beachten:

Beratung ist Kommunikation: Beratung wird in den Empfehlungen der DSTIG grundsätzlich als Kommunikation mit Ratsuchenden oder Betroffenen verstanden, „die deren Selbstverantwortung und Handlungsfähigkeit im Umgang mit STI und entsprechenden Risikosituationen stärken und erweitern soll. Grundvoraussetzungen für das Gelingen einer Beratung sind, dass die Beratung aus freier Entscheidung angenommen wird (Freiwilligkeit) und die Beratenden in ihrer fachlichen Rolle (Kompetenz) akzeptiert werden. ... Menschen, die in der Beratung zu STI tätig sind, müssen die Grundlagen gelingender Kommunikation kennen, nicht zuletzt, weil Themen wie Sexualität mit Tabus besetzt sind ... Danach ermöglicht eine non-direktive Gesprächsführung mit offenen Fragen und verstärkenden Antworten, die Raum für Reflexion und Entwicklung lässt – über eine Aneignung neuen Wissens hinaus – Verhaltensänderungen.“

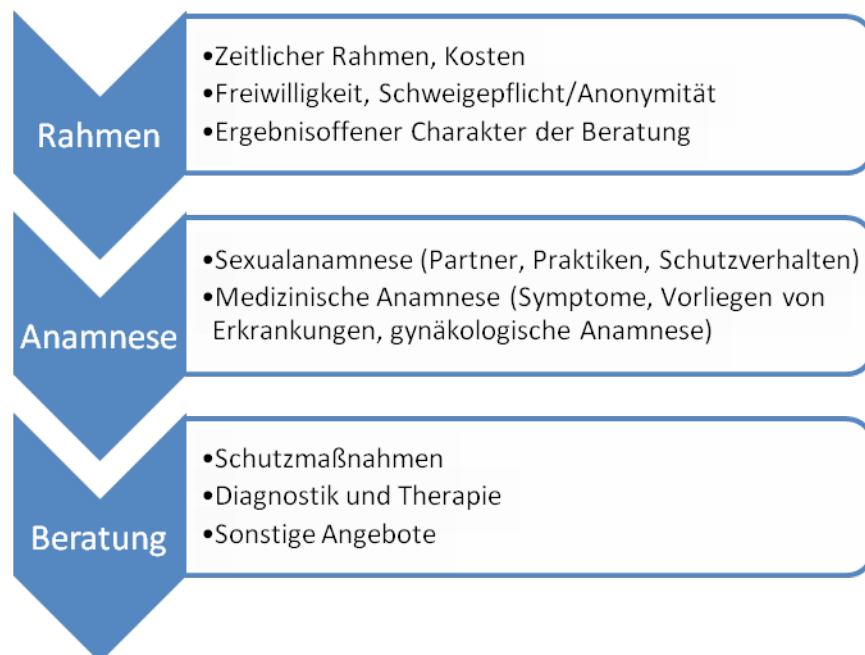


Zugang und Rahmenbedingungen: Wichtig ist, dass Beratung niedrigschwellig zur Verfügung gestellt wird. Beratung muss also kostenlos oder günstig angeboten werden, örtlich wie zeitlich gut zu erreichen sowie vertraulich und diskret sein, also die Anonymität und die Privatsphäre der Betroffenen wahren.

Fachkompetenz der Beratenden: Nach den Empfehlungen der DSTIG müssen Beratende über Fachwissen und Empathie verfügen und sich ihrer eigenen Grenzen bewusst sein. Folgende Kompetenzen sind hier besonders wichtig: „Das für die STI-Beratung notwendige Fachwissen setzt sich im Wesentlichen aus zwei Bereichen zusammen, dem medizinischen Wissen (Biologie, Sexualität, STI) sowie dem psychosozialen Verständnis für Sexualität und STI. Zudem ist es wichtig, über Kenntnisse der Epidemiologie von STI zu verfügen sowie sich der Zusammenhänge zwischen individueller Gesundheit und gesellschaftlicher Verantwortung bewusst zu sein ... Das Fachwissen muss stets dem aktuellen Stand entsprechen.“

Anlässe für eine STI-Beratung: Prinzipiell lassen sich vier Szenarien unterscheiden: (1) eine Person möchte Symptome abklären, (2) eine Person ohne Symptome möchte ein mögliches Risiko abklären, (3) eine Person gehört einer Struktur oder einem Netzwerk mit bekanntem erhöhtem Risiko an, (4) eine Person kommt aus anderen Gründen in die Gesundheitsberatung und soll präventiv auf STI angesprochen werden.

Bestandteile der STI-Beratung: Rahmen – Anamnese – Beratung



Diskussion

Diskutiert wurden konkrete Beispielsituationen, in denen sich Kontroversen zwischen Ratsuchenden und Beratenden ergaben und die Frage, wie in solchen Situationen zwischen den verschiedenen Bedürfnissen vermittelt werden kann (zum Beispiel der Widerstreit zwischen dem Interesse, epidemiologische Daten zu dokumentieren, und dem Interesse, die Privatsphäre zu wahren).

Die anwesenden Sexarbeiterinnen haben in der Diskussion darauf verwiesen, dass auch ihre Kompetenzen einen wichtigen Baustein zur Verbesserung und/oder Erweiterung von STI-Beratung darstellen. Dafür sind allerdings bislang keine Ressourcen vorhanden. Es wurde angeregt, den Aspekt der Selbsthilfe sowie der Finanzierung solcher Initiativen als politische Forderung in die Diskussion einzubringen.

Corner Stone 9

Sexuelle Dienstleistungen für Menschen mit Einschränkungen

Leitung: Stephanie Klee / Bärbel Ahlborn / Catharina König

Die Diskussion an diesem Corner Stone leiteten zwei Sexualbegleiterinnen, die ihren Schwerpunkt auf sexuelle Dienstleistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen setzen, sowie eine Vertreterin des Nürnberger Vereins Cassandra e.V., einer Selbsthilfeorganisation für Sexarbeiterinnen.

Kassandra e.V. hat zusammen mit pro familia Nürnberg e.V. ein Modellprojekt Sexualbegleitung/Sexualassistenz initiiert, das Menschen in der Sexarbeit Qualifizierung für die Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigungen anbietet sowie kostenlose Informationsveranstaltungen für Menschen aus deren Umfeld (aus Einrichtungen, Verwandte, BetreuerInnen, Selbsthilfegruppen, Interessensverbände, ambulante Dienste etc.).

Inhalte der qualifizierten Fortbildung zur SexualbegleiterIn/-assistentIn sind beispielsweise:

- ⌚ sexuelle Rechte,
- ⌚ (rechtliche) Grundlagen professioneller Sexarbeit,
- ⌚ Prävention und Hygiene,
- ⌚ Auseinandersetzung mit der Rolle als SexualbegleiterIn,
- ⌚ Reflexion der eigenen Haltung und von deren Bedeutung für die Tätigkeit,
- ⌚ theoretische Grundlagen zu Behinderungsbildern und Gerontologie,
- ⌚ Hebe- und Lagerungstechniken
- ⌚ Kommunikation,
- ⌚ Rahmenbedingungen des Angebots.

In den Fortbildungen werden SexarbeiterInnen, die ihr Angebot speziell auf alte Menschen oder Menschen mit Behinderung ausrichten möchten, geschult, um den Bedürfnissen ihrer potenziellen Kunden besser entgegenkommen zu können.

Ein Netzwerk wird auf der Internetseite von Cassandra e.V. (www.kassandra-nbg.de) aufgebaut.

Wichtig ist insbesondere eine größere Akzeptanz der Sexarbeit in Senioren-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen. Noch immer verhalten sich Angehörige, gesetzliche Betreuer und Einrichtungen häufig nicht unterstützend, sondern ablehnend gegenüber den sexuellen Bedürfnissen ihrer Schutzbefohlenen. Auch hier scheint Information ein zentraler Faktor.

Menschen, die in Einrichtungen leben, fordern aktuell immer deutlicher ihr Recht auf Sexualität, womit viele Träger allerdings überfordert sind. Insbesondere in diesem Zusammenhang ist es wichtig,

SexarbeiterInnen auszubilden, die mit dem nötigen Hintergrundwissen ausgestattet sind und die häufig anspruchsvollen Aufgaben mit hoher Akzeptanz ihrer KlientInnen bewältigen können.

Diskussion

Es wurde deutlich, dass die Anforderungen, die an Sexualbegleiterinnen herangetragen werden, sehr different sind und dass es sich um eine hochkomplexe Tätigkeit handelt. Es ist eine wichtige Aufgabe der Sexualbegleiterin herauszufinden, was der Klient/die Klientin möchte. Insbesondere bei Personen, die ihre Bedürfnisse nur schlecht kommunizieren können, sind viel Fingerspitzengefühl und viel Zeit nötig, um die Bedürfnisse des Kunden zu verstehen.

Die Zeichen dafür, dass ein Bewohner einer Einrichtung sexuelle Assistenz benötigt, sind ebenfalls individuell sehr unterschiedlich. Aggressivität, Auto-Aggressivität, Übergriffe, Dauererektion usw. können Anzeichen sein, die das Pflegepersonal dazu veranlassen, eine sexuelle Assistenz anzufordern. Im Internet gibt es unterschiedliche Plattformen, wo Sexualbegleitung sowie bestimmte Bordelle, die speziell auf diese Gruppen vorbereitet sind, angeboten werden.

In Bezug auf das Ausleben ihrer sexuellen Bedürfnisse bei Menschen mit Behinderung gibt es aktuell bundesweit eine hohe Akzeptanz – deutlich höher als bei alten Menschen –, die es auszunutzen gilt.

Corner Stone 10

Freier-Forschung – das Projekt Sexsicher.de

Leitung: Harriet Langanke

Die STI- und AIDS-Prävention in Deutschland zielt vorrangig auf SexarbeiterInnen ab. Seit einiger Zeit gibt es Freierforen im Internet, wo diese als Gruppe in Erscheinung treten und für gezielte Präventionsmaßnahmen erreichbar wären. Es sind aber kaum valide Daten über diese Gruppe vorhanden.

2009 wurde eine Untersuchung zum Verhalten von Freiern in deutschen Internetforen durchgeführt (Langanke H / Ross MW (2009): Web-based forums for clients of female sex workers: Development of a German internet approach to HIV/STD-related sexual safety. In: International Journal of STD & AIDS 20: 4–8). Die Analyse von Log-Dateien der Seite von Sexsicher.de, die 30 Prozent ihrer Besucher über eine Verlinkung mit Freierforen erhält, sowie einer Auswahl von Freierforen ergab eine besonders hohe Besucherfrequenz an Montagen und eine besonders niedrige an Samstagen sowie einen Peak zwischen 16:00 und 18:00 Uhr. Die Bedeutung der Ergebnisse wurde in qualitativen Gruppendiskussionen mit Freiern, SexarbeiterInnen sowie Fachleuten für HIV-/STI-Prävention diskutiert. Die Gruppen interpretierten aus den Ergebnissen, dass Freier montags online gehen, um ihre Erfahrungen mit Pay-Sex vom Wochenende zu besprechen, dass sie die Woche schon im Vorfeld planen und dass sie direkt nach der Arbeit oder noch am Arbeitsplatz die entsprechenden Foren aufsuchen. Für die sexuelle Gesundheit lassen sich diese Ergebnisse nutzen, indem Interventionen im Netz dem Zeitplan angepasst werden, Experten insbesondere zu diesen Zeiten in den Foren angekündigt werden. Andererseits können auch SexarbeiterInnen an bestimmten Tagen und Uhrzeiten mit mehr Anfragen rechnen.

Diskussion

Es wurde retrospektiv über die gelungene Kooperation mit Freierforen diskutiert. Außerdem wurden Fragen besprochen, die für diese Zielgruppe in Zukunft interessant werden könnten. Ein zentrales Anliegen bestand darin, dass für die Arbeit in diesem Feld mehr Ressourcen zur Verfügung stehen sollten. Auch in der Forschung ist bislang wenig passiert, sodass man nicht weiß, was Freier an Informationen benötigen. Diskutiert wurde auch die Begrifflichkeit „Freier“, die von manchen als stigmatisierend empfunden wird.

Corner Stone 11

Sozialwissenschaftliche Forschung zu Sexarbeit

Leitung: Nicola Döring / Barbara Kavemann / Elfriede Steffan

An dem Corner Stone nahmen rund 20 Personen teil, die sich zunächst alle mit ihrem Hintergrund und Interesse am Thema vorstellten. Es wurde deutlich, dass ein breites Spektrum von ExpertInnen aus verschiedenen Bereichen anwesend war (Sexarbeit, Vermietung, Fachberatungsstelle, Gesundheitsamt, Klinik, Forschung etc.) und dementsprechend breit waren Interessen und Fragen in Richtung auf sozialwissenschaftliche und gesundheitsbezogene Forschung. Der Cornerstone lief 90 Minuten, nach 45 Minuten stießen einige weitere Personen zu der laufenden Diskussion hinzu. Die Diskussion war durch die schlechte Akustik teilweise behindert.

Es wurde einhellig festgehalten, dass die aktuelle öffentliche Debatte über Sexarbeit aufgeheizt und wenig sachbezogen erfolgt.

Nicht zuletzt deswegen wurde der bislang noch sehr unzureichende sozialwissenschaftliche Forschungsstand zur Sexarbeit beklagt.

Als mögliche Forschungsthemen im Bereich Sexarbeit wurden unter anderem angesprochen: bevölkerungsrepräsentative Erfassung der Einstellungen zur Sexarbeit, MSM, Internet, Sexualbegleitung.

Noch umfassender als Forschungsthemen wurden die Rahmenbedingungen der Forschung diskutiert. Es wurde von einigen Sexarbeiterinnen betont, dass ein partizipativer Forschungsansatz notwendig sei, der die Mitwirkung von SexarbeiterInnen am gesamten Forschungsprozess umfasst, von der Formulierung von Forschungsfragen über die Untersuchungsdurchführung bis zur Ergebnisinterpretation und Publikation. Wissenschaftstheoretische Positionen wurden teilweise kontrovers diskutiert, etwa die Bedeutung wissenschaftlicher Unabhängigkeit.

Angeregt wurde eine Pressemitteilung, die auf die Forschungslücken zur Sexarbeit hinweist und Forschungsgelder einfordert.

Um die praktische Forschungstätigkeit voranzutreiben, wurde beschlossen, im Jahr 2014 einen zweitägigen Workshop durchzuführen, bei dem die an gemeinsamer Forschung interessierten

AkteurInnen aus Wissenschaft, gesundheitlicher Praxis, Sexarbeit-Community etc. sich kennenlernen, vordringliche Forschungsthemen herauskristallisieren und ein erstes Forschungsprojekt konzeptuell anstoßen (Verständigung über Thema, Kooperationsweisen, Mitteleinwerbung etc.).

Es wurde in Aussicht gestellt, dass die Workshop-Kosten vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übernommen werden können, bis Mai 2014 sollte ein schlüssiger Antrag vorgelegt werden (Zielsetzungen, Teilnehmende, Veranstaltungsort etc.). Der Fokus sollte dabei auf sexueller Gesundheit liegen.

Die Mail-Adressen der Interessierten werden in einer Liste gesammelt, um die Zusammenfassung der Diskussion zu verteilen und über das weitere Vorgehen in Verbindung zu bleiben.

Austausch: Sexarbeit und sexuelle Gesundheit: Wo ist die Zukunft?

Podiumsdiskussion (1)

Sexarbeit als Dienstleistung für Menschen mit Einschränkungen

Moderation: Elke Hoffmann

auf dem Podium: Catharina König (Sexualbegleiterin, Bochum), Freier, alias „Rollimann“, Stephanie Klee (highlights-Agentur, Berlin), Bärbel Ahlborn (Beraterin, Beratungsstelle Cassandra e. V., Nürnberg)

In der Podiumsdiskussion wurde das Thema Sexarbeit als Dienstleistung für Menschen mit Einschränkungen aus unterschiedlichen Perspektiven besprochen. Unter der Bezeichnung Menschen mit Einschränkungen werden sehr unterschiedliche Menschen zusammengefasst, so Menschen mit geistigen bzw. körperlichen Behinderungen, die in Heimen zuhause sind, oder solche, die bei ihren Familien leben, aber auch zum Beispiel alte Menschen. Ein wichtiger Unterschied ergibt sich neben der Art der Einschränkung auch daraus, ob jemand von Geburt an behindert ist – es gibt teilweise Personen, die mit 50 Jahren noch kein sexuelles Erleben hatten –, oder seine Behinderung im Laufe seines Lebens erworben hat. Sexualität ist dabei, das muss insbesondere in diesem Zusammenhang beachtet werden, nicht nur auf Geschlechtsverkehr zu reduzieren.

Auch Sexarbeiterinnen haben Berührungsängste bei Menschen mit Einschränkungen. Deswegen ist es besonders wichtig, in diesem Umfeld Fortbildungen zur Verfügung zu stellen, wie sie beispielsweise der Nürnberger Verein Cassandra e.V. anbietet. Dort wird breit informiert über sexuelle Rechte, die Rechte von Sexarbeiterinnen, aber auch über Lagerung, Hygiene und Präventionsmaßnahmen, es wird über Behinderungsbilder und Besonderheiten im Gerontobereich geredet und auf multiresistente Keime eingegangen, die im Pflegebereich häufiger auftreten (siehe auch Corner Stone 9). Nur durch Wissen und Aufklärung lassen sich auch Ängste nehmen.

Wie sehen Sie als Sexualbegleiterin das Verhältnis von Sexarbeiterinnen zu Menschen mit Einschränkung, gibt es da Berührungsängste?

Man kann natürlich nicht von der „Prostituierten“ sprechen, das sind sehr differente Menschen, aber der Beruf einer Sexarbeiterin ist nicht unbedingt von Berührungsängsten geprägt.

Menschen mit Einschränkungen, ob mit Behinderung oder alte Menschen, sind ausgegrenzt, daraus entstehen dann häufig Ängste und Unsicherheiten. In der Fortbildung kommen viele Fragen dazu, wie soll ich damit umgehen – da merkt man die Unsicherheit. Das ist nicht anders als bei anderen Menschen auch.

Eine gute Möglichkeit für Menschen mit Behinderung, die eigenen Bedürfnisse zu artikulieren, bietet das Internet. Hier gibt es Blogs, wie den von Rollimann, auf denen ein Erfahrungsaustausch stattfindet. Obwohl es in Deutschland viele Behinderte gibt, trauen sich nur wenige in die Öffentlichkeit und noch weniger reden offen über ihr Bedürfnis nach Sexualität. Dies ist in der Reaktion der Gesellschaft auf Behinderung begründet. Behinderte werden noch immer weitgehend als asexuell angesehen. Folge ist, dass Menschen mit Behinderung sich nicht trauen, ihre Bedürfnisse offen zu artikulieren, wodurch sie dann noch mehr ins Abseits gestellt werden.

Rollimann, wie sind Sie dazu gekommen, über Ihre Erfahrungen zu schreiben?

Als ich damals vor 18 Jahren zum ersten Mal in einem Bordell war, gab es sowas wie Sexualbegleitung noch gar nicht. Zuerst habe ich das alleine mit Kumpels gemacht, und dann wurde ich auf die Foren im Netz hingewiesen und als ich damit angefangen habe, hat es Antworten gehagelt, von anderen Behinderten, die sowas noch nie gemacht haben und die jede Menge Fragen hatten. Da wurde mir klar, ich kann ein Brückenbauer werden und da ist Bedarf da.

Sie arbeiten als Sexualbegleiterin viel mit alten Menschen, wie beurteilen Sie Ihre Arbeit in Einrichtungen?

Bei mir fing das an mit Kunden, die ins Pflegeheim kamen und mich auch dort zu sich geholt haben. Ich sollte mich als Nachbarin ausgeben

Aktuell sucht der Pflegebereich nach Alternativen und wenn alte Menschen unruhig werden und ihre sexuellen Wünsche nach außen tragen, werden sie nicht mehr unbedingt ruhiggestellt wie früher. Manchmal fühlt sich das Pflegepersonal zum Beispiel überfordert, weil jemand sich auffällig verhält und etwa dauernd ruft: „Ich will ficken“. Dann suchen sie eine Lösung.

Man muss dann herausfinden, woher dieses Bedürfnis kommt und wie man es befriedigen kann. Und da ist eine Sexualbegleiterin häufig eine Lösung. Sexualität ist etwas Schönes – das können auch alte Menschen, zum Teil ganz neu, erleben.

Insbesondere für Menschen, die in Einrichtungen leben, ist es häufig schwierig, ihre Sexualität auszuleben. Der Tagesablauf ist durchgetaktet, es gibt keinen eigenen Nasszellenbereich und die Menschen leben teilweise in Zwei- und Dreibettzimmern – da wird Intimität zum Problem. Die Abhängigkeit vom Pflegepersonal steigt zudem mit der Pflegebedürftigkeit. Gerade alte Menschen sind heute wesentlich aktiver als früher und wollen ihr Recht auf Sexualität ausleben. In vielen Pflegeeinrichtungen ist dies allerdings bislang noch nicht angekommen.

Rechtlich kann es problematisch werden, Sexualbegleitung in Einrichtungen anzubieten, wenn sie in Kleinstädten liegen, in denen Prostitution verboten ist. Hier liegt

dann eine Ordnungswidrigkeit vor. Andererseits haben die Bewohner einen Mietvertrag und damit das ausdrückliche Recht, Besuch zu empfangen.

Junge Menschen in Behinderteneinrichtungen brauchen hingegen vor allem auch sexualpädagogische Betreuung.

Sexualbegleitung für Menschen mit geistigen Einschränkungen, die ihre Bedürfnisse nicht äußern können oder vielleicht sogar gar nicht kennen, ist ein Bereich, in dem man sehr sensibel vorgehen muss. Diese Menschen sollte man im vertrauten Umfeld ganz vorsichtig und langsam an Sexualität heranführen.

Podiumsdiskussion (2)

Wie kann Partizipation gelingen? Forschung mit und für SexarbeiterInnen

Moderation: Stefan Nagel

Podium: Dr. Viviane Bremer (Medizinerin, RKI, Berlin), Elfriede Steffan (Soziologin, Leiterin der SPI Forschung gGmbH, Berlin), Prof. Dr. Nicola Döring (Medienpsychologin, TU Ilmenau), Lena Morgenroth (Sexworkerin, Berufsverband erotische und sexuelle Dienstleistungen)

Diese Veranstaltung war als Austausch angelegt, der möglichst viele Gruppen und Meinungen auf Augenhöhe zulassen sollte – dass dies nicht voll gelungen ist, ist paradigmatisch für den Themenbereich, denn auch hier bilden sich real existierende Machtverhältnisse ab. Sexworkerinnen haben sich zum Teil nicht angemessen vertreten gefühlt, die Situation männlicher Sexarbeiter wurde kaum thematisiert (es gibt auch wenig Forschung in diesem Bereich), aber auch bestimmte Positionen wurden auf der Veranstaltung nicht zugelassen, so die Ablehnung von Sexarbeit durch Teile der feministischen Bewegung. Diese Leerstellen wurden in der Diskussion näher betrachtet und sollen im Folgenden kurz wiedergegeben werden.

Partizipation

Von Seiten der Sexarbeiterinnen wurde kritisiert, dass auch auf dieser Tagung, die insgesamt bewusst wertschätzend mit Sexarbeiterinnen umgegangen sei, vor allem in kleinen alltäglichen Interaktionen immer wieder eine Stigmatisierung spürbar gewesen sei. Auch der Umgang der Forschung mit Sexarbeiterinnen wurde kritisiert.

Sexworkerinnen als Objekt und Subjekt der Tagung immer adäquat anzusprechen, sei ein schwieriger Spagat, so die Adressaten der Kritik. Die Forschung verfüge in diesem Bereich über wenig gesicherte

Daten, individuelle Meinungen von wissenschaftlich fundierten Fakten zu trennen, sei schwierig. Prinzipiell erkannten die anwesenden WissenschaftlerInnen Partizipation als ein wichtiges Instrument zur Wissensbildung an. Allerdings müssten die unterschiedlichen Rollen festgelegt

Und wie ist das mit Frauen als Kunden?

Mein Angebot gilt für Männer, Frauen und Paare. Ich habe eher junge behinderte Frauen, die von mir lernen können, wie sie sich selbst Freude bereiten können. Einen Bedarf gibt es aber ebenso bei älteren Frauen.

werden. Dazu brauche es vorrangig Vernetzung, zu der diese Veranstaltung sicherlich intensiv beigetragen habe. AkteurInnen wären auch nicht immer frei, sondern an unterschiedliche, zum Teil staatliche Institutionen, gebunden. Von grundsätzlichen Forderungen wie etwa den Menschenrechten oder der sexuellen Gesundheit abgesehen, müsse man auch die politische und gesellschaftliche Durchsetzbarkeit im Auge behalten.

Die Forschung kann aus Sicht der SexarbeiterInnen nur dann Zugang zu dieser Zielgruppe finden, insbesondere zu den sogenannten schwer erreichbaren Frauen und Männern, wenn Anonymität gewährleistet bliebe und eine Aufwandsentschädigung gegeben werde. Außerdem sei die Haltung der Forschenden gegenüber den Sexarbeiterinnen entscheidend. Sie müsse transparent sein, aber auch akzeptierend.

Positionen zu Alice Schwarzers „Appell gegen Prostitution“

Anschließend wurde der „Appell gegen Prostitution“, der kurz vor der Tagung in der Zeitschrift *EMMA* erschienen war, kurz diskutiert. Die Position sei eine Grundposition der Frauenbewegung und verfolge prinzipiell ein ehrenhaftes Ziel, nämlich Frauen vor Ausbeutung zu schützen. Allerdings müsse man hier sehr genau differenzieren. Schwarzer, und nicht nur sie, bezeichnet Sexarbeit generell als eine Form der Sklaverei. Wenn aber Frauen oder Männer sich freiwillig für die Sexarbeit entscheiden und auch objektiv gesehen keine äußeren, etwa finanziellen, Zwänge vorliegen, so bedeute Schwarzers Verdikt eine Missachtung der selbstbestimmten Entscheidung dieser Frauen und Männer. Es sollte darauf geachtet werden, mehr Durchlässigkeit zwischen Sexarbeit und Gesellschaft zuzulassen, sodass die persönliche Einstellung zur Sexarbeit auf echtem Verständnis und Wissen aufbauen könne und weniger auf Vorurteilen.

Nicht zuletzt wurde auch die Konsequenz von Schwarzers Appell, das Verbot von Sexarbeit, das in der Folge mit entsprechenden Restriktionen verbunden würde, von den Anwesenden negativ bewertet. Wenn Sexarbeit in den Untergrund verdrängt würde – und ein Blick nach Schweden zeigt, dass Sexarbeit keineswegs aufgrund von Verboten verschwindet –, würde dies die Lebens- und Arbeitsbedingungen von SexarbeiterInnen zusätzlich verschlechtern und dadurch auch das Ziel dieser Veranstaltung, nämlich sexuelle Gesundheit zu unterstützen und STI zu bekämpfen, behindern.

STI und Sexarbeit

Abstracts der Vorträge:

Der erste Vortrag dieser Session von Ulrike Wuschek stellte die Gynäkologische Sprechstunde in Zürich vor, die zu 75 bis 80 Prozent von SexarbeiterInnen aufgesucht wird. Die Sprechstunde hatte 2013 um die 1000 Klientinnen, darunter sehr viele Migrantinnen. Der Vortrag beschreibt die Infrastruktur und das Angebotsspektrum der Sprechstunde, das sich nicht prinzipiell, sondern nur in den Schwerpunkten von den üblichen Angeboten abhebt.

Heinrich Rasokat skizzierte anschließend die Situation männlicher Sexworker (MSW). Vor dem Hintergrund steigender Zahlen bei STI müsse diese Gruppe besondere Beachtung finden, was sich in den (wenigen) vorhandenen Daten nicht spiegelt. Für die Zukunft müsse man sich bemühen, eine normale medizinische Versorgung in adäquaten Räumlichkeiten für MSW zur Verfügung zu stellen und insbesondere einen alle drei Monate zu wiederholenden STI-Check.

Der dritte Vortrag von Markus Schmitt stellte ein neu entwickeltes Verfahren vor, mit dessen Hilfe sich 19 STI-Erreger in einer Reaktion zusammen nachweisen lassen, das so genannte STI-Profiling oder STIP. Das Verfahren ist sehr sensitiv und weist eine hohe Spezifität auf.

Martin Ehrenschwender führte anschließend in die Welt des Mikrobioms ein, also der Gesamtheit aller Bakterien im menschlichen Körper. Dank neuer und günstigerer Sequenzierungsmethoden wird die Zusammensetzung des Mikrobioms aktuell stark beforscht. Es konnten im Vergleich der Besiedlung mit Bakterien bei gesunden und kranken PatientInnen Unterschiede aufgezeigt werden. Daraus könnten sich evtl. in der Zukunft neue Therapieoptionen ergeben.

Besonderheiten der STI-Diagnostik und -Therapie bei Sexarbeiterinnen: Ergebnisse aus der gynäkologischen Sprechstunde in Zürich

Ulrike Wuschek

Die gynäkologische Sprechstunde in Zürich ist ein niedrighschwelliges Angebot der Stadt Zürich, das vor zehn Jahren entstanden ist und das aktuell vor allem von Sexarbeiterinnen (75 bis 80 % der Klientel) in Anspruch genommen wird (zum Angebot siehe auch den Corner Stone in diesem Band). 2003 gegründet, besuchten bereits 2008 ca. 600 Patientinnen die Sprechstunde und dieses Jahr wird wahrscheinlich die 1000er Grenze überschritten werden.

Das Klientel der Sprechstunde

Unter den in der Sprechstunde betreuten Sexarbeiterinnen gibt es einen hohen Anteil an Migrantinnen, die aus vielen unterschiedlichen Herkunftsländern und Kulturkreisen stammen. Die Sozialisation der Migrantinnen, ihre Erziehung und ihre Traditionen unterscheiden sich häufig stark von den unsrigen. Daraus ergeben sich große soziokulturelle Differenzen, die wir bei der Betreuung der Frauen berücksichtigen müssen. Notwendig sind einerseits sprachliche Kompetenzen, damit eine differenzierte Kommunikation überhaupt erst möglich wird, aber auch kulturelle Kompetenzen, um beispielsweise zu begreifen, welche Vorstellung über Krankheiten und deren Vermeidung bei den Frauen bestehen und woraus sich Probleme, auch in der Kommunikation, ergeben können.

Ein zunehmender Teil der Frauen, die in unsere Sprechstunde kommen, hat keine Krankenversicherung. Dies hängt zum Teil mit dem Migrationshintergrund wie zum Beispiel einem illegalen Aufenthaltsstatus zusammen. Ein Hauptgrund liegt jedoch in finanziellen Notständen. Eine Besonderheit ist, dass in der Schweiz ein Versicherungsobligatorium auch für Personen ohne Papiere besteht. Eine Anmeldung bei einer Versicherung wird explizit nicht an die Ausländerbehörden weitergeleitet.

Die Infrastruktur der Sprechstunde

Das Untersuchungsspektrum, das wir in unserer Sprechstunde anbieten, ist das einer „normalen“ gynäkologischen Sprechstunde: Krebsvorsorge mit PAP-Abstrich, gynäkologische Erkrankungen, Verhütung, Infektiologie (STI, bei Bedarf HIV), Schwangerschaft (erwünscht/unerwünscht), Brustgesundheit, Beratung und Prävention, etc.

Die entscheidenden Untersuchungsschritte finden auf dem gynäkologischen Stuhl statt: Inspektion, SpekuleEinstellung inklusive Kolposkopie, manuelle Palpation, bei Auffälligkeiten Ultraschalluntersuchungen mit vaginaler bzw. abdominaler Sonde.

Wir nutzen die Möglichkeit einer direkten Mikroskopie, es gibt ein kleines Labor für Urin- und Blutuntersuchungen (CRP, HB, Blutzucker), Schwangerschaftstests sowie einen kleinen Kulturschrank (z.B. für Urikult). Außerdem greifen wir auf externe Labors zurück zur Untersuchung von Abstrichen

mit Zytologie, Bakteriologie, PCR sowie weiterführende Blutuntersuchungen und Histologien. Natürlich gehören in unser Untersuchungsspektrum auch die Brustuntersuchung und ein kleiner körperlicher Status mit Größe, Gewicht, Blutdruck.

Wenn wir Befunde nach außen geben, ist es besonders wichtig, schnell Ergebnisse zu bekommen, da unser Klientel äußerst mobil ist. Deswegen arbeiten wir mit einem Vertragslabor zusammen, das innerhalb von 24 Stunden liefert.

Besonderheiten des gynäkologischen Angebots für Sexarbeiterinnen

Im Folgenden sollen einige Aspekte aus unserer gynäkologischen Sprechstunde näher betrachtet werden, wobei Besonderheiten bei der Behandlung von Sexarbeiterinnen im Fokus stehen.

Gonorrhö:

In den ersten neun Monaten dieses Jahres gab es in unserer Sprechstunde insgesamt 20 durch PCR und/oder Kultur gesicherte Diagnosen der Gonorrhö. Der Anteil der Sexarbeiterinnen lag bei 95 Prozent (19 Frauen). In dieser Gruppe gab es außerdem zehn Chlamydien-Koinfektionen und zwei Trichomoniasis-Fälle. Das heißt bei den 19 Sexarbeiterinnen wurden insgesamt 31 STI diagnostiziert. In zwei Fällen lagen klinisch ascendierende Infektionen, also Adnexitiden vor, in einem Fall war sogar eine stationäre Behandlung erforderlich. Außerdem wurden vier nicht gewollte Schwangerschaften diagnostiziert, alle im ersten Trimenon. Den Frauen konnte direkt weitergeholfen werden.

Obwohl auch die externen Laborergebnisse bei uns innerhalb eines Tages vorliegen, ist zum Teil eine syndromorientierte Soforttherapie geboten. So wurde beispielsweise bei den beiden Fällen einer Adnexitis unmittelbar mit der Antibiose begonnen, bevor die Bestätigung des Keimspektrums vorlag. In der Sprechstunde haben wir uns auf das Prinzip der direkten Medikamentenabgabe geeinigt, das heißt die Behandlung erfolgt noch am Tag der Konsultation. Die Patientin nimmt direkt die erste Dosis und bekommt, wenn erforderlich, die Medikamente abgezählt mit. Damit wollen wir eine hohe Therapiesicherheit erreichen. Aufgrund der hohen Mobilität ist dieses Vorgehen insbesondere bei Sexarbeiterinnen anzuraten. Wir können zudem mit den Frauen über deren Mobile telefonisch in Kontakt treten.

Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang, dass Gonorrhö in der Schwangerschaft auch heute noch Konsequenzen haben kann. Die Credésche Prophylaxe gegen die kindliche Gonoblennorrhoe wird heute im Kreissaal nicht mehr angewendet.

Lues:

Als Screening-Test für Lues verwenden wir ausschließlich serologische Untersuchungen, keine Schnelltests. Wir hatten im vergangenen Jahr 28 positive Lues-Screening-Tests. Entsprechend der Population in unserer Sprechstunde waren drei Viertel der Erkrankten Sexworker, ein Viertel nicht (22 versus 6). Bei den Sexarbeiterinnen ließen sich bei gut der Hälfte (12 Frauen) anamnestisch Seronarben, also eine frühere Infektion, nachweisen. Bei einem Drittel (7 Frauen) war die Krankheit in therapiepflichtigen Stadien. In drei Fällen konnte das Follow-up nicht durchgeführt werden, weil die Frauen nicht mehr in die Sprechstunde kamen. Hier zeigt sich, dass die hohe Mobilität vor allem für die Verlaufskontrolle problematisch ist. Bei den sechs Frauen, die keine Sexarbeiterinnen waren,

wurden jeweils eine Seronarbe und ein therapiepflichtiges Stadium dokumentiert. Die Therapie wird über das dermatologische Ambulatorium im gleichen Stadtteil durchgeführt.

In der Gruppe der Sexarbeiterinnen mit Lues-Diagnose gab es sechs Schwangerschaften, alle in der fünften bis achten Schwangerschaftswoche, davon zwei erwünschte. Zwei Frauen hatten einen Spontanabort und zwei wünschten einen Abbruch. Auch hier sollte der Zusammenhang von Lues und Schwangerschaft im Blick behalten werden. Die Lues connata beim Neugeborenen wird zunehmend wieder diagnostiziert.

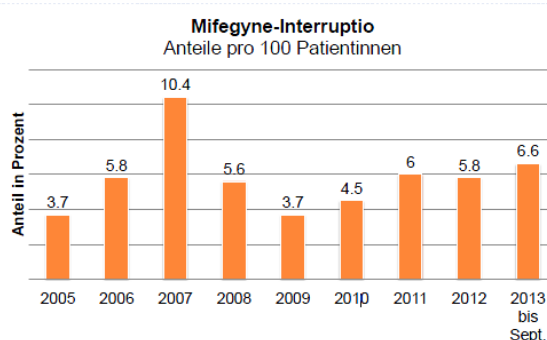
Schwangerschaften:

Die eigentliche Besonderheit bei der Betreuung von weiblichen Sexarbeiterinnen ist die Tatsache, dass es sich dabei meist um Frauen im reproduktiven Alter handelt. Damit ist das Thema von Schwangerschaft und Verhütung unumgänglich. Auch der Zusammenhang zwischen Schwangerschaft und STI ist bei der Gruppe der Sexarbeiterinnen besonders zu beachten. In unserer Sprechstunde wurden in diesem Jahr 123 Schwangerschaften festgestellt, das heißt 15 Prozent der Frauen, die kamen, waren schwanger. 74 Prozent der Schwangeren waren Sexarbeiterinnen, was ziemlich genau dem Anteil an Sexarbeiterinnen in unserer Sprechstunde entspricht. Drei der Schwangeren waren Drogenkonsumentinnen.

Bei den Nicht-Sexarbeiterinnen waren zwei Drittel der Schwangerschaften erwünscht, wohingegen das Verhältnis sich bei den Sexarbeiterinnen umgekehrt darstellte. Hier waren drei Viertel unerwünscht, was aber auch bedeutet, dass jede vierte Schwangerschaft durchaus erwünscht war. Hier wird deutlich greifbar, dass die Schwangerschaftsberatung in das Beratungssetting für Sexarbeiterinnen unbedingt hineingehört.

Wenn Frauen sich eine Schwangerschaft wünschen, sollte unbedingt eine präkonzeptionelle Beratung erfolgen. Viele Frauen sind beispielsweise nicht über die Möglichkeit der Folsäure-Substitution informiert. Weiterhin ist es präventiv empfehlenswert, über die Auswirkungen von Alkohol, Nikotin, Drogen, Medikamenten usw. auf das Kind aufzuklären. Eine Schwangerschaft mit sozialer Problematik ist nach dem ICD-Code unter die Risikoschwangerschaften zu zählen und sollte entsprechende Aufmerksamkeit erhalten. Der Zugang zu Schwangerenvorsorgeuntersuchungen sollte gesichert werden.

Bei unerwünschten Schwangerschaften sollte über die Rechtslage aufgeklärt werden. Gerade Frauen, die aus Ländern kommen, in denen der Schwangerschaftsabbruch nicht legal ist, sind häufig nicht oder nicht ausreichend über die gesetzlich verankerten Möglichkeiten in anderen Ländern informiert. Anschließend ist es wichtig, eine sichere Form des Schwangerschaftsabbruchs zur Verfügung zu stellen. In unserer Sprechstunde bieten wir seit 2005 medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche mit Mifegyne® an, eine Möglichkeit, die von ca. sechs Prozent unserer Patientinnen in Anspruch genommen wird (siehe Grafik).



Der Zugang zu einer sicheren und bedarfsgerechten Empfängnisverhütung sollte ebenfalls abgesichert werden. Bei uns sind alle medizinischen Methoden verfügbar und können direkt verabreicht werden. Dazu gehört auch das Einlegen von Spiralen oder Implantaten.

Krebsvorsorge

Die klassische gynäkologische Krebsvorsorge, der PAP-Abstrich, wird in der gynäkologischen Sprechstunde regelmäßig durchgeführt. Auffällige Befunde ergaben sich im Mittel der letzten Jahre bei 13 bis 15 Prozent der Patientinnen, wobei wiederum, unserem Klientel entsprechend, ca. drei Viertel der Betroffenen Sexarbeiterinnen waren. Höhergradige Veränderungen gab es sowohl bei den Sexarbeiterinnen als auch bei den anderen Frauen. 2012 konnten alle Veränderungen noch vor dem invasiven Stadium erkannt werden. In dieser Gruppe gab es fünf Schwangerschaften.

Fazit

Das Untersuchungsspektrum für eine medizinische Grundversorgung von Sexarbeiterinnen unterscheidet sich nicht von dem anderer Frauen. Allerdings lässt sich eine unterschiedliche Gewichtung der einzelnen Elemente feststellen. Schwerpunkte liegen vor allem bei den sexuell übertragbaren Erkrankungen, der Schwangerschaftsverhütung und dem breiten Feld von Prävention und Beratung.

Besonderheiten der STI-Diagnostik und -Therapie bei männlichen Sexarbeitenden

Heinrich Rasokat

Männliche Sexworker (MSW) haben, wenn ihre Tätigkeit darin besteht, mit Männern Sex zu haben, ein ebenso hohes Risiko für STI wie Schwule mit häufig wechselnden Sexualpartnern. Folgende STI gefährden insbesondere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM): AIDS (HIV), Humane Papilloma Virus-Infektionen (HPV), Hepatitis B, Hepatitis C, Herpes genitalis (HSV-1 und -2), Syphilis (Lues), Tripper (Gonorrhö), Chlamydien, Lymphogranuloma venereum (Venerische Lymphknotenentzündung, LGV), Mycoplasmen, Staphylokokken, Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA), Meningokokken, Skabies (Krätze). Gegen einige der Erreger wie Meningokokken, Hepatitis B und HPV stehen Impfungen zur Verfügung.

Da es sich bei MSW um eine Risikogruppe handelt, wäre es angebracht einen engmaschigen, möglichst alle drei Monate stattfindenden STI-Check durchzuführen, ein Impfprogramm aufzulegen und regelmäßig zu kontrollieren sowie die Sexarbeiter durch niedrigschwellige Angebote zu präventivem Verhalten zu überzeugen. Eine Untersuchung in kurzen Zeitabständen wäre auch für die HIV-Prävention wichtig, da durch die Früherkennung der Krankheit die Weiterverbreitung minimiert werden kann und zudem bessere Therapieerfolge möglich sind. Während derartige Gesundheitsangebote für schwule Männer wie auch im Bereich der legalisierten Prostitution als selbstverständlich akzeptiert sind, klingen sie im Kontext männlicher Sexarbeit vorgeschlagen im besten Fall provokant und jedenfalls unrealistisch.

Gesundheitsangebote für männliche Sexworker – was es gibt

Dennoch gibt es wenige vorzeigbare Projekte. Als Beispiel sei auf den Kölner Verein LOOKS e.V. verwiesen, der Angebote speziell für MSW entwickelt hat. Ähnliche Vereine und Angebote stehen auch in anderen deutschen Großstädten zur Verfügung, allerdings nicht in kleineren Städten und ländlichen Regionen.

LOOKS bietet an zwei Tagen in der Woche einen sogenannten „offenen Anlaufstellenbetrieb“ an. Dort gibt es eine warme Mahlzeit und Getränke, die Klienten können duschen und ihre Wäsche waschen, und es stehen ihnen Ruhemöglichkeiten sowie kostenlose Schließfächer zur Verfügung. Außerdem gibt es eine ärztliche Sprechstunde in Kooperation mit dem Gesundheitsamt Köln. Die Ausrichtung des Angebots zielt offensichtlich auf Jungen und Männer, die wenig Geld haben, vielleicht sogar wohnsitzlos sind und keine Krankenversicherung haben.

LOOKS schätzt, dass es in Köln um die tausend junge Männer gibt, die anschaffen. Nur etwa ein Drittel nehmen die Angebote des Vereins wahr. Looks hatte im Jahr 2012 336 Klienten und 2484 Kontakte und Beratungen (LOOKS 2012). Der Verein erfasst nur einen Teil der MSW, denn beispielsweise MSW, die in gehobenen Clubs arbeiten, oder gut verdienende Callboys können sich sicherlich einen anderen Lebensstandard leisten und sind nicht auf die Versorgung durch LOOKS angewiesen. Die meisten Klienten von LOOKS sind zwischen 18 und 27 Jahren alt. Sie kommen aus einer Vielzahl von Herkunftsländern, die größten Gruppen waren 2012 Deutsche (18 %), Rumänen (18 %) und Bulgaren (23 %) (siehe Tabelle). Insbesondere die Armutsflüchtlinge aus Süd-Osteuropa, die mit der Hoffnung auf Arbeit nach Deutschland kommen, für die der Arbeitsmarkt aber zumeist verschlossen bleibt, landen offensichtlich häufig in der Prostitution.

NATIONALITÄTEN	
deutsch	60
nicht deutsch	276
Bulgarisch	78
Rumänisch	62
Unbekannt	42
Osteuropa sonstiges (z.B. Kosovo)	24
Polnisch	15
Westeuropäisch	14
Lateinamerikanisch	11
Türkisch	9
Nordafrikanisch	5
Spanisch	5
Arabisch	4
Sonstiges	4
Tschechisch	2
Asiatisch	1
ALTER	
U 18	3
18 - 21	46
21 - 27	265
Ü 27	22

Nationalitäten und Alter der Klienten von LOOKS e.V., Köln, 2012 (N=336)

Eine aktuelle Untersuchung, die die Gruppe der auf der Straße arbeitenden MSW aus Bulgarien und Rumänien in acht deutschen Städten in den Blick nahm, nennt sehr vielfältige Gründe dafür, dass diese Männer ärztliche Dienste aufsuchen (Castañeda 2013). 77 Prozent der Klienten, die bei der Berliner Anlaufstelle für MSW subway im Jahr 2012 medizinische Hilfe in Anspruch nahmen, kamen nicht wegen Problemen mit STI. Die Frankfurter Stelle KISS nennt ebenfalls sehr unterschiedliche Motive, von Atemwegserkrankungen, Hautkrankheiten und urologischen Problemen bis hin zu Rücken-, Kopf- und Zahnschmerzen, aber auch Verletzungen als Gewaltfolge. subway verzeichnete 2011 insgesamt 38 STI-Diagnosen bei 364 Kontakten, davon Gonorrhö zehnmal (3 %), Syphilis siebenmal (2 %), Condylomata acuminata fünfmal (1,5 %), Hepatitis C fünfmal (1,5 %) und Hepatitis B einmal (<1 %).

Eine andere Studie von 2008 aus Dortmund ergab, dass immerhin die Hälfte der befragten MSW gegen HBV geimpft war. Allerdings hatte weniger als die Hälfte jemals einen STI-Check durchlaufen (46 %) und davon nur etwa ein Viertel innerhalb der letzten zwei Jahre (Steffan/Solokowski 2008).

Diese wenigen Daten zeigen, dass die Realität von einer optimalen Versorgungssituation weit entfernt scheint.

Das Fazit, das Looks in seinem Jahresbericht 2012 in Hinsicht auf die aktuell sehr große und wachsende Gruppe der MSW aus Süd-Osteuropa zieht, scheint dramatisch, aber realistisch:

„Die strukturelle gesundheitliche Versorgung dieser Menschen ist völlig ungeklärt und basiert derzeit größtenteils auf ehrenamtlichem Engagement. Inzwischen haben sich einige rumänische und bulgarische Klienten mit dem HI-Virus angesteckt. Wegen fehlender Krankenversicherung bleiben diese Menschen unbehandelt. Die offensichtlichen deutschen HIV-Präventionserfolge werden so sehenden Auges aufs Spiel gesetzt ... Dies gilt jedoch nicht nur für die HIV-Prävention, sondern betrifft auch weitere Erkrankungen.“ (LOOKS 2012)

STI – besondere Gefahren heute

In Deutschland werden stetig ansteigende Syphilisinfectionen beobachtet. 2002 gab es über 1000 Neuinfektionen pro Jahr, 2012 schon über 4000. Diese Neuinfektionen betreffen überwiegend Männer. Allerdings betrug der Anstieg der Neuinfektionen von 2011 auf 2012 bei Männern 19 Prozent und bei Frauen 24 Prozent (RKI: SurvStat). Es ist sehr wichtig, diese Entwicklung im Blick zu behalten. Zwar ist die Inzidenz von Syphilis noch immer ein Problem der Ballungszentren, aber man muss inzwischen auch in der Fläche mit ihr rechnen (siehe Tabelle).

Inzidenz von Syphilis 2012 nach Städten auf 100.000 Personen (Gilsdorf 2013)	
Köln	28,4
München	22,9
Berlin	20,9
Essen	19,4
Frankfurt	18,5
Münster	16,8
Düsseldorf	15,2
Mannheim	14,9
Hamburg	14,2
Offenbach	13,9

Die Gonorrhö ist schwer zu behandeln, weil Cefixim vor allem in Problempopulationen häufig nicht mehr gut wirkt. In ganz Europa breitet sich die Typgruppe G1407 der Gonokokken aus (Chisholm et al. 2013), die ein Multiresistenzverhalten aufweist. Diese Erreger sind kaum noch empfindlich auf Cefixim (Cephoral® u.a.), Ceftriaxon (Rocephin® u.a.), Azithromycin (Zithromax® u.a.) und resistent gegenüber Ciprofloxacin (Ciprobay® u.a.). 2009/10 war diese Typgruppe in 13 Ländern Europas das häufigste Isolat, in 20 von 21 Ländern ist sie prävalent. Europaweit sind 23 Prozent der Isolate zu dieser Typgruppe zu zählen, in Deutschland 28 Prozent. 54 Prozent der G1407-Isolate stammen von heterosexuellen Frauen und Männern. Es handelt sich also um ein Problem, das nicht nur MSM betrifft.

Gesundheitsangebot für männliche Sexworker – was wir brauchen

Das Gesundheitsangebot für männliche Sexworker wird bisher nicht in einem professionellen Rahmen angeboten. Es sollte darauf hingearbeitet werden, dass diese besonders vulnerable Gruppe mehr Beachtung findet und eine normale medizinische Versorgung in adäquaten Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt wird.

Insbesondere folgende Aspekte sind dabei zu verwirklichen:

- ⌚ Alle drei Monate STI-Check – Untersuchung auf die entsprechenden Erreger (Serologie und Abstriche)
- ⌚ Regelmäßige sorgfältige klinische Inspektion (z.B. Anuskopie)
- ⌚ Überprüfung der relevanten Impfungen (HBV, HPV).
- ⌚ Angebot der verschiedenen Therapien: bei Syphilis Benzathin-Penicillin, bei Gonorrhö Ceftriaxon IV plus Azithromycin oral, bei HIV Therapie mit Atripla®, Eviplera®, Stribild®
- ⌚ Explorierend-edukatives Gespräch über Möglichkeiten individueller Verhaltensprävention

Literatur:

Castañeda H. (2013): Structural vulnerability and access to medical care among migrant street-based male sex workers in Germany. In: Social Science & Medicine 84: 94–101.

Chisholm S. et al. (2013): Molecular epidemiological typing within the European Gonococcal Antimicrobial Resistance Surveillance Programme reveals predominance of a multidrug-resistant clone. In: Eurosurveillance 18: 14–23.

Gilsdorf A. (2013): Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2012. Berlin: RKI.

LOOKS (2012): Jahresbericht, www.looks-ev.de/wp-content/uploads/JaBe_2012.pdf, Zugriff: 11.12.2013.

Steffan E. / Sokolowski S. (2008), Stricherstudie „östliches Ruhrgebiet 2008. Studie zur Lebenslage von Strichern / mann-männlichen Prostituierten im östlichen Ruhrgebiet/Dortmund: Eine Bedarfsanalyse. Eine Studie im Auftrag der AIDS-Hilfe Essen e.V. in Kooperation mit der AIDS-Hilfe Dortmund e. V. mit besonderer Förderung des Landesverbandes der AIDS-Hilfen in NRW, AIDS-Hilfe NRW e.V., Köln.

Diagnostik mittels STI-Multiplex-Detektion

Markus Schmitt

Insgesamt gibt es nach Schätzung der WHO von 2008 jährlich 500 Millionen neue Fälle heilbarer STI weltweit bezogen auf Syphilis, Gonorrhö, Chlamydien und Trichomoniasis. Die Kosten, die STI für das Gesundheitssystem verursachen, bewegen sich im Bereich mehrerer Milliarden Euro. STI sind ein wichtiger Faktor bei Unfruchtbarkeit von Männern und Frauen. Die Hälfte der neuen STI-Fälle treten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 24 Jahren auf. Hinzu kommt, dass es sehr wenig gute Studien in diesem Bereich gibt und dass für viele geografische Regionen epidemiologische Daten fehlen. Auch in Deutschland gibt es große Wissenslücken im Bereich STI.

Wichtige für STI verantwortliche Erreger sind in der Tabelle unten zusammengestellt.

Bakterielle Infektionen	Virale Infektionen	Parasiten
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (Gonorrhö, pelvic inflammatory disease (PID), Unfruchtbarkeit)	Human immunodeficiency virus (AIDS)	<i>Trichomonas vaginalis</i> (Trichomoniasis, Cervicitis, Vaginitis)

Chlamydia trachomatis (Cervicitis, PID, Unfruchtbarkeit, Urethritis)	Herpes-simplex-Virus HSV-1 und HSV-2 (Herpes genitalis)
Treponema pallidum (Syphilis)	Humanes Papillomavirus (Genitalwarzen, Gebärmutterhalskrebs bei einigen Typen)
Haemophilus ducreyi (Ulcus molle)	Hepatitis-B-Virus (Hepatitis, in chronischen Fällen Leberkrebs)
Mycoplasma genitalium (Cervicitis, PID, Unfruchtbarkeit, Urethritis)	
Ureaplasma urealyticum (Prostatitis, Unfruchtbarkeit, Urethritis)	

Es gibt außerdem einige Erreger, die bei gesunden Menschen vorkommen und die nur unter bestimmten Bedingungen eine Erkrankung hervorrufen.

Bei der Bakteriellen Vaginose besteht zum Beispiel ein Ungleichgewicht zwischen dem normal vorkommenden Lactobazillus und dem Atopobium vaginae und Gardnerella vaginalis. Risikofaktoren für diese Erkrankung sind vaginale Duschen, die in manchen Kulturkreisen üblich sind, sowie die Verwendung von Antibiotika. Die Diagnostik beruht meist auf Amsel- oder Nugent-Scores. Neue Tests führen auch hier einen Nachweis mittels PCR durch, also eine Untersuchung des bakteriellen Erbguts. Allerdings befinden sich diese Erreger auch sehr häufig in der Vaginalflora gesunder Frauen, deswegen können PCR-Tests leicht zu falsch positiven Ergebnissen führen. Hier ist es wichtig, quantitative Bestimmungen durchzuführen.

Dasselbe gilt für Candida (albicans, glabrata und krusei): Erst wenn diese Hefepilze übermäßig vorkommen, kann sich eine Candidiasis (vaginal thrush) ergeben, sie sind aber auch häufig bei nicht erkrankten Frauen vorhanden.

Ein neues Verfahren: STI-Profiling (STIP)

Zwar können Bakterien mit PCR-Tests nachgewiesen werden, aber die Tests konzentrieren sich zumeist auf einen Erreger. Wir haben nun ein Verfahren entwickelt, viele Erreger in einer Multiplex-Reaktion zusammen nachzuweisen, das sogenannte STI-Profiling oder STIP. Die in diesem Verfahren erfassten Erreger sind in der Tabelle rechts aufgeführt. Mit STIP lassen sich auch die Erreger von Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae und Lactobacillus iners quantifizieren.

Außerdem werden verschiedene Performance-Kontrollen und DNA-Qualitätskontrollen durchgeführt, um auf Inhibitoren in der PCR zu screenen und abzusichern, dass überhaupt DNA vorhanden war.

Ausgangsmaterial sind vaginale und zervikale Abstriche und Erststrahlurin, an dem eine DNA-Isolierung mit einer Multiplex-PCR durchgeführt wird. Alle in der Tabelle rechts aufgeführten Erreger können gleichzeitig amplifiziert werden. Wir erhalten dann eine Mischung von verschiedenen PCR-Produkten, die den weiteren Prozess durchläuft.

Chlamydia trachomatis
Neisseria gonorrhoeae
Treponema pallidum
Trichomonas vaginalis
Herpes Simplex Virus 1
Herpes Simplex Virus 2
Atopobium vaginae
Gardnerella vaginalis
Mycoplasma genitalium,
M. hominis, M.
pneumonia, M.
spermatophilum
Ureaplasma urealyticum,
U. parvum
Candida albicans, C.
glabrata, C. krusei,
andere Candida
Lactobacillus iners,
andere Lactobacilli

Die Methode ist extrem sensitiv und auch die Spezifität sehr hoch. Die Ergebnisse des STI-Profilings wurden mit Ergebnissen kommerziell verfügbarer quantitativer qPCRs, durchweg Singleplex- bzw. Duplex-qPCR-Verfahren, verglichen. Die Konkordanz beider Verfahren lag bei allen Erregern bei über 95 Prozent. Die klinische Exaktheit des Verfahrens für die Erreger der Bakteriellen Vaginose (BV) und Candida war ebenfalls sehr hoch im Vergleich zu herkömmlichen Verfahren.

Fazit

STIP erbringt in einem hoch sensitiven und spezifischen Verfahren Ergebnisse für 19 STI in einer einzigen Reaktion. Im Vergleich zu kommerziell erhältlichen PCR zeigen sich sehr hohe Übereinstimmungen. Bei Bakterieller Vaginose und Candidiasis ergibt das Verfahren ein Ergebnis mit hoher klinischer Genauigkeit.

Wir sind nicht allein: das Mikrobiom in Gesundheit und Krankheit **Martin Ehrenschwender**

Das Mikrobiom, also die Gesamtheit aller Bakterien, die den menschlichen Körper besiedeln, und die Einflüsse dieser Mikroorganismen auf Gesundheit und Krankheitsentstehung beim Menschen ist aktuell ein sehr wichtiges Thema in der Forschung. Das Mikrobiom steht in enger Interaktion mit seinem Wirt: Positive wie negative Auswirkungen des Mikrobioms lassen sich im gesamten menschlichen Körper finden. In Reaktion auf Krankheitserreger bildet der Körper Defensine – das Defensinom interagiert wiederum mit dem Mikrobiom und mit weiteren körpereigenen Prozessen. Die komplexen Wechselwirkungen werden nach und nach erfasst und mit Blick auf neue Therapieoptionen für altbekannte Krankheiten verwertet.

Die Entdeckung des Mikrobioms ist schon sehr alt. Bereits 1677 hat Antony van Leeuwenhoek (1632–1723) in einem Vortrag vor der Royal British Society festgestellt, “that the people living in our United Netherland are not as many as the living animals that I carry in my own mouth this very day“. Diese Bemerkung ist sicherlich richtig: Der Mensch hat 10^{13} Zellen, aber 10^{14} Bakterien besiedeln seinen Körper. Drei bis acht Prozent unseres Genoms bestehen aus integrierten viralen Sequenzen. Das menschliche Genom hat ungefähr 23.000 Gene, das humane Mikrobiom nach aktuellen Schätzungen sicherlich weit über eine Million.

Das Mikrobiom in der Wissenschaft

Es gibt drei große Verbünde, die die Forschung zum Mikrobiom koordinieren: das US-amerikanische Human Microbiome Project und sein europäisches Korrelat MetaHIT, welches mittlerweile größtenteils im International Human Microbiome Consortium aufgegangen ist. Weltweit werden im Moment beträchtliche Summen für Mikrobiom-Forschung ausgegeben.

Der starke Aufschwung der Forschung ist darauf zurückzuführen, dass bis vor einigen Jahren die adäquate Untersuchung des Mikrobioms technisch noch nicht möglich war. Aufgrund der bloßen Anzahl kann die Gesamtheit aller Bakterien mit einer normalen Bakterienkultur nicht erfasst werden. Dies ist nur durch Erbgut-Analysen möglich. Das klassische Verfahren der DNA-Sequenzierung, die Sanger-Sequenzierung, ist allerdings extrem aufwendig und teuer. Erst seit einigen Jahren steht eine

günstigere und einfachere Methode zur Verfügung, das *Next Generation Sequencing*. 2001 kostete die Sequenzierung eines Genoms 100 Millionen US-Dollar, heute um die 6.500. Erst durch diesen Preisverfall konnte die Forschung vermehrt Mikrobiom-Analysen durchführen.

Auch die Anzahl der Publikationen zum Mikrobiom ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Allein 2012 sind über 25 Publikationen zum Mikrobiom in Zeitschriften der Nature Publishing Group erschienen. Die Forschungen ergaben, dass die Untersuchung des Mikrobioms auch für Diagnostik und Therapie sinnvolle Ergebnisse liefern kann.

Diversität des Mikrobioms

Das Kind im Mutterleib hat kein Mikrobiom. Im Geburtskanal entsteht der erste Kontakt zu Mikroorganismen und nach der Geburt bildet sich nach und nach über die Migration von der Haut und die Aufnahme über den Gastrointestinaltrakt oder die Umgebung das Mikrobiom heraus. An verschiedenen Stellen seines Körpers bildet der Mensch unterschiedlich zusammengesetzte Mikrobiome. Das Mikrobiom ist also nicht stabil vorzustellen, sondern es ist je nach Körperregion anders zusammengesetzt. Zudem verändert es sich im Laufe des Lebens. Auch Eingriffe von außen wandeln die Zusammensetzung des Mikrobioms, so verändert etwa eine orale Antibiotikagabe das Darmmikrobiom.

Um Aussagen über die Veränderung des Mikrobioms als Folge oder Auslöser einer Krankheit machen zu können, muss zunächst die Normalflora, also die Flora bei einem gesunden Menschen, bestimmt werden. Auf Grund der sehr unterschiedlichen individuellen Zusammensetzung des Mikrobioms ist dies schwierig. Eine Studie von 2009 hat mithilfe von Speichelproben das Mikrobiom in der Mundhöhle von drei Probanden analysiert und folgende Schnittmengen festgestellt: 1660 Einzelsequenzen, gut 380 Arten, und 81 verschiedene Bakteriengattungen konnten übereinstimmend bei den drei Probanden gefunden werden (Zaura et al. 2009). In einer weiteren Studie wurden Speichelproben von 120 Probanden genommen und 101 bekannte Bakteriengattungen bestimmt (Nasidze et al. 2009). Insgesamt konnte eine große Diversität an Keimen in der Mundhöhle festgestellt werden.

Das Darmmikrobiom und Krankheiten

Das größte Mikrobiom des Menschen ist das Darmmikrobiom mit einer totalen Masse von ca. 1,5 Kilogramm. Die meisten Plasma-Metabolite, die bei einer Blutprobe detektiert werden, sind bakteriellen Ursprungs. Daraus folgt, dass das Darmmikrobiom eine wichtige Funktion im Stoffwechsel hat. Die bakterielle Besiedlung ist für den Menschen als Wirt eine sehr günstige Symbiose, weil die Mikroorganismen die Nahrungsverwertung unterstützen und Schutz vor Infektionen bieten. Das Darmmikrobiom hat bei vielen Erkrankungen größeren Einfluss als der genetische Hintergrund eines Menschen.

Vergleicht man die Bakterienbesiedlung im Darm von gesunden Probanden mit derjenigen von Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen, so fallen Verschiebungen im Mikrobiom auf. Es stellt sich die Frage, ob diese Verschiebungen Ursache der Erkrankung oder Sekundäreffekte sind, die durch die Krankheit ausgelöst wurden.

Eine Studie aus dem Jahr 2006 widmete sich dieser Fragestellung (Turnbaugh et al. 2006). Das Mikrobiom einer Maus, die aufgrund eines Gendefekts fettleibig war, wurde mit dem einer normalen Maus verglichen. Bei der normalen Maus herrschte die Bakteriengattung Bacterioidetes vor, bei der übergewichtigen Firmicutes. Den Mäusen wurden Stuhlproben entnommen und anderen Mäusen, die unter keimfreien Bedingungen aufgewachsen waren und also kein eigenes Mikrobiom entwickelt hatten, transplantiert. Die Gewichtszunahme war bei den Mäusen, denen das Mikrobiom der fettleibigen Maus eingepflanzt worden war, deutlich ausgeprägter, obwohl bei diesen Mäusen kein Gendefekt vorlag. Daraus lässt sich schließen, dass das Darmmikrobiom entscheidend die Nahrungsverwertung und damit das Gewicht beeinflusst.

In Tierversuchen mit Ratten und Mäusen konnte außerdem nachgewiesen werden, dass die Zusammensetzung der Darmflora die Größe eines Herzinfarkts (Lam et al. 2012) sowie andere kardiovaskuläre Erkrankungen (Wang et al. 2011) beeinflusst.

Das Darmmikrobiom ist auch entscheidend für die Entstehung von Diabetes. In der fortgeschrittenen Schwangerschaft kann es aufgrund der Gewichtszunahme zu einer Insulindesensibilisierung bis hin zur Schwangerschaftsdiabetes im dritten Trimester kommen. Das Darmmikrobiom ist bei Schwangeren im ersten und dritten Trimester der Schwangerschaft sehr different. Durch Mikrobiom-Transplantationen in keimfreie Mäuse ließ sich nachweisen, dass die Veränderung des Mikrobioms für die Insulindesensibilisierung mitverantwortlich ist (Koren et al. 2012).

Therapieoption Mikrobiom?

Abschließend soll noch kurz auf die Frage eingegangen werden, ob der bewusste Eingriff in das Mikrobiom eine Therapieoption darstellt. Aktuell gibt es drei Methoden, das Mikrobiom therapeutisch zu verändern: (1) die orale Antibiotikagabe, (2) die Mikrobiom-Transplantation und (3) die gezielte Gabe von Mikroorganismen in Form von definiert zusammengesetzten Pharmabiotics. Das größte Hindernis für die neuen Therapieoptionen ist, dass ein gezieltes Vorgehen bislang noch nicht möglich ist, da zu wenige Daten zur optimalen Zusammensetzung des Mikrobioms existieren.

Einen deutlichen Therapieerfolg hat man bei der Bekämpfung des Durchfallerregers *Clostridium difficile* erzielt. Infektionen mit diesem Keim können lästige bis lebensbedrohliche Durchfallerkrankungen auslösen. 2012 wurde eine Fallserie veröffentlicht, bei der bei 27 Patienten mit rezidivierenden *Clostridium difficile*-Infektionen eine Mikrobiom-Transplantation vorgenommen wurde, von denen 93 Prozent durch den Eingriff geheilt wurden (Kassam et al. 2012).

Auch für folgende weiteren Erkrankungen wird die Wirksamkeit von Mikrobiom-Transplantationen diskutiert: Atherosklerose, ITP, Typ 2 Diabetes, Reizdarmsyndrom, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Fettleibigkeit, Fettleber, Multiple Sklerose und Chronisches Müdigkeitssyndrom. Die Evidenz ist allerdings zum Teil noch recht dürftig. Die meisten Daten gibt es bislang für die Behandlung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen.

Literatur:

Kassam Z et al. (2012): Fecal transplant via retention enema for refractory or recurrent *Clostridium difficile* infection. In: Arch Intern Med. 172(2): 191–3.

Koren O et al. (2012): Host remodeling of the gut microbiome and metabolic changes during pregnancy. In: Cell 150(3): 470–80.

Lam V et al. (2012): Intestinal microbiota determine severity of myocardial infarction in rats. In: FASEB J. 26(4): 1727–35.

Nasidze I et al. (2009): Global diversity in the human salivary microbiome. In: [Genome Res.](#) 19(4): 636–43.

Spor A et al. (2011): Unraveling the effects of environment and host genotype on the gut microbiome. In: Nature Reviews Microbiology 9: 279–90.

Turnbaugh PJ et al. (2006): An obesity-associated gut microbiome with increased capacity for energy harvest. In: Nature 444: 1027–31.

Wang Z et al. (2011): Gut flora metabolism of phosphatidylcholine promotes cardiovascular disease. In: Nature 472: 57–63.

Zaura E et al. (2009): Defining the healthy "core microbiome" of oral microbial communities. In: BMC Microbiology 9: 259.

Erreger gegen Wirt

Abstracts der Vorträge:

Kamran Ghoreschi beschäftigte sich einleitend mit der erworbenen Immunantwort und der wichtigen Rolle der T-Helferzellen bei diesen Vorgängen. T-Helferzellen lassen sich in Subgruppen einteilen, die jeweils bestimmte Pathogene besonders effektiv bekämpfen. T-Helferzellen werden bei HIV depletiert, weswegen nur eine eingeschränkte adaptive Immunantwort auf den HI-Virus möglich ist, die aber durch eine antiretrovirale Therapie wiederhergestellt werden kann.

Georg Stary stellte anschließend neue Forschungen zur protektiven Immunität gegen Chlamydien-Infektionen vor. Mithilfe spezieller Nanopartikel konnte ein vielversprechendes Impfdesign gegen Chlamydien entwickelt und im Mausmodell nachgewiesen werden. Dabei sind CD4-Gedächtniszellen in der Schleimhaut für die Immunantwort entscheidend – möglicherweise der erste Schritt zu einer Impfung gegen Chlamydien.

Im Anschluss präsentierte Ulrike Wieland Zahlen zu anogenitalen HPV-Infektionen bei HIV-positiven MSM aus der Ruhr-Kohorte. Aus diesen Zahlen lässt sich schließen, dass diese Gruppe zum Beispiel ein deutlich erhöhtes Risiko für Analkarzinome hat, die sich zudem sehr schnell entwickeln (innerhalb von acht Monaten im Mittelwert). Deswegen sind HPV-Impfung und ein jährliches Screening für HIV-positive MSM dringend zu empfehlen.

Miriam Reuschenbach beschäftigte sich mit HPV-Vakzinen und stellte zunächst die vorhandenen Impfungen kurz vor, um dann vor allem auf neue Impfkonzeppte einzugehen. Ein zukunftsweisendes Konzept versucht, Immunantworten gegen Eiweiße zu erzeugen, die in HPV-assoziierten Krebsvorstufen gebildet werden. Damit wäre man auf dem Weg zu einer therapeutischen Impfung.

Die angeborene Immunantwort bei Syphilis und Gonorrhö untersuchte Mario Fabri in seinem Vortrag näher. Bei beiden Infektionen lassen sich langanhaltend blutspezifische Antikörper nachweisen, was aber nicht vor einer Reinfektion schützt. Zur angeborenen Immunität gegenüber Treponema pallidum gibt es nur sehr wenige Studien, von denen einige im Vortrag vorgestellt wurden. Sowohl bei Neisseria gonorrhoeae als auch bei Treponema pallidum sind vor allem pattern-recognition Rezeptoren zentral für die körpereigene Immunantwort.

Dagmar Heuer gab einen Einblick in die Biologie von Chlamydien und wies Wege auf, wie die molekularen Vorgänge bei einer Chlamydieninfektion vielleicht in der Zukunft für neue therapeutische oder diagnostische Möglichkeiten genutzt werden können. Hier scheint vor allem der Nährstofftransport, konkret die gezielte Hemmung der Lipidaufnahme, ein aussichtsreicher Ansatzpunkt zu sein.

Abschließend beschäftigte sich Anja Potthoff mit Fallstricken in der STI-Diagnostik. Sie behandelte insbesondere Gründe für die gynäkologische Unterversorgung von HIV-Patientinnen, fehlende Infrastruktur und Ressourcen bei Screening, Impfung und diagnostischem Angebot, aber auch mangelnde Kenntnis in Bezug auf Diagnostik und Therapie von STI bei niedergelassenen ÄrztInnen.

Erworbene Immunität bei STI

Kamran Ghoreschi

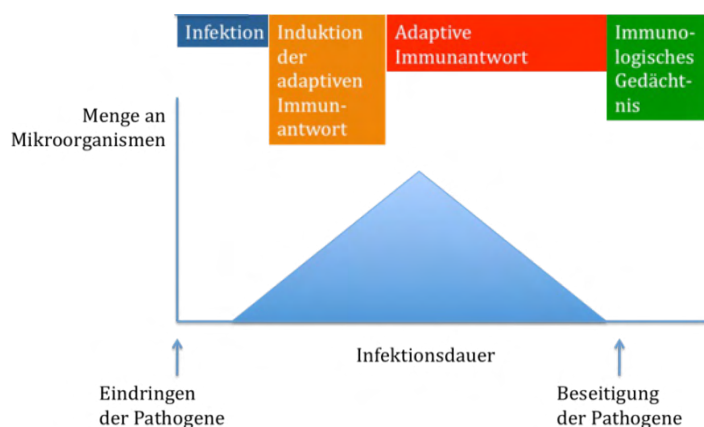
Es soll im Folgenden um die erworbene Immunantwort gehen. Im Gegensatz zur angeborenen Immunantwort, die fremde oder pathogene Strukturen über angeborene Mechanismen erkennt und meist sehr rasch, aber auch sehr unspezifisch reagiert, ist die adaptive oder erlernte Immunantwort erworben. Sie kann relativ spezifisch, aber auch flexibel auf pathogene Strukturen reagieren. Dabei spielen vor allem T-Lymphozyten eine wichtige Rolle.

Was passiert bei einer adaptiven Immunantwort im Organismus?

Bei einem Zeckenstich beispielsweise reagiert das Immunsystem, sobald Borrelien in die Hautoberfläche eingedrungen sind. Lokal vorhandene Sensorzellen schlagen Alarm und setzen die angeborene Immunantwort in Gang. Mediatoren werden ausgeschüttet. Es kommt zu einer lokalen Entzündungsreaktion. Die Sensorzellen wandern daraufhin in die lokalen Lymphknoten und aktivieren dort die Lymphozyten. Jetzt beginnt die erlernte Immunantwort: Die Sensorzellen präsentieren den Lymphozyten Bakterienbestandteile, diese reagieren und wandern aus den Lymphorganen aus und zurück in die Haut, an die Stelle, wo die Bakterien eingedrungen sind. Die Immunantwort kann zellulär sein oder zur Produktion von Antikörpern führen. Um die Infektionsstelle bildet sich ein geröteter Ring als Immunantwort gegen das Bakterium.

Viele unterschiedliche Zellen sind an einer adaptiven Immunantwort beteiligt. Im Folgenden soll es vor allem um die CD4-positiven T-Helferzellen gehen. Sie sind durch ihre speziellen Oberflächenrezeptoren, insbesondere durch das CD4, charakterisiert. Die CD4-positiven T-Helferzellen bekommen Signale von den Sensorzellen und schütten unterschiedliche Botenstoffe aus. So interagieren sie mit anderen Zellen des Immunsystems, mit Makrophagen, mit Mastzellen, mit B-Lymphozyten, mit Granulozyten und auch mit Epithelzellen des betroffenen Gewebes.

Wenn eine Infektion stattfindet, setzt sich der Körper anfangs mit dem fremden Organismus auseinander. Dieser vermehrt sich in der Regel zunächst. Daraufhin wird die Immunantwort des Körpers in Gang gesetzt, zuerst die angeborene, die dann in die adaptive übergehen kann. Diese kann alleine oder mit medikamentöser Unterstützung das Pathogen abwehren und aus dem Körper entfernen. Danach werden die Informationen gespeichert, sodass die Zellen das Pathogen bei einem erneuten Kontakt viel schneller wiedererkennen und ihre Immunantwort deutlich rascher aktivieren können.



Modifiziert nach Janeway's Immunobiology

Was passiert, wenn die T-Helferzellen fehlen oder ihre Funktionalität gestört ist?

Die Severe Combined Immunodeficiency (SCID) ist eine angeborene Immunschwäche, bei der aufgrund von Genmutationen Defekte im Signalweg von Botenstoffen vorhanden sind. Die Patienten haben keine T-Lymphozyten und somit keine T-Helferzellen, keine Killerzellen, kaum funktionierende B-Lymphozyten. Außer dem Defekt im Immunsystem haben sie keine anderen Organabnormalitäten. Sie können folglich Infektionen kaum abwehren. Eine Stammzelltransplantation kann ihr Leben aber retten.

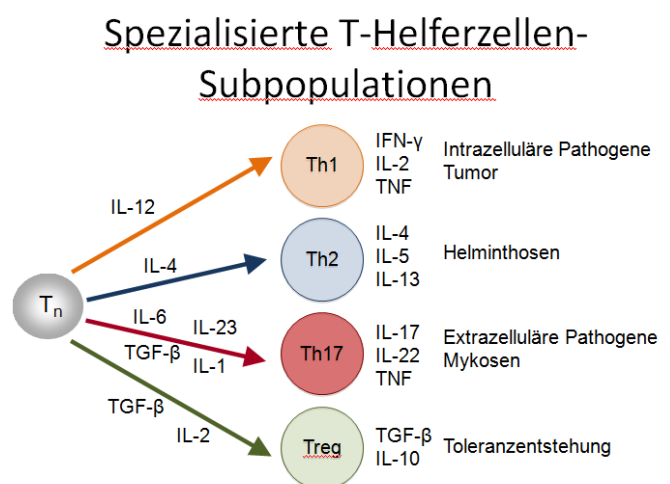
Die HIV-Infektion verursacht ebenfalls eine Immunschwäche, eine erworbene Immunschwäche. Der Virus erkennt den Rezeptor CD4 und Ko-Rezeptoren wie CCR5 und dockt an diese Rezeptoren an. Er infiziert die T-Helferzellen. Wenn sich der Virus im Körper vermehrt, kommt es zunächst zu einem akuten und später zu einem kontinuierlichen Abfall der CD4-positiven T-Helferzellen. Ab einer bestimmten Menge infizierter T-Helferzellen ist der Körper dann so anfällig für Infektionen, dass die Krankheit durch wiederkehrende Infekte symptomatisch wird.

Der Vorgang gewinnt an Komplexität, wenn man beachtet, dass die T-Helferzellen sich nach Subgruppen unterscheiden (vier Beispiele in der Grafik), und zwar primär durch die Sekretion unterschiedlicher Botenstoffe. Die einen sind eher zuständig für die intrazellulären Pathogene oder die Tumorumabwehr, die anderen wiederum für extrazelluläre Pathogene oder auch für Pilzinfektionen.

Infiziert man im experimentellen Modell eine Maus mit Mykobakterien, so entwickelt der Organismus eine Th1-Antwort und ist normalerweise in der Lage, den Infekt einigermaßen abzuwehren. Fehlt der Maus allerdings ein bestimmter für die Immunantwort verantwortlicher Botenstoff, in diesem Fall das Interleukin 12 (IL-12), so kann sie die Th1 Reaktion nicht ausführen und stirbt an der Infektion. Injiziert man ihr jedoch Th1-Zellen, so überlebt sie. Das heißt, eine bestimmte Untereinheit der T-Helferzellen kann entscheidend sein.

Eine solche Botenstoff-Defizienz kommt relativ selten auch beim Menschen vor, als angeborener Defekt. Menschen, die zum Beispiel von einer IL-12 Defizienz betroffen sind, leiden an wiederkehrenden schweren Infektionen, insbesondere mit Mykobakterien mit hoher Letalität.

Die Th1-Zellen produzieren Botenstoffe, wie Interferon-gamma und Tumornekrosefaktor, und interagieren mit Makrophagen. Es kommt zur Bildung von Granulomen in der Haut oder in anderen betroffenen Organen. Die Bakterien werden von den Makrophagen aufgenommen, und um die betroffenen Zellen bildet sich ein Lymphozytenwall. Erst wenn sich das Granulom wieder auflöst, weil



zum Beispiel das Immunsystem geschwächt ist, kommt es zur Aussaat der Bakterien. Bei einer Lues-Infektion reagiert der Körper ähnlich: Die CD8-positiven T-Zellen oder die humorale Immunantwort reichen meist nicht aus, um die Infektion mit *Treponema pallidum* zu kontrollieren. Auch hier sind es die Th1-Zellen, die die Erreger in Schach halten und die Infektion kontrollieren.

Bei einer Pilzinfektion mit *Candida* sind wiederum andere Botenstoffe aktiv und eine Th17-Immunantwort ist für die Abwehr der Infektion verantwortlich. Auch hier kommen manche Individuen aufgrund von genetischen Mutationen, die die Th17-Antwort beeinträchtigen, mit *Candida*-Infektionen nicht zurecht. Sie entwickeln an den Schleimhäuten, der Haut und weiteren Organen eine systemische Candidose. Diese Menschen haben also ausreichend T-Helferzellen, allerdings können sie einen spezifischen Subtyp, den Th17-Subtyp, nicht generieren.

Bedeutung von Th17-Zellen bei HIV

Die Th17-Zellen spielen auch bei HIV eine Rolle, denn ein Teil von ihnen exprimiert das Rezeptorprotein CCR5, einen der Ko-Rezeptoren, den der HI-Virus ansteuert. Bei einer HIV-Infektion kommt es so zu einer Verminderung der Th17-Zellen insbesondere in der Darmmukosa, wo Th17 Zellen vermehrt vorkommen. Dies hat zur Folge, dass die Granulozyten nicht mehr angereichert werden können, die Produktion von antimikrobiellen Peptiden geht zurück und die Abwehr von extrazellulären Bakterien ist eingeschränkt. Dieser Vorgang konnte in experimentellen Modellen nachgewiesen werden.

Aufgrund der Störung spezifischer T-Helferzellen-Immunantworten treten bei einer Immunschwäche folgende Infektionen besonders häufig auf und sind schlecht kontrollierbar:

- ⌚ Parasiten (*Toxoplasma* spp., *Cryptosporidium* spp., *Leishmania* spp., *Microsporidium* spp.)
- ⌚ intrazelluläre Bakterien (*Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium avium* intracellulare, *Salmonella* spp.)
- ⌚ Mykosen (*Pneumocystis jirovecii*, *Candida* spp.)
- ⌚ Viren (Herpes Simplex Virus, Cytomegalievirus, Varicella Zoster Virus)

Außerdem gibt es auch eine T-Helferzellen-Antwort, die gegen den HI-Virus selbst gerichtet ist. Obwohl auch während der akuten Infektion nur wenige Prozent der CD4-positiven T-Zellen durch den Virus infiziert sind, ist der Organismus nicht mehr in der Lage, mit einer ausreichenden Abwehr auf den HI-Virus zu reagieren. Eine frühe antiretrovirale Therapie kann die HIV-spezifische T-Helferzellen-Antwort wiederherstellen. HIV-positive Patienten mit sehr langsamem Krankheitsprogress zeigen typischerweise stärkere HIV-spezifische T-Helferzell-Antworten.

Zusammenfassung

Um STI zu kontrollieren und den Progress einer Infektion aufzuhalten, ist eine funktionierende Immunantwort notwendig. T-Helferzellen sind zentrale Spieler für effektive Immunantworten. Der Organismus benötigt spezialisierte T-Helferzellen, um bestimmte Pathogene zu bekämpfen. T-Helferzellen werden bei HIV depletiert, weswegen nur eine eingeschränkte adaptive Immunantwort auf den HI-Virus möglich ist, die aber durch eine antiretrovirale Therapie wiederhergestellt werden kann.

Zusammenfassung des Vortrags „Anogenitale HPV-Infektionen bei HIV-positiven MSM“ von Ulrike Wieland

Es gibt mittlerweile 170 komplett klassifizierte humane Papillomaviren. In unserem Zusammenhang interessieren nur die ungefähr 40 Arten, die den Genitaltrakt infizieren. Einige dieser HP-Viren können Krebs auslösen. HPV 16 ist der gefährlichste Typ für den Menschen und im Vergleich mit anderen krebsauslösenden HPV-Typen etwa zehnmal so onkogen.

Inzidenz von HPV

Das Risiko einer Frau, sich im Laufe ihres Lebens eine genitale HPV-Infektion zu erwerben, liegt bei über 80 Prozent, allerdings können die meisten Frauen innerhalb von sechs Monaten bis eineinhalb Jahren das Virus abwehren (Nijhuis et al. 2006; Schiffman et al. 2007; Vargas-Parada 2012). Bei Frauen sinkt die HPV-Prävalenz im Laufe des Lebens. Eine neuere Kohortenstudie mit Männern ergab, dass HPV-Infektionen auch bei gesunden, sexuell aktiven Männern sehr häufig vorkommen und dass die meisten Infektionen vorübergehend sind. Es zeigte sich eine hohe Inzidenz in allen Altersgruppen, bei Studienbeginn waren die Hälfte der 1159 Probanden HPV-positiv, nach einem Jahr gab es fast 40 Prozent Neuinfektionen. Die durchschnittliche Infektionsdauer betrug 7,5 Monate (Giuliano et al. 2011a).

Ein HPV-bedingtes Karzinom entsteht nach einer langen präkanzerösen Phase, zu der es erst kommt, wenn der Patient/die Patientin sich mit einem der Hochrisiko-Typen infiziert hat, die Infektion persistiert hat und eine Läsion entstanden ist. Dies ist in weniger als einem Prozent der Infektionen bei immunkompetenten Patienten der Fall (Wright/Schiffman 2003). Weltweit gesehen sind fünf Prozent aller menschlichen Karzinome HPV-bedingt, darunter fast alle Zervixkarzinome, vermutlich 88 oder mehr Prozent der Analkarzinome, ungefähr die Hälfte der Vulva-, Vagina- und Peniskarzinome und ein relativ hoher Anteil, wahrscheinlich über 50 Prozent, der Oropharynx- und insbesondere der Tonsillenkarzinome. Diese werden vor allem durch die HPV-Typen 16 und 18 ausgelöst (de Martel et al. 2012; Schiller/Lowy 2012).

HPV wird aufgrund des Zervixkarzinoms in erster Linie als problematisch für Frauen angesehen, tatsächlich betreffen von HPV ausgelöste Krebsarten sowie Genitalwarzen insgesamt sogar etwas

mehr Männer als Frauen. Die Hauptlast bei Männern liegt bei Genitalwarzen sowie bei Karzinomen im HNO-Bereich und Analkarzinomen.

Ein Problem stellen auch die potenziell gutartigen Feig- oder Genitalwarzen dar. Ungefähr ein Prozent der sexuell aktiven Bevölkerung hat Kondylome. Das geschätzte Lebenszeitrisko liegt bei etwa zehn Prozent, aber beispielsweise für junge Menschen in Großstädten wurde eine höhere Häufigkeit von 700 bis 900 Fällen auf 100.000 Personen pro Jahr festgestellt. Weltweit liegt die Inzidenzrate bei 160 bis 189 Fällen auf 100.000 Personen pro Jahr (Patel et al. 2013).

HPV bei HIV-positiven MSM

Seit mittlerweile zehn Jahren wird an den Unikliniken Köln und Bochum sowie in Oberhausen eine Kohorte von HIV-positiven MSM verfolgt (Ruhr-Kohorte). Von diesen Männern hatten 54 Prozent innerhalb der letzten 8 Jahre Kondylome, meistens anal (51 %), aber auch penil (9 %) und oral (3 %). 62 Prozent der Kondylome waren HPV 6- und HPV 11-assoziiert, wurden also von HPV-Typen ausgelöst, auf die der aktuell zugängliche Impfstoff abzielt. 38 Prozent der Kondylome enthielten andere HPV-Typen (Wieland/Kreuter 2011).

In der sogenannten HIM-Studie wurden 1626 gesunde Männer zwischen 18 und 23 Jahren auf orale HPV untersucht (Kreimer et al. 2013). Innerhalb von zwölf Monaten hatten 1,7 Prozent neue Infektionen von Hochrisiko-HPV-Typen. Fast alle überwandten die Infektionen innerhalb eines halben Jahres, und es gab nur wenige, bei denen oral HPV 16 an zwei Sammelterminen festgestellt wurde. Orale HPV-Infektionen sind folglich bei gesunden Männern relativ selten und fast immer vorübergehend. Trotz Medienecho und Panik anlässlich der Aussage von Michael Douglas, dass sein Krebsleiden auch durch Oralsex kommen könne, bezeugen aktuelle Studien, dass kein Grund zur Aufregung besteht. Innerhalb der Ruhr-Kohorte HIV-positiver MSM ergab sich allerdings ein etwas anderes Bild. Über sieben Jahre hinweg wurden 2391 Mundabstriche von 502 Männern entnommen (medianes Follow-up: 40 Monate). Im Studienverlauf war bei 38,4 Prozent mindestens einmal HPV nachweisbar, bei 27,5 Prozent HPV der Hochrisiko-Typen. Etwas über ein Drittel (37,3 %) der Männer, die jemals HPV hatten, entwickelten eine typspezifische Persistenz. Zwei Drittel der Patienten mit HPV-Persistenz waren Raucher. Der häufigste persistierende Typ war HPV 16 (36,7 %), aber fast zwei Drittel (63,3 %) der Patienten mit Hochrisiko-HPV-Infektionen hatten Typen wie HPV 33, 35 und 73, die vom Impfstoff nicht abgedeckt sind. Nur acht Prozent der Männer, also wesentlich weniger als HPV hatten, wiesen klinische Läsionen auf, zumeist Kondylome. Sechs niedriggradige und eine hochgradige orale intraepitheliale Neoplasie (OIN), also potenzielle Krebsvorstufen, wurden festgestellt. Keiner dieser Patienten hat bis heute ein orales Karzinom entwickelt.

Bei über der Hälfte der untersuchten HIV-positiven MSM der Ruhr-Kohorte (641 Männer / 1964 Abstriche / zwischen 2005 und 2012) wurde in der Penisregion schon beim ersten Abstrich HPV festgestellt, bei 40 Prozent waren es Hochrisiko-HPV-Typen, die auch Peniskrebsvorstufen (penile intraepitheliale Neoplasien = PIN) hervorrufen können. PIN ist bei Männern, die nicht HIV-infiziert sind, eine relativ seltene Erkrankung eher des höheren Lebensalters. Zwischen Oktober 2003 und August 2012 hatten 5,3 Prozent der untersuchten Männer (34/641) PIN jeglichen Grades, fast 3,6 Prozent hatten Vorstufen von Grad 2 und 3, und es gab auch zwei Peniskarzinome (0,3 %). Hier wird

deutlich, wie schnell sich diese Karzinome bei HIV-positiven Personen entwickeln können, denn die Männer kamen mindestens einmal im Jahr zur Untersuchung.

Der Analbereich ist bei HIV-positiven MSM am häufigsten von HPV betroffen: Bereits beim ersten Abstrich waren 90 Prozent der Ruhr-Kohorte HPV-positiv und über den gesamten Studienverlauf sogar 98 Prozent, das heißt dass nur neun Patienten die ganze Zeit HPV-negativ blieben. Auch hier kommt HPV 16 am häufigsten vor (bei 54 % der HPV+), aber insgesamt wurden sehr viele unterschiedliche HPV-Typen festgestellt. Nur ein Viertel der Männer hatten in diesem Studienzeitraum normale Zytologien, 72,6 Prozent hatten anale Dysplasien, 38,3 Prozent niedriggradige, über ein Drittel hochgradige und insgesamt 13 Patienten oder 2,5 Prozent hatten invasive Analkarzinome (Kreuter et al. 2010).

Analkarzinome sind in der Normalbevölkerung eher selten, aber drei Gruppen weisen ein deutlich erhöhtes Risiko auf, nämlich homosexuelle Männer, Frauen, die schon ein anderes HPV-induziertes Karzinom hatten, sowie Immunsupprimierte. Wenn, wie hier, zwei Risikogruppen zusammentreffen, HIV-positive MSM, dann ist das Risiko für diese Männer sehr hoch. Eine Studie aus den USA bestätigt dies: Die Inzidenzrate für Analkarzinome betrug dort pro 100.000 Personenjahren bei HIV-negativen Männern 2, bei HIV-positiven 57 und bei HIV-positiven MSM sogar 131 (Silverberg et al. 2012).

Aus den Daten der Ruhr-Kohorte ließ sich schließen, dass sich die Analkarzinome bei dieser Patientengruppe sehr schnell entwickeln können, im Mittelwert innerhalb von acht Monaten.

Um dem zu begegnen, wurde unter Federführung der Deutschen AIDS-Gesellschaft in Kooperation mit weiteren Fachgesellschaften eine Leitlinie zu Analen Dysplasien und Analkarzinomen bei HIV-Infizierten erstellt (unter: www.daignet.de/site-content/hiv-therapie/leitlinien-1). Die Leitlinie entwirft ein komplexes Screeninggeschehen, dessen Kernbotschaft darin besteht, dass alle HIV-Infizierten einmal pro Jahr ein Screening auf Analkarzinom durchlaufen sollten (also auch Frauen).

Die HPV-Impfung bei Männern

Aktuell gibt es zwei HPV-Impfstoffe: einen quadrivalenten gegen HPV 16, 18, 6 und 11 (Gardasil®) und einen bivalenten gegen HPV 16 und 18 (Cervarix®). Für Männer ist nur der quadrivalente Impfstoff von Interesse. In Deutschland wird die Impfung aktuell nur für Mädchen zwischen zwölf und 17 Jahren empfohlen, für die in Deutschland auch Kosteneffektivität nachgewiesen wurde. Der Impfstoff ist mannigfach untersucht, über 170 Millionen Dosen wurden schon verimpft, er ist sicher und effizient, er verhindert bei den Typen, auf die er abzielt, persistierende Infektionen und Krebsvorstufen sowie Kondylome.

In Australien wurden seit Einführung der Impfung 2007 über 80 Prozent der Mädchen in Schulimpfungen mit elf bis zwölf Jahren geimpft. Eine aktuelle Studie zeigt, dass der Anteil an Kondylomdiagnosen in den dortigen Sexual Health Ambulanzen bei unter 21-jährigen Frauen drastisch um 92,5 Prozent abfiel und auch bei heterosexuellen Männern dieser Altersgruppe, die nicht geimpft wurden, um 81,8 Prozent sank (Ali et al. 2013). Diese Entwicklung wird mit der Durchimpfung der Mädchen und der daraus resultierenden Herdenimmunität der nicht-geimpften Männer assoziiert.

Zur Wirksamkeit des quadrivalenten Impfstoffs bei Männern gibt es zwei randomisierte kontrollierte Studien. Die eine Studie untersuchte 602 gesunde homosexuelle Männer zwischen 16 und 26 Jahren und ergab eine fast 80-prozentige Wirksamkeit des Impfstoffs bei HPV 6-, 11-, 16-, 18-assozierten Analkrebsvorstufen bei HPV-naiven Männern (bei nicht naiven sank die Wirksamkeit auf 50 % ab) (Palefsky et al. 2011). Die zweite Studie untersuchte insgesamt 4065 gesunde Männer zwischen 16 und 26 Jahren, darunter 602 Homosexuelle, und kam zu einer fast 90-prozentigen Wirksamkeit des Impfstoffs bei HPV 6-, 11-, 16-, 18-assozierten Kondylomen (bei nicht naiven 67 %) (Giuliano et al. 2011b).

Auf Basis dieser Studien haben sich verschiedene Länder und auch das Bundesland Sachsen entschlossen, die HPV-Impfung für Jungen einzuführen. In Sachsen werden seit Anfang 2013 Impfungen für Jungen zwischen zwölf und 17 Jahren empfohlen. In den USA gibt es eine Impfempfehlung für Jungen zwischen elf und zwölf Jahren mit Catch-up bis 21, bei Personen mit besonderem Risiko (MSM) bis 26 Jahre, die allerdings nicht von den Kassen übernommen wird. Kanada hat seit Anfang 2012 eine Impfempfehlung für Jungen zwischen neun und 26 Jahren. In Australien werden seit Anfang 2013 auch Jungen zwischen zwölf und 13 Jahren im Schulimpfprogramm erfasst, das heißt, die Impfung ist für alle Mädchen und Jungen kostenfrei. Allerdings konnten hier auch wesentlich günstigere Preise für den Impfstoff ausgehandelt werden. Auch in Österreich soll es ab Februar 2014 ein kostenloses Schulimpfprogramm für Jungen und Mädchen mit dem vollendeten neunten Lebensjahr geben.

Für die HIV-positiven MSM könnte die Impfung gemäß den Daten aus der Ruhr-Kohorte nur bedingt hilfreich sein. Denn in fünf der 13 Analkarzinome, die innerhalb der Kohorte festgestellt wurden, kamen auch andere Hochrisiko-HPV-Typen vor, insbesondere Analrandkarzinome waren nur in 33 Prozent mit HPV 16 assoziiert, und HPV 18 kam bei den Analkarzinomen gar nicht vor. Bei 103 Patienten wurden auch Krebsvorstufen (AIN Grad 2+3) untersucht und auch da hatten 31 Prozent HPV-Typen, die vom quadrivalenten Impfstoff nicht abgedeckt werden. Wahrscheinlich wird 2014/15 aber ein neuer, nonavalenter Impfstoff auf den Markt kommen, der diese Hochrisiko-Typen abdeckt. Dann wäre eine Impfung auch für diese Population eventuell interessant.

Es gibt schon Studien zur prophylaktischen HPV-Impfung bei HIV-Infizierten. Eine Studie untersuchte HIV-positive junge Frauen und kam zu dem Ergebnis, dass der Impfstoff immunogen ist, vertragen wird und sicher ist (Kahn et al. 2013; Denny et al. 2013). Eine weitere Studie mit HIV-positiven Männern kam zu ähnlichen Ergebnissen (Wilkin et al. 2010).

Fazit: Unsere Hauptbotschaft

HIV-positive MSM sollten unbedingt einmal im Jahr bezüglich Analkarzinom und dessen Vorstufen gescreent werden. Solange es keine universelle Jungenimpfung gibt, was prinzipiell sinnvoller wäre, könnte erwogen werden, diese Hochrisikogruppen gegen HPV zu impfen, sofern sie noch nicht allzu viele Sexualkontakte hatten. Es gibt allerdings noch keine Studien, auf deren Basis sich ein solches Vorgehen mit wissenschaftlicher Evidenz belegen ließe.

Literatur:

Ali H et al. (2013): Genital warts in young Australians five years into national human papillomavirus vaccination programme: national surveillance data. In: BMJ 346: f2032.

de Martel C et al. (2012): Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. Lancet Oncol 13 (6): 607–15.

Denny L et al. (2013): Safety and immunogenicity of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine in HIV-positive women in South Africa: a partially-blind randomised placebo-controlled study. In: Vaccine 31(48): 5745-53, 2013

Giuliano AR et al. (2011a): Incidence and clearance of genital human papillomavirus infection in men (HIM): a cohort study. In: Lancet 377(9769): 932–40.

Giuliano AR et al. (2011b): Efficacy of quadrivalent HPV vaccine against HPV Infection and disease in males. N Engl J Med 364(5): 401–11.

Kahn JA et al. (2013): Immunogenicity and safety of the human papillomavirus 6, 11, 16, 18 vaccine in HIV-infected young women. In: Clin Infect Dis 57 (5) : 735–44.

Kreimer AR et al. (2013): Incidence and clearance of oral human papillomavirus infection in men: the HIM cohort study. In: Lancet 382(9895):877–87.

Kreuter A et al. (2010): Anal carcinoma in human immunodeficiency virus-positive men: results of a prospective study from Germany. In: Br J Dermatol 162(6): 1269–77.

Nijhuis ER et al. (2006): An overview of innovative techniques to improve cervical cancer screening. In: Cellular Oncology 28(5-6): 233–46.

Palefsky et al. (2011) HPV vaccine against anal HPV infection and anal intraepithelial neoplasia. N Engl J Med 365: 1576–85.

Patel H et al. (2013): Systematic review of the incidence and prevalence of genital warts. In: BMC Infect Dis. 13: 39.

Schiffman M et al. (2007): Human papillomavirus and cervical cancer. In: Lancet 370(9590): 890–907.

Schiller JT/Lowy DR (2012): Understanding and learning from the success of prophylactic human papillomavirus vaccines. In: Nat Rev Microbiol 10(10): 681–92.

Silverberg MJ et al. (2012): Risk of anal cancer in HIV-infected and HIV-uninfected individuals in North America. In: Clin Infect Dis 54(7), 1026–34.

Vargas-Parada L (2012): Pathology: Three questions. In: Nature 488: 14–5.

Wieland U/Kreuter A (2011): HPV vaccine against HPV infection and disease in males. In: N Engl J Med 364(22): 2163, 2164-5.

Wilkin T et al. (2010): Safety and immunogenicity of the quadrivalent human papillomavirus vaccine in HIV-1-infected men. In: J Infect Dis. 202(8): 1246–53.

Wright TC Jr./Schiffman M (2003): Adding a test for human papillomavirus DNA to cervical-cancer screening. In: N Engl J Med. 348(6):489–90.

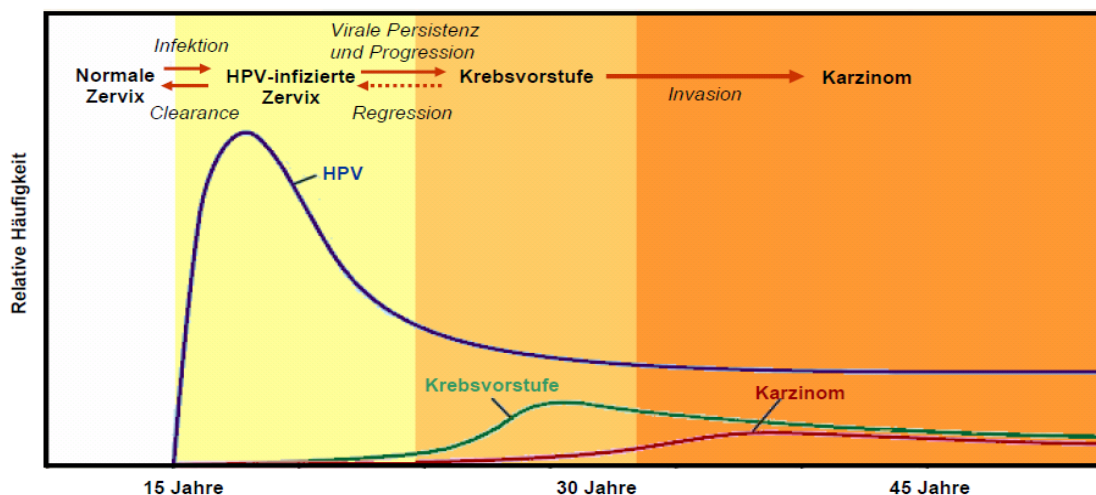
Neue HPV-Vakzine

Miriam Reuschenbach

HPV-assoziierte Erkrankungen sind sehr vielfältig: Sie werden von unterschiedlichen HPV-Typen ausgelöst und können beim Menschen, sowohl bei Männern wie Frauen, sehr viele Körperregionen betreffen. Diese Zusammenhänge sollen im Einzelnen nicht näher ausgeführt werden, sondern es soll im Folgenden vor allem um neue Möglichkeiten der Impfstoffentwicklung gegen HPV-Infektionen und vor allem zur Therapie HPV-assoziiierter Karzinome gehen.

Stadien der zervikalen HPV-Infektion

Um zu verstehen, wo HPV-Vakzine ansetzen, wird kurz am Beispiel des HPV-assoziierten Zervixkarzinoms nochmals vor Augen geführt, dass HPV-Infektionen zwar sehr häufig vorkommen – die Prävalenz der Infektion ist insbesondere bei Frauen bis 30 Jahren sehr hoch –, dass aber eine große Diskrepanz zwischen dieser relativen Häufigkeit einer HPV-Infektion und dem Auftreten einer Krebsvorstufe oder sogar eines Karzinoms besteht (siehe Grafik). Karzinome entstehen eher selten und zumeist erst mit höherem Lebensalter.



Relative Häufigkeit einer HPV-Infektion, der Bildung von Krebsvorstufen und von Zervixkarzinomen nach Lebensalter (nach Schiffman/Castle 2005)

Man geht davon aus, dass die HP-Viruspartikel bestimmte Zellen der Schleimhaut infizieren und dass es anschließend in den meisten Fällen zu einer kontrollierten Replikation des Virus kommt. Neue Viruspartikel werden freigesetzt. In dieser Phase kommt es zur Expression des Kapsidproteins L1. Sehr wenige dieser Infektionen gehen in eine Krebsvorstufe über. Wenn es dazu kommt, werden die E6- und E7-Gene des HP-Virus vermehrt exprimiert. Dann kann es zu einer unkontrollierten Proliferation der Zelle kommen, und in sehr ungünstigen Fällen kann sich ein invasives Karzinom entwickeln. Diese Entwicklung verläuft, wie in der Grafik gezeigt, in den meisten Fällen über mehrere Jahrzehnte hinweg.

HPV-Vakzine – was es bereits gibt

Die momentan verfügbaren prophylaktischen Impfstoffe enthalten mehrere HPV L1-Eiweiße (VLP = Virus Like Particles), die in der produktiven Phase der Infektion reichlich vorhanden sind. Eine Impfung mit diesen Partikeln induziert eine Immunantwort gegen L1, sodass das Virus neutralisiert und eine Infektion verhindert werden kann. Die beiden momentan verfügbaren Impfstoffe, Gardasil® und Cervarix®, beinhalten Hochrisiko HPV-Typen 16 und 18 und Gardasil® ist außerdem gegen HPV 6 und 11 wirksam.

Durch die Impfung mit Virus Like Particles wird vor allem eine humorale Immunantwort ausgelöst. Es werden nach der Impfung neutralisierende Antikörper gebildet, die in die Vaginalflüssigkeit sezerniert werden und das Virus neutralisieren. Die Impfstoffe sind beide prophylaktisch effektiv, zeigen allerdings keine therapeutische Wirkung. Dies lässt sich damit erklären, dass in bereits entstandenen Krebsvorstufen E6 und E7 überexprimiert sind und der Zellzyklus schon gestört ist und diese Impfstoffe, die auf das Protein L1 zielen, nicht mehr ausreichen.

Neue Impfkonzeppte

Würde es gelingen, eine Immunantwort gegen Eiweiße herbeizuführen, die in HPV-assoziierten Krebsvorstufen gebildet werden, so wäre man auf dem Weg zu einer therapeutischen Impfung. Hier setzen unsere Überlegungen an.

Für die Neutralisierung des Virus sind vor allem die Antikörper, also die humorale Antwort wichtig. Möchte man aber eine ganze Zelle eliminieren und nicht bloß ein Viruspartikel, so greift die zellvermittelte Immunantwort.

Für die Vorstellung, dass durch die Anregung der körpereigenen Immunantwort Krebs zur Regression gebracht oder sogar geheilt werden kann, gibt es verschiedene Anhaltspunkte. Schon Ende des 19. Jahrhunderts hatte der US-amerikanische Onkologe William Coley KrebspatientInnen eine Mischung abgetöteter Bakterien injiziert und eine Infektion ausgelöst, wodurch er teilweise einen besseren Erkrankungsverlauf erreichen konnte. Dies ist bis heute ein Ansatz, der in klinischen Studien erprobt wird. Ein weiteres Indiz für die Wirkung des Immunsystems auf eine Krebserkrankung ist die erhöhte Krebsinzidenz bei Immunsupprimierten. Außerdem lassen sich über die Quantifizierung bestimmter Immunzellen im Tumor Prognosen zum Krankheitsverlauf machen: PatientInnen, die mehr Immunzellen eines bestimmten Phänotyps im und um den Tumor aufweisen, zeigen einen besseren Erkrankungsverlauf.

Es gibt verschiedene Studien, in denen Patienten mit den onkogenen Eiweißen E6 und E7 geimpft wurden, da diese viralen Antigene in Krebsvorstufen oder Karzinomen exprimiert sind und für die Transformation der Zellen verantwortlich sind. Hier gibt es mittlerweile gute Daten, die bei Vulva-Neoplasien positive Effekte durch eine Impfung verzeichnen (Kenter et al. 2009).

Unser Ansatz zielt auf die Impfung mit dem körpereigenen Eiweiß p16^{INK4a}, da dieses bei HPV-assoziierten Karzinomen stark überexprimiert ist, dessen Expressionslevel in Normalgewebe aber sehr niedrig sind. p16^{INK4a} ist ein zelluläres Protein, dessen Expression ansteigt, sobald E7 in der Zelle überexprimiert ist. Wenn es gelingen würde, eine Immunantwort gegen p16^{INK4a} zu induzieren, könnten theoretisch die Zellen, in denen das Eiweiß überexprimiert ist, durch das Immunsystem eliminiert werden. Da dies in erster Linie die Tumorzellen sind, hätte man so einen therapeutischen Ansatz. Nach zahlreichen Vorarbeiten haben wir vor zwei Jahren eine Phase I/IIa-Studie initiiert (Vicoryx-Studie, ClinicalTrials.gov Identifier: NCT01462838). In dieser klinischen Studie werden PatientInnen mit fortgeschrittenen HPV-assoziierten Karzinomen mit einem p16-Peptid geimpft. Das p16-Peptid wird zusammen mit einem Adjuvanz, also einer immuneffektverstärkenden Substanz mehrmals subkutan gespritzt. Die noch ausstehenden Ergebnisse dieser Studie werden der erste wichtige Schritt sein zu zeigen, ob eine Impfung mit p16INK4a generell verträglich ist und ob mit dem Ansatz eine Immunantwort induziert werden kann.

Literatur:

Schiffman M/Castle PE (2005): The promise of global cervical-cancer prevention. In: N Engl J Med 353: 2101–4.

Kenter GG et al. (2009): Vaccination against HPV-16 oncoproteins for vulvar intraepithelial neoplasia. In: N Engl J Med 361(19): 1838–47.

Angeborene Immunität bei STI

Mario Fabri

Im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen stehen zwei Pathogene, die Erreger von Syphilis und Gonorrhö, und die Reaktion der angeborenen Immunität auf diese Erreger. *Treponema pallidum* und *Neisseria gonorrhoeae* haben die Besonderheit, dass sich nach einer Infektion mit ihnen blutspezifische Antikörper nachweisen lassen – viele Infizierte behalten langanhaltend Titer im Blut –, dass aber der Antikörperspiegel trotzdem nicht vor einer erneuten Infektion schützt. Daher soll im Folgenden die angeborene Immunantwort näher betrachtet werden.

In der Haut und den Schleimhäuten gibt es ein ausgeklügeltes Immunsystem. So befinden sich in der äußeren Hornschicht aktive Substanzen, zum Beispiel antimikrobielle Peptide, sowie ein mechanischer Schutz vor mikrobiellen Pathogenen. Außerdem wirken die sogenannten Langerhans-Zellen als epitheliale Sensoren, und auch die Unterhaut hat spezielle Zellen, wie Makrophagen und dendritische Zellen. Die Schlüsselfunktionen dieses Systems lassen sich grob in drei Reaktionen einteilen: (1) Eine direkte antimikrobielle Aktivität wird bereitgestellt, dabei spielen reaktive

Sauerstoffverbindungen eine wesentliche Rolle sowie Autophagie, (2) eine Entzündungsreaktion findet statt, (3) die Regulation der erworbenen Immunität wird in Gang gesetzt.

Das angeborene Immunsystem beruht auf den sogenannten Pattern-recognition Rezeptoren, das heißt die angeborenen Immunzellen haben Rezeptoren, die bestimmte Muster erkennen können. Diese Rezeptoren sitzen entweder auf der Zelloberfläche oder in bestimmten Organellen, zum Beispiel in Endosomen, also Organellen, die Pathogene aufnehmen. Sie können aber auch, wie in den letzten Jahren herausgearbeitet, im Zytosol der Zelle lokalisiert sein und somit Pathogene, die vor allem das Zytosol befallen, erkennen. Die am besten charakterisierte Gruppe dieser Rezeptoren sind die sogenannten Toll-like Rezeptoren.

Die angeborene Immunität gegenüber Treponema pallidum

Die Reaktionen angeborener Immunität gegenüber *Treponema pallidum* sind bislang wenig erforscht. Dies liegt wohl vorrangig daran, dass die Forschung hier mit keinem praktikablen Tiermodell außer dem Hasen arbeiten kann. Im Folgenden sollen einige der wenigen Studien aus den letzten Jahren zu Syphilis und angeborener Immunantwort beim Menschen kurz vorgestellt werden.

Eine Studie hat verglichen, welche Zelltypen in Hautläsionen und im peripheren Blut bei Infizierten vorherrschen (Salazar et al. 2007). Gefunden wurden T-Zellen, antikörperproduzierende B-Zellen, aber auch Monozyten, signifikant mehr in den Hautläsionen als im peripheren Blut, außerdem dendritische Zellen. Spirochäten, zu denen *Treponema pallidum* gehört, exprimieren auf ihrer Zelloberfläche bestimmte Lipoproteine. Diese Lipoproteine von *Treponema pallidum* können Makrophagen aktivieren (Schröder et al. 2008/Radolf et al. 1995).

Auch die dendritischen Zellen, die eine wesentliche Brücke zwischen unserem angeborenen und erworbenen Immunsystem darstellen, lassen sich in Hautläsionen nachweisen. In einer Studie ließen sich Freiwillige Lipoproteine von *Treponema pallidum* in den Arm injizieren. Es kam zu einer Entzündungsreaktion, Einwanderung von Immunzellen, und in dem Entzündungsinfiltrat fanden sich neben Makrophagen auch über den Marker CD1a nachweisbare dendritische Zellen (Sellati et al. 2001).

Eine 2012 publizierte Studie untersuchte systematisch, wie die angeborene Immunität bei einer Syphilisinfektion aktiviert wird (Cruz et al. 2012). Es wurden das Blut sowie Hautläsionen der sekundären Syphilis untersucht, und zwar an gesunden Probanden sowie an SyphilispatientInnen vor und nach der Behandlung. Die infizierten PatientInnen, die noch nicht behandelt waren, zeigten einen Anstieg von CD40, einem Aktivierungsmarker der Monozyten, also der direkten Vorläuferzellen von Makrophagen. Auch CD14, ein Marker von monozytären oder makrozytären Zellen, war bei den Syphilisinfizierten vor der Behandlung deutlich höher exprimiert als bei Gesunden oder PatientInnen nach Behandlung. Anschließend wurde die Gen-Expression von Pattern-recognition Rezeptoren untersucht. Es zeigte sich, dass diese Rezeptoren in der infizierten Haut deutlich höher exprimiert waren als in der gesunden. Die klassischen Effektormoleküle, TNF- α , IL-6, IL-1 β , IL-15, waren ebenfalls bei dieser Gruppe hochreguliert.

Außerdem wurde 2013 eine Studie mit Mausmodell zu *Treponema pallidum* publiziert (Silver et al. 2013). Zu bedenken ist jedoch, dass Mausmodelle für *Treponema pallidum* sehr kontrovers diskutiert werden. Diese Arbeit zeigt, dass MyD88 Knock-out-Mäuse, dem Adaptormolekül für die meisten Toll-

like Rezeptoren, deutlich schlechtere Verläufe als die Kontrollgruppe hatten. Mäuse ohne MyD88 konnten wichtige über Pattern-recognition Rezeptoren vermittelte Signalkaskaden nicht mehr aktivieren und hatten Probleme damit, *Treponema pallidum* zu eliminieren.

Die angeborene Immunität gegenüber *Neisseria gonorrhoeae*

Wenn *Neisseria gonorrhoeae* in das Epithel eindringt, erkennen Pattern-recognition Rezeptoren das Pathogen und setzen bestimmte Abwehrmechanismen in Gang. Die Immunantwort löst eine Entzündung aus, andere Immunzellen werden angelockt, darunter auch Neutrophile, die in der Lage sind, Neisserien aufzunehmen. Die Neutrophilen versuchen dann, über komplexe Mechanismen die Neisserien zu eliminieren. Die Neisserien hingegen haben recht gut wirksame Strategien entwickelt, wie sie genau dies verhindern können. Beim Abtöten der Bakterien spielen zum Beispiel reaktive Sauerstoffverbindungen eine Rolle, aber auch dagegen können sich die Bakterien recht wirksam zur Wehr setzen. Darüber hinaus haben die Neisserien weitere Wege gefunden, Aktionen des Immunsystems zu neutralisieren.

Bei einer Gonorrhö-Infektion misslingt es dem Körper nicht nur, die Bakterien in den Neutrophilen abzutöten, sondern die Neisserien benutzen die Neutrophilen sogar als Transportmittel, um sich im Körper weiter auszubreiten (Criss/Seifert 2012).

Literatur:

Criss AK/Seifert HS (2012): A bacterial siren song: intimate interactions between *Neisseria* and neutrophils. In: *Nat Rev Microbiol* 10(3): 178–90.

Cruz AR et al. (2012): Immune evasion and recognition of the syphilis spirochete in blood and skin of secondary syphilis patients: two immunologically distinct compartments. In: *PLoS Negl Trop Dis*. 6(7): e1717.

Radolf et al. (1995): [Treponema pallidum and Borrelia burgdorferi lipoproteins and synthetic lipopeptides activate monocytes/macrophages](#). In: *J Immunol*. Mar 15, 154(6): 2866–77.

Salazar JC et al. (2007): *Treponema pallidum* elicits innate and adaptive cellular immune responses in skin and blood during secondary syphilis: a flow-cytometric analysis. In: *J Infect Dis* 195 (6): 879–87.

Schröder NW et al. (2008): Immune responses induced by spirochetal outer membrane lipoproteins and glycolipids. In: *Immunobiology* 213(3-4): 329–40.

Sellati et al. (2001): The cutaneous response in humans to *Treponema pallidum* lipoprotein analogues involves cellular elements of both innate and adaptive immunity. In: *J Immunol*. Mar 15; 166(6): 4131–40.

Silver AC et al. (2013): MyD88 deficiency markedly worsens tissue inflammation and bacterial clearance in mice infected with *Treponema pallidum*, the agent of syphilis. In: *PLoS One* 8(8): e71388.

Neue Einblicke in die Biologie von Chlamydien

Dagmar Heuer

Im Folgenden soll ein kurzer Einblick in die Biologie von Chlamydien, vor allem *Chlamydia trachomatis*, gegeben und darüber hinaus diskutiert werden, wie man die einzigartige Biologie dieser Erreger nutzen kann, um möglicherweise sehr spezifische neue Therapieansätze zu generieren. Ein Erreger muss sich, um eine Infektion auszulösen, im Körper des Wirts heimisch fühlen – die Mechanismen hierfür sind bei Chlamydien wenig bis gar nicht erforscht. Der Fokus unserer Studien liegt vor allem darauf zu verstehen, wie sich Chlamydien mit Nährstoffen versorgen.

Chlamydia trachomatis – einige Grundlagen

Zunächst ein kurzer Überblick über die Zahlen: Wir reden von ungefähr 90 bis 100 Millionen Neuinfektionen mit *Chlamydia trachomatis* pro Jahr weltweit. Es handelt sich insofern nicht um ein Randproblem, sondern um eine dramatische Durchseuchung, nicht nur in Entwicklungsländern. In Deutschland liegen keine belastbaren Zahlen vor, Schätzungen zufolge liegt die Prävalenzen bei 4,5 Prozent bei 18- bis 19-jährigen Frauen und bei 4,9 Prozent bei 25- bis 29-jährigen Männern. Obgleich viele Menschen betroffen sind, haben Chlamydien noch immer im Bewusstsein der breiten Bevölkerung wenig Präsenz. Dies zeigte eine Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von 2007. Damals nannten etwa die Hälfte der Befragten Syphilis und Tripper als STI, aber nur drei Prozent der Männer und vier Prozent der Frauen Chlamydien (BZgA 2008).

Chlamydien können unterschiedliche Organe infizieren, so können sie Proktitis und Pharyngitis sowie Entzündungen des Urogenitaltrakts (wie Harnleiter, Gebärmutterhals) auslösen. Frauen durchlaufen zu 80 Prozent eine inapparente Chlamydieninfektion, das heißt sie haben keine Symptome und wissen folglich auch nicht, dass sie infiziert sind. Bei genitalen Chlamydieninfektionen bei der Frau besteht insbesondere die Gefahr, dass die Infektion aufsteigt und die Eileiter betrifft, wo chronifizierte oder wiederkehrende Infektionen zu einer andauernden Inflammation des Gewebes und daraufhin zur Vernarbung führen können. Schlimmstenfalls kann es so zum Tubenverschluss und damit zur Sterilität oder zu extrauterinen Schwangerschaften kommen. Manche Studien weisen darauf hin, dass ungefähr 20 bis 30 Prozent der Unfruchtbarkeiten mit *Chlamydia trachomatis* assoziiert sind, allerdings besteht hier ebenfalls Forschungsbedarf, um diese Zahlen erhärten

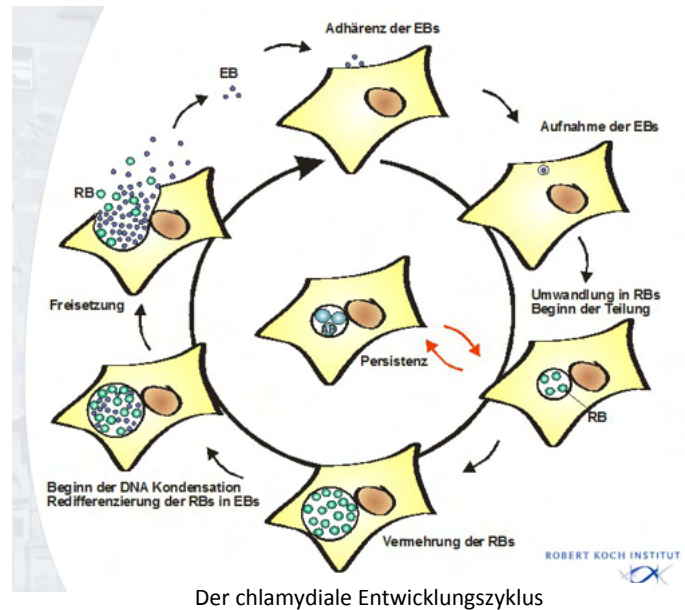
Therapiert werden unproblematische *Chlamydia trachomatis*-Infektionen mit den Antibiotika Doxycyclin (Zweifachgabe über sieben bis 14 Tage) oder Azithromycin (Einfachgabe). Die Tendenz geht, trotz längerer Einnahme, zu Doxycyclin, da die Gabe von Azithromycin mit einer möglichen höheren Reinfektionsrate assoziiert zu sein scheint.

Die rezidiven Infektionen stellen ein großes Problem bei Chlamydieninfektionen dar. Bei 10 bis 20 Prozent der PatientInnen werden zwei bis drei Monate nach Therapie wieder Chlamydien festgestellt. Allerdings ist wenig darüber bekannt, ob es sich hier um Neuinfektionen oder persistierende Infektionen handelt. In der Forschung wird diskutiert, ob Chlamydien durch die Antibiotikagabe in einen Persistenzzustand versetzt werden, aus dem sie sich dann nach Beendigung der Therapie reaktivieren können.

Ein weiteres Problem der momentanen Therapiemöglichkeiten stellt die lange Behandlungsdauer mit Doxycyclin dar.

Die molekularen Vorgänge bei einer Chlamydien-Infektion im Zusammenhang mit neuen Therapiemöglichkeiten

Chlamydien sind obligat intrazelluläre Bakterien, das heißt sie sind wie Viren darauf angewiesen, eine Wirtszelle zu infizieren. Die infektiösen Elementarkörper, die lange Zeit für inert gehalten wurden, bis neueste Studien zeigten, dass sie metabolisch aktiv sind, binden an Zielstrukturen auf der Wirtszelle und können ihre Aufnahme induzieren, indem sie eigene Proteine in die Wirtszelle spritzen. Zunächst entsteht innerhalb der Wirtszelle ein bakterieller Einschluss, in dem sich die Elementarkörper in Retikularkörper umwandeln, die metabolisch aktiv, aber nicht infektiös sind. Die Proteinbiosynthese der Bakterien beginnt und eine Reihe spezifischer Proteine wird in die Inklusionsmembran induziert. Dann replizieren die Bakterien eine Zeit lang und wandeln sich am Ende des Zyklus wieder in infektiöse Partikel um, die freigesetzt werden. Der Zyklus kann erneut so starten.



Daneben gibt es bei Chlamydien das Persistenzstadium, in dem die Bakterien etwas größer sind, anders metabolisch aktiv und keine infektiösen Partikel bilden. In diesem Zustand können Chlamydien in Zellkulturen Wochen oder Monate persistieren und dann erneut infektiöse Bakterien bilden.

Während ihres Entwicklungszyklus müssen sich Chlamydien mit Nährstoffen aus der Wirtszelle versorgen. Wie genau sie das tun, ist bislang kaum geklärt. Chlamydien sind insbesondere auf Sphingolipide angewiesen, also spezifische Fette, die sie aus der Wirtszelle ziehen. Mithilfe der Lebendzellmikroskopie konnten wir verfolgen, was passiert, wenn man Ceramid, einen Vorläufer dieser Fette, zu den Zellen gibt. Das Lipid sammelt sich bei Chlamydien-infizierten Zellen recht schnell in den bakteriellen Einschlüssen, während es in uninfizierten Zellen in der Nähe des Zellkerns bleibt. Die Lipide werden am endoplasmatischen Retikulum und im Golgi-Apparat produziert. Der Golgi-Apparat ist unter anderem ein Verteilungszentrum in der Wirtszelle und hat in Säugetierzellen eine sehr charakteristische bandartige Struktur, die aus einzelnen Stacks zusammengesetzt ist und kompakt am Zellkern anliegt. Eine Infektion mit *Chlamydia trachomatis* führt zur Fragmentierung des Golgi-Apparats: Im Mikroskop lassen sich statt des Bandes viele kleine Golgi-Elemente erkennen, die sich um die Inklusion legen und so die Aufnahme der Lipide verbessern. Wir konnten zeigen, dass diese Fragmentierung entsteht, weil Proteine des Golgi-Apparats verändert werden. Dies kann durch die Behandlung der Zellen mit dem Peptid-Inhibitor WEHD-fmk, bekannt als Caspase-1/5-Inhibitor, blockiert werden: Das Lipid bleibt außerhalb der Inklusion, sammelt sich im Golgi-Apparat und kann nicht von den Bakterien aufgenommen werden. Dies hat einen dramatischen Einfluss auf die

Vermehrungsfähigkeit der Chlamydien, die Anzahl der infektiösen Elementarkörper wird um mehr als zwei log-Stufen reduziert.

Inwiefern die gezielte Hemmung der Lipidaufnahme als Therapiemöglichkeit gegen *Chlamydia trachomatis* effektiv sein kann, wird nun zunächst in Mausstudien zu testen sein.

Fazit

Der Versuch, die molekularen Vorgänge bei einer Chlamydieninfektion genauer zu verstehen, kann evtl. zu neuen therapeutischen oder diagnostischen Möglichkeiten führen. Ein wichtiges Ziel ist die Entwicklung von Medikamenten gegen Chlamydien, die nicht zwei bis drei Wochen eingenommen werden müssen und bei denen die Gefahr einer Reinfektion niedriger ist. Dabei hat sich in unseren bisherigen Forschungen der Nährstofftransport als aussichtsreicher Ansatzpunkt für neue anti-chlamydiale Therapien erwiesen. Insgesamt scheint die Identifizierung neuer „drug targets“, die möglicherweise an der Schnittstelle Bakterium/Wirt liegen könnten, vielversprechend.

Literatur:

BZgA (2008): Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2007. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor Aids. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Endbericht, Köln 2008.

Fallstricke in der STI-Diagnostik

Anja Potthoff

Im Folgenden werden Probleme und Schwierigkeiten bei Diagnostik und Therapie von STI (Sexuell übertragbaren Infektionen) vorgestellt, die einerseits im mangelnden Wissen von Ärzten/Ärztinnen und PatientInnen begründet liegen, andererseits aber auch im deutschen Gesundheitssystem und im Umgang der Gesellschaft mit STI. Dabei sollen insbesondere folgende Aspekte näher betrachtet werden: barrierefreier Zugang, fachlich qualifizierte Diagnostik, leitliniengerechte Therapie und interdisziplinäre Betreuung.

Barrieren bei der gynäkologischen Versorgung von HIV-Patientinnen

An der Bochumer Universitätsklinik wurde vor einigen Jahren HIV-positiven Patientinnen, die regelmäßig zur Untersuchung kamen, auch eine gynäkologische Versorgung angeboten. Es handelte sich um Frauen, die normalen Zugang zum deutschen Gesundheitssystem hatten, also auch freie Arztwahl. Von den 52 Frauen, die das Angebot angenommen haben, hatten 44 Prozent in den letzten zwei Jahren keine gynäkologische Untersuchung wahrgenommen. Als Gründe gaben die Frauen an, sie hätten Hemmungen, einem Gynäkologen/einer Gynäkologin ihre HIV-Infektion zu offenbaren, aber auch zum Beispiel, dass sie Probleme bei der Unterbringung der Kinder hätten, da sie aufgrund ihrer HIV-Infektion sehr viele Arztbesuche machen müssten. Die gynäkologische Untersuchung im Rahmen der HIV Sprechstunde zu ermöglichen, hat dazu geführt, dass deutlich mehr Frauen erreicht werden konnten.

Dreiviertel der Patientinnen, die das Untersuchungsangebot annahmen, kamen mit Beschwerden, zumeist Zyklusstörungen. Sie hatten also in der Mehrzahl nicht auf den Arztbesuch verzichtet, weil sie asymptomatisch waren. Die Frauen wurden nach ihren Verhütungsmethoden gefragt. 35 Prozent gaben an, Kondome zu nutzen, 11 Prozent orale Kontrazeptiva, sechs Prozent waren sterilisiert und zwei Prozent hatten eine Spirale. 40 Prozent der Frauen gaben an, gar keinen Geschlechtsverkehr zu haben. Von den anderen 60 Prozent hatte ein großer Teil einen HIV-positiven Partner. 40 der Frauen hatten insgesamt 64 Kinder, zwei davon waren ebenfalls HIV-positiv (bei beiden Müttern war die HIV-Infektion vor der Schwangerschaft nicht bekannt). 15 Frauen wurden schwanger, als die Infektion bereits bekannt war, und bekamen 17 Kinder, die alle HIV-negativ waren. Die Frauen wurden auch auf HPV-assoziierte Erkrankungen untersucht. 31 Prozent hatten Kondylome im Genitalbereich, 20 Prozent einen auffälligen PAP-III-Abstrich, 10 Prozent zervikale intraepitheliale Neoplasien und zwei Frauen ein Zervixkarzinom. Anal waren die Befunde ähnlich dramatisch: 10 Frauen (36 %) hatten anale Kondylome, vier (7,5 %) Hochrisiko-Zytologien, zwei intraepitheliale Neoplasien und bei einer Frau wurde ein Analkarzinom diagnostiziert.

Zusammenfassend kann man sagen, dass bei der gynäkologischen Versorgung von HIV-infizierten Frauen eine deutliche Unterversorgung besteht. Diese ist vorrangig auf Barrieren zurückzuführen, die die Frauen alleine nur schwer überwinden können.

Barrieren bei Screening und Impfung

Die oben beschriebenen Barrieren bestehen nicht nur für Frauen, sondern ebenso für Männer. Aufgrund dessen wurde eine Leitlinie zum Analkarzinomscreening erstellt (Leitlinie zu Analen Dysplasien und Analkarzinomen bei HIV-Infizierten unter: www.daignet.de/site-content/hiv-therapie/leitlinien-1). Alle HIV-Infizierten sollen mittels zytologischem Abstrich, Inspektion, Palpation und proktologischer Untersuchung einmal pro Jahr gescreent werden. In Abhängigkeit von der Zytologie wird eine hochauflösende Anuskopie und ggf. eine Therapie und engmaschigere Kontrollen angeschlossen. Das zytologische Screening wurde in der Leitlinie als Screeningmethode empfohlen, nicht weil es die beste Methode ist, sondern weil das Angebot einer hochauflösenden Anuskopie flächendeckend in Deutschland nicht durchführbar ist.

Auch in Hinsicht auf die HPV-Impfung fehlt es an Infrastruktur. Die Impfung wird nur für Mädchen von 12 bis 17 Jahren kostenfrei zur Verfügung gestellt. Aus rein medizinischer Sicht spricht nichts gegen eine Impfung von Jungen, Männern sowie älteren Frauen, denn auch hier wirkt die Impfung. Aber die Ressourcen, um flächendeckend kostenfrei die gesamte Bevölkerung zu impfen, fehlen.

Ein Screening auf asymptomatische Infektionen mit *Chlamydia trachomatis* und *Neisseria gonorrhoeae* sollte vor allem für HIV-positive MSM und MSM mit häufig wechselnden Partnern angeboten werden. Zu diesem Ergebnis kam die PARIS-Studie des Robert Koch Instituts, die zwischen August 2009 und Dezember 2010 bei 2247 MSM in unterschiedlichen Einrichtungen nach pharyngealen und rektalen asymptomatischen Infektionen mit diesen Erregern suchte. Bei asymptomatischen Patienten wurden bei 1,5 Prozent Chlamydien im Rachenbereich, bei acht Prozent im Analbereich gefunden worden, Gonokokken bei 5,5 Prozent im Rachenbereich und bei 4,6 Prozent im Analbereich (Dudareva-Vizule et al. 2014). Diese Männer haben keine Symptome, gehen nicht zum Arzt und können nur über ein Screening erreicht werden, das in Deutschland bisher nicht flächendeckend angeboten wird.

Barrieren im diagnostischen Angebot

11, 7 Prozent der bei der PARIS-Studie festgestellten Chlamydieninfektionen waren vom Typ L1-L3, die Lymphogranuloma venerum (LGV) auslösen. In ganz Europa und insbesondere unter HIV-positiven MSM werden zurzeit steigende Zahlen bei diesen besonders gefährlichen Chlamydieninfektionen, die nur auf eine verlängerte Antibiotikatherapie reagieren, festgestellt. Die Typisierung von Chlamydieninfektionen wird allerdings von den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland nicht abgedeckt. Das heißt, auch wenn man weiß, dass eine asymptomatische Infektion vorliegt, kann nicht abgeklärt werden, ob es sich um LGV handelt und eine längere Behandlung nötig ist. Die Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG) hat ein umfangreiches Papier zur Beratung Diagnostik und Therapie von STI herausgegeben, das im Internet zur Verfügung steht (DSTIG 2013). Darin sind auch Screeningempfehlungen für bestimmte Gruppen zusammengestellt, zum Beispiel Männer und Frauen mit häufig wechselnden heterosexuellen Kontakten, MSM, SexarbeiterInnen etc. Dort werden sehr viele Untersuchungen empfohlen, die regelmäßig gemacht werden sollten. Viele müssen selbst bezahlt werden. Hier wird das Dilemma der aktuellen Situation in Deutschland deutlich: Obwohl bekannt ist, was notwendig und sinnvoll wäre, werden viele Untersuchungen nicht durchgeführt, weil keine Ressourcen zur Verfügung stehen.

Fallstricke bei der Durchführung der Diagnostik

Auch bei der Durchführung der Diagnostik von STI muss an vieles gedacht werden. Die Proben müssen im richtigen Medium gelagert, das diagnostische Fenster muss beachtet werden. Außerdem sollte der Arzt/die Ärztin daran denken, dass sich Personen mit mehreren STI gleichzeitig infizieren können. Aufgrund der unterschiedlichen Inkubationszeiten und diagnostischen Fenster wird dann häufig eine weitere STI erst viel später erkannt. Dabei ist auch die Haltung vieler Ärzte und Ärztinnen nicht förderlich, die STI eher schwerfällig in das Spektrum möglicher Krankheiten einbeziehen.

Fallstricke bei der Therapie von STI

Die Therapie sollte leitliniengerecht durchgeführt werden, gegebenenfalls eine Therapiekontrolle erfolgen und der Partner sollte immer mitbehandelt werden. Folgende Faktoren sind bei einzelnen STI insbesondere zu beachten:

Syphilis: Orale Therapien sollten in der Regel vermieden werden. Parenterales Penicillin ist weiterhin das Mittel der ersten Wahl. Eine Neurosyphilis sollte ausgeschlossen werden. Bei der ersten Antibiotikagabe kann es zu Beschwerden durch den Erregerzerfall kommen (Herxheimer-Reaktion), die nicht mit einer Antibiotikaallergie verwechselt werden sollten.

Chlamydien: Es muss abgeklärt werden, ob es sich um LGV handelt, da in diesen Fällen eine längere Therapie vorzunehmen ist. Das Vorliegen einer oralen oder analen Infektion ist abzuklären, ebenso sollte auf andere STI getestet werden. Eine Partnertherapie sowie eine Therapiekontrolle sollte vorgenommen werden.

Herpesviren (HSV): Eine Behandlung mit Salben ist wirkungslos. Der Leidensdruck der PatientInnen wird häufig zu wenig beachtet. Suppressionstherapien mit oralen Virustatika werden selten angeboten. Unter Therapie ist die Kontrolle der Nierenwerte wichtig.

HPV-Infektion: Eine Aufklärung der PatientInnen über Übertragungsrisiken und assoziierte Erkrankungen von HPV fehlt häufig. Auch sollten die PatientInnen zu Nachkontrollen einbestellt werden. (Intra)Anale und histologische Untersuchungen werden zudem selten angeboten.

Eine Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen, die PatientInnen mit STI behandeln, ist dringend erforderlich, um die Diagnostik, Therapie und den Umgang der Gesellschaft mit STI zu verbessern.

Literatur:

DSTIG (2013): STI/STD. Beratung, Diagnostik und Therapie. 2013, www.dstig.de/images/Literatur/dstig_sti-beratung_diagnostik_therapie_1.%20auflage.3.2013.pdf, Zugriff: 28.02.2014.

Dudareva-Visule S et al. (2014): Prevalence of pharyngeal and rectal Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections among men who have sex with men in Germany. In: Sex Transm Infect. 90(1): 46–51.

Savage EJ et al. (2009): Lymphogranuloma venereum in Europe, 2003–2008. In: Euro Surveill. 14(48). pii: 19428.

HIV und STI

Abstracts der Vorträge:

Klaus Jansen berichtete über die Gründe für den Anstieg der HIV-Primärinfektionen trotz HAART in den letzten Jahren, die jüngere Menschen und insbesondere jüngere MSM besonders betrifft. Durch die bessere und häufigere Behandlung kommt es zu mehr Resistenzentwicklungen, die Anzahl der nicht diagnostizierten HIV-positiven Personen ist relativ hoch, das Risikoverhalten in Teilgruppen nimmt zu, und es werden mehr Tests durchgeführt. Diese Entwicklung sollte zu einem Umdenken im Präventionsbereich und im medizinischen Angebot führen.

Christoph Boesecke behandelte anschließend akute Hepatitis C-Fälle bei HIV-positiven MSM. Die Zahlen der EuroSIDA-Studie zeigen, dass ein knappes Drittel der HIV-Patienten zusätzlich einen positiven Antikörpertest auf Hepatitis C hat und dass die Zahlen insgesamt ansteigen. Die besonderen Maßnahmen in Diagnostik und Therapie bei dieser Patientengruppe wurden anschließend vorgestellt.

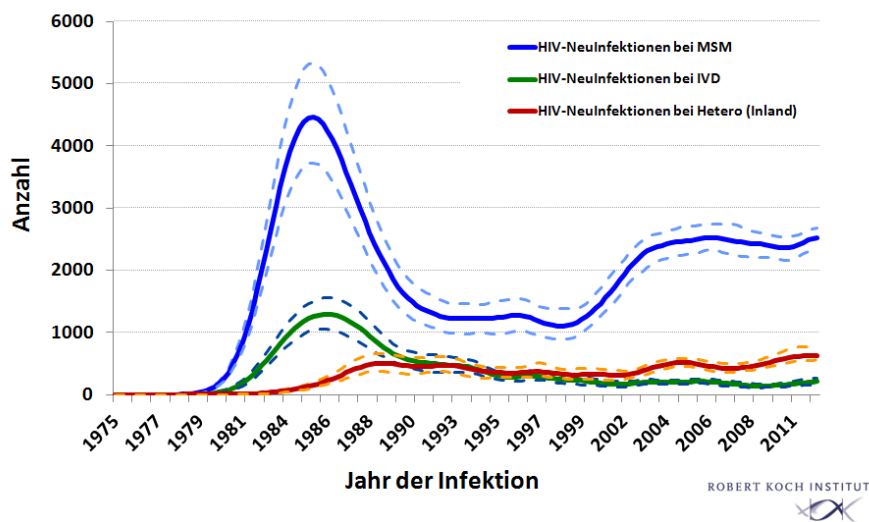
Der letzte Vortrag dieser Session von Barbara Schmidt beschäftigte sich mit der HIV-Superinfektion, also einer Zweitinfektion bei bestehender HIV-Infektion mit einem anderen Typ des Virus. HIV-Superinfektionen können dank neuer Sequenzierungstechniken heute besser nachgewiesen werden. Ihre Häufigkeit scheint bislang unterschätzt. Risiken der Superinfektion sind insbesondere die Übertragung resistenter und/oder stärker pathogener Viren. Vorsicht ist vor allem bei unbehandelten PatientInnen und in Therapiepausen geboten.

Anstieg der HIV-Primärinfektionen trotz HAART

Klaus Jansen

HIV/AIDS hat einen wichtigen Stellenwert für die öffentliche Gesundheit. Die Infektion weist eine hohe Morbidität und Mortalität auf. Ein Impfstoff ist nicht in Sicht und AIDS ist, trotz großer Fortschritte in der Therapie, bislang nicht heilbar. Die antiretrovirale Therapie (HAART) gegen HIV ist sehr kostenintensiv, hat aber starke positive Effekte – die Lebensdauer von HIV-Infizierten wächst und die Lebensqualität verbessert sich stetig. Damit steigt auch die Zahl der Menschen, die mit HIV leben. Gleichzeitig lassen sich Resistenzentwicklungen beobachten sowie die Übertragung resistenter HI-Viren.

Betrachtet man die gemeldeten HIV-Neudiagnosen in Deutschland nach Transmissionsgruppe und Jahr der Diagnose, so fällt auf, dass in den 2000er Jahren die Anzahl der gemeldeten HIV-Neudiagnosen in den meisten Gruppen stagnierte, innerhalb der Gruppe von Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), aber von etwa 500 in 2002 auf über 1500 in 2011 anstieg. Mathematische Schätzungen der Anzahl der HIV-Neuinfektionen⁴ gehen, für das Jahr 2012 von insgesamt ca. 3.700 Neuinfektionen aus, bei leicht steigender Tendenz in den letzten Jahren. Eine Einteilung nach Risikogruppen entspricht in etwa der Verteilung der gemeldeten HIV-Neudiagnosen.



⁴ Die Bestimmung der Anzahl der HIV-Neuinfektionen pro Zeiteinheit (HIV-Inzidenz) ist methodisch schwierig und aufwendig. Die dargestellten Meldungen über HIV-Neudiagnosen dürfen weder mit der HIV-Inzidenz noch mit der HIV-Prävalenz (Anzahl der zu einem bestimmten Zeitpunkt bestehenden HIV-Infektionen) gleichgesetzt werden. Die Meldungen über HIV-Neudiagnosen erlauben auch keine direkten Rückschlüsse auf die Infektionszeitpunkte, da HIV-Infektion und -Test zeitlich weit auseinander liegen können. Weitere Faktoren, die die Meldedaten beeinflussen können, sind das Angebot von Testmöglichkeiten, die Inanspruchnahme solcher Testangebote und das Meldeverhalten der ÄrztInnen. Die Meldedaten liefern insofern kein unmittelbares und unverzerrtes Abbild des aktuellen Infektionsgeschehens. Trotz dieser Einschränkungen bilden die Meldungen über HIV-Neudiagnosen die wichtigste Grundlage für Modellierungen des aktuellen Infektionsgeschehens (siehe Robert Koch-Institut, Epid. Bull. 24/2013).

Die geschätzte HIV-Prävalenz in der Gesamtbevölkerung in Deutschland ist, insbesondere aufgrund der deutlich erhöhten Lebenserwartung von HIV-positiven Patienten, in den letzten zehn Jahren ebenfalls stetig angestiegen und lag 2012 bei etwa 78.000 Personen, wobei etwa 80 Prozent der HIV-Infizierten Männer sind. Heute sind deutlich mehr ältere Menschen von HIV betroffen als vor 20 Jahren: 1992 waren Dreiviertel der Infizierten unter 40 Jahre alt, heute nur noch etwa ein Drittel.

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, warum die HIV-Primärinfektionen in Deutschland trotz immer besserer antiretroviraler Therapien steigen.

Grund 1: Behandlung

Seit 1999 erhebt das Robert Koch Institut (RKI) im Rahmen der ClinSurv-Kohorte umfangreiche Verlaufsdaten zur HIV-Therapie bei einer großen Gruppe HIV-positiver Patienten. Laut aktuellen Daten der Studie befinden sich etwa 90 Prozent der in der Studie beobachteten Patienten unter antiretroviraler Therapie. Die häufigsten antiretroviralen Therapieregime haben sich in den letzten Jahren wenig verändert. Fast 80 Prozent der Therapieregime setzen sich aus einer Kombination von jeweils 2 NRTI kombiniert in je 50 Prozent der Fälle mit einem NNRTI oder einem PI zusammen. Die Viruslast fiel bei einem hohen Anteil der Patienten, die sich in Behandlung befinden, unterhalb der Nachweisgrenze ab. Die Anzahl der Patienten unter ART stieg in den letzten Jahren deutlich an. Die restlichen Patienten waren noch Therapie-naiv oder befanden sich in einer Therapiepause. Bei diesen Patienten kann HIV nicht durch die Therapie unterdrückt werden, sie können damit HIV übertragen.

Die antiretrovirale Behandlung kann die Entwicklung und Übertragung von HIV-Resistenzen nach sich ziehen. Auf Grundlage der ebenfalls vom RKI durchgeführte HIV-Serokonverterstudie liegen auch hierzu Zahlen vor, die zeigen, dass seit 1996 die Prävalenz von übertragenen HIV-Resistenzen zwischen 10 und 15 Prozent lag, mit leicht fallender Tendenz.

Trotz des hohen Anteils erfolgreich therapierter HIV-Patienten in Deutschland bestand damit ein relevanter Anteil von Personen, deren Viruslast nicht effektiv unterdrückt war und die damit eine HIV-Infektion übertragen können.

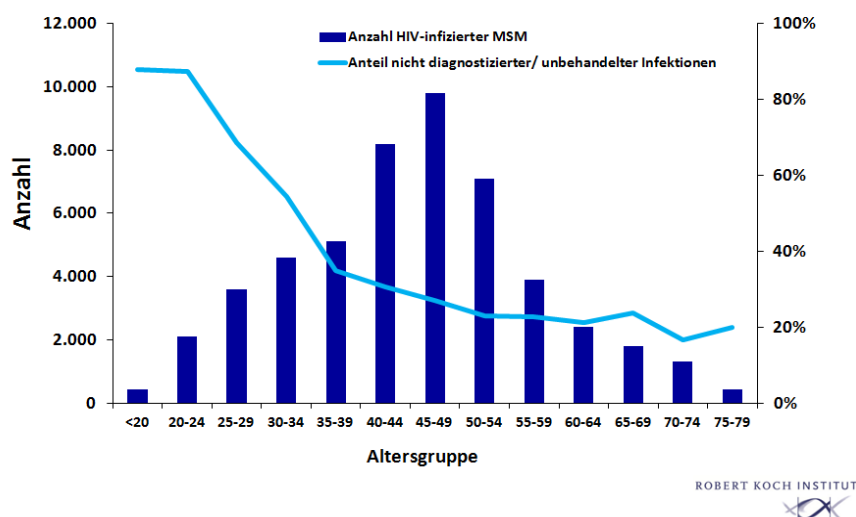
Grund 2: Nicht diagnostizierte HIV-Infektionen

Nicht diagnostizierte HIV-Infektionen – also Infektionen bei Personen, die nicht wissen, dass sie infiziert sind – sind naturgemäß ein wichtiger Faktor für die Übertragung des Virus.

Die Größe der Gruppe der nicht diagnostizierten HIV-Infizierten wurde vom RKI mittels eines mathematischen Modells berechnet (Schätzung der HIV-Prävalenz und Inzidenz des RKI 2013; EMIS-Studie 2010). Insgesamt waren nach diesen Berechnungen 2012 ca. 14.000 Personen mit dem HI-Virus infiziert, ohne davon zu wissen. Davon war mehr als die Hälfte unter 35 Jahren alt. Das Modell ermöglicht auch einen Blick darauf, wann sich nicht diagnostizierte HIV-Infizierte angesteckt haben. Dabei wurde für etwa ein Viertel errechnet, dass sie sich erst 2012 infiziert haben, und für insgesamt mehr als die Hälfte eine Infektion innerhalb der letzten drei Jahren. Ein erheblicher Anteil hat also

keine sehr langen Infektionsverläufe – diese Gruppe sollte insofern besonders in den Fokus von Präventionsmaßnahmen gestellt werden.

In der Gruppe der MSM haben die mittleren Altersgruppen, Personen zwischen 35 und 55 Jahren, den höchsten Anteil an HIV-Infektionen insgesamt, dennoch ist in jüngeren Altersgruppen unter 35 Jahren der Anteil an nicht diagnostizierten AIDS-Erkrankungen am höchsten (siehe Grafik). Dies erklärt sich zum Teil daraus, dass diese Personen aufgrund ihres Lebensalters noch nicht so viel Kontakt zu Test-Botschaften hatten und der Zeitraum seit Infektion aufgrund des geringeren Anteils natürlicherweise kürzer ist als bei älteren Personen. Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch die HIV-Inzidenzstudie des RKI, die anhand getrockneter Blutfilterproben untersucht hat, ob es sich bei Meldungen von HIV-Neudiagnosen um frische oder ältere HIV-Infektionen handelt. Auch hier war der Anteil von Personen mit frischen Infektionen in jüngeren Altersgruppen deutlich höher.



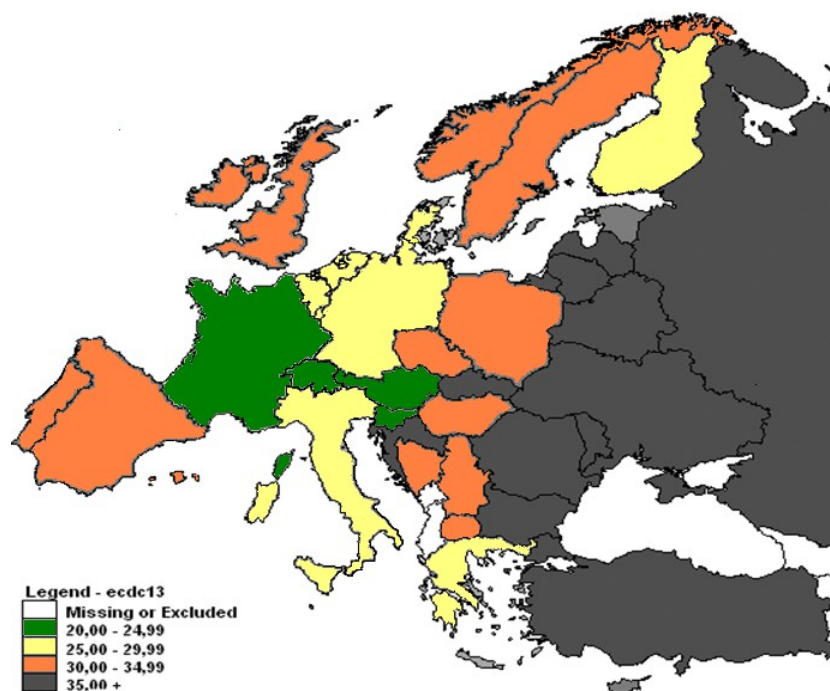
Geschätzte Verteilung HIV-infizierter MSM und Anteil nicht diagnostizierter/behandelter Infektionen nach Altersgruppe (Quellen: RKI-Epidemiemodell 2012/ EMIS-Studie 2010)

Grund 3: STI und Risikoverhalten

Die Infektion mit einer STI erhöht das Risiko für die Akquirierung von HIV und umgekehrt. Die Meldedaten zu Syphilisinfektionen nach Infektionsweg zeigen deutlich, dass MSM, die Hauptrisikogruppe für HIV, auch besonders von Syphilis betroffen sind. Dass STI in Deutschland für die HIV-Epidemiologie relevant sind, zeigt die HIV-1 Serokonverterstudie: 37 Prozent der MSM aus dieser Kohortenstudie hatten bereits eine Syphilisinfektion, 32 Prozent Hepatitis B und acht Prozent Hepatitis C. Nur 42 Prozent der HIV-positiven MSM aus dieser Studie hatten noch keine dieser drei STI. Trotz der zumeist guten Behandlungsmöglichkeiten sind STI also ein ernstzunehmender Faktor auch für die Übertragung von HIV-Infektionen in der epidemiologisch wichtigen Gruppe der MSM.

Eine große Studie zu Wissen, Einstellungen und Verhalten unter MSM in Europa (EMIS: European MSM Internet Survey) mit europaweit 180.000 und in Deutschland 55.000 Teilnehmern ergab für Deutschland eine Gruppe von 25 bis 30 Prozent der MSM mit risikoreicherem Sexualverhalten (siehe

Grafik nächste Seite). Dieses wurde in der Studie definiert, wenn eine Person angab, mindestens einmal im Jahr ungeschützten Analverkehr mit einem Partner mit anderem oder unbekanntem HIV-Serostatus zu haben. In Kombination mit dem Wissen, dass ein bestimmter Anteil von Personen mit relevanter Viruslast nicht unter Therapie steht oder nicht effektiv therapiert wird, spielt ein solches Verhalten für die HIV-Weitergabe eine wichtige Rolle.



Risikoverhalten von MSM in Europa gemäß dem European MSM Internet Survey (in Prozent)

Außerdem wird eine Zunahme verhaltensbedingter Risiken in bestimmten Teilgruppen beobachtet, so der Anstieg von Partnerzahlen, ein leichter Rückgang des Anteils kondomgeschützten Analverkehrs, früherer Analverkehr bei jüngeren schwulen Männern, Fehleinschätzung hinsichtlich des Infektionsstatus von unbekannten Sexualpartnern (entweder weil Partner gar nicht getestet sind, aber trotzdem behaupten, nicht infiziert zu sein, oder weil ihr Testergebnis nicht mehr aktuell ist (sogenanntes Seroguessing)).

Grund 4: Testung

Die Inanspruchnahme von HIV-Tests bei deutschen MSM zwischen 25 und 44 Jahren stieg, nicht zuletzt aufgrund umfangreicher Testkampagnen, insgesamt an. Hatten 1991 nur ca. zwei Drittel der MSM dieser Altersgruppe in deutschen Großstädten jemals einen HIV-Test gemacht, so stieg dieser Anteil bis 2009 auf über 80 Prozent, und die Rate derjenigen, die angaben, innerhalb der letzten zwölf Monate einen Test gemacht zu haben, stieg von ca. 20 auf ca. 40 Prozent an (Daten aus SMA 1991–2007 und EMIS 2010). Dies könnte zum Teil auch den Anstieg an gemeldeten HIV-Diagnosen begründen – der also nicht nur auf einen tatsächlichen Anstieg von HIV-Infektionen zurückzuführen sein muss, sondern auch zeigen kann, dass die Präventionsbemühungen um vermehrte Testung wirken.

Zusammenfassung und Ausblick

HIV-Neuinfektionen nahmen in den letzten Jahren, insbesondere bei Jüngeren und bei jüngeren MSM, zu bzw. verharrten auf erhöhtem Niveau. Dies ist in einem multifaktoriellen Geschehen begründet:

- ⌚ trotz einer häufigeren und besseren Behandlung Resistenzentwicklung und Therapieversagen, weiterhin befinden sich nicht alle HIV-positiven Patienten unter antiretroviraler Therapie,
- ⌚ nicht diagnostizierte HIV-Infektionen, über die Hälfte davon aus den letzten drei Jahren,
- ⌚ Anstieg von STI insbesondere bei MSM (Surrogatmarker für höheres Risikoverhalten und Erhöhung der Empfänglichkeit für HIV)
- ⌚ sowie eine vermehrte Testung.

Weitere potenzielle Gründe werden diskutiert, für die die Datenlage weniger belastbar ist, nämlich:

- ⌚ eine internetbedingte Zunahme der HIV-Infektionen bei szeneferner lebenden MSM, auch in ländlichen Gebieten,
- ⌚ ein Anstieg des Substanzkonsums insbesondere von Partydrogen wie Ecstasy, Amphetaminen, Crystal und ähnlichem, die ein erhöhtes Risikoverhalten bedingen,
- ⌚ ein Anteil von MSM, der auch Sex mit Frauen hat und möglicherweise als Brückenpopulation fungiert (leichter Anstieg von Neuinfektionen unter Frauen).

Die Datenlage zeigt, dass man auf verschiedenen Ebenen Einfluss nehmen muss, um die Zahl von HIV-Neuinfektionen zu vermindern. Wichtig ist zunächst, ausreichende Testmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen, um nicht diagnostizierte HIV-Infizierte zu erreichen. Das Angebot einer ganzheitlichen HIV-Prävention ist hierfür von hoher Bedeutung – ein alleiniger „Test & Treat“-Ansatz reicht nicht aus, insbesondere, um Verhaltensaspekte zu adressieren. Die STI-Prävention und -Behandlung sowie die Durchführung von Screenings bei Personen mit erhöhtem STI-Risiko sind auch für die HIV-Prävention wichtig. Hohe Behandlungsstandards und eine gute Anpassung der Therapie an die individuelle Lebenslage sollten ebenfalls gewährleistet sein.

Hepatitis C – eine neue STI bei HIV?

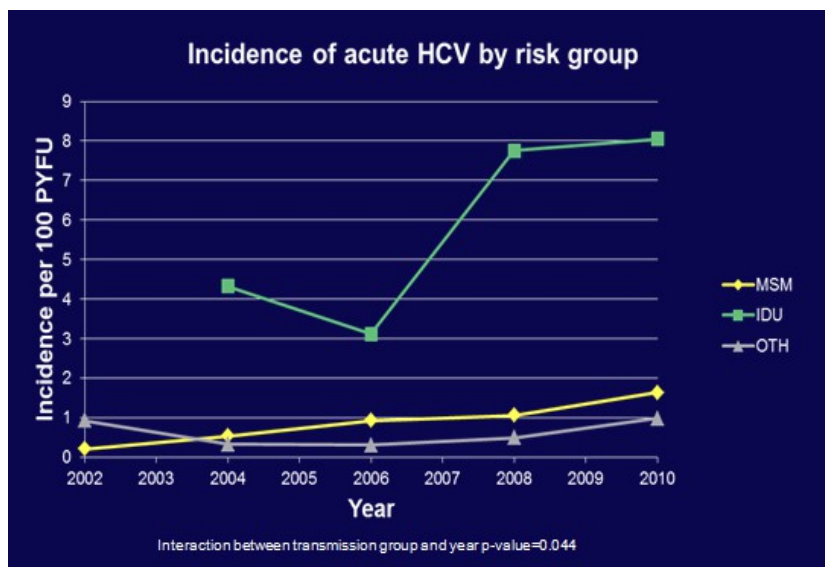
Christoph Boesecke

Weltweit sind akute Hepatitis C-Fälle bei HIV-positiven Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) zu beobachten. Im Folgenden sollen einige Besonderheiten in Erwerb, Verlauf und Therapie von akuter Hepatitis C bei HIV-Patienten dargestellt werden. Als Akutphase der Hepatitis C werden die ersten sechs bis zwölf Monate nach der Diagnose definiert (AIDS 2011). Das größte Risiko für den Erwerb einer akuten HCV-Monoinfektion haben i.v.-Drogengebraucher (Rantala/van de Laar 2008). Das Lebenszeitrisko bei heterosexuellen Paaren ist hingegen sehr gering und liegt bei unter einem Prozent (Vandelli et al. 2004). Aber Studien zeigen auch, dass bei 22 Prozent der akuten Hepatitis C-Fälle das wahrscheinlichste Transmissionsrisiko Sex mit HCV-positivem Partner bzw. Promiskuität war (Deterding et al. 2009). Dies bestätigen auch Daten aus den USA (Daniels et al. 2009). In den USA gehen die Neuinfektionen mit akuter Hepatitis C generell zurück, allerdings wurde bei HIV-Infizierten ein Anstieg festgestellt. Aus Europa wurden bislang mit ca. 1.200 Personen die meisten Fälle der akuten HCV-Koinfektion bei HIV-positiven MSM berichtet.

Zahlen aus Europa

Daten aus der EuroSIDA Studie zeigen, dass ein knappes Drittel der HIV-Patienten zusätzlich einen positiven Antikörpertest auf Hepatitis C hatte. Die Zahlen differieren leicht nach Regionen (in Ost- und Südeuropa um die 45 Prozent, in Nord- und Zentraleuropa um die 23 Prozent) (Rockstroh et al. 2005).

Die EuroSIDA-Studie erhebt in 33 Ländern regelmäßig folgende Daten von 16.594 HIV-positiven Patienten: HCV-Antikörper, HCV-RNA und Genotyp, HIV-Transmissionsrisiko, CD4, HIV VL, Therapiebeginn und -ende. Zwischen 2002 und 2012 wurden in dieser Kohorte 4.296 AHC-Fälle beobachtet und 150 Serokonversionen, also akute Hepatitis C-Infektionen, am häufigsten in der Gruppe der MSM (95 Fälle) (Rockstroh et al. 2012). Dass innerhalb dieser Kohorte im gleichen Zeitraum nur 16 Ereignisse bei i.v.-Drogengebrauchern zu verzeichnen waren, liegt daran, dass Drogenkonsumenten sich normalerweise erst mit Hepatitis C und dann mit HIV anstecken und deshalb nicht zur Zielgruppe der EuroSIDA-Studie zählen. In den letzten zehn Jahren nahmen die Neuinfektionen stetig und zügig zu, was zum Teil in einem besseren Meldeverhalten vor allem in Osteuropa begründet liegt. Diese Entwicklung lässt sich auch nach Risikogruppen aufschlüsseln (siehe Grafik).



AHC-Inzidenz bei HIV-Infizierten nach Risikogruppen (Rockstroh et al. 2012)

Risikofaktoren

HIV gilt als zusätzlicher Risikofaktor für den Erwerb einer akuten Hepatitis C-Infektion. Das Hepatitis C-Virus findet sich bei HIV-Patienten häufiger in der Samenflüssigkeit (Briat et al. 2005), HIV-positive Personen haben auch bei gutem Immunstatus eine höhere Chronifizierungsrate (Thomas et al. 2000) und bilden, abhängig von der CD4-Zellzahl, geringere zelluläre Immunantworten gegenüber HCV aus (Kim et al. 2005).

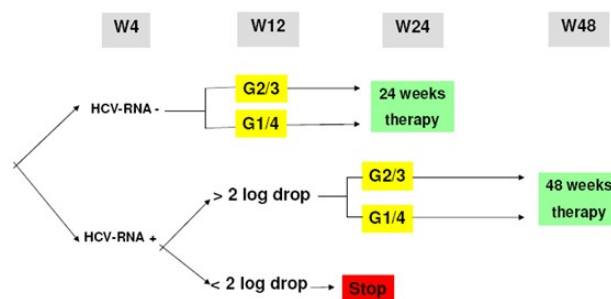
Der Blick auf die Sexualpraktiken zeigt eine höhere Gefährdung von MSM, die Kokain über die Nase schnupfen und/oder ein rektales Trauma hatten, da so das Virus über den Defekt der Schleimhaut in den Körper eindringen kann (Schmidt et al. 2011).

Aktuell werden Partydrogen immer häufiger auch mit der Nadel gespritzt – ein neu auftretendes Risikoverhalten, das in die Auswertung der Daten einfließen sollte. Es lassen sich Netzwerke in europäischen Großstädten identifizieren, innerhalb derer ein einzelnes Virus weitergegeben wird (Vogel et al. 2010).

Verlauf und Therapie der akuten Hepatitis C bei HIV-Infizierten

Akute Hepatitis C verläuft bei HIV-Infizierten häufig unauffälliger als bei HIV-negativen Patienten. HIV-Infizierte haben bei Hepatitis C seltener klinische Beschwerden, Symptome wie Fieber, Abgeschlagenheit, Müdigkeit kommen weniger vor und die Leberwerte steigen nicht so stark an. Fehlende Symptomatik schließt eine Infektion in diesen Fällen also nicht unbedingt aus. Zudem ist der Antikörpertest nicht immer aussagekräftig: Eine Studie hat gezeigt, dass drei Monate nach dem ersten positiven HCV-PCR bei 37 Prozent der HIV-infizierten Probanden keine HCV-Antikörper nachgewiesen werden konnten und noch nach einem Jahr blieben 5 Prozent ohne Serokonversion (Thomson et al. 2009). Deswegen sollte bei Verdacht auf Hepatitis C ein Virusdirektnachweis mittels PCR vorgenommen werden.

Eine akute Hepatitis C bei HIV-Patienten heilt in ca. 15 bis 20 Prozent der Fälle von alleine aus.⁵ Bei den meisten HIV-Patienten bildet sich jedoch eine chronische Infektion. Bei Behandlung der Infektion in der Akutphase ist die Ausheilungsrate doppelt so hoch. Wenn die Virusmenge vier Wochen nach dem ersten Test zwei Nullstellen verloren hat, kann man abwarten. Ist sie aber einen Monat nach Diagnose gleich hoch, ist eine Therapie zu empfehlen. Die Behandlung dauert zumeist ein halbes Jahr, bei schlechtem Ansprechen auch bis zu einem Jahr (siehe Schema in der Grafik). Sie erfolgt bei HIV-Koinfektion noch mittels Interferon-Spritzen und Ribavirin, da Ribavirin hier die Ausheilungschancen deutlich erhöht (von 60 auf 94 Prozent) (Boesecke 2012). Auch der Genotyp des Virus macht bei der Hepatitis C-Therapie einen Unterschied: Patienten mit Genotyp 2 und 3 sprechen besser auf die Therapie an als Patienten mit Genotyp 1 und 4 (die allerdings am häufigsten vorkommen) (Boesecke 2011).



Therapiedauer bei AHC-Koinfektion (EACS-Guidelines 2013)

Die Effektivität unterschiedlicher neuer Mittel zur Behandlung der Hepatitis C in der chronischen Phase wird aktuell auch in der Akutphase untersucht. Mit der Interferon-Ribavirin-Therapie erreichen wir in unserer europäischen Kohorte eine Ausheilung von ca. 70 Prozent. Eine US-amerikanische Untersuchung hat eine kleine Gruppe von 20 HIV-Patienten mit Hepatitis C-Koinfektion mit einem der neuen Proteasehemmer (Telaprevir) behandelt. Die Studie ergab einen Zugewinn an geheilten Patienten von knapp zehn Prozent (Fierer 2013). Da diese neuen Mittel sehr kostspielig sind, stellt sich hier die Frage nach der Kosten-Nutzen-Relation unter Einbeziehung des Reinfektionsrisikos.

⁵ Laut wissenschaftlichen Studien in 0 bis 40 Prozent der Fälle.

Reinfektionen stellen innerhalb dieser Gruppe ein nicht zu vernachlässigendes Risiko dar: Von 646 Patienten aus der europäischen AHC-Kohorte mit einer ersten akuten Episode hatten 113, also 17,5 Prozent, eine zweite Episode, haben sich also nach Ausheilung einer Hepatitis C erneut angesteckt. Die Reinfektion zeigt wenig klinische Symptome. Ein Anstieg des ALT-Wertes weist auf eine Reinfektion hin und sollte eine PCR-Untersuchung nach sich ziehen (Lambers et al. 2011).

Nur durch Meldung umfassender Daten ans Robert Koch Institut und die genaue Beobachtung der Kohorte können wir das Phänomen weiter im Blick behalten und auf die aktuelle Situation adäquat reagieren.

Literatur:

AIDS = The European AIDS Treatment Network (NEAT) Acute Hepatitis C Infection Consensus Panel (2011): Acute hepatitis C in HIV-infected individuals: recommendations from the European AIDS Treatment Network (NEAT) consensus conference. In: AIDS 2011, 25(4): 399–409.

Boesecke C et al. (NEAT Study Group) (2011): Does Baseline HCV Genotype Have an Impact upon Treatment Outcome of Acute HCV Infection in HIV Co-infected Individuals? In: 18th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI 2011), Boston, February 27-March 2, Abstract 113.

Boesecke C et al. (NEAT Study Group) (2012): Ribavirin Is Needed in Addition to Pegylated Interferon for Optimal Treatment Responses in the Treatment of Acute HCV Genotype 2 and 3 Infection in HIV-co-infected Individuals. In: 19th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, March 5-8, Abstract 50.

Briat A et al. (2005): Hepatitis C virus in the semen of men coinfected with HIV-1: prevalence and origin., in: AIDS 19(16): 1827–35.

Daniels D et al. (2009): Surveillance for acute viral hepatitis - United States, 2007. In: MMWR Surveill Summ. 58(3): 1–27.

Deterding K et al. (2009): The German Hep-Net acute hepatitis C cohort: impact of viral and host factors on the initial presentation of acute hepatitis C virus infection. In: [Z Gastroenterol](#). 47(6): 531–40.

EACS Guidelines (2013) = European AIDS Clinical Society: Guidelines, Version 7.0, October 2013.

Fierer D (2013): Telaprevir for Acute Hepatitis C Virus in HIV+ Men both Shortens Treatment and Improves Outcome. In: 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, March 3-6, Abstract 156LB.

Kim AY et al. (2005): The magnitude and breadth of hepatitis C virus-specific CD8+ T cells depend on absolute CD4+ T-cell count in individuals coinfected with HIV-1. In: Blood 105(3): 1170–8.

Lambers FA et al. (2011): Alarming incidence of hepatitis C virus re-infection after treatment of sexually acquired acute hepatitis C virus infection in HIV-infected MSM. In: AIDS 25(17): F21–7.

Rantala M/van de Laar MJ (2008): Surveillance and epidemiology of hepatitis B and C in Europe - a review. In: Euro Surveill. 13(21)

Rockstroh JK et al. (2005): Influence of hepatitis C virus infection on HIV-1 disease progression and response to highly active antiretroviral therapy. In: [J Infect Dis.](#) 192(6): 992–1002.

Rockstroh JK et al. (2012): Increases in acute hepatitis C (HCV) incidence across Europe: which regions and patient groups are affected. In: Journal of the International AIDS Society 15(Suppl. 4): 18116.

Schmidt AJ et al. (2011) : Trouble with bleeding: risk factors for acute hepatitis C among HIV-positive gay men from Germany--a case-control study. In: PLoS One 6(3): e17781.

Thomas DL et al. (2000): Long-term Prognosis of Hepatitis C Virus Infection. In: JAMA 284(20): 2592.

Thomson EC et al. (2009): Delayed anti-HCV antibody response in HIV-positive men acutely infected with HCV. In: AIDS 23(1):89–93.

Vandelli C et al. (2004): Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C among monogamous couples: results of a 10-year prospective follow-up study. In: [Am J Gastroenterol.](#) 99(5): 855–9.

Vogel M et al. (2010): Phylogenetic analysis of acute hepatitis C virus genotype 4 infections among human immunodeficiency virus-positive men who have sex with men in Germany. In: Liver Int. 30(8): 1169–72.

HIV-Superinfektionen

Barbara Schmidt

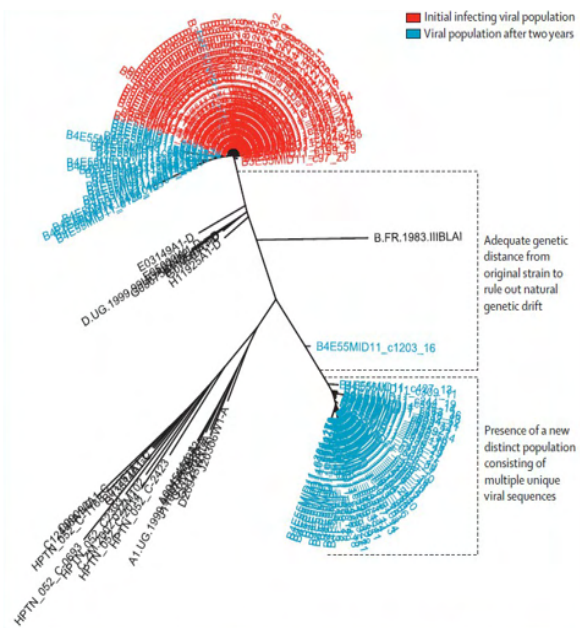
Vorab seien kurz einige Begrifflichkeiten geklärt. Unter einer Koinfektion versteht man die simultane Infektion mit zwei Virusstämmen, unter einer Superinfektion die Zweitinfektion eines bereits Infizierten. Bei bestehender Infektion mit HIV-1 ist man nicht vor einer Infektion mit Typ 2 geschützt. 10 bis 20 Prozent aller weltweit zirkulierenden HI-Viren sind rekombinante Formen, also Viren, die sich aus zwei unterschiedlichen Subtypen zusammensetzen und die entstehen, wenn eine Zelle von zwei Viren infiziert wird.

Bei einer HIV-Superinfektion wird eine bereits HIV-infizierte Person von einer anderen Person mit einem anderen HI-Virusstamm infiziert, sodass dann in einem Patienten zwei unterschiedliche Virusstämme vorhanden sind. Wenn der Superinfizierte das Virus wiederum weitergibt, kann entweder das Virus der Erstinfektion oder das der Zweitinfektion, aber auch eine Rekombinante aus beiden Viren auf eine andere Person übergehen. Dies könnte das Auftreten rekombinanter HI-Viren erklären.

Häufigkeit der HIV-Superinfektion

Über viele Jahre hinweg wurde nur sporadisch über HIV-Superinfektionen berichtet. Es schien sich um ein Randphänomen zu handeln. Dank neuer Techniken mit höherer Sensitivität, dem sogenannten *ultradeep sequencing* oder *next generation sequencing*, die erlauben, in die Tiefe zu sequenzieren und Minoritäten nachzuweisen, wurde deutlich, dass die Zahl der Betroffenen höher als gedacht ist. Durch die neuen Techniken lassen sich neben der Hauptvariante des Virus eine hohe Anzahl unterschiedlicher Sequenzen feststellen. Mithilfe eines Computerprogramms, das die

Sequenzen vergleicht und ähnliche clustert, lässt sich ein differenziertes Bild der viralen Quasispezies gewinnen. Das Beispiel (siehe Grafik) zeigt zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten analysierte Virussequenzen eines HIV-Infizierten und ein typisches Bild für eine HIV-Superinfektion: In Rot ist die Viruspopulation dieses Patienten zu einem definierten Zeitpunkt dargestellt und in Blau die Population zwei Jahre danach. Die schwarzen Sequenzen stammen von anderen Patienten und verdeutlichen, wie stark sich die neue Population von der ursprünglichen unterscheidet.



Kasuistik einer HIV-Superinfektion (Redd et al.) 2013)

Weltweit wurden Fälle von HIV-Superinfektion nachgewiesen, die in einer aktuellen Übersichtsarbeit zusammengestellt sind (Redd et al. 2013). Hier wird der Schluss gezogen, dass man abhängig von der Kohorte mit einer Frequenz der Superinfektion zwischen 0 und 7,7 Prozent rechnen muss. Einzelne Fallstudien übersteigen diese Schätzungen. Die Häufigkeit und Relevanz der HIV-Superinfektion scheint bislang unterschätzt worden zu sein.

Konsequenzen einer HIV-Superinfektion

In einem Fall wurde ein Patient nach seiner Erstinfektion mit Wildtyp HIV-1 mit einem NNRTI-haltigen Regime therapiert. Nach drei Jahren versagte die Therapie, da der Virus NNRTI-resistent war (Y188L). Die phylogenetische Analyse im pol- und env-Bereich zeigte einen genetisch distinkten Stamm, sodass es sich nicht um die Selektion eines resistenten Virus, sondern um eine Superinfektion handelte (Pingen et al. 2012).

Zwei weitere in der Literatur besprochene Fälle zeigen, dass eine Superinfektion auch zu einem Kontrollverlust führen kann. Hier wurden zwei „Elite Controller“, also HIV-Infizierte, denen es gelingt, die Viruslast spontan unter die Nachweisgrenze zu drücken, und bei denen die Anzahl der CD4 Helferzellen sehr hoch ist, untersucht. Die Superinfektion führte zum Kontrollverlust und zu einem Abfall der Helferzellen (Clerc et al. 2010). Ein anderer „Elite Controller“ hat es nach kurzem Abfall der Helferzellen eigenständig geschafft, das Virus unter Kontrolle zu bringen (Rachinger et al. 2008).

Im Rahmen einer Superinfektion scheint es außerdem eher zu einem Korezeptor-Switch auf X4 zu kommen. In einer Studie hatten 23 von 102 MSM oder 22,5 Prozent zu Studienbeginn X4-trope Viren. Von 47 longitudinal untersuchten Patienten fand sich bei sechs ein Korezeptor-Switch von R5 auf X4, und zwar bei vier von 41 Patienten mit Monoinfektion (9,8 %) und bei zwei von fünf Patienten mit Superinfektion (40 %) (Wagner et al. 2013). Die Daten lassen einen schwachen statistischen Trend erkennen, müssen aber noch bestätigt werden.

Die Superinfektion hat auch einen positiven Effekt, nämlich die Entwicklung breiter neutralisierender Antikörperantworten, sodass der Betroffene mehr Viren neutralisieren kann. Dass dies nicht

unbedingt eine bessere Protektion bedeutet, weiß man aus dem Tiermodell. Affen wurden mit SHIV infiziert. Anschließend wurde getestet, ob eine Superinfektion möglich ist. Sie waren geschützt vor der Superinfektion eines Virus mit homologem Hüllprotein, aber nicht bei Viren mit divergenten Hüllproteinen. Mit neutralisierenden Antikörpern ergab sich keine Korrelation (Cortez et al. 2012).

In Zellkulturen, in denen das Virus normalerweise latent vorkommt, lässt es sich durch Superinfektion reaktivieren (Donahue et al. 2013). Auch defekte Proviren können in Zellkultur durch Superinfektion wieder „zum Leben erweckt“ werden (Quan et al. 2014).

Fazit

Die HIV-Superinfektionen stellt nach der hier vorgestellten Datenlage kein theoretisches, sondern ein sehr reales Risiko dar. Man sollte die Risiken einer Superinfektion (Übertragung resistenter und/oder stärker pathogener Virusvarianten) kennen und sich entsprechend schützen. Vorsicht ist insbesondere bei unbehandelten Patienten und in Therapiepausen geboten.

Literatur:

Clerc O (2010): HIV-1 elite controllers: beware of super-infections. In: J Clin Virol. 47(4): 376–8.

Cortez V (2012): HIV-1 superinfection in women broadens and strengthens the neutralizing antibody response. In: PLoS Pathog. 8(3): e1002611.

Donahue DA et al. (2013): Latent HIV-1 can be reactivated by cellular superinfection in a Tat-dependent manner, which can lead to the emergence of multidrug-resistant recombinant viruses. In: J Virol. 87(17): 9620–32.

Pingen M et al. (2012): Therapy failure resulting from superinfection by a drug-resistant HIV variant. In: Antivir Ther. 17(8): 1621–5.

Quan Y et al. (2014): Defective HIV-1 quasispecies in the form of multiply drug-resistant proviral DNA within cells can be rescued by superinfection with different subtype variants of HIV-1 and by HIV-2 and SIV. In: J Antimicrob Chemother 69(1): 21–7.

Rachinger A et al. (2008): Recovery of viremic control after superinfection with pathogenic HIV type 1 in a long-term elite controller of HIV type 1 infection. In: Clin Infect Dis. 47(11): e86–9.

Redd AD et al. (2013): Frequency and implications of HIV superinfection. In: Lancet Infect Dis. 13(7): 622–8.

Wagner GA et al. (2013): Using ultradeep pyrosequencing to study HIV-1 coreceptor usage in primary and dual infection. In: J Infect Dis. 208(2): 271–4.

Aufgaben für die Zukunft

Die Stigmatisierung von SexarbeiterInnen ist eine in der Gesellschaft breit vorhandene Haltung, die innerhalb der Diskussionen dieser Tagung immer wieder Thema war und die nicht zuletzt auch den Zugang dieser Gruppe zu sexueller Gesundheit erschwert. Gleichberechtigung und gesellschaftliche Akzeptanz von SexarbeiterInnen wurden als ein wichtiges Ziel für die Zukunft definiert.

Die Gruppe der SexarbeiterInnen ist insgesamt sehr heterogen, weswegen es auch sehr unterschiedliche Bedarfe in Hinsicht auf ihre sexuelle Gesundheit gibt. In Bezug auf den Zugang zur sexuellen Gesundheit lassen sich SexarbeiterInnen grob in zwei Gruppen einteilen: Einerseits Frauen und Männer, die Sexarbeit als Tätigkeitsbereich aus den unterschiedlichsten Gründen für sich gewählt haben und zumeist bereit und in der Lage sind, sich um ihre sexuelle Gesundheit zu kümmern; andererseits gibt es aber auch viele Frauen und Männer, die keinen oder schlechten Zugang zum Gesundheitssystem haben. Letztere werden gesellschaftlich weniger wahrgenommen, da sie zumeist nicht organisiert sind, benötigen aber besondere Aufmerksamkeit. Innerhalb dieser Gruppe gibt es auch noch immer Gewalt, Armut und Not. In der Sexarbeit arbeiten viele MigrantInnen, viele sehr junge Frauen und Männer und viele Drogenabhängige. Diesen Personen Ausstiegsmöglichkeiten zu bieten, sie medizinisch zu versorgen und ihnen mehr Sicherheit zu geben, wurde als wichtige Aufgabe für die Zukunft gesehen.

Aus medizinischer Sicht wurde eine einfachere und bessere Diagnostik von STI als Herausforderung für die Zukunft genannt, die es vielleicht sogar Frauen und Männern ermöglichen wird, Tests selber vorzunehmen. Andererseits wurde die Möglichkeit von Diagnostik ohne Arzt insbesondere im STI-Bereich auch kritisch gesehen. Sexuelle Gesundheit ist mehr als Erregerdiagnostik oder die Garantie einer risikolosen und erregerefreien Sexualität. Medizinische Beratung, auch präventiv, ist hier ein wichtiger Faktor, der nicht vernachlässigt werden sollte.

Die Entwicklung neuer therapeutischer Mittel für STI stellt nach wie vor ein wichtiges Ziel der medizinischen Forschung dar. Außerdem sollten die vorhandenen Therapien besser zugänglich gemacht werden. Problematisiert wurden vor allem die Resistenzentwicklungen im HIV-Bereich. Die Therapie, die ein Arzt/eine Ärztin einem professionellen Sexarbeiter/einer Sexarbeiterin anbieten sollte, unterscheidet sich prinzipiell nicht von der für jede andere Berufsgruppe – auch wenn sich innerhalb des Angebots andere Schwerpunkte ergeben – auch diese Erkenntnis kann zu einer Entstigmatisierung von SexarbeiterInnen beitragen.

Es fehlen epidemiologische Daten zu STI innerhalb bestimmter Populationen, sodass der Bedarf bestimmter Gruppen nicht wissenschaftlich belegbar ist. Hier ist es sehr wichtig, partizipative Forschung anzustoßen – die Tagung hat hier erste Schritte eingeleitet. Nur so kann ein differenziertes Bild von den Lebensumständen und Strukturen in der Sexarbeit entstehen, das in effektive Präventionsmaßnahmen und eine gute medizinische Versorgung mündet.

Innerhalb der Sektion STI-Forschung wurde das Thema Erreger gegen Wirt ausführlich diskutiert. Es wurden neue Forschungsansätze aus der Bakteriologie vorgestellt, die sich beispielsweise bemühen,

eine Impfung gegen Chlamydien und neue HPV-Vakzine zu entwickeln oder die Wirkung des Mikrobioms auf die Gesundheit des Menschen zu entschlüsseln. In Hinsicht auf die HPV-Impfung konnte die Forschung an riesigen Kohorten ihre Effektivität nachweisen und zeigen, dass eine Durchimpfung der Bevölkerung eine drastische Einschränkung der durch diese Viren ausgelösten Krankheiten bedeuten würde. Da in Deutschland aktuell allerdings je nach Alter nur geschätzte 35 bis 40 Prozent der Zielgruppe (Mädchen von 12 bis 17 Jahren) geimpft werden, dürfen Screening und Therapie bei HPV auch in Zukunft nicht vernachlässigt werden.

Ein sehr wichtiger Aspekt der Tagung lag in der Vernetzung von Institutionen und der interdisziplinären Zusammenarbeit. Während des Kongresses widmeten sich mehrere Corner Stones der Bildung von Kompetenzzentren für sexuelle Gesundheit und den Erfahrungen mit dieser Art interdisziplinären Arbeitens. In solchen Zentren finden Personen, die Hilfe benötigen, diese gebündelt und niedrigschwellig. Auch unabhängig von Zentren muss sichergestellt werden, dass Diagnostik nicht ohne Kompetenz in Beratung und Therapie angeboten wird. Auch aus medizinischer Sicht sind interdisziplinäre Zentren im Bereich STI eine zu begrüßende Entwicklung.

Die Optimierung von Kommunikationsstrukturen war ein weiterer wichtiger Punkt, der in den Diskussionen und Vorträgen immer wieder thematisiert wurde. Einerseits ging es um die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Gruppen, die im Feld der Sexarbeit tätig sind, insbesondere auch um einen Austausch zwischen den AkteurInnen aus Politik und Sexarbeit als Voraussetzung für sinnvolle Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation und der Gesundheit von SexarbeiterInnen. Andererseits ging es aber auch um die Kommunikation zwischen einzelnen KlientInnen/PatientInnen und BeraterInnen oder ÄrztInnen. Niedrigschwelligkeit und eine akzeptierende Haltung sind hier wichtige Voraussetzung sowie, insbesondere für die Gruppe der MigrantInnen, Sprach- und KulturmittlerInnen. Auch hier scheinen Kompetenzzentren ein guter Weg, da sie leichter und kostengünstiger ein breites Angebot an medizinischen und beraterischen Leistungen sowie an sprachlicher und kultureller Vermittlungsarbeit vorhalten können.

Kritisiert wurde, dass insgesamt der Bereich der männlichen Sexarbeiter auf der Tagung wenig thematisiert wurde, der auch gesellschaftlich weniger Beachtung findet. Zwar ist diese Gruppe nicht sehr groß, aber insgesamt gefährdet und zudem stark tabubelegt.

In deutschen Großstädten steht von Seiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes und verschiedener NGOs ein breites Feld zur Gewährleistung der sexuellen Gesundheit der Bürger zur Verfügung. Die Bedarfe wachsen allerdings und verschieben sich auch. Auf neue Entwicklungen sollte gesundheitspolitisch schnell reagiert werden. Hier sind aufgrund der begrenzten Ressourcen auch manchmal Umschichtungen und Umstrukturierungen notwendig. Die Angebote der öffentlichen Hand sollten sich zunächst an Personen richten, die sonst unterversorgt sind und keine andere Möglichkeit haben, sich Hilfe zu holen.

Ein Ansatzpunkt des Kongresses war auch die Zulassung und direkte Beteiligung von Betroffenen an der Diskussion. Dies ist ein wichtiger Schritt, der auch in der Forschung weiter beachtet werden sollte. Die Bedarfe der Zielgruppen lassen sich nur durch gleichberechtigte Zusammenarbeit auf Augenhöhe erschließen. Ausgehend von dem Austausch auf dem Kongress wurde von der DSTIG eine Position zur Sexarbeit erarbeitet, die Sie auf den folgenden Seiten finden.

ANHANG

Position der DSTIG zur Sexarbeit

Warum ein Statement der DSTIG zur gesetzlichen Regelung der Prostitution?

Auch wenn in der letzten Legislaturperiode des Bundestages das „Gesetz zur Bekämpfung des Menschenhandels und Überwachung von Prostitutionsstätten“, nicht mehr verabschiedet wurde, geht die politische und gesellschaftliche Diskussion zum Thema Prostitution weiter. Neue Gesetzesvorhaben, z.B. zur Regelung des Betriebes von Prostitutionsstätten, sind zu erwarten.

Die DSTIG ist eine Fachgesellschaft, in der sich Fachleute aller relevanten Disziplinen der Praxis, Forschung und Wissenschaft der Förderung der sexuellen Gesundheit widmen.

Die vielfältige interdisziplinäre Expertise der DSTIG bringt gesundheitspolitische Aspekte in die Debatte ein und kann dazu beitragen, diese zu versachlichen.

Position

Anlässlich ihres Fachtages zur sexuellen Gesundheit am 8. und 9. November 2013 in Köln erklärt die Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG):

Um die sexuelle Gesundheit zu fördern, brauchen Menschen in der Sexarbeit in Deutschland

- ⌚ rechtliche Sicherheit sowie
- ⌚ gesellschaftliche Akzeptanz.

Aus Sicht der DSTIG mangelt es bislang an der praktischen Umsetzung der für Sexarbeit relevanten Gesetze: des Infektionsschutzgesetzes und des Prostitutionsgesetzes.

Beide Gesetze bieten die Voraussetzungen für ganzheitliche und sowohl infektions-epidemiologisch als auch strafrechtlich zeitgemäße Angebote, die die sexuelle Gesundheit im Zusammenhang mit Sexarbeit fördern. Ihre Umsetzung muss dem heutigen Stand der fachlichen Erkenntnisse folgen. Sie darf nicht allein den lokalen politischen Schwerpunkten oder den finanziellen Möglichkeiten einzelner Kommunen überlassen bleiben.

Strafbarkeit von Menschenhandel, sexueller Ausbeutung und Vergewaltigung gilt in der Sexarbeit ebenso wie in jedem anderen gesellschaftlichen Zusammenhang. Hier bedarf es keiner weiteren gesetzlichen Regelung für die Sexarbeit.

Die DSTIG betont:

Um die notwendige gesellschaftliche Akzeptanz sowie die soziale Gleichstellung von SexarbeiterInnen zu erreichen, sind auch im gesundheitlichen Bereich spezifische Angebote erforderlich.

Von zentraler Bedeutung ist der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung für alle AkteurInnen in der Sexarbeit (Anbietende und Nachfragende). Dieser muss anonym und ggf. unabhängig vom Versicherungsschutz möglich sein, d.h. bei Bedarf auch steuerfinanziert. Für einige Bereiche der Sexarbeit muss dieser Zugang durch kontinuierliche aufsuchende Arbeit unterstützt werden.

Pflichtuntersuchungen

- ⌚ dienen weder der Gesundheit des Individuums noch der Gesellschaft
- ⌚ beeinträchtigen die Förderung der sexuellen Gesundheit
- ⌚ sind grundgesetzwidrig und verletzen die Würde der Menschen
- ⌚ erfüllen den Tatbestand der Körperverletzung
- ⌚ verhindern weder Menschenhandel noch sexuelle Ausbeutung.

Die DSTIG weist darauf hin, dass die Erfahrungen mit dem Thema HIV den Weg für die Förderung sexueller Gesundheit auch in der Sexarbeit weisen.

Akzeptanz und Fachlichkeit

SexarbeiterInnen benötigen Angebote zur Gesundheitsförderung, in denen Akzeptanz mit Fachlichkeit verbunden ist. Neben der medizinischen und der beraterischen Kompetenz muss spezifisches Know-how insbesondere zur Epidemiologie von STI und zu den vielfältigen Formen von Sexualität vorhanden sein. Um wirksam werden zu können, müssen Angebote außerdem die hohe Mobilität und die begrenzten Ressourcen vieler SexarbeiterInnen berücksichtigen (z. B. durch Sprach- und IntegrationsmittlerInnen sowie durch kostenlose Angebote für nicht-versicherte Bedürftige).

Kooperation von ÖGD und NGOs

Public Health erwächst aus qualifizierten Strukturen. Strategien gegen STI und zur Förderung der sexuellen Gesundheit sind umso erfolgreicher, je enger sie in Kooperation von staatlichen Stellen mit den betroffenen oder bedrohten Menschen entwickelt werden. Die Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) mit allen nötigen Ressourcen (finanziell, strukturell, personell) ist daher ebenso erforderlich wie die Anerkennung der zivilgesellschaftlichen Organisationen (Nichtregierungsorganisationen – NGO), wie Fachberatungsstellen für Prostituierte in unterschiedlicher Trägerschaft und andere.

Prostitutionsgesetz (ProstG) Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostituierten (Prostitutionsgesetz, ProstG)

(Bundesgesetzblatt Jahrgang 2001 Teil I Nr. 74, ausgegeben zu Bonn am 27. Dezember 2001)

Artikel 1: Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostituierten (Prostitutionsgesetz – ProstG)

§ 1 Sind sexuelle Handlungen gegen ein vorher vereinbartes Entgelt vorgenommen worden, so begründet diese Vereinbarung eine rechtswirksame Forderung. Das Gleiche gilt, wenn sich eine Person, insbesondere im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses, für die Erbringung derartiger Handlungen gegen ein vorher vereinbartes Entgelt für eine bestimmte Zeitdauer bereithält.

§ 2 Die Forderung kann nicht abgetreten und nur im eigenen Namen geltend gemacht werden. Gegen eine Forderung gemäß § 1 Satz 1 kann nur die vollständige, gegen eine Forderung nach § 1 Satz 2 auch die teilweise Nichterfüllung, soweit sie die vereinbarte Zeitdauer betrifft, eingewendet werden. Mit Ausnahme des Erfüllungseinwandes gemäß des § 362 des Bürgerlichen Gesetzbuchs und der Einrede der Verjährung sind weitere Einwendungen und Einreden ausgeschlossen.

§ 3 Bei Prostituierten steht das eingeschränkte Weisungsrecht im Rahmen einer abhängigen Tätigkeit der Annahme einer Beschäftigung im Sinne des Sozialversicherungsrechts nicht entgegen.

Artikel 2: Änderung des Strafgesetzbuches

Das Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 19. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3922), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht werden die Angaben zu § 180a wie folgt gefasst:

„§ 180a Ausbeutung von Prostituierten“.

2. § 180a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 180a Ausbeutung von Prostituierten“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „1.“ wird gestrichen.

bb) Nach den Wörtern „in persönlicher oder wirtschaftlicher Abhängigkeit gehalten werden“ wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt.

cc) Nummer 2 wird aufgehoben.

3. § 181a Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

„(2) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer die persönliche oder wirtschaftliche Bewegungsfreiheit einer anderen Person dadurch beeinträchtigt, dass er gewerbsmäßig die Prostitutionsausübung der anderen Person durch Vermittlung sexuellen Verkehrs fördert und im Hinblick darauf Beziehungen zu ihr unterhält, die über den Einzelfall hinausgehen.“

Artikel 3: Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2002 in Kraft.

ReferentInnen

Bärbel Ahlborn, Kassandra e.V., Nürnberg

Bäcker, Berlin

Dr. Christoph Boesecke, Universitätsklinikum Bonn

Dr. Viviane Bremer, Robert Koch Institut (RKI), Berlin

Prof. Dr. Norbert Brockmeyer, Katholisches Klinikum Bochum

Dr. Anne Bunte, Gesundheitsamt Köln

Prof. Dr. Nicola Döring, TU Ilmenau

Arne Dreßler, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln

Mechthild Eickel, Beratungsstelle Madonna e.V., Bochum

Dr. Dr. Martin Ehrenschwender, Institut für Klinische Mikrobiologie und Hygiene,
Universitätsklinikum Regensburg

Dr. Mario Fabri, Universitätsklinik Köln

Prof. Dr. Sybille Flügge, Fachhochschule Frankfurt am Main

Johann Fontaie, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg

Dr. Wolfgang Fuchs, Katholisches Klinikum Bochum

Dr. Kamran Ghoreschi, Universitäts-Hautklinik Tübingen

Dr. Caroline Grüner, Beratungsstelle zu sexuell übertragbaren Erkrankungen einschließlich AIDS,
Gesundheitsamt Köln

Prof. Dr. Hagedorn, Bad Salzuflen

Dr. Dagmar Heuer, Robert Koch Institut (RKI), Berlin

Elke Hoffmann, Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung, München

Klaus Jansen, Robert Koch Institut (RKI), Berlin

Kantorowicz, Berlin

Prof. Dr. Barbara Kavemann, Sozialwissenschaftliches FrauenForschungsInstitut Freiburg

Arne Kayser, Aidshilfe Bochum

Stephanie Klee, highlights-Agentur, Berlin

Elisabeth Köhler, Gesundheitsamt Frankfurt

Catharina König, Bochum

Harriet Langanke, Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit (GSSG)

Lena Morgenroth, Berufsverband erotische und sexuelle Dienstleistungen

Müller, Berlin

Dr. Dr. Stefan Nagel, Dresden

Ruth Niebuer, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Referat Schutz von Frauen vor Gewalt, Berlin

Heidrun Nitschke, Beratungsstelle zu sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD) einschließlich Aids am Gesundheitsamt Köln

Maya Perrier, Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf

Prof. Dr. Herbert Pfister, Uniklinik Köln

Rainer Philippsen, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA)

Dr. Anja Potthoff, Chefärztin Dermatologie, Fachklinikum Borkum

Dr. Heinrich Rasokat, Uniklinik Köln

Sabine Reinke, LOOKS e.V., Köln

Dr. Miriam Reuschenbach, Abteilung für Angewandte Tumorbologie, Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Heidelberg

„Rollimann“ (Freier), Niederkrüchten

Dr. Rozalia Scheitz, Katholisches Klinikum Bochum

Wiltrud Schenk, Zentrums für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf

Prof. Dr. Barbara Schmidt, Institut für Mikrobiologie und Hygiene, Regensburg

Dr. Markus Schmitt, German Cancer Research Center, Heidelberg

Dr. Adriane Skaletz Rorowski, DSTIG

Dr. Georg Stary, Laboratory of Ulrich von Andrian, Harvard Medical School, Boston

Elfriede Steffan, Leiterin der SPI Forschung gGmbH, Berlin

Andrea Weppert, AIDS-STI-Beratungsstelle Gesundheitsamt Nürnberg

Dr. Ulrike Wieland, Institut für Virologie der Uniklinik Köln

Dr. Christine Winkelmann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Dr. Ulrike Wuschek, Gynäkologische Sprechstunde, Ambulatorium Kanonengasse, Zürich

Dr. Christoph Wyen, Uniklinik Köln

Claudia Zimmermann-Schwartz, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA)

© DSTIG 2014

Lektorat und Redaktion: Dr. Claudia Caesar