

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fakultät Life Sciences  
Studiengang Gesundheit

**Gesundheitliche Aufklärung als notwendige Strategie für  
Empowerment von migrierten Sexarbeiterinnen**

- Diplomarbeit -

vorgelegt am:  
13. September 2012

von:  
Katharina Hille

■■■■■■■■■■  
■■■■■■■■■■  
■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■

Betreuende Prüferin:  
Prof. Christiane Deneke  
Hochschule für Angewandte  
Wissenschaften Hamburg

Zweite Prüferin:  
Mag. phil. Maria Magdalena Drexel  
Gleichstellungsbeauftragte  
Stadt Wedel

## **Danksagung**

Zunächst möchte ich den Interviewpartnerinnen und den Kolleginnen von Projekt Indoors danken, die durch ihr Engagement und ihre Zeit zu einem großen Teil dieser Arbeit beigetragen haben. Ein besonderer Dank geht an die Koordinatorinnen Veronica Munk und Regina Wenzel für ihre Unterstützung bei der Benutzung der Indoors-Datensammlung.

Ein weiteres Dankeschön geht an Marlen Drexel für ihre Geduld und die unzähligen Motivationsgespräche, die mir während der Zeit der Diplomarbeit einen wichtigen Rückhalt gaben.

Ebenfalls möchte ich ein Dankeschön an Prof. Christiane Deneke richten, die durch ihre konstruktiven Anregungen wesentlich zum Erfolg dieser Arbeit beigetragen hat und mich darüber hinaus sehr flexibel und entgegenkommend betreute.

Meine größte Dankbarkeit gilt meiner Mutter Sinaida Hille, die mir auf vielfältige Weise geholfen hat, den Studienabschluss zu erreichen.

Einen speziellen Dank möchte ich an meinem Lebensgefährten Dmitri Ostroglad und meine Tochter Marisol richten, die so viel Liebe und Glück in mein Leben gebracht haben und einen großen Beitrag für das Gelingen dieser Arbeit geleistet haben.

## **Zusammenfassung**

Die Arbeit beschäftigt sich mit den Möglichkeiten und der praktischen Umsetzung der gesundheitlichen Aufklärung für den Empowerment-Ansatz in der Gesundheitsförderung bei migrierten Sexarbeiterinnen. Der hohe Stellenwert dieses Ansatzes und ein hoher Bedarf bei dieser Zielgruppe werden mit Hilfe der Untersuchungen im Rahmen des Projektes Indoors und der Berichte belegt. Zur Überprüfung der Wirksamkeit der gesundheitlichen Aufklärung auf Empowerment-Prozesse wird die quantitative Datenbankanalyse durchgeführt. Drei qualitative Experteninterviews ergänzen die Befunde und bringen eine Vielzahl an Erkenntnissen im Bezug auf die Relevanz der gesundheitlichen Aufklärung für den Empowerment-Ansatz.

Schlussfolgerungen: Die Notwendigkeit der gesundheitlichen Aufklärung für Empowerment bei den migrierten Sexarbeiterinnen ist bestätigt. Die Analyse zeigt, dass der Empowerment-Ansatz als zielgruppenorientierte Ressourcenförderung zu verstehen ist. Die Aufklärungsmaßnahmen sollen unter Berücksichtigung der Einflussfaktoren, die die Empowerment-Prozesse bewirken, an die Zielgruppe angepasst sein. Die Kompetenzen der Gesundheitsförderer spielen dabei eine wichtige Rolle.

## **Abstract**

This thesis examines the possibilities and practice health information for the empowerment approach in health promotion with migrant sex workers. As proven in studies of the Indoors project and the reports, this concept is of high importance and highly required by the target group. For the examination effectiveness of the health clarification on Empowerment processes the quantitative data bank analysis is carried out. Three qualitative expert interviews complete the findings and bring a huge number of knowledge to the requirement of the health information for the Empowerment approach.

Conclusions: The need of the health information for Empowerment with migrated sex workers is proven. The analysis points up that the Empowerment approach should be geared to the target group and the personal resources of the individuals. The clarification measures should be adapted to the target group and the factors of influence which cause Empowerment processes should be considered. Besides, the competence of the health promoters plays an important role.

## **Inhaltsverzeichnis**

Inhaltsverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	6
Einleitung.....	7

## **Teil I: Theoretische Grundlagen**

<b>1. Migrierte Sexarbeiterinnen.....</b>	<b>10</b>
1.1 Begriffsbestimmung.....	10
1.1.1 Sexarbeit.....	10
1.1.2 Migration.....	16
1.2 Sexarbeit in Hamburg.....	17
1.2.1 Geschichte der Reglementierung der Prostitution bis 2001.....	18
1.2.2 Aktuelle rechtliche Situation.....	20
1.2.3 Appartementszene in Hamburg.....	22
<b>2. Sexarbeit und Gesundheit .....</b>	<b>24</b>
2.1 Gesundheitsrelevante Belastungen.....	25
2.1.1 Psychosoziale Belastungen .....	25
2.1.2 Verhaltensbedingte Belastungen.....	28
2.1.3 Arbeitsbedingte Belastungen .....	29
2.1.4 Risikogruppe Freier.....	29
<b>3. Gesundheitliche Aufklärung und Empowerment in der Gesundheitsförderung.....</b>	<b>31</b>
3.1 Gesundheitsförderung und Salutogenese.....	31
3.2 Empowerment.....	33
3.2.1 Ressourcenförderung.....	35
3.2.2 Evaluation der Empowerment- Prozesse.....	37
3.3 Der Ansatz der gesundheitlichen Aufklärung.....	38
<b>4. Gesundheitliche Aufklärung und Empowerment als Fachkonzept des Projektes Indoors.....</b>	<b>40</b>
4.1 Ziele des Projektes Indoors.....	40
4.2 Methode und Maßnahmen des Projektes Indoors.....	41
4.2.1 Kontaktaufnahme.....	42
4.2.2 Informationsvermittlung und Workshops.....	42

4.2.3 "Pictures of a Reality" .....	44
4.3 Evaluation des Projektes Indoors.....	45
4.3.1 Erhebungstechniken und Datenanalyse.....	46
4.3.2 Ergebnisse der Indoors-Studie.....	47

## **Teil II: Empirische Untersuchung**

<b>5. Überprüfung von Empowerment Ansätze.....</b>	<b>49</b>
5.1 Quantitative Varianzanalyse.....	49
5.2 Ergebnisse der Varianzanalyse der Indoors-Datenbank.....	49
5.3 Interviews mit Experten.....	59
5.3.1 Auswahl der Interviewpartnerinnen.....	59
5.3.2 Aufbau und Durchführung der Interviews.....	60
5.3.3 Auswertung der Interviews.....	62
5.3.4 Darstellung der Ergebnisse.....	64

## **Teil III: Ergebnisse**

<b>6. Diskussion.....</b>	<b>73</b>
<b>7. Zusammenfassung und Ausblick.....</b>	<b>75</b>
<b>Quellenverzeichnis.....</b>	<b>78</b>
<b>Anhang A: Leitfaden für die Experteninterviews.....</b>	<b>84</b>
<b>Anhang B: Auswertungskategorien der Experteninterviews.....</b>	<b>85</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: <b>Altersverteilung von migrierten Sexarbeiterinnen</b> .....	24
Abbildung 2: <b>Indoors 2011</b> .....	50
Abbildung 3: <b>Alte Kontakte</b> .....	51
Abbildung 4: <b>Neue Kontakte</b> .....	51
Abbildung 5: <b>Interesse am Gespräch</b> .....	53
Abbildung 6: <b>Krankenversicherung</b> .....	54
Abbildung 7: <b>Kenntnis- und Anspruchnahme niedrigschw. Angeboten</b> .....	54
Abbildung 8: <b>Risikoverhalten</b> .....	55
Abbildung 9: <b>Angesprochene soziale Themen</b> .....	57
Abbildung 10: <b>Angesprochene gesundheitliche Themen</b> .....	57

## Einleitung

Innerhalb meiner Diplomarbeit habe ich mich mit dem Thema „Gesundheitliche Aufklärung als notwendige Strategie für Empowerment von migrierten Sexarbeiterinnen“ beschäftigt.

Der Ansatz der gesundheitlichen Aufklärung und der Empowerment Ansatz werden in verschiedenen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung besonders bei der Zielgruppe der MigrantInnen als erforderlich bezeichnet. Es ist allerdings zunächst eher undurchschaubar, wie die Empowerment-Prozesse ausgelöst werden, sowie wie diese zu überprüfen sind.

Ich bin als kulturelle Gesundheitsmediatorin bei einem Projekt tätig, das sich vorwiegend mit gesundheitlicher Aufklärungsarbeit für migrierte Sexarbeiterinnen beschäftigt. Eines der Ziele dieses Projektes ist, Empowerment-Prozesse bei der Zielgruppe zu bewirken. Die vorhandenen Evaluationsergebnisse zeigen eine allgemeine Tendenz der Entwicklung des Gesundheits- bzw. Risikoverhaltens der Zielgruppe. Sie belegen allerdings nicht, dass die Empowerment-Prozesse durch gesundheitsaufklärende Intervention ausgelöst werden. Auf Grund der vierjährigen Erfahrung mit der Zielgruppe, positiven Rückmeldungen von den Klientinnen, sowie dem Austausch mit Kolleginnen kann ich subjektiv bestätigen, dass die gesundheitliche Aufklärung einen positiven Einfluss auf die Empowerment-Prozesse der migrierten Sexarbeiterinnen hat. Dies wissenschaftlich zu untersuchen ist mein Forschungsinteresse. Welche Kriterien sind zu berücksichtigen, damit das Ziel, die Empowerment-Prozesse zu bewirken, erreicht wird? Welche Relevanz für erfolgreiches Empowerment hat unter anderem der Bestandteil der gesundheitlichen Aufklärung? Diesen Fragen nachzugehen ist die Aufgabe dieser Arbeit.

Ein weiteres Ziel dieser Diplomarbeit ist die Aufbesserung des Images von migrierten Sexarbeiterinnen. Trotz zehnjähriger Legalisierung der Prostitution in Deutschland stehen die heutigen Sexarbeiterinnen häufig eher am Rand der Gesellschaft und sehen sich einer Vielzahl von Vorurteilen gegenüberstehend. Insbesondere ausländische Prostituierte werden bedingt ihrer Herkunft und ihres vermeintlich gesundheitsgefährdenden Lebensstils als gefährliche

Infektionsquelle für HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Erkrankungen (und als Verantwortlichen für deren Verbreitung) gesehen. In diesem Kontext möchte ich den Persönlichkeitswert der ausländischer Prostituierten anheben und dem Leser und der Leserin die Möglichkeit geben, sich selbst ein Bild von der Lebensrealität der Migrantinnen zu verschaffen, die in Sexbranche freiwillig berufstätig sind.

Ich möchte darauf hinweisen, dass ich die weibliche Ausdruckform für Sexarbeiterin in dieser Arbeit verwende. Damit soll gezeigt werden, dass sich das Thema ausschließlich auf die weibliche Form der Sexarbeit bezieht. Sie behandelt ausschließlich freiwillige Sexarbeit, die nicht auf der Straße, sondern in Bordellen, Modelwohnungen, Laufhäusern und Massagesalons stattfindet. Ebenfalls für die Mitarbeiterinnen des Projektes Indoors, also für "Streetworkerinnen", "Mediatorinnen" und "Expertinnen" wird die weibliche Form benutzt, da bei diesem Projekt ausschließlich weibliche Kollegen beschäftigt sind.

### **Methodische Vorgehensweise**

Die methodische Vorgehensweise dieser Arbeit beruht zu einem großen Teil auf meiner vierjährigen praktischen Erfahrung als Gesundheitsmediatorin beim Projekt Indoors. Der Aufgabenbereich dieser Tätigkeit impliziert den praktischen und den analytischen Teil. Während des Einsatzes für Indoors wird der Kontakt zu den Sexarbeiterinnen hergestellt und ein Gespräch bzw. eine Intervention durchgeführt. Anschließend entsteht aus der Kombination von Beobachtung, Interview, Gespräch und gleichzeitiger Hilfestellung ein Dokumentationsbogen.

Durch meine Tätigkeit wurde mir der Zugang zu den Beständen der zwanzigjährigen Sammlung von Dokumentationsbanken für diese Thematik des TAMPEP-Germany-Büros ermöglicht. Zum anderen beruht diese Ausarbeitung auf einer Literaturrecherche an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg.

Für den empirischen Teil der Arbeit wurden zwei Forschungsmethoden angewandt: eine *quantitative Datenbankanalyse* und *qualitative Experteninterviews*. Um den Einfluss der gesundheitlichen Aufklärung auf die Empowerment-Prozesse nachvollziehen zu können, wurden zunächst bei der

Indoors-Datenbankanalyse die „alten“ und „neuen“ Kontakte verglichen. Um die Forschungsfrage noch weiter zu verfolgen, wurden Experteninterviews durchgeführt. Die beiden Methoden werden im Kap.4 dargelegt.

### **Aufbau der Arbeit**

Die Arbeit wird in drei Teile gegliedert. Am Beginn werden die theoretischen Grundlagen erörtert, darauf folgt der empirische Teil und abschließend werden die Ergebnisse dargestellt. Im ersten Kapitel stelle ich zunächst meine Zielgruppe dar. Als erstes werde ich den Begriff Sexarbeit erklären, sowie die Erscheinungsformen der modernen Prostitution erörtern. Als nächstes werde mich mit den Begriffen Migration, Frauenmigration, Arbeitsmigration beschäftigen. Hierfür werde ich eine Verbindung der Begriffe mit Sexarbeit herstellen und zu der Situation in Hamburg überleiten. Dann werde ich zu den rechtlichen Regelungen einen kurzen geschichtlichen Abriss der Reglementierung der Prostitution darstellen und anschließend auf die aktuelle rechtliche Lage eingehen. Abschließend für das erste Kapitel werde ich die arbeits- und migrationsbedingte Belastungen und Risikofaktoren der Zielgruppe erläutern.

Im zweiten Kapitel werde ich die theoretischen Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung vorstellen, wobei ich etwas ausführlicher auf den Empowerment-Ansatz eingehe. Hierbei wird Bezug auf das Konzept der Salutogenese genommen. Anschließend werde ich in diesem Zusammenhang ein Beispiel aus der Praxis vorstellen und damit zum dritten Kapitel überleiten, in dem es sich um Projekt Indoors handeln wird.

In dem empirischen Teil werde ich meiner Forschungsfrage unter dem Aspekt der neuen Erkenntnisse anhand der Indoors-Datenanalysen betrachten. Ich werde zwei Forschungsmethoden, das Vorgehen bei der Gewinnung der Ergebnisse aus der Indoors-Datenbank und aus den Experteninterviews, sowie die Ergebnisse vorstellen. In dem Ergebnisteil wird diskutiert, ob die Forschungsfrage beantwortet wird. Es werden Handlungsempfehlungen zur Nachhaltigkeit des Empowerment Ansatzes vorgeschlagen.

Der Anhang enthält die Auswertungskategorien der Experteninterviews mit den Originaltexten.

## **1. Migrierte Sexarbeiterinnen**

In dem ersten Hauptteil meiner Arbeit beschäftige ich mich mit der Zielgruppe der migrierten Sexarbeiterinnen, die in Appartements, Bordellen und Laufhäusern tätig sind. Anhand der dargestellten Lebenssituation dieser Zielgruppe zeige ich die Relevanz des Empowerment-Ansatzes auf. Darauf baue ich weitere Teile meiner Arbeit auf, in denen praktische Einsätze und Möglichkeiten der Erhebung dargestellt und untersucht werden.

### **1.1 Begriffsbestimmung**

Immer mehr Frauen überqueren internationale Grenzen auf der Suche nach Beschäftigung. Häufig handelt es sich dabei um die Arbeitsmarktbereiche für Niedrigqualifizierte, die bereit sind, schmutzige, gefährliche oder schlecht bezahlte Tätigkeiten auszuführen. Ob Sexarbeit tatsächlich eine davon ist, kann nicht so pauschal behauptet werden, denn es gibt nicht die eine migrierte Sexarbeiterin, sondern eine Vielzahl von verschiedenen Hintergründen, die zu berücksichtigen sind.

#### **1.1.1 Sexarbeit**

Sexarbeit ist ein vielschichtiges Phänomen, das von gesellschaftlichen und rechtlichen Werten abhängig ist und einem starken zeitlichen Wandel unterliegt. Als Forschungsfeld steht sie im Fokus von verschiedenen Disziplinen wie Politik, Recht, Kriminologie, Soziologie, Ethnologie, Gesundheitswissenschaft usw. und kann sich innerhalb einer Gesellschaft bzw. zwischen verschiedenen Gesellschaften unterscheiden. Daher ist es schwierig Sexarbeit und die darin beinhalteten Anforderungen universell zu beschreiben. Während meiner Literaturrecherche für den Begriff „Sexarbeit“<sup>1</sup> bin auf zeitgebundene Definitionen gestoßen, die die zeitweilige Ansicht der herrschenden Sexualmoral ausdrücken. Aktuelle Entwicklungstendenzen in der Prostitution lassen sich daraus nicht ableiten (Krüger 2001:17).

---

<sup>1</sup> Der synonyme Begriff zu der Prostitution kommt aus der Hurenbewegung und bringt das Bestreben der Frauen zum Ausdruck, ihre Tätigkeit in der Öffentlichkeit als Arbeit anzuerkennen.

In Rahmen des Projektes Indoors<sup>2</sup> wurde das Buch „Pictures of a reality“ verfasst, mit dem Ziel, der Öffentlichkeit das wahre Bild der migrierten Sexarbeiterin zu vermitteln. Bei der Entstehung des Buches wurden Befragungen mit Sexarbeiterinnen selbst und mit ExpertInnen durchgeführt, die berufsmäßig mit Sexarbeiterinnen in Berührung kommen. Die TeilnehmerInnen der Befragung bemühten sich, ihre Äußerungen zur Sexarbeit aus jeweiliger Perspektive ohne moralisierende Ansichten auszudrücken. Nach Christiane Howe<sup>3</sup> ist Sexarbeit eine Dienstleistung gegen Entgelt. Es handelt sich nicht um eine private, persönliche, intime Liebesbeziehung oder Affäre. Es geht dabei nicht um die Lust beider Partner. Bei dieser Definition steht der kommerzielle Aspekt von Sexarbeit im Vordergrund. Dadurch, dass es keine „private Liebesbeziehung“ ist, wird sexuelle Dienstleistung ohne Gefühlsbeteiligung erbracht. Die erwünschte Leidenschaft von der Seite der Kunden wird von der Sexarbeiterin vorgetäuscht.

Elisabeth von Dücker<sup>4</sup> betont in ihrem Interview: „Selbstbestimmte, von Erwachsenen angebotene Sexdienstleistung ist eine professionelle Arbeit“. Die Sexarbeiterin entscheidet selber über den Umfang, die Qualität und den Ablauf der Leistung. Außerdem arbeitet sie „professionell“, das heißt, sie besitzt spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten.

Einen weiteren Aspekt beleuchtet Madonna e.V., eine Bochumer Beratungsstelle für Sexarbeiterinnen:

"Sie ist Expertin in Sachen Sexualität, Erotik, Unterhaltung und Inszenierung. Sie kennt sich in der Gesundheitsvorsorge aus und verfügt über Organisationstalent und Menschenkenntnis" (Madonna e.V. 2011, [onl.]), sowie über eine ausgeprägte professionelle Distanz<sup>5</sup>. Madonna e.V. hebt außerdem die wirtschaftlichen Aspekte der Sexarbeit hervor:

---

<sup>2</sup> Indoors (Support and empowerment of female sex workers and trafficked women working in hidden places) beschäftigt sich mit Aufklärung und Gesundheitsvorsorge für alle Formen der Sexarbeit, die nicht auf der Straße stattfinden.

<sup>3</sup> Christiane Howe, Soziologin und Forscherin, Interview für „Pictures of a reality“, Indoors 2012

<sup>4</sup> Elisabeth von Dücker, Kunst – und Kulturhistorikerin, Interview für „Pictures of a reality“, Indoors 2012

<sup>5</sup> Die Kunst einer Prostituierten ist es, ihnen diese Illusion der 'echten Zuneigung und wahre Leidenschaft' zu schaffen. Gleichzeitig darf sie trotz des engen Kundenkontaktes ihre emotionale Unabhängigkeit nicht verlieren, um die Belastung durch die Sexarbeit möglichst gering zu halten (Schuster 2001. Parapluie No 12 <http://parapluie.de/archiv/haut/sexarbeit/>)

„Die [Sexarbeiterin] verkauft sexuelle Dienstleistungen in vielfältigen Variationen, zumeist an Männer. Sie richtet einen Arbeitsplatz her, schafft ein kundenfreundliches Ambiente, nimmt Wünsche und Persönlichkeit wahr, vermittelt ihre Grenzen, verhandelt den Preis, organisiert Hygiene und Gesundheitsschutz, wählt Hilfsmittel aus und wendet sie an, inszeniert Illusionen und verabschiedet den Kunden daraus. Sie übersteht lange Arbeitszeiten, je nach Ort auch unter schwierigen Bedingungen“ (ebd.).

Nach Detlev Ubben<sup>6</sup> ist Sexarbeit im Hinblick auf die aktuelle rechtliche Lage eine "bundesweit anerkannte Erwerbstätigkeit, die, mit Ausnahme gesetzlicher Einschränkungen (z. B. Sperrgebietsverordnung) nicht verboten ist und die unter einem besonderen gesetzlichen Schutz (Verbot der ungesetzlichen Einflussnahme anderer – z.B. Menschenhandel, Zuhälterei) steht". Obwohl Sexarbeit in der Bundesrepublik rechtlich als Dienstleistung anerkannt wird, wird nicht nur keine Gleichstellung mit anderen Erwerbstätigkeiten erreicht, sondern sie wird auch mit Gewalt, Menschenhandel und Kriminalität gleichgesetzt (Bufas e.V. 2011, [onl.]), und damit auch mehr Kontrollen unterzogen. Dementsprechend verschärft sich die soziale und rechtliche Situation der Sexarbeiterinnen, weil die gesellschaftliche Wahrnehmung der Prostitution als ein "Übel" trotz der Legalisierung erhalten bleibt (Krüger 2001: 28). Nichts desto trotz ist sie "(...) eine Dienstleistung, die auf großem Bedarf in der Gesellschaft fußt(...)"(Klee<sup>7</sup>:2012, [onl.]). Etwa 1,2 Millionen Männer bundesweit nehmen täglich die sexuellen Dienstleistungen in Anspruch (Mitrovič 2004:3). Bei derartiger Nachfrage stellt die Prostitution einen ernst zu nehmenden Wirtschaftsfaktor dar. Schätzungen zufolge erwirtschaftet das Prostitutionsgewerbe jährlich einen Umsatz von ca. 14,5 Milliarden Euro. Dabei ist zu beachten, dass das durchschnittliche Monatseinkommen von Prostituierten in der Regel unter 1.500 Euro liegt. Im Umfeld der Prostitution angesiedelte Wirtschaftszweige, wie Bordelle, Bars, Taxiunternehmen, Sexartikelindustrie usw. profitieren erheblich von dem Prostitutionsgeschäft (Klein 2012, [onl.]).

---

<sup>6</sup> Detlef Ubben, Landeskriminalamt Hamburg, Interview für „Pictures of a reality“, Indoors 2012

<sup>7</sup> Stephanie Klee, ehemalige Sexarbeiterin, Sozialarbeiterin, Hurenaktivistin 2012

Es gibt diverse Erscheinungsformen der Sexarbeit, die zum einen von dem Konsummarkt abhängig sind, denn die Kundschaft kommt aus unterschiedlichsten gesellschaftlichen Schichten und hat unterschiedlichste sexuelle Vorstellungen. Dementsprechend variieren die Preise für sexuelle Dienstleistungen. Zum anderen sind sie von den Beweggründen der Frauen für die Ausübung von Sexarbeit abhängig. Die Beschaffung von Drogen ist ein häufiger Anstoß für den Straßenstrich – die sozial niedrigste Form der Sexarbeit. Die Frauen, die sich für vermitteltes Geschäft entscheiden wie zum Beispiel in einem Bordell, Appartement oder durch eine Agentur, müssen mit mehr fixen Abgaben rechnen wie Miete für das Appartement oder Werbung. An dieser Stelle ist es wichtig zu betonen, dass der Arbeitsort nicht das entscheidende Kriterium für die Selbständigkeit der Sexarbeiterin und ihre Arbeitsbedingungen ist, aber der kennzeichnende Faktor für ihre „Verdienstmöglichkeiten und sozialen Status innerhalb der Prostitutionshierarchie“ (Richter 2007:9).

Die nachfolgende Beschreibung soll einen Überblick über die Arbeitsbereiche der Sexarbeit verschaffen. Es wird auf Grund der Rahmenbedingungen dieser Arbeit nur auf die weibliche Form der Sexarbeit eingegangen.

**Der Straßenstrich** ist die sichtbarste Form der Sexarbeit, hierbei wird der Kunde auf der Straße öffentlich angeworben und nach der Preisabsprache erfolgt die Ausübung der Dienstleistung entweder im Freien, im Auto des Freiers oder auch, wenn es organisiert ist, im Zimmer von einer bordellartigen Einrichtung.

Flexible Arbeitszeiten, entfallende Werbekosten, kurzer zielorientierter Kontakt zu den Kunden motivieren die Sexarbeiterinnen bei der Entscheidung für den Arbeitsplatz. Außerdem ist der Kundenzulauf auf der Straße relativ hoch, trotz der geringeren Preise verdienen sie auf dem Straßenstrich meistens mehr als ihre Kolleginnen im Bordell, allerdings müssen sie auch mehr Kunden bedienen (Falck 2005:19).

Die Nachteile dieses Arbeitsplatzes sind zum einen die Arbeitsbedingungen, es gibt zum Beispiel keine Möglichkeit für elementare hygienische Maßnahmen und aufgrund der schlechten Wetterbedingungen sind die Sexarbeiterinnen auf

dem Straßenstrich öfter Gesundheitsrisiken aufgesetzt. Zum anderen ist das Sicherheitsrisiko auf der Straße höher. Dazu gehören nicht nur Begegnungen mit aggressiven oder psychisch gestörten Kunden sowie Raubüberfälle, sondern auch die konkurrierenden Kolleginnen können eine Gefahr darstellen (ebd.). Straßenstrichprostitution ist nicht überall gestattet und wird durch die Sperrgebietsverordnung geregelt.

### **Bordell, Eros-Center, Laufhaus**

Die neben dem Straßenstrich am weitesten verbreitete Form der Sexarbeit ist die Bordellprostitution. Hierbei werden den Frauen die Räumlichkeiten zur Ausübung ihrer Dienstleistungen von den Bordellbetreibern zur Verfügung gestellt, wofür üblicherweise eine Tagesmiete (zwischen 125 und 150€) von den Prostituierten zu zahlen ist. Ein Bordell sowie ein Laufhaus können aus einem mehrstöckigen Haus bestehen. Die Kunden werden in den Schaufenstern, Fluren, Gängen und Kontakträumen angeworben. Der Kontaktraum, in dem die Kunden empfangen werden, ist gleichzeitig der Aufenthaltsraum, wo die Sexarbeiterinnen gemeinsam die Wartezeiten verbringen. „Dort wird gegessen, geraucht, getratscht, gelesen, ferngesehen“ (Falk 2005:23). Diese Räume werden von den Bordellbetreibern oft vernachlässigt. Zu der Tatsache, dass in dem Raum ununterbrochen geraucht wird, werden die Gardinen meistens zugezogen und die Fenster verriegelt, so dass weder Tageslicht noch frische Luft in dem Raum eindringt<sup>8</sup>. Ein Laufhaus bietet im Gegensatz zu Bordellen keine gemeinsamen Räume. Häufig arbeiten die Frauen Tür an Tür, haben aber keinen Kontakt zueinander. Wie bei der Bordellprostitution und in Laufhäusern stehen auch in Eros-Centern dem Kunden mehrere Frauen zur Auswahl. „Ein Eros-Center bietet der Frau die Möglichkeit, sich rund um die Uhr im Haus aufzuhalten - Kantine, Fitnesscenter, Solarium befinden sich unter einem Dach.“(Falk 2005: 22) Außerdem kann sie jeder Zeit den Sicherheitsdienst in Anspruch nehmen.

Da die Frauen, die in solchen Etablissements arbeiten, nicht so oft ihren Arbeitsplatz wechseln, bieten sie den Behörden eine gewisse Übersichtlichkeit

---

<sup>8</sup> Diese Charakteristik trifft auch auf die Aufenthaltsräume der anderen Formen der Sexarbeit in geschlossenen Räumen zu.

und bessere Kontrollmöglichkeit als beispielsweise Frauen, die in der Straßen- bzw. Modellprostitution tätig sind.

### **Modellwohnung oder Appartement**

Eine treffende Beschreibung der Modellsexarbeit findet man im Internetlexikon "Wikipedia":

“Bei Modellprostitution mieten die Prostituierten Zimmer in so genannten Modellwohnungen an, die häufig ehemalige Gewerberäume oder Mietwohnungen sind. Sie werben in Lokalzeitungen oder im Internet, um Kunden anzuziehen.<sup>9</sup> Eine Sonderform dessen ist die Terminwohnungs- und Reiseprostitution: Prostituierte, die über eine gewisse Zeitspanne in verschiedenen Orten jeweils eine kurze festgelegte Zeit arbeiten und dann weiterziehen. Viele Häuser setzen gezielt auf diese Art der Arbeit, weil sie immer frische, neue Gesichter und damit steten Kundenzulauf garantieren" (Wikipedia 2012, [onl.]). Diese Charakteristik entspricht einer sehr verbreiteten Form der Sexarbeit in Hamburg (Indoors 2012:9).

### **Massagesalon**

Im Massagesalon wird neben ganz normaler Massage erotische Massage und so genannte Handarbeit als sexuelle Dienstleistung angeboten. In Hamburg arbeiten in Massagesalons überwiegend Thailänderinnen, die zum Teil als Masseurinnen professionell ausgebildet sind (Indoors 2012a: o.S.). Das Risiko für die Frau sich dabei an HIV und STD`s zu infizieren ist entsprechend gering, dagegen ist die körperliche Belastung sehr hoch. „Die betriebliche Organisation ähnelt der in der Modellwohnung: der Klient sucht sich eine Frau und bucht sie für eine verabredete Zeitspanne“ (Falk 2005:22). Wenn dabei die Nachfrage vom Kunden nach dem Geschlechtsverkehr kommt, wird diese meistens für Extrabezahlung ausgeführt.

Die Sexarbeit wird außerdem noch in Bars, in Peep-Shows, Domina-Studios, Sex-Kinos, Swinger-Clubs, als Escortservice oder Telefonsex usw. ausgeübt. Die detaillierte Beschreibung obengenannter Formen der Sexarbeit würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Die letzte Erhebung von Indoors zeigt, dass die

---

<sup>9</sup> Werbung für Prostitution ist nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz (OWG) verboten. Allerdings wird das Werbungsverbot in den meisten Städten und Ländern nicht beachtet (Bundesverband Sexuelle Dienstleistungen e.V. 2005: 15 ).

beliebtesten Orte der Sexarbeiterinnen, die in geschlossenen Räumen tätig sind, Apartments, Bordells und Laufhäuser sind (Indoors 2012:9). Deshalb werde ich meinen Fokus auf diese Bereiche legen.

### 1.1.2 Migration

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge definiert Migration wie folgt:

"Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt. Von internationaler Migration spricht man dann, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht" (BAMF 2009:14).

Betrachtet man Migration im Zusammenhang mit Sexarbeit, ist es erforderlich, die Begriffe Arbeitsmigration und Pendelmigration zu beschreiben.

„Arbeitsmigration bezeichnet die Verlagerung des Wohnsitzes in ein anderes Land zum Zweck der Erwerbstätigkeit. Eine spezielle Form der Migration ist die so genannte Pendelmigration. Sie bildet eine Alternative zum dauerhaften Aufenthalt in einem Land. Pendelmigranten pendeln (meist unregelmäßig) zwischen ihrem Herkunfts- und dem Aufenthaltsland hin und her. Sie können so die familiären und kulturellen Beziehungen in der Heimat pflegen und gleichzeitig einer besser bezahlten Arbeit im Zielland nachgehen.“ (Lexikon der Fremdwörter 1999:187)

In der Sexindustrie arbeiten Menschen aus allen Ländern der Welt, insbesondere Frauen. Nach einer Statistik von Indoors aus dem Jahr 2010 arbeiten allein in der Hamburger Appartementszene<sup>10</sup> Sexarbeiterinnen aus ca. 36 verschiedenen Nationen. Die häufigsten Herkunftsländer sind: Thailand, Deutschland, Bulgarien, Russland, Polen, Rumänien, Dominikanische Republik, Brasilien, Lettland und Kolumbien. Die Hintergründe und die individuelle Entscheidungen von Frauen ihr Land zu verlassen, beruhen auf „Push“ - und „Pull“ Faktoren<sup>11</sup>. Die „Druckfaktoren“ der migrierten Sexarbeiterinnen sind die, die das Leben im Heimatland erschweren. Arbeitslosigkeit und Armut, fehlende soziale Absicherung sind die ausschlaggebenden Faktoren, die die

---

<sup>10</sup> Hier ist Sexarbeit gemeint, die in Appartements, Bordellen, Clubs und Laufhäuser stattfindet

<sup>11</sup> „Das **Push-Pull-Modell der Migration** stellt den Kern der ökonomisch motivierten Migrationstheorie dar, die Everett S. Lee in den 1960er Jahren aufstellte. Die Theorie geht davon aus, dass Menschen aus einem ursprünglichen Gebiet „weggedrückt“ werden (engl.: „to push“, „drücken“), während sie von einem anderen Gebiet „angezogen“ (engl.: „to pull“, „ziehen“) werden.“ (Movarek 2006:9)

Frauen zur Migration bewegen. Perspektivlosigkeit, Fehlversuche eigene Lebensentwürfe zu realisieren, Stigmatisierung und Diskriminierung auf Grund der Tätigkeit, beschleunigen diese Entscheidung. Mütterliche Sorge um die Zukunft der Kinder gehört ebenfalls zu wichtigen Migrationsmotiven. Zu den „Sogfaktoren“ zählen die Erwartungen, gegebenenfalls die ihnen gemachten Versprechungen, die Hoffnungen auf bessere Lebensverhältnisse, bessere Arbeitsmöglichkeiten, Wunsch nach Emanzipation und Unabhängigkeit vom Ehemann oder den Eltern und Sehnsucht nach Freiheit. Bei der Vielfältigkeit der Ursachen der Migration und der Motiven der Frauen sind letztendlich der persönliche Mut und die Risikobereitschaft der einzelnen Frau für den Entschluss unverzichtbar. „Frauen, die im Ausland arbeiten wollen, reagieren auf (Künstler-)Agenturen und Zeitungsannoncen oder erhalten Angebote von Freunden, Bekannten, unbekanntem Männern und Frauen. (...) Selbst wenn den Frauen vor der Einreise bekannt war, dass sie als Prostituierte arbeiten würden: Viele sind über die Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten hierzulande sehr schlecht oder gar nicht informiert. Um das benötigte Visum, Ticket oder auch notwendige Informationen zu erlangen, sind Frauen oft auf Vermittlungsdienste angewiesen. Häufig nehmen die Frauen dafür Kredite auf, die sie dann mit ihrem Lohn abzahlen wollen und müssen“ (Context e. V.2012, [onl.]).

## **1.2 Sexarbeit in Hamburg**

Weltweit ist Hamburg als traditionelles Symbol der Sexindustrie bekannt. Aufgrund seiner Eigenschaft als Metropole und Hafenstadt ist Hamburg Anziehungsort für Massen von Touristen (Mitrovič 2004:3). Darüber hinaus ist Hamburg „nach der EU-Osterweiterung einer der zentralen Umschlag- und Einfuhrplätze sexueller Dienstleistungen und des internationalen Frauenhandels. Das war Hamburg als Hafenstadt übrigens bereits seit etwa 1880“ (v. Dücker 2005:40).

### **1.2.1 Geschichte der Reglementierung der Prostitution bis 2001**

Bei der Betrachtung der Sexarbeit als gesundheitswirksames Verhalten ist vor allem der Einfluss der rechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten.

Im Rückblick auf die Geschichte von Staat und Sexarbeit strebte die Regierung schon seit dem Anfang des 19. Jahrhunderts danach, „die Prostitution nicht zu verbieten, sondern mehr Kontrolle über die Prostituierten auszuüben und ihre Rechtlosigkeit zu manifestieren“ (Mitrovič 2004:4).

Als Mittel zu Reglementierung der Prostitution zwecks „Erhaltung der Sittlichkeit“ und der Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten, setzte sich in Hamburg im Jahr 1807 das Kasernierungssystem durch, das bis 1921 konsequent anhielt. Mit dieser Reglementierung wurde die gesetzliche Toleranz der öffentlichen Häuser von Seiten der Behörden deutlich ausgesprochen (Stolze 1985:80). Prostitution war nur dann strafbar, wenn die Prostituierte sich nicht bei dem Staat registrierte. Die heimliche Prostitution konnte mit dem Spinnhaus, der Ausstellung am Pranger oder der Roggenkiste bestraft werden. Zu den Kontrollmaßnahmen zählte auch die medizinische Überwachung, die eine kostenlose Behandlung der erkrankten Prostituierten einschloss.

1834 verschärfte sich die Situation der Prostituierten durch das moralisch rigide Hudtwalcker Reglement, das bis 1871 in Geltung blieb. Diesem Gesetz zufolge bedurften alle Bordellwirte und alle Frauen, die der Prostitution nachgingen, eine polizeiliche Genehmigung – Nichtbefolgung wurde mit barbarischen Strafen geahndet (Kontos 2009:266). Es gab eine Reihe von Vorschriften, die das Privatleben von Prostituierten stark beeinträchtigen und sie zur regelmäßigen wöchentlichen gesundheitlichen Kontrolle zwangen. „Die Starke Reglementierung und Kasernierung führte dazu, dass die von der Polizei genehmigten Prostituierten aus der Gesellschaft ausgegrenzt wurden und ihnen wenig Spielraum für ein selbstbestimmtes Leben blieb. Aus diesem Grunde entzogen sich viele Frauen dieser Reglementierung und gingen der strafbaren, heimlichen Prostitution nach“ (Urban 1927zit. n. Stolze 1985: 81).

Die Einrichtung und Duldung der Bordelle geriet zunehmend in Kritik, sodass in den frühen 1920er Jahren von Abolitionisten und Sozialisten ihre Schließung gefordert wurde. Sie verlangten die moralische Gleichstellung der Geschlechter,

kritisierten den Gefängnischarakter der Bordelle und bemängelten die offensichtliche Duldung der Prostitution seitens des Staates. Trotz vielstimmiger Proteste wurden in Hamburg 1922 die Bordelle geschlossen. 1927 wurde zwecks der Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten die Reglementierung der Prostitution wieder aufgehoben.

Während des Nationalsozialismus war Prostitution prinzipiell nicht strafbar. Wer allerdings „öffentlich in auffälliger Weise oder in einer Weise, die geeignet ist, einzelne oder die Allgemeinheit zu belästigen, zur Unzucht auffordert oder sich dazu anbietet“ (§ 361, 6 RStGB), konnte mit der Begründung „moralischen Schwachsinn“ (Bock 1980; Ebbing-Haus 1984 zit. n. Stolze 1985:85) entmündigt, sterilisiert und in einer Anstalt untergebracht werden. Gleichzeitig wurden Bordelle für die Soldaten in den besetzten Regionen und allen Konzentrationslagern eingerichtet.

Obwohl die Nationalsozialisten in Hamburg, wie im übrigen Deutschland, ihre Politik der Doppelmoral verfolgten und versuchten, die Prostitution im gesamten Hamburger Gebiet zu verbieten, war nach dem Krieg ein armutsbedingter Anstieg der Prostitution zu verzeichnen. Erneut gab es Versuche durch gezielte Bordellierung die Prostitution unter Kontrolle zu bringen. Doch die Entwicklung wies in die andere Richtung, denn die Prostitution breitete sich zunehmend aus und nahm immer kriminellere Formen an. Das Sexgewerbe wurde oft in Verbindung mit Frauenhandel, Drogen und Waffenbesitz gebracht.

In den 1960er und 70er Jahren kam es in Hamburg und insbesondere in St. Pauli zum Aufschwung des Sexgewerbes. 1967 entstand das erste Eros-Center. Dieser Vormarsch der Sexindustrie löste Proteste seitens der Bevölkerung aus, in dessen weiterer Folge Sperrgebietsverordnungen erlassen wurden. Auf St. Pauli waren diese jedoch eingeschränkt, sodass die Prostituierten auf der Reeperbahn, in der Davidstraße und um den Hans-Albers-Platz herum weiterhin Männer ansprechen durften. Diese Entscheidung wurde vermutlich durch die hohen Steuereinnahmen befördert, die der Stadt Hamburg durch die Industrialisierung in der Prostitution zugutekamen (Greve 2011:278). Mit dem Auftreten von AIDS wurde in der Prostitutionsszene eine AIDS-Hysterie

ausgelöst, die auch Hamburg nicht verschonte. Aus diesem Grund ließ sich ein Abtauchen Prostituerter zurück in die heimliche Prostitution beobachten.

Durch diesen geschichtlichen Abriss wird deutlich, dass trotz der Anerkennung der Prostitution als notwendige Institution, den Prostituierten bürgerliche Rechte, persönliche und professionelle Freiheiten nicht gewährt wurden. Dabei zeigt sich, dass für die Verbreitung der sexuell übertragbare Krankheiten Prostituierte zu Verantwortung gezogen und mit Kriminalisierung und staatlichem Repressionen bestraft wurden. Diese Ansätze erweisen sich in der heutigen Prävention zweifelsfrei als kontraproduktiv (Urban, Silvia 2012, [onl.]).

### **1.2.2 Aktuelle rechtliche Situation**

Zum 1. Januar 2002 trat das „Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostituierten“ (ProstG) 1 in Kraft. Bis zu diesem Zeitpunkt war Prostitution in Deutschland zwar nicht verboten, galt allerdings als sittenwidrig und war damit als Dienstleistung nicht gesetzlich geschützt. Obwohl die Erwerbstätigkeit der Sexarbeiterinnen steuerpflichtig war, konnten Sexarbeiterinnen eine soziale Absicherung durch Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung nicht erlangen. Durch die Regelungen des Strafrechtes wurde die Ausübung der Prostitution erschwert und in die Illegalität gedrängt.

Das neue Gesetz soll die rechtliche Stellung und die soziale Lage der Sexarbeiterinnen verbessern und eine Gleichstellung der Sexarbeit mit anderen Arbeitsbereichen schaffen. Es soll "den in diesem Bereich oftmals vorherrschenden kriminellen Bedingungen die Grundlage entzogen werden"(BT-Drucksache 14/5958.2000). Daraus folgt die Erwartung der Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Prostituierten. Darüber hinaus soll es der Sexarbeiterin ermöglicht werden, jederzeit aus ihrer Tätigkeit auszusteigen und sich beruflich umzuorientieren.

In den letzten zehn Jahren sind einige Studien<sup>12</sup> zur Untersuchung der Wirksamkeit des ProstG durchgeführt worden. Diese Untersuchungen zeigen, dass es keine wesentlichen Auswirkungen hat. Die Kritik zielt dabei auf die mangelnde Umsetzung der gesetzlichen Regelung. Obwohl die Prostitution als Erwerbstätigkeit anerkannt wird, gibt es im Gesetz keine eindeutige Regelung, die die Sittenwidrigkeit der Prostitution aufhebt und klare Richtlinien für die Behörden vorsieht.

"Die staatlichen Arbeitsagenturen vermitteln keinerlei Jobs, aufgrund "grundsätzlicher Erwägungen"(Mitrovič 2004: 6f.) Die neuen gesetzlichen Möglichkeiten werden kaum von Sexarbeiterinnen in Anspruch genommen. Die Gründe dafür sind zu einen der immer noch geringe Kenntnisstand, zum anderen glauben viele Sexarbeiterinnen, dass die gesellschaftliche Vorurteile gegen Prostituierte nicht zu beseitigen sind und bevorzugen ihre Tätigkeit geheim zu halten. Außerdem wollen sie keine Abgaben wie Steuer, Sozial- und Rentenversicherung leisten. Einige Sexarbeiterinnen, die sich beim Finanzamt anmelden wollen, unterliegen einer rückwirkenden Steuerpflicht (ebd.).

Hinsichtlich der Verbesserung der Arbeitsbedingungen konnten kaum messbare positive Wirkungen in der Praxis festgestellt werden, weil sich die Arbeitgeber nicht verpflichtet fühlen, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Ämter für Arbeitsschutz sich nicht für die Kontrollen zuständig sehen. Bezüglich der Ausstiegsprogramme sind die Umschulungsmaßnahmen für die Mehrheit nicht zugänglich (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2007: 80).

Für migrierte Sexarbeiterinnen mit illegalem Aufenthaltsstatus bringt das ProstG keine Vorteile. Allerdings ermöglicht das Infektionsschutzgesetz von 2001 die anonyme und freiwillige Inanspruchnahme der Angebote des öffentlichen Gesundheitsdiensts für migrierte Sexarbeiterinnen, die in der Regel nicht krankenversichert sind.

---

<sup>12</sup> Feldstudie "Der gesellschaftliche Wandel im Umgang mit Prostitution seit Inkrafttreten der neuen Gesetzgebung am 1.1.2002", Emilija Mitrovič, HAW Hamburg, 2003. Studie „Auswirkungen des Prostitutionsgesetzes“, Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Sozialwissenschaftliches Frauenforschungsinstitut, Freiburg. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005.

Ab dem 01. Mai 2011 sind gesetzliche Veränderungen für die EU-Länder, die im Mai 2004 der EU beigetreten sind, in Kraft getreten<sup>13</sup>. Die neuen Regelungen betreffen zum einen die Arbeitsmarktfreizügigkeit, d.h. einen uneingeschränkten Arbeitsmarktzugang. Das bedeutet für Frauen aus diesen EU-Ländern, dass sie auch als Arbeitnehmerinnen in der Sexbranche eine versicherungspflichtige Beschäftigung eingehen können. Zum anderen wurden neue Richtlinien zur gesetzlichen Krankenversicherung für die oben genannten EU-Länder einschließlich Bulgarien und Rumänien erlassen. Somit können ab dem 01. Mai 2011 alle Frauen aus diesen Ländern, die in ihrem Heimatland gesetzlich versichert waren, den gleichen Krankenschutz in Deutschland genießen. Sind die Frauen bereits als Selbständige privat krankenversichert, können sie nicht mehr zu der gesetzlichen Krankenversicherung wechseln. Da diese Regelung ganz neu ist und sich das Versicherungssystem im Umbruch befindet, fehlt es noch an Beispielen und Erfahrung bei der Umsetzung der Richtlinien (Indoors 2011:14).

### **1.2.3 Appartementszene in Hamburg**

Heute arbeiten in Hamburg nach den Angaben des Millieudezernats mindestens 4.000 Frauen hauptberuflich im Sexgewerbe. Die Beratungsstellen gehen von bis zu 10 000 Personen aus (Leopold et al 1997:67). Aufgrund der Schwierigkeiten in diesem Bereich statistisches Material zu erstellen, schwanken die Zahlen der potentiellen Schätzungen, je nach Untersuchung und der zu untersuchenden Fragestellung.

Aktuelle Angaben liefert TAMPEP mit Bezug auf den Leiter des LKA, Detlef Ubben. Dieser gibt „insgesamt ca. 2.450 Sexarbeiterinnen an, davon 1.400 Migrantinnen (57 %). Lediglich 140 (10 %) mit illegalem Status“ (TAMPEP 2009a:5).

Sexarbeit findet nicht nur im traditionellen Rotlichtviertel St. Pauli statt, sondern verteilt sich im gesamten Stadtgebiet Hamburgs. Appartements, Laufhäuser, Massagesalons sind in jedem, auch für Touristen unattraktiven, Stadtteil Hamburgs vertreten.

---

<sup>13</sup> Estland, Lettland, Litauen, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechien und Ungarn

Nach Beobachtungen von Indoors lässt sich die Zielgruppe der migrierten Sexarbeiterinnen, die in geschlossenen Räumen tätig sind, in Bezug auf ihren rechtlichen Status aufgrund ihrer Herkunft wie folgt einteilen:

- Frauen aus EU-Mitgliedsländern, die ihren Wohnsitz überwiegend in ihrem Herkunftsland haben, ihr Aufenthalt in Deutschland ist meist temporär. Die Gruppe ist u.a. im Bereich der Sexindustrie arbeitsberechtigt<sup>14</sup> und zeichnet sich durch große Mobilität innerhalb Europas aus. Darunter sind viele Polinnen, Frauen aus baltischen<sup>15</sup> und südosteuropäischen<sup>16</sup> Staaten.
- Migrantinnen aus Drittstaatsländern, wie Länder des lateinamerikanischen und afrikanischen Kontinents, sowie aus Osteuropa (nicht EU) und Asien, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben. Die meisten dieser Frauen erhalten durch Heiratsmigration<sup>17</sup> eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis, in seltenen Fällen haben sie den Status der Spätaussiedler<sup>18</sup>. Sie haben den rechtlichen Anspruch sowohl auf selbständige als auch abhängige Beschäftigung (§ 28 V AufenthG). Diese Frauen wechseln regulär ihre Arbeitsorte, jedoch nicht so oft wie die oben beschriebene Gruppe, meistens pendeln sie innerhalb Deutschlands.
- Drittstaatlerinnen, die mit Besucher- bzw. Touristenvisum nach Deutschland anreisen oder sich illegal aufhalten, und über keine Erlaubnis zur Erwerbstätigkeit verfügen. Eine Brasilianerin mit Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis für Spanien darf beispielsweise nicht in anderen EU-Ländern arbeiten.

Nach einer Indoors-Statistik aus dem Jahr 2012 ist die Altersverteilung der migrierten Sexarbeiterin relativ gleichmäßig:

---

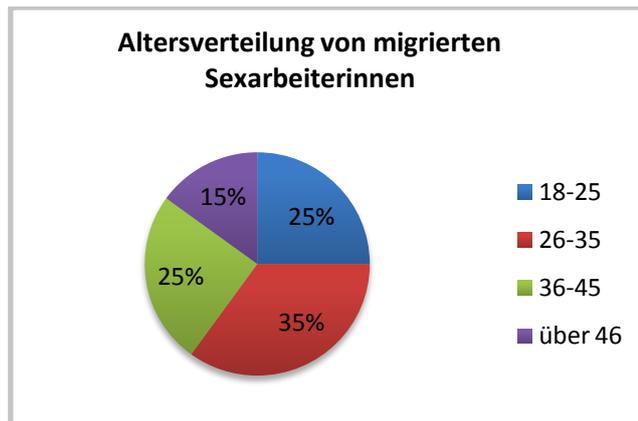
<sup>14</sup> Mit Ausnahme von neuen EU-Ländern: Bulgarien und Rumänien. Für sie soll eine Genehmigung vom Jobcenter erfolgen (§284 SGB III iVm §39 AufenthG)

<sup>15</sup> Lettland, Litauen, Estland (EU-Beitritt 2004)

<sup>16</sup> Rumänien, Bulgarien (EU-Beitritt 2007)

<sup>17</sup> Es handelt sich um freiwillige Heiratsmigration, häufig von Frauen aus wirtschaftlich schwächeren Ländern in westeuropäische Länder, um arrangierte Ehen, aber auch um Formen des Menschenhandels (<http://www.migration-info.de>)

<sup>18</sup> Spätaussiedler sind deutsche Volkszugehörige aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion und anderen osteuropäischen Staaten, die im Wege eines speziellen Aufnahmeverfahrens ihren Aufenthalt in Deutschland begründet haben (ebd.)



**Abb.1** Quelle: Indoors 2012. Hamburg TABLES (April 2011 – March 2012)

25% der Frauen sind im Alter zwischen 18 und 25 Jahren, 35% sind zwischen 26 und 35, 25% sind zwischen 36 und 45, 15% sind 46 und älter (s. Abb. 1). Die Frauen arbeiten überwiegend zu zweit oder mit mehreren Frauen bzw. Transgender<sup>19</sup> zusammen, nur 12% aller Frauen arbeiten allein. Das hängt zu einem mit Sicherheitsfaktoren zusammen, zum anderen mit der betrieblichen Organisation. Es ist beispielsweise vorteilhaft, wenn der Kunde eine größere Auswahl an Frauen hat. Für ca. 20% der migrierten Sexarbeiterinnen der Hamburger Apartmentszene ist der Arbeitsort gleichzeitig auch der Wohnort. Dabei handelt es sich um sogenannte Pendelmigrantinnen, die nach begrenzter Zeit ihre Arbeitsstadt bzw. -Land wechseln.

## 2. Sexarbeit und Gesundheit

Gesundheit ist ein allgemeiner Begriff mit einem sehr großen Spektrum von Bedeutungen, die von rein fachlichen Inhalten bis hin zu all umfassenden moralischen oder philosophischen Bedeutungsinhalten reichen können. Das englische Wort für „Gesundheit“ (health) ist abgeleitet von dem altenglischen Wort für heilen (heal), was „vollständig“ bedeutet und ausdrückt, dass mit Gesundheit die Integrität, Unversehrtheit oder das Wohlbefinden der ganzen Person gemeint ist (Naidoo/Wills 2003: 5f).

<sup>19</sup> Transgender bilden 5% der SexarbeiterInnen der Apartmentszene (Indoors 2012).

Im alltäglichen Umgang mit Gesundheit wird Gesundheit entweder negativ oder positiv interpretiert. Das negative Verständnis der Gesundheit ist vom medizinisch-wissenschaftlichem Modell geprägt und basiert auf der Abwesenheit der Krankheit oder Leiden. Eine positive Interpretation von Gesundheit entspricht der Definition der Weltgesundheitsorganisation<sup>20</sup>: "Gesundheit als Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als die Abwesenheit von Krankheit" (WHO 1946). Einige Autoren vertreten die Ansicht, dass Gesundheit ganzheitlich zu verstehen ist. Eine ganzheitliche Auffassung von Gesundheit umfasst physische, psychische, emotionale, soziale, spirituelle und sexuelle Dimensionen. Diese Dimensionen werden von gesellschaftlichen und Umweltfaktoren beeinflusst (Aggleton & Homans 1987/ Ewles & Simnett 1999 zit. n. Naidoo/Wills 2003:6). In diesem Zusammenhang sind Migrationshintergrund und Arbeit wichtige Einflussfaktoren, die bei dem Gesundheitsverständnis berücksichtigt werden müssen.

## **2.1 Gesundheitsrelevante Belastungen**

Die Sexarbeit an sich ist der Hauptbelastungsfaktor für die Gesundheit von Sexarbeiterinnen. Das erhöhte Infektionsrisiko, soziale Isolation, Abhängigkeitsverhältnisse und gesellschaftliche Stigmatisierung sowie Diskriminierung sind die Faktoren, die das Wohlbefinden der Frauen, die in Prostitution tätig sind, beeinflussen. Als Migrantinnen sind sie durch illegalen Aufenthaltsstatus, Sprachprobleme, Trennung von der Familie und Fremdenfeindlichkeit mehrfach belastet.

### **2.1.1 Psychosoziale Belastungen**

Der Begriff der "psychosozialen Belastungen" wird oft im Bereich der Arbeitspsychologie verwendet. Sie können aus dem beruflichen, familiären oder sozialen Umfeld heraus entstehen. Oft sind auch mehrere Bereiche dafür verantwortlich. Nachfolgend werden einige wichtige psychosoziale Belastungen der migrierten Sexarbeiterinnen beschrieben.

---

<sup>20</sup> World Health Organisation (WHO)

## **Isolation**

Die Tatsache, dass die Sexarbeit von den meisten Menschen aus moralischen Gründen nicht anerkannt wird, erzeugt eine starke Isolation der Sexarbeiterin. Das ist für die Frau belastend, da sie nicht über ihre Probleme oder auch Erfolge in der Prostitutionstätigkeit sprechen kann (Falk 2005:31). Die Sexarbeiterinnen können sich glücklich schätzen, wenn sie beim Einstieg von einer erfahrenen Freundin begleitet werden und nette Kolleginnen haben, von denen sie geschätzt werden (Klee 2009:11). Für die Frauen mit Migrationshintergrund ist dies meistens nicht der Fall. Im Gegensatz zu deutschen Frauen fehlt den Migrantinnen ein gewachsenes soziales Umfeld. Auch wenn sie nicht von Frauenhandel betroffen sind, geraten die migrierten Sexarbeiterinnen aufgrund ihrer mangelnden Sprachkenntnisse und großen Rechtsunsicherheit in die Abhängigkeit ihrer Vermittler bzw. Bordellbetreiber. Viele Frauen sind darauf angewiesen, dass ihre „Besitzer“ alles für sie regeln: er kauft ein, zahlt die Miete, spricht mit Kunden, kümmert sich um Bürokratisches usw. Dabei hat er die Funktion des einzigen Vertrauten der Frauen und ist deren Kontakt zur Außenwelt (Indoors 2009:18). Jede kleine Konfrontation mit einer deutschsprachigen Person, z.B. mit dem Postboten, kann eine enorme Stresssituation für die Frau bedeuten. In diesem Zustand werden Sexarbeiterinnen öfters von ihren Geschäftsführern, Kunden und Kolleginnen ausgenutzt und betrogen. Außerdem kennen sie sich in der Stadt nicht aus, wissen nicht an wen sie sich im Notfall wenden sollen (ebd.).

## **Konkurrenzdruck**

Gerade aufgrund ihrer Besonderheit als Migrantin stoßen die migrierte Sexarbeiterinnen auf große Nachfrage bei den Kunden. Diese Tatsache macht sie jedoch bei ihren deutschen Kolleginnen unbeliebt. Diese Situation und die oft fehlenden deutschen Sprachkenntnisse lassen die migrierten Sexarbeiterinnen enger zusammenrücken, was sie von ihren einheimischen Kolleginnen trennt. Mit der EU-Erweiterung ist die Verstärkung des Konkurrenzdrucks unter den Sexarbeiterinnen verschiedener Herkunft zu beobachten. Beispielsweise werden die neu eingereisten Frauen aus den neuen EU-Ländern als Rivalinnen wahrgenommen, weil sie die Regeln nicht kennen und sich mit ihren Kolleginnen über die Preise und Praktiken nicht absprechen. Sie bieten sexuelle

Leistungen für wenig Geld und zeigen mehr Risikobereitschaft (Indoors 2010:17). Der wirtschaftliche Druck führt zu Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen und beeinflusst das Kondomverhalten negativ (Krüger 2001:126). Konkurrenzdruck begünstigt kollegiales bzw. solidarisches Verhalten nicht und verstärkt Tendenzen in Richtung einer zunehmenden Ausländerfeindlichkeit und Intoleranz Fremden gegenüber (Krüger. 2001:150).

### **Doppelleben, Partnerschaft, Familie**

"Fast alle Sexarbeiterinnen leben in zwei unterschiedlichen Welten. Sie führen quasi ein Doppelleben und setzen große Energie ein, dieses aufrecht zu erhalten und strikt voneinander zu trennen. Kindern, Partnern, Eltern, Freunden und Nachbarn wird konsequent vorgeschwindelt, dass sie regelmäßig zur Arbeit ins Büro, in ein Restaurant, ins Altenheim, in ein Call-Center oder sonst wohin gehen" (Klee 2009:13). Das Doppelleben wird als gravierendster Belastungsfaktor bezeichnet. Muss die Sexarbeit auf Dauer verheimlicht und verleugnet werden, kommt es irgendwann zu emotionaler Erschöpfung und zu einem Verlust von Authentizität, der Alkohol- und Drogenmissbrauch begünstigt. (Falk 2005:31)

Aus Prostitutionstätigkeit resultieren Belastungen für die Partnerschaft. Es ist schwer für Sexarbeiterinnen, eine Grenze zwischen privater und dienstlicher Sexualität zu ziehen. Innerhalb einer Familie kann die Tätigkeit in der Sexarbeit zu Spannungen führen und oft kommt es vor, dass Sexarbeiterinnen getrennt von ihren Kindern leben müssen, was eine weitere Belastung darstellt (Krüger 2001:69).

### **Abspaltung des Körpers vom eigenen Ich**

Nach Hoigard und Finstad ist "das oberste Gebot der Prostituierten: Liebe nie, wenn Du liebst"(Hoigard 1987 zit. n. Schuster, [onl.]). Auch wenn der soziale und physische Kontakt zwischen einer Prostituierten und ihrem Kunden sehr nah ist, ist es zu ihrem psychischen Schutz erforderlich, sich emotional von dem Kunden zu distanzieren. Dabei muss der sexuelle Kontakt bei der Sexarbeit als Geschäftsverhältnis definiert und von den Gefühlen, die sie sich nur im Privatleben erlaubt, getrennt werden. Viele Sexarbeiterinnen versuchen dies damit zu bewältigen, indem sie körperliche Tabuzonen einführen, die nur dem

Lebenspartner vorbehalten bleiben und von dem Kunden respektiert werden sollen.

Allerdings kann dieser Prozess auf Dauer zu einer Abspaltung des Ichs vom eigenen Körper und zu einer negativen Haltung gegenüber sich selbst führen. Das ist eine große psychische Belastung für die Frau und begünstigt ihr Risikoverhalten.

Die Abspaltung des Ichs beeinträchtigt außerdem das Gesundheitsbewusstsein der Sexarbeiterinnen und begünstigt das Burn-Out-Syndrom oder andere psychische Erkrankungen (ebd.).

### **2.1.2 Verhaltensbedingte Belastungen**

Wenn Sexarbeiterinnen ständig an die gesundheitlichen Gefahren ihrer Tätigkeit denken und sich diese bewusst machen würden, könnten sie nicht arbeiten. Sie verdrängen und grenzen sich ab. Daher haben viele Menschen, die in der Sexarbeit arbeiten, ein mangelhaftes oder problematisches Gesundheitsbewusstsein- und -verhalten (Krüger 2001:67).

#### **Vulnerabilität für HIV und STD's<sup>21</sup>**

Aufgrund der hohen Zahl an sexuellen Kontakten ist das Infektionsrisiko für sexuell übertragbare Krankheiten für Sexarbeiterinnen wesentlich höher, als bei anderen Berufsgruppen. Die Sexarbeiterinnen setzen als Arbeitsinstrumente vorwiegend ihre Genitalien und andere empfindliche Teile ihres Körpers ein. Die Ansteckung mit Erregern, die durch Schleimhautkontakt und Austausch von Körperflüssigkeiten übertragen werden, ist ein primäres berufliches Risiko (Nitschke-Özbay 2005:126). Dieses Risiko kann allerdings durch einen professionellen Gebrauch von Kondomen zu Null minimiert werden. Dennoch ist das Verlangen der Kunden nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr nicht für jede Sexarbeiterin ein selbstverständlicher Grund, diesen Kunden abzuweisen. Das Gesundheitsverhalten von migrierten Sexarbeiterinnen wird häufig von Sprachbarrieren sowie wirtschaftlichem Druck, dem sie ausgesetzt sind, beeinflusst. Viele Sexarbeiterinnen sprechen das Thema Gesundheit nicht beim

---

<sup>21</sup> STD= (engl.) sexually transmitted disease,(dt.) sexuell übertragbare Krankheit

Kunden an, um ihn nicht zu verlieren. Jedoch können auch bei einem Schutz mit Kondomen Unfälle entstehen. So kann das Kondom zum Beispiel reißen und dadurch zu einer Infektion führen. Auch ungewollte Schwangerschaften werden somit riskiert, insofern nicht mit zusätzlichen Methoden, wie z.B. der Pille, verhütet wird.

### **Hygiene und Selbstbehandlung**

Angst vor sexuell übertragbaren Krankheiten und der Körperkontakt mit fremden Menschen treibt die Sexarbeiterinnen zur übertriebenen Hygiene und zur gesundheitsschädlichen Selbstbehandlung. Häufiges Waschen und Desinfizieren des empfindlichen Genitalbereichs erhöhen seine Anfälligkeit gegenüber den Erregern. Viele migrierte Sexarbeiterinnen wechseln häufiger den Wohnort, so dass regelmäßige Untersuchungen und eventuell benötigte Behandlung von Erkrankungen erschwert oder nicht möglich sind.

So kommt es vor, dass sich Prostituierte prophylaktisch mit Antibiotika selbst behandeln um Krankheiten vorzubeugen. Viele Sexarbeiterinnen gehen auch krank ihrer Arbeit nach oder heilen Krankheiten nicht richtig aus (TAMPEP 2009:19).

### **2.1.3 Arbeitsbedingte Belastungen**

Der Arbeitsort kann eine erhebliche Belastung für die Gesundheit darstellen. Dazu gehören zum einen die mangelnde Hygiene am Arbeitsplatz sowie dunkle, verrauchte und unzureichend gelüftete Räume. Zum anderen wird an einigen Orten keine Sicherheit vor Gewalttaten gegenüber den Sexarbeiterinnen gewährleistet. Außerdem kann der Verkauf von Suchtmitteln am Arbeitsort zur Abhängigkeit der Sexarbeiterin führen.

Die langen Nachtschichten und unregelmäßige Tages- und Schlafrhythmen führen zu dauerhaftem Schlafmangel. Die Wartezeiten zwischen zwei Kundenbesuchen können manchmal mehrere Stunden dauern und werden von Sexarbeiterinnen als sehr belastend empfunden (Falk 2005:31).

### **2.1.4 Risikofaktor Freier**

Frauen, die den für die Sexbranche typischen Belastungen ausgesetzt sind, sind weit mehr als andere Menschen gefordert, bei ihrer Tätigkeit Grenzen zu setzen.

Für die Männer, die den kommerziellen Sexualkontakt suchen, ist jedoch die "gekaufte" Frau scheinbar grenzenlos verfügbar (Nitschke-Özbay 2005:127). Unter unterschiedlichen Freiertypen beschreibt Kohler zwei, die Kondome verweigern. Der Erste ist der "romantische Freiertyp", der eine romantische Beziehung zur Prostituierten sucht und ihr gegenüber positiv eingestellt ist. Er benutzt keine Kondome, um die Intimität beim Sex nicht zu beeinträchtigen. Der Zweite ist der "besessene" Freiertyp, der aufgrund seiner Sucht nach Sex mit Prostituierten nicht befriedigt wird und versucht, seine Frustration auf die Prostituierten zu übertragen. Durch den Kondomverzicht versucht der "besessene" Typ die verlangte Lust zu erreichen, was ihm aber wegen seiner Störung nicht gelingt (De Graaf / Ahlemeyer zit. n. Kohler 2005:145). Kohler betont, dass der Kondomverzicht seitens Kunden ein emotional gesteuertes Verhalten darstellt, das sich rationalen Überlegungen entzieht. Ein weiterer Belastungsfaktor für die Sexarbeiterin ist der Druck vonseiten des Kunden nach risikoreichen sexuellen Praktiken wie z.B. Analverkehr. Insbesondere die migrierten Sexarbeiterinnen haben nur eingeschränkte Möglichkeiten zur sexuellen Selbstbestimmung. Schlechte soziale und finanzielle Situationen verschärfen ihre Zwangslage. Es fällt ihnen unter diesen Umständen schwer, Freier und bestimmte Praktiken abzulehnen (Krüger 2001:78).

### **3. Gesundheitliche Aufklärung und Empowerment in der Gesundheitsförderung**

Der Ansatz der Gesundheitsaufklärung und der Ansatz des Empowerments bilden grundlegende Arbeitsansätze der modernen Gesundheitsförderung. Besondere Relevanz finden sie speziell für migrierte Sexarbeiterinnen. Dies wird im folgenden Kapitel belegt, unter anderem anhand der Darstellung des heutigen Verständnisses der Gesundheitsförderung und der Prävention sowie des wichtigsten modernen Konzepts von Gesundheit und Krankheit, der Salutogenese.

#### **3.1 Gesundheitsförderung und Salutogenese**

Der Begriff der Förderung der Gesundheit umfasst eine ganze Reihe von Handlungen: sie schafft gesunde Lebensweisen; sie ermöglicht den Zugang zu den Gesundheitsdiensten und die Beteiligung der Menschen an den Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen; sie unterstützt die Menschen bei der Gestaltung ihrer psychosozialen Umwelt, damit es ihnen leichter fällt sich gesünder zu verhalten; sie beschäftigt sich mit der Aufklärung der Menschen über die Funktionsweise und Gesunderhaltung ihres Körpers (Naidoo/Wills 2003:71).

In der Ottawa-Charta<sup>22</sup> von 1986 wird Gesundheitsförderung folgendermaßen definiert:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können" (WHO 1986).

---

<sup>22</sup>Die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung hat am 21. November 1986 im kanadischen Ottawa die Ottawa-Charta verabschiedet.

Die WHO-Definition stellt einen engen Zusammenhang mit dem Konzept des Empowerments her. Bevor jedoch eine ausführliche Auseinandersetzung mit dem Konzept des Empowerments erfolgt, wird hier kurz auf die Salutogenese eingegangen, die als Grundlage für die Entstehung des Empowerment-Gedanken betrachtet werden kann.

Der Konzept der Salutogenese<sup>23</sup> wurde in den 70er-Jahren von dem amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky für körperliche Gesundheit entwickelt und in den 90ern auch mit Erfolg auf das Gebiet der seelischen Gesundheit übertragen (Franzkowiak 2003:198ff). Die Salutogenese beschäftigt sich mit der Frage nach den Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit. In einer salutogenetischen Sichtweise werden Gesundheit und Krankheit nicht als einander ausschließende Zustände sondern als angenommene Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums betrachtet, wobei sich der individuelle Gesundheitszustand eines Menschen aus der dynamischen Wechselwirkung zwischen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsressourcen der Person und seiner Umwelt ergibt (ebd.). Der wesentliche Faktor, der den Gesundheitszustand eines Menschen beeinflusst, ist sein individuelles Kohärenzgefühl<sup>24</sup>. Damit ist gemeint, wie gut jemand in der Lage ist, vorhandene Ressourcen zum Erhalt seiner Gesundheit zu nutzen. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl ist, desto gesünder dürfte eine Person sein bzw. desto schneller sollte sie gesund werden. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Komponenten zusammen. Die erste Komponente ist *das Gefühl von Verstehbarkeit der Welt*<sup>25</sup>. Dies beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, auch unbekannte Informationen und Ereignisse geordnet, konsistent und strukturiert verarbeiten zu können und nicht von Reizen überflutet zu werden. Das Zweite ist *das Gefühl von Handhabbarkeit der Ressourcen* bzw. *Bewältigbarkeit von Schwierigkeiten*<sup>26</sup>. Und das dritte Kohärenzgefühl ist *das Gefühl von Sinnhaftigkeit*<sup>27</sup>. Dabei werden die Herausforderungen und Erlebnisse des Lebens als sinn- und wertvoll bewertet (Schlesselmann 2007, [onl.]).

---

<sup>23</sup> Salutogenese (lat. *salus* = Heil, griech. *genesis* = Entstehung)

<sup>24</sup> engl. *sense of coherence* (SOC)

<sup>25</sup> engl. *sense of comprehensibility*

<sup>26</sup> engl. *sense of manageability*

<sup>27</sup> engl. *sense of meaningfulness*

Das Kohärenzgefühl entwickelt sich vor allem mit der Verfügbarkeit so genannter generalisierter Widerstandsressourcen, dem „Potenzial von Menschen, zum eigenen Nutzen und zur Förderung der weiteren Entwicklung mit biologischen, psychischen und sozial-ökologischen Spannungen und Belastungen konstruktiv zurechtzukommen“ (Franzkowiak, 2003, S. 199) In diesem Zusammenhang betont Antonovsky besonders, dass nur das Handeln als sinnvoll erlebt wird, dass selbst geplant ist, also auf eigene Entscheidungen zurückzuführen ist (Schlesselmann 2007,[onl.]). Damit wird die konzeptionelle Verbindung zum Empowerment offensichtlich.

### **3.2 Empowerment**

Empowerment lässt sich sinngemäß übersetzten als Selbst-Bemächtigung, als Gewinnung oder Wiedergewinnung von Stärke, Energie und Fantasie zur Gestaltung eigener Lebensverhältnisse (Lenz 2002:13). Heiner Keupp beschreibt Empowerment als " Prozess, innerhalb dessen Menschen sich ermutigt fühlen, ihre eigenen Angelegenheiten in die Hand zu nehmen, ihre eigenen Kräfte und Kompetenzen zu entdecken und ernst zu nehmen und den Wert selbst erarbeiteter Lösungen schätzen zu lernen"(Keupp zit. n. Lenz 2002:14). Aktives Handeln ist das Kernstück von Empowerment. Der grundlegende Gedanke hierzu ist, dass der Mensch Potenzial besitzt, eigene Lebensumstände zu beeinflussen bzw. zu verändern, anstatt negative Ereignisse passiv abzuwarten oder sich machtlos aus der schwierigen Situation erlösen lassen (Wihofszky 2005:28).

Das Konzept Empowerment entwickelte sich aus der US-amerikanischen Gemeinschaftspsychologie und wurde von Julian Rappaport stark gefördert. Es wird in vielen Fachwissenschaften angewendet, beispielsweise in der Sozialarbeit, der Psychotherapie, der Pädagogik, der Politikwissenschaft, in der Organisationsentwicklung sowie in Theorie und Praxis der Entwicklungshilfearbeit. Verschiedene Selbsthilfe- und Betroffenenansätze integrieren die Prinzipien von diesem Konzept in ihrer Arbeit (Bräunling 2007:22). Im Bereich Gesundheit bekam Empowerment die Relevanz bereits

seit 1978 im Zuge der Alma-Ata-Erklärung von primärer Gesundheitsversorgung. Seit der Ottawa-Konferenz 1986 gilt Empowerment als zentrale Handlungsstrategie der Gesundheitsförderung. Empowerment wird in einem Glossar der BZgA folgendermaßen definiert:

"Empowerment in der Gesundheitsförderung ist die Befähigung und Stärkung der Menschen zur gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Lebensbedingungen. Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Sie hilft den Menschen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben und ermöglicht ihnen zugleich, Entscheidungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugutekommen. Durch gegenseitige Unterstützung und soziale Aktion sollen diskriminierende Lebensbedingungen überwunden werden" (BZgA 2006:586f.)

Eine umfassende Aufführung von Fähigkeiten und Sichtweisen, die zu Empowerment gehören, liefert Lenz:

- die Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen,
- über einen Zugang zu Informationen und Ressourcen zu verfügen,
- über verschiedene Handlungsalternativen und Wahlmöglichkeiten zu verfügen,
- das Gefühl zu haben, als Individuum etwas bewegen zu können,
- kritisch denken zu lernen und Konditionierung zu durchschauen,
- Wut erkennen und äußern lernen,
- sich nicht allein zu fühlen, sondern als Teil einer Gruppe oder eines sozialen Netzwerkes,
- zu der Einsicht zu gelangen, dass jeder Mensch Rechte hat,
- Veränderungen im eigenen Leben und im sozialen Umfeld zu bewirken,
- neue Fähigkeiten zu erlernen, die man selbst für wichtig hält,
- die Wahrnehmung anderer bezüglich der eigenen Handlungskompetenz und -fähigkeit zu korrigieren,

- das innere Wachstum und die Entwicklung als einen niemals abgeschlossenen, selbst beeinflussbaren und steuerbaren Prozess zu begreifen,
- sich ein positives Selbstbild zu erarbeiten und Stigmatisierung zu überwinden.

(Lenz 2002:14).

Die Aufhebung von Machtlosigkeit der Betroffenen und die Gewinnung von gestärktem Selbstbewusstsein führen zu mehr Kontrolle über die eigenen Lebensumstände. Nach Hoff/Hohner und Kiefer ist dies das erhebliche Kriterium für die Entwicklung psychosozialer Gesundheit (Stark 1989:23f).

### **3.2.1 Ressourcenförderung**

Der Empowerment-Ansatz baut auf dem Glauben an die inneren Fähigkeiten für Wachstum und Wohlbefinden des Menschen auf. Dabei wird versucht, den Blick von den Schwächen und Defiziten der Betroffenen abzuwenden und auf seine Stärken und Ressourcen zu fokussieren. Deshalb wird von den Professionellen, die diesen Ansatz anwenden, ein sensibles Gespür für die Ressourcen der Menschen, ihre Talente, Erfahrungen und Ansprüche erfordert. Durch diese sensible Aufmerksamkeit wird die Wahrscheinlichkeit für positives Wachstum um ein Vielfaches erhöht. Darüber hinaus ist ein wichtiger Bestandteil der Empowerment-Arbeit, sich von der Funktion des/der wertneutralen lösungskompetenten ExpertIn abzulösen, hin zu einem professionellen Verständnis, das von Kooperation und Partnerschaftlichkeit geprägt ist. Dabei ist die Aufgabe der professionellen HelferInnen die Bedingungen zu schaffen, die eine "Bemächtigung" der Betroffenen fördern und es ihnen ermöglichen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben zu führen (Stark 1989:16). Die Ressourcen helfen den Menschen mit gesundheitsbedrohlichen Belastungen besser umzugehen. Wie bereits im Zusammenhang mit Salutogenese erwähnt wurde, reagiert jeder Mensch unterschiedlich auf die Stressoren. Nach Antonovsky hängen die Bewältigungskompetenzen des Menschen von seinem *Kohärenzerleben* ab (s. Kap. 3.1). Dieses Erleben bildet die zentrale individuelle Gesundheitsressource.

In der Ressourcenforschung findet sich eine grobe Unterscheidung in personale und situative Ressourcen (Krüger 2001:51). Die *personalen* Ressourcen umfassen Persönlichkeitsmerkmale wie Kontrollüberzeugung, Widerstandsfähigkeit und Selbsteffizienz. Unter *situativen* Ressourcen werden Lebens- und Arbeitsbedingungen mit schützendem Charakter verstanden, die einer Person die Entwicklung und die Veränderung individueller Fähigkeit ermöglichen (Braun 2009:136). Hier sind vor allem der Handlungs- und Entscheidungsspielraum, gesunde Umwelt, materielle Sicherheit, funktionierende familiäre und soziale Bedingungen, gute Wohnverhältnisse und insbesondere befriedigende Arbeitsbedingungen zu nennen (Ducki zit. n. Krüger 2001: 52). Die soziale Unterstützung dient als zusätzlicher verbessernder Einflussfaktor, der personale und situative Ressourcen verbindet.

In der Arbeitswissenschaft finden sich noch "arbeitsaufgabenbezogene" sowie "betriebliche und überbetriebliche" Ressourcen. Für den Bereich der Sexarbeit ist eine klare Differenzierbarkeit nach solchen Kriterien nicht gegeben. Die Sexarbeiterinnen selbst empfinden ihr Selbstbewusstsein gegenüber Kunden als ihre persönliche Stärke. Entscheidungsraum für die Auswahl der Kunden, Verhandlungskompetenz, das Setzen von Grenzen oder nette Begegnungen werden von vielen Frauen positiv bewertet (Krüger 2001:52). In Rahmen einer Streetwork von Indoors erzählte eine russische Sexarbeiterin:

*"...Ich hab meinen Limit: höchstens fünf Kunden am Tag. Sonst ist es ungesund...(lacht). Meine Kunden habe ich schon seit Jahren, wir haben schon eine romantische Beziehung zu einander. Also besteht einer oder anderer darauf, den Kondom weg zu lassen. Ich bin aber in der Hinsicht kompromisslos. Ich weiß, dass einige Prostituierte versuchen ihre Kunden auszutricksen, ist überhaupt nicht meine Art. Mein Motto: klare Regeln stellen und konsequent bleiben! Die Kunden haben keine Wahl..."* (Indoors 2012a:o.S.).

Die personale Ressourcen wie Menschenkenntnis, das Gefühl als kompetente Seelsorgerin nachgefragt zu sein, der Besitz überdurchschnittlicher sozialer Kompetenzen ermöglichen den Sexarbeiterinnen, sich auch im gesellschaftlichen Abseits selbstbewusst zu behaupten (Krüger 2001:53).

In Kapitel 2.4 wurden prostitutions- und migrationsbezogene Gesundheitsbelastungen dargestellt. Diese Belastungen können unter Umständen gesundheitsfördernde Ressourcen ergeben. Beispielweise wendet die Abhängigkeit von dem Zuhälter zu der Unabhängigkeit, schlechte Arbeitsbedingungen zu guter Arbeitsatmosphäre. Die Voraussetzung für diese Umwandlung ist, dass die betreffende Person ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl besitzt bzw. bei dieser Person der Empowerment-Prozess erfolgt.

### **3.2.2 Evaluation der Empowerment-Prozesse**

"Wenn die Menschen Empowerment-Prozesse erleben, berichten sie nach Forschungen der amerikanischen Gemeindepsychologen Charles Kiefer von drei wichtigen Erfahrungen. Sie berichten davon, sich mit dem eigenen Leben und der Umgebung stärker verbunden zu fühlen. Das drückt sich im Bewusstsein eines aktiven „In-der-Welt-Seins“ aus. Sie berichten über das Selbstbewusstsein, neue Fähigkeiten, Strategien und Ressourcen zu besitzen, die sie darin unterstützen, ihre Ziele zu erreichen. Und sie berichten von neuen Gedanken und Erkenntnissen, die sie darin fördern, eine kritische Haltung zu gesellschaftspolitischen Verhältnissen und zu ihren Lebensbedingungen einzunehmen" (Whofsky 2005: 32).

Empowerment-Prozesse sind nicht planbar und verlaufen meist nicht gradlinig. Das sind langfristige Prozesse, sie brauchen ihre Zeit. Die Evaluierung dieser Prozesse ist schwierig.

Der Prozess des Empowerments vollzieht sich laut Kiefer in vier Abschnitten:

1. *Mobilisierung*. Eine herkömmliche Haltung von Desinteresse, Bequemlichkeit, Autoritätsgläubigkeit oder einem Selbstbild als „Loser“ wird aufgebrochen. Eigene Stärken und Ressourcen werden entdeckt.
2. *Engagement und Förderung*. Nach dem Abflauen der Anfangsbegeisterung und -wut entwickelt sich ein stabileres Engagement.
3. *Integration und Routine*. Die Aktivitäten werden teilweise zur Routine und werden in den Alltag integriert.

4. *Überzeugung und Kontinuität.* Eine Sicherheit in der Anwendung partizipatorischer Kompetenzen, eine entwickelte Organisations- und Konfliktfähigkeit wurden erreicht. Die Überzeugung, dass es möglich ist, Veränderungen herbeizuführen, bleibt bestehen (Kiefer 1984 zit. n. Stark 2002:58ff).

Die Evaluierung von Empowerment-Prozessen stellt sich als problematisch dar. Zum einen weil Empowerment meistens langfristige Prozesse sind. Deshalb ist es schwierig nachzuweisen, dass festgestellte Veränderungen tatsächlich auf die Interventionsmaßnahme und nicht auf irgendwelche anderen Einflussfaktoren zurückzuführen sind. Zum anderen können die Erfolge des Empowerment-Ansatzes nur ungenau und schwer erkennbar sein, insbesondere im Vergleich mit den Ergebnissen anderer Ansätze, die sich leichter quantitativ evaluieren und nachweisen lassen (Naidoo/Wills 2003:97). Ein zusätzlicher Einwand für die Evaluation der Empowerment-Prozesse ergibt sich aus der Unbeständigkeit und Diskretheit der Zielgruppe der migrierten Sexarbeiterinnen. In den Kapiteln 2 und 4 wird diese Problematik anhand der Ergebnisse der Überprüfung der Empowerment -Prozesse des Projekts "Indoors" beschrieben.

### **3.3 Der Ansatz der gesundheitlichen Aufklärung**

Der Ansatz der Gesundheitsaufklärung ist einer der beliebtesten Ansätze in der Gesundheitsförderung von Migrantinnen. Nach Sabo und Lehman besteht die gesundheitliche Aufklärung aus zwei Grundideen. Erstens hat "jeder Mensch ein Recht auf vollständige Information auch im Gesundheits- und Krankheitsbereich" (Sabo/Lehman 2003:57). Dabei ist es wichtig, dass mit Menschen, die keinen Zugang zu Gesundheitsinformationen haben und nicht lesen können, besonders achtsam umgegangen wird. Zweitens "können nur umfassend aufgeklärte Menschen autonome und angemessene Entscheidungen" (ebd.) über ihr Gesundheitsverhalten treffen. Dabei soll nicht versucht werden, das Verhalten der Menschen in eine ganz bestimmte Richtung zu verändern, sondern es soll die freie Entscheidung des Klienten respektiert werden, auch wenn diese nicht der gewünschten Entscheidung der Gesundheitsförderer entspricht. Die Gesundheitsförderung bezieht sich auf anerkannte Theorien

darüber, dass die Erweiterung von Wissen zu Verhaltensänderung führt (Naidoo/Wills 2003:95).

Den Klienten wird das notwendige Wissen durch Informationsbroschüren, Berichte in den Massenmedien oder Beratung vermittelt. Die wahrgenommene Information muss erst verstanden, dann akzeptiert, als nächstes behalten und schließlich angewendet werden (Sabo/Lehmann 2003: 57). Die gesundheitsaufklärende Methode beruht auf drei lerntheoretischen Aspekten. Der *kognitive* Aspekt umfasst die Fähigkeit die Information zu dekodieren und zu interpretieren, also zu verstehen. Bei dem *emotionalen* Aspekt handelt es sich um die Erzeugung von Einstellungen und Gefühlen. Infolgedessen entwickelte Fähigkeiten und Fertigkeiten gehören zum *Verhaltensaspekt*. Zur Berücksichtigung der obengenannten Aspekte werden beim gesundheitsförderenden Ansatz diverse Lernmethoden angewendet. Beispielsweise schaffen Gruppendiskussionen für die Klienten die Möglichkeit, sich über ihre gesundheitlichen Einstellungen auszutauschen und diese zu hinterfragen. Dazu sind Rollenspiele eine effektive Methode, um das Verhalten in realen Lebenssituationen zu üben. Der Erfolg einer gesundheitsaufklärenden Kampagne zeichnet sich durch die Verbesserung des Wissensstandes über Gesundheitsprobleme oder die Erhöhung des Bewusstseins über gesundheitsrelevante Risikofaktoren aus. Das Wissen alleine reicht jedoch nicht um Verhaltensänderungen zu bewirken. Da sich die Entscheidungsprozesse für gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen als komplex erweisen und auch von sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen abhängig sind, ist die gesundheitliche Aufklärung noch keine Garantie dafür, dass der Betreffende sein Verhalten ändert. Sie ist zwar ein notwendiger, aber keineswegs ausreichender Bestandteil einer erfolgreichen gesundheitsförderenden Kampagne (Seibt 2003:168). Damit stößt die rein aufklärerische Methode an ihren Grenzen. Dennoch ist sie in der Kombination mit dem Empowerment Ansatz eine notwendige Strategie um Empowerment zu realisieren. Im Kapitel 4 wird anhand des Indoors-Projekts auf die Wechselwirkung dieser zwei gesundheitsförderenden Ansätze eingegangen.

## **4. Gesundheitliche Aufklärung und Empowerment als Fachkonzept des Projektes Indoors**

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt in der Analyse der praktischen Umsetzung des Ansatzes der gesundheitlichen Aufklärung und des Ansatzes des Empowerments. Diese Ansätze liegen dem Konzept des Indoors-Projektes zu Grunde.

Indoors ist im Jahr 2009 als Folgeprojekt von TAMPEP<sup>28</sup>, einem internationalen Forschungs- und Aktionsprojekt, das neue Strategien und Methoden der AIDS/STI-Prävention entwickelte und etablierte, entstanden. Indoors beschäftigt sich mit Problemen von migrierten Sexarbeiterinnen, die in Appartements und Bordellen in neun europäischen Städten tätig sind: Amsterdam, Genua, Hamburg, Helsinki, Madrid, Marseille, Porto, Sofia und Wien. Die Arbeit von Indoors wird auf einer praktischen Ebene - regelmäßige Durchführung von Streetwork<sup>29</sup> - und einer analytischen Ebene - Auswertung der durch diese Arbeit gewonnenen Daten - durchgeführt. Dies ermöglicht, die Situation der Prostitutionsszene und Bedarfe der Sexarbeiterinnen in den Städten zu beleuchten und zu vergleichen. Im Rahmen dieser Diplomarbeit, wird nachfolgend der Fokus auf Hamburg gelegt.

### **4.1 Ziele des Projektes Indoors**

Indoors hat das Ziel, weibliche Sexarbeiterinnen, die in geschlossenen Räumen tätig sind, zu unterstützen und zu begleiten.

- Die Arbeit soll der Zielgruppe einen besseren und niedrigschwelligen Zugang zu medizinischen und sozialen Angeboten vermitteln.
- Die Aufklärung der Frauen zu verschiedenen medizinischen und rechtlichen Themen wie z. B. Safer Sex, Hygiene, Selbstständigkeit in der Arbeit soll sie unter anderem für den professionellen Kondomgebrauch sensibilisieren.

---

<sup>28</sup> TAMPEP (European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers)

<sup>29</sup> „Streetwork (Straßensozialarbeit) ist eine spezifische Form aufsuchender psychosozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistung“ (Steffan 2003:224).

- Streetwork als erforderliche Methode diese Zielgruppe zu erreichen soll gefördert werden.
- Die Arbeit soll Organisationen und Institutionen, die mit der Zielgruppe zu tun haben, umfangreiche Kenntnisse über die Situation der Sexarbeiterinnen geben, damit deren Bedarfe besser erfüllt werden können.
- In Rahmen des Projektes entsteht das Buch "Pictures of a reality". Durch die Darstellung von Aussagen von Sexarbeiterinnen über ihre Lebenserfahrungen werden Kenntnisse über deren Lebenssituation weitergegeben. Ziel ist es dabei, Präventionsmethoden aus der Praxis heraus zu vermitteln um die Sexarbeiterinnen zu stärken.  
(Indoors 2011:4)

#### **4.2 Methoden und Maßnahmen des Projektes Indoors**

Aufgrund der Schwierigkeiten der migrierten Sexarbeiterinnen aus ihrer Isolation herauszutreten und die Angebote des öffentlichen Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen, bewährt sich regelmäßige und kontinuierliche aufsuchende Straßensozialarbeit als effektivste Methode für den Zugang zur Zielgruppe (Munk 2010:108f). Das Streetworkteam setzt sich aus einer kulturellen Mediatorin, einer Krankenschwester und einer Fahrerin zusammen. Die Streetworkerinnen sind weibliche Migrantinnen, die aus Mittel- und Osteuropa, Asien und Lateinamerika kommen und vermitteln die Informationen in der jeweiligen Muttersprache. Da die kulturellen Barrieren der migrierten Sexarbeiterinnen nicht nur in den Sprachproblemen liegen, sondern von Mentalität, Religion oder Tradition abhängig sind, haben die Streetworkerinnen u.a. die Funktion einer "Brücke" zwischen den Sexarbeiterinnen und den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und können, da sie aus den gleichen Kulturen stammen wie die Sexarbeiterinnen, Normen, Werte und Sichtweisen sowie gesundheitliche und rechtliche Aspekte in beide Richtungen vermitteln (ebd.).

### **4.2.1 Kontaktaufnahme**

Durch umfangreiche Internetrecherche wird für die Streetwork die Adressenliste der Sexarbeiterinnen anhand ihrer Werbung auf speziellen Webseiten erstellt. Die Annoncen der Sexarbeiterinnen, die im Internet werben, bleiben ca. drei Monate im Netz. Dort können sie umfassende Informationen über ihre Dienstleistungen einstellen. Aufgrund der steigenden Mobilität der Sexarbeiterinnen ist die regelmäßige Aktualisierung der Adressenliste notwendig. Die Adressen werden nach Stadtteilen sortiert. Durchschnittlich werden bei einem sechsstündigen Streetwork-Einsatz acht Adressen besucht. Durch die wiederholten Besuche werden neue Kontakte zu den Sexarbeiterinnen geknüpft und alte gepflegt. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Reaktionen der Sexarbeiterinnen auf die Besuche von Streetworkerinnen, sowohl positive, wie Interesse und Neugier, als auch negative, wie Misstrauen und Verschlussenheit, entwickeln die kulturellen Mediatorinnen individuelle Strategien, um sich den Zugang zu der jeweiliger Person zu verschaffen. Das Verteilen von Kondomen und Gleitmittel bewährten sich als gute Einstiegsmöglichkeiten zum Gespräch.

Eine wichtige Rolle beim Zugang zu den Sexarbeiterinnen stellen die Bordellbesitzer und Aufpasser dar. Sie können ihn verhindern aber auch erleichtern. Einige von ihnen verbieten den Streetworkerinnen den direkten Zugang zu den Frauen und nehmen persönlich das Infomaterial entgegen (Indoors 2010:15).

### **4.2.2 Informationsvermittlung und Workshops**

Ein wesentlicher Aspekt des Indoors-Konzeptes ist, dass die Informationen in der jeweiligen Muttersprache vermittelt werden. Das Indoors-Team teilt sich in mittel- und osteuropäischen, lateinamerikanischen und asiatischen Bereiche. Es wird bei der Streetwork Polnisch, Russisch, Tschechisch, Spanisch, Portugiesisch, Thailändisch, Englisch und Deutsch gesprochen. Die Infomaterialien zu gesundheitlichen Themen sind in 19 verschiedene Sprachen<sup>30</sup> übersetzt. Jedoch reicht ein kurzer Kontakt an der Tür nicht aus, um

---

<sup>30</sup> TAMPEP entwickelte Faltblätter zu folgenden Themen: "Kondome und Gleitmittel", "Wenn das Kondom reißt oder abrutscht", "Virale Hepatitis", "HIV&AIDS und STI", "Schütz dich! Wissenswertes

die Fragen zur Gesundheit klären zu können. Wenn der Kontakt sich zu einem Gespräch entwickelt und die Streetworkerinnen in die Räume eingeladen werden, führt die Krankenschwester spontan medizinische Workshops durch. Während des Workshops wird meistens die "Grabbelsack- Methode" angewandt. Die Streetworkerinnen haben eine Tasche, in der sich unterschiedliche Gegenstände wie Kondome, eine steril verpackte Spirale, eine Pillenpackung, Schwämmchen, Tampons, einen Taschenspiegel, eine Vaginaldusche, Gleitmittel und ein Dildo befinden. Die Sexarbeiterin wird gebeten, entweder blind in die Tasche zu greifen, einen Gegenstand herauszuholen und sich spontan dazu zu äußern, oder es werden die Gegenstände auf den Tisch geschüttet, um sie dann genauer anzuschauen und so ins Gespräch zu kommen. Dieses Angebot gewährleistet, dass die Zielgruppe aktiv ins Gespräch einbezogen wird, sodass dieses auf die Wünsche und Bedürfnisse der Sexarbeiterinnen ausgerichtet werden kann. Zugleich können die Teilnehmerinnen das in den Workshops erworbene Wissen an andere Frauen weitergeben. Darüber hinaus steht die Broschüre "Alles O.K." während des Gesprächs zur Verfügung. Darin werden anhand einfacher Zeichnungen Basisinformationen zur Früherkennung von Brustkrebs und sexuell übertragbaren Infektionen sowie die Hauptübertragungswege von HIV beschrieben. Die Informationsvermittlung mit Hilfe von Bildern ist eine der beliebtesten Methoden von Streetworkerinnen. Sie ermöglicht es, alltägliche Situationen aus dem Leben der Sexarbeiterinnen anzusprechen. Meist weckt schon die erste Seite zum Thema "Selbstuntersuchung der Brust" Interesse an weiteren Informationen. Fast immer wollen die Sexarbeiterinnen wissen, was sie für ihre Gesundheit tun können, wie sie sich selbst untersuchen können und worauf sie achten sollen. Einige erzählen, wenn sie die Bilder zu den Symptomen von STD's sehen, sie hätten selbst schon eine Geschlechtskrankheit gehabt. Diese Aussagen sind vor allem nützlich, wenn noch andere Sexarbeiterinnen beim Gespräch anwesend sind. Dadurch wird ihnen ihr

---

für die Arbeit und deine Sicherheit", "Safer Drogenkonsum". Die Informationen werden in *Albanisch, Bulgarisch, Englisch, Tschechisch, Estnisch, Französisch, Deutsch, Ungarisch, Italienisch, Lettisch, Litauisch, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch, Russisch, Slowakisch, Spanisch, Thailändisch und Ukrainisch* angeboten (Munk. 2010:110).

eigenes Ansteckungsrisiko stärker bewusst, und sie erfahren direkt, woran man die Infektionen erkennt und wie man damit umgeht.

Die Sexarbeiterinnen, die eine medizinische Untersuchung wünschen, werden an CASAblanca<sup>31</sup> weitergeleitet. Nicht selten stellt sich während des Gesprächs heraus, dass die Frauen ein gesundheitliches Problem haben, aber falsche Behandlungsmethoden anwenden. Sobald sie von CASAblanca erfahren, haben sie den Wunsch, dort ihre Beschwerden abzuklären. Häufig übernehmen die Sexarbeiterinnen beim Gespräch die Rolle der Aufklärerinnen und vermitteln den Streetworkerinnen nützliche Tipps, die an andere Sexarbeiterinnen weitergegeben werden wie zum Beispiel Taktiken im Umgang mit Klienten, die ungeschützten Sex verlangen. Die erfahrenen Sexarbeiterinnen werden durch ihren Beitrag zur Aufklärung in ihren eigenen Ressourcen gestärkt, es steigt ihr Selbstwertgefühl. Die Frauen, die noch keine Taktiken für Verhandlungen mit Risikofreier entwickelten und sich möglicherweise das eine oder andere mal auf einen ungeschützten Verkehr einlassen, sollen für das Thema sensibilisiert werden. Durch die Aufklärung über Risiken, die unverantwortliches Freierverhalten mit sich bringt, und über die möglichen Strategien mit Klienten, werden die Frauen motiviert ihr Risikoverhalten zu ändern (Munk 2010:109ff). Neben der gesundheitlichen Aufklärung ist die Aufklärung der Sexarbeiterinnen über ihre Rechte ein wesentlicher Aspekt des Empowerments. Da es in den letzten Jahren einige Änderungen in der Gesetzgebung bezüglich Sexarbeit und Arbeitsmigration gab und dies zu einem zunehmenden Informationsbedarf führte, nehmen sich die Streetworkerinnen die Zeit dafür, die rechtlichen Fragen zu klären.

#### **4.2.3 "Pictures of a Reality"**

"Pictures of a Reality" ist eine Publikation, die im Rahmen des Projektes Indoors entsteht und die Aussagen der Sexarbeiterinnen des europaweiten Indoors-Settings über ihr Leben und ihre Erfahrungen beinhaltet. Alle Partnerländer

---

<sup>31</sup> CASAblanca ist ein Zentrum für AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten in Altona und eine Dienststelle der Behörde für Soziales und Gesundheit. Das Besondere an CASAblanca ist, dass die Illegale und Nichtkrankenversicherte dort die Möglichkeit haben, sich kostenlos und anonym untersuchen und behandeln zu lassen. CASAblanca bietet die Sprechstunden in mehreren Sprachen an.

leisten Beiträge, die Koordination, Bearbeitung und Produktion des Buches liegen beim Hamburger Partner. Die Recherchen zu dem Buch werden während der Streetwork gesammelt.

Ziele des Buches sind:

- Sexarbeiterinnen zu stärken, indem ihnen eine Stimme gegeben wird.
- Sexarbeiterinnen zu ermöglichen, über ihre Arbeits- und Lebenserfahrungen zu sprechen, z.B. von ihrem Migrationsprozess, ihrer rechtlichen Situation, den Kunden, ihrer Gesundheit oder ihren Erfahrungen mit physischer und/oder psychischer Gewalt.
- Die Situation von Sexarbeiterinnen sichtbar zu machen, indem aus ihrer Perspektive berichtet wird. Es werden die unterschiedlichen Facetten dieser Realität aufgezeigt.

Das Buch soll Personen, die in sozialen Einrichtungen und Behörden tätig sind, StudentInnen, AkademikerInnen, PolitikerInnen, die Presse und die allgemeine Öffentlichkeit erreichen. Dadurch werden diese im Hinblick auf die Lebens- und Arbeitssituation von Sexarbeiterinnen sensibilisiert, indem ihnen ein realistisches Bild gezeigt wird. Dies soll dazu führen, dass Stigmatisierungen, Diskriminierung und Klischees gegenüber Sexarbeiterinnen abgebaut werden (Indoors 2012:6).

### **4.3 Evaluation des Projektes Indoors**

Das Projekt Indoors wird systematisch ausgewertet. Die methodische Informationsammlung durch Indoors-Streetwork dient zum einen zur Reflexion, Bewertung, sowie Verbesserung der angesetzten Maßnahmen. Zum anderen macht die Evaluation die Tendenzen in der Entwicklung der migrierten-Sexarbeiterinnen-Szene sichtbar. Auf Grund des schwierigen Zugangs zu der Zielgruppe und ihrer Besonderheit werden bei der Indoors-Evaluation *verdeckte*<sup>32</sup> Erhebungstechniken angewendet.

---

<sup>32</sup> Die befragte bzw. beobachtete Person wird nicht über diesen Vorgang in Kenntnis gesetzt (Schnell/Hill/Esser. 2008:391).

### **4.3.1 Erhebungstechniken und Datenanalyse**

Bei jeder Streetwork findet eine Datensammlung statt, die durch die Kombination von Leitfadengesprächen und teilnehmender Beobachtung von Streetworkerinnen durchgeführt wird. Diese Methoden eignen sich deswegen besonders gut, da sie parallel mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen angewandt werden können. Leitfadengespräche werden in Form eines offenen Gesprächs durchgeführt. Dies ermöglicht, einen Einblick in ihre Erfahrungshintergründe, ihren Wissensstand sowie ihren Bedarf zu gewinnen. Darüber hinaus wird angestrebt, dass möglichst alle forschungsrelevanten Themen angesprochen werden. Gleichzeitig findet eine verdeckte teilnehmende Beobachtung statt. Es wird sowohl das Verhalten der Sexarbeiterinnen, ihre Reaktion auf die Intervention als auch die Atmosphäre, die Arbeitsbedingungen und das kollegiale Klima beobachtet (Schnell/Hill/Esser 2008:387ff).

Die Dokumentation der erhobenen Daten erfolgt nach dem Gespräch in Abwesenheit der Befragten bzw. der Beobachteten. Dabei wird für jede Kontaktperson ein quantitativer Fragebogen ausgefüllt. Für Kontrollzwecke wird jeder kontaktierten Sexarbeiterin eine Identifikationsnummer zugewiesen. Der Fragebogen enthält Informationen über Alter, Geschlecht, Nationalität, Krankenversicherung, angebotene sexuelle Praktiken, Arbeitsbedingungen sowie die angesprochenen Themen während der Streetwork. Die Informationen werden in eine für alle Partnerstädte einheitlichen statistischen Datenbank eingegeben und mit Hilfe von einem Datenanalyseprogramm ausgewertet. Die durchgeführten Workshops werden von den Streetworkerinnen ebenfalls mit Hilfe eines qualitativen Fragebogens bewertet. Dies dient zur Bedarfsanalyse der Sexarbeiterinnen, zur Selbstreflektion der Streetworkerinnen sowie zur Verbesserung der eingesetzten Medien. Sonstige allgemeine Informationen zu der Apartmentszene, persönliche Eindrücke und Kommentare werden in dem Streetwork-Bericht aufgezeichnet.

Die oben beschriebenen Erhebungstechniken haben ihre Nachteile. Die Gespräche finden meistens mit mehreren Frauen statt, somit ist der Umfang der gewonnenen Informationen groß. Obwohl die Gedächtnisprotokolle unmittelbar nach den Gesprächen geführt werden, ist es manchmal schwierig, bei der Dokumentation die Befragten auseinander zu halten. Häufig ist es nicht möglich,

alle Fragen, die für die Fragebögen vorgesehen sind, zu beantworten. Fehlende Informationen werden sie durch die Einschätzungen der Streetworkerinnen ergänzt, worunter die Datenqualität leidet. Außerdem wird großer Wert auf persönliche Kommentare und Zitate der Sexarbeiterinnen gelegt. Welche Kommentare erfasst werden, wird allerdings subjektiv von der Streetworkerin entschieden. Bei der Einschätzung, welche Daten besonders relevant sind, ist die jahrelange Erfahrung der Streetworkerinnen in diesem Bereich von Vorteil.

### **4.3.2 Ergebnisse der Indoors-Studie**

Die Ergebnisse der Indoors-Studie (2009-2011) zeigen die Notwendigkeit der Weiterführung von regelmäßiger aufsuchender Arbeit, um den Bedarf an Informationen zu gesundheitlichen Fragen von Migrantinnen und deutschen Sexarbeiterinnen zu decken (Indoors 2012: 6). Die äußeren Einflüsse, wie die EU-Osterweiterung und dementsprechende Migrationsprozesse innerhalb der EU, führen dazu, dass immer mehr "neue" Frauen nach Hamburg kommen. Die Indoors-Statistik 2011 zeigt eine hohe Zahl von "neuen Kontakten", was darauf hindeutet, dass die Zielgruppe extrem mobil ist und von einer Stadt zu der anderen wandert. Das Bildungsniveau, die Deutschkenntnisse, sowie die Informationsbedürfnisse dieser Frauen sind sehr unterschiedlich. Die am häufigsten von Sexarbeiterinnen angesprochenen Themen aus dem sozialen Bereich sind Zugang zu sozialer Beratung und Versorgung, bessere Arbeitsbedingungen, Selbständigkeit, Informationen über die Rechte von Sexarbeiterinnen wie Krankenversicherung oder Steuer. Des Weiteren beschäftigen die Sexarbeiterinnen gesundheitsbezogene Fragen wie der Zugang zum Gesundheitswesen und zur allgemeinen medizinischen Versorgung, Fragen zur psychischen Gesundheit sowie Möglichkeiten für Tests und Beratungen zum Thema AIDS und anderer übertragbarer Krankheiten oder auch Impfungen gegen Hepatitis (Indoors 2011: 8ff).

Nach Indoors-Angaben nimmt die Nachfrage nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr seitens des Klienten stetig zu (ebd.). Das bedeutet, dass für die Sexarbeiterinnen die Entwicklung der persönlichen Ressourcen und die Stärkung ihres Selbstbewusstseins notwendig ist, um Risiken zu vermeiden.

Die Indoors-Statistik vermittelt ein aussagekräftiges Bild von der Realität der migrierten Sexarbeiterinnen, die in Apartments tätig sind, liefert aber keine Informationen zu Empowerment-Prozessen. Die Zusammenhänge zwischen gesundheitlicher Aufklärung und Stärkung des Gesundheitsbewusstseins der Frau werden in den Berichten der Streetworkerinnen erwähnt, jedoch gibt es keine einheitlichen Kriterien zur Bewertung der Einflussnahme der Aufklärung auf die Verhaltensänderung. In Kapitel 5 wird deshalb der Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Aufklärung und Empowerment Prozessen anhand von Ergebnissen der Datenbankanalyse sowie der Experteninterviews aufgezeigt.

## **Teil II: Empirische Untersuchung**

In diesem Teil der Diplomarbeit wird zuerst die Hypothese angeführt. Anschließend werden zwei unterschiedlichen Evaluationsmethoden dargestellt, auf ihre Besonderheiten eingegangen und ihre Ergebnisse präsentiert. Es wird erläutert, warum welche Evaluationsmethode gewählt wurde. Bei den Ergebnissen der Auswertung werden die interessanten Gesichtspunkte der Interviewpartnerinnen aufgegriffen und daraus Verbesserungsvorschläge für die Nachhaltigkeit der Wirkung der Empowerment-Prozesse abgeleitet.

### **5. Überprüfung von Empowerment-Prozessen**

In dem Kapitel 3.2.2 wurde bereits erwähnt, dass sich die Evaluation von Empowerment-Prozessen als schwierig gestaltet, weil es sich zum einen um eine längere Entwicklung handelt und zum anderen, weil es keine handfesten Kriterien zur Messung des Empowerment-Prozesses gibt.

Im Rahmen dieser Arbeit soll untersucht werden, ob die gesundheitliche Aufklärung einen Einfluss auf Empowerment-Prozesse hat. Die Hypothese lautet:

*- Wenn die Gesundheitsaufklärung bei der Zielgruppe migrierte Sexarbeiterinnen stattfindet, dann werden die Empowerment-Prozesse ausgelöst.*

Im Kapitel 3.2 wurde eine umfassende Aufführung von Fähigkeiten und Sichtweisen, die zu Empowerment gehören nach Lenz dargelegt. Dabei soll keine Evaluation einer Maßnahme durchgeführt werden. Vielmehr soll Empowerment als Qualitätskriterium und als Ziel für gesundheitliche Aufklärung stehen.

Wichtig ist dabei herauszufinden, welche Faktoren für die Wirkung der zielgruppenorientierten Aufklärung und Informationsvermittlung erforderlich sind, damit die Empowerment-Prozesse erzeugt werden. Es kann sich sowohl um äußere Faktoren, wie Rahmenbedingungen der Informationsvermittlung, als auch innere Faktoren, wie personale Ressourcen handeln.

## 5.1 Quantitative Varianzanalyse

Zu Beginn der Untersuchung wurde auf Grund der Indoors-Datenbank eine quantitative Varianzanalyse ausgewählt. Diese Form der Analyse eignet sich besonders, wenn beispielsweise untersucht werden soll, ob der Kontakt mit dem Indoors-Projekt einen Einfluss auf das Risikoverhalten bei den migrierten Sexarbeiterinnen hat. Kontakt ist hier eine unabhängige Variable, welche in zwei Ausprägungen unterteilt wird: *Neue Kontakte* und *Alte Kontakte*. Das durch einen Fragebogen erfasste Risikoverhalten ist die abhängige Variable. Zur Durchführung der Untersuchung werden die Indoors-Fragebögen den zwei Gruppen zugeordnet, die mit Hilfe von Excel-Tabellen separat nach abhängigen Variablen ausgewertet und dann miteinander verglichen werden. Dabei ist zu erwarten, dass es bei der Gruppe *Alte Kontakte* mehr Hinweise darauf gibt, dass die Empowerment-Prozesse stattgefunden haben.

## 5.2 Ergebnisse der Varianzanalyse der Indoors-Datenbank

Im Folgenden werden die Ergebnisse der quantitativen Varianzanalyse vorgestellt. Bei der Interpretation der Ergebnisse werden die Inhalte der Streetwork-Berichte und Indoors-Jahresanalysen berücksichtigt. Die Stichprobe beinhaltet Kontakte zu 256 Sexarbeiterinnen, die innerhalb von 9 Monaten (von April bis Dezember 2011) von Indoors direkt kontaktiert wurden. Direkte Kontakte bedeuten, dass die Streetworkerin eine Sexarbeiterin gesehen und mit ihr gesprochen hat. Lediglich 27,3% sind davon „Alte Kontakte“ und der Großteil von 72,7% sind "Neue Kontakte"(s. Abb. 2).

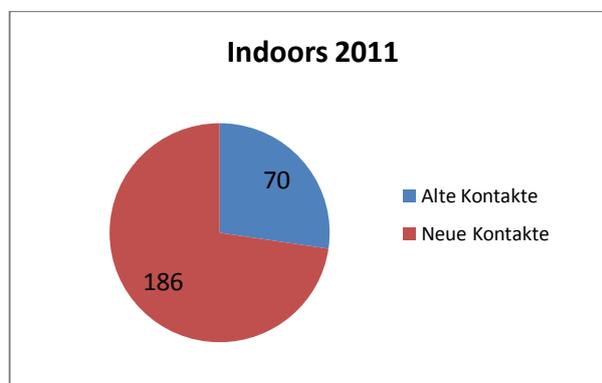


Abb. 2 Quelle: eigene Darstellung

Als "Alte Kontakte" werden Sexarbeiterinnen definiert, die mehr als ein Mal von Indoors kontaktiert wurden, die wieder erkannt wurden oder die sich an bestimmten Inhalten der Gespräche bzw. Workshops erinnern. Die Frauen, die erstmalig von Indoors kontaktiert werden, werden als "Neue Kontakte" zugeordnet. Da überwiegend neue Kontakte hergestellt werden, zeigt sich dadurch die hohe Mobilität von Sexarbeiterinnen (Abb. 4).

Beim Vergleich der alten und neuen Kontakte nach ihrer Herkunft fällt auf, dass es sich fast bei der Hälfte (47%) der Sexarbeiterinnen, die schon mehrmals kontaktiert worden sind, um Thailänderinnen handelt. Bei den neuen Kontakten stellen die Thailänderinnen nur 20,6 %. Bei den Russinnen ist die gleiche Tendenz zu beobachten. Das liegt daran, dass Thailänderinnen und Russinnen als Drittstaatlerinnen nur eingeschränkte Einreisemöglichkeiten haben. Entweder bekommen sie eine Aufenthaltserlaubnis durch die Heirat mit einem Deutschen oder sie reisen mit einem Touristenvisum ein und arbeiten illegal. Genaue statistische Daten darüber sind nicht vorhanden. Diese Frauen wechseln selten ihren Arbeitsort und wenn doch, dann innerhalb Deutschlands und nur für begrenzte Zeit.

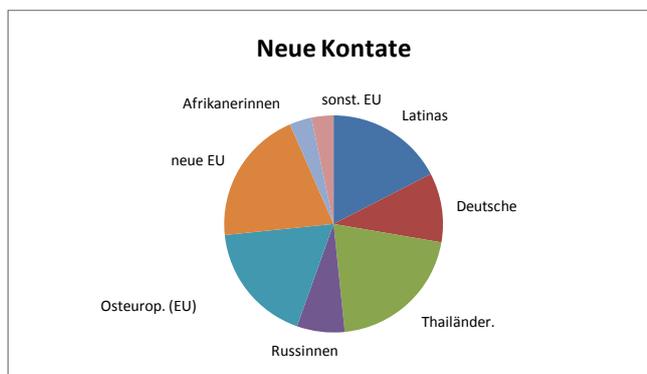
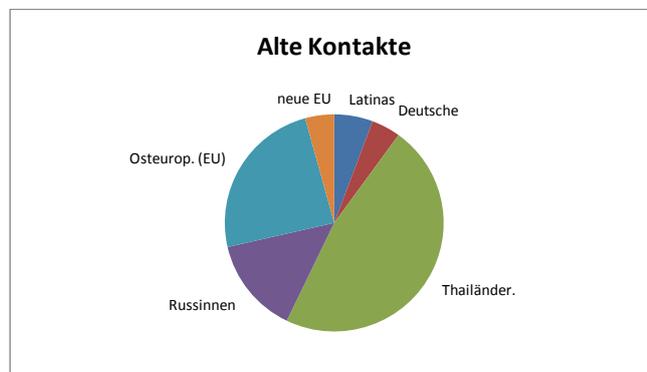


Abb. 3 und 4

Quelle: eigene Darstellung

Die osteuropäischen Unionsbürgerinnen<sup>33</sup> verteilen sich relativ gleichmäßig auf die neuen und alten Kontakte. Dies weist darauf hin, dass immer mehr Osteuropäerinnen der EU ihre geregelten Einreise- und Arbeitsmöglichkeiten nutzen um sich entweder in Hamburg zu etablieren oder sich für Pendelmigration zu entscheiden. Die Gründe dafür sind zum einen, dass sie auf diese Weise mehr Kundschaft haben, zum anderen, weil sie ein "Doppelleben" führen und nicht erkannt werden möchten. Die quantitativ stärkste Gruppe der osteuropäischen Unionsbürgerinnen sind Polinnen. Eine polnische Sexarbeiterin erzählt:

*„Ich arbeite nie länger als eine Woche in einem Apartment. Sonst bleiben die Klienten aus. Die Männer sind ständig auf der Suche nach Abwechslung und Abenteuer. Ich arbeite überall in Deutschland, sowohl in großen Städten als auch in Dörfern. Seltsam, aber in kleineren Dörfern ist man am unauffälligsten! Wir tauschen uns mit Kolleginnen aus. Meine Stammkunden informiere ich per SMS und wir vereinbaren Termine, wann und wo ich arbeiten werde. Dann ziehe ich weiter. So funktioniert das.“ (Indoors 2011:12)*

Die Sexarbeiterinnen pendeln nicht nur innerhalb einer Stadt und zwischen verschiedenen Städten in Deutschland, sondern arbeiten auch europaweit. Zu den beliebtesten Ländern gehören beispielsweise die Schweiz und die Niederlande (ebd.).

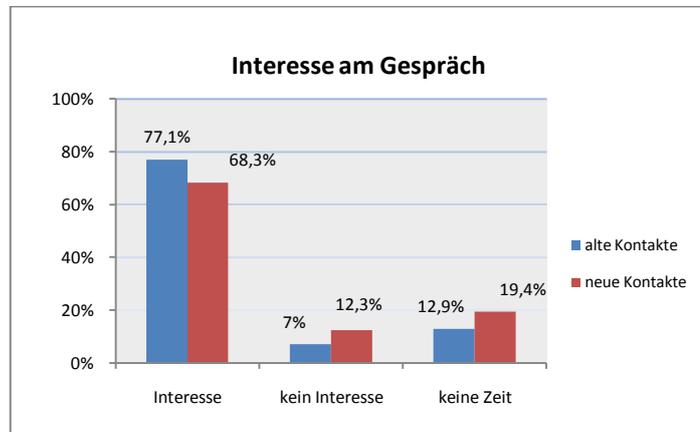
Anhand der Daten lässt sich ein Anstieg der Sexarbeiterinnen aus neuen EU-Ländern ableiten. Sie bilden 20% der neuen Kontakte und nur 4% der Alten. Das hängt damit zusammen, dass die Frauen dieser Gruppe ihren Wohnort überwiegend in ihrem Heimatland haben. Durch die erweiterten Einreise- und Arbeitsmöglichkeiten sind sie flexibel und wechseln häufig ihren Arbeitsort innerhalb der EU.

Überraschend ist die Verteilung der Sexarbeiterinnen aus den Ländern Lateinamerikas. Bei den neuen Kontakten ist die Gruppe um das Dreifache größer als bei den alten Kontakten. Dies ist damit zu erklären, dass lateinamerikanische Sexarbeiterinnen häufig versuchen, sich erst in Spanien zu etablieren. Angesichts der großen Nachfrage seitens deutscher Kunden, kommen immer mehr Lateinamerikanerinnen nach Hamburg. Eine Peruanerin erzählt:

---

<sup>33</sup> Hier gehören zu osteuropäischen Unionsbürgerinnen Sexarbeiterinnen aus Polen, Tschechien, Ungarn, Litauen, Lettland, Estland.

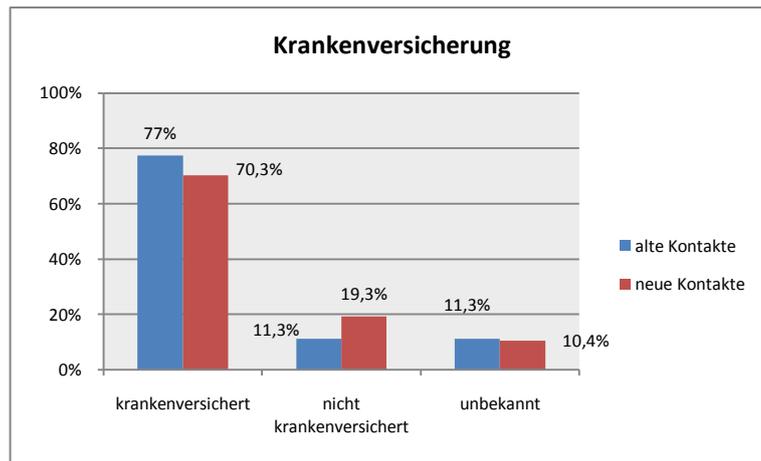
*"Ich liebe es in Deutschland zu arbeiten. Die Preisen sind hoch im Vergleich zu Spanien. Die Männer sind netter und liebevoller, obwohl sie öfter ausgefallene Wünsche haben..." (Indoors 2012a:o.S.)*



**Abb.5** Quelle: eigene Darstellung

Aus Abb. 5 geht hervor, dass Sexarbeiterinnen, die von Indoors mehrmals kontaktiert worden sind, mehr Interesse am Gespräch zeigen. Beim ersten Kontakt lehnen die Frauen öfter das Gespräch ab als beim zweiten oder bei mehreren Kontakten. Die Gründe für das Ablehnen sind vielfältig. Oft möchten die Frauen nicht angesprochen werden, weil sie nicht erkannt werden möchten, einen nicht geregelten Aufenthalts- bzw. Arbeitsstatus haben oder nicht genügend über ihre Rechte aufgeklärt sind und sich vor Polizei, Finanzamt etc. fürchten. Manchmal denken sie, weil Sexarbeit allgemein negativ bewertet wird, dass es bei Indoors darum geht, sie dazu zu bringen, aus der Prostitution auszusteigen. Viele glauben, dass sie sich am besten über andere Wege informieren können oder sie wollen sich gar nicht informieren, weil die Sexarbeit für sie nicht auszuhalten ist, wenn sie ständig an die Risiken denken müssen. Bei den gelungenen Gesprächen wünschen sich die meisten Sexarbeiterinnen, wieder besucht zu werden.

Bei Abb. 6 fällt auf, dass ein großer Teil (19%) von neu angetroffenen Sexarbeiterinnen in Deutschland nicht krankenversichert ist. Das liegt daran, dass sie über die Richtlinien der Krankenversicherung in der Bundesrepublik wenig informiert sind oder in ihrem Heimatland krankenversichert sind und sich nur dort untersuchen bzw. behandeln lassen.

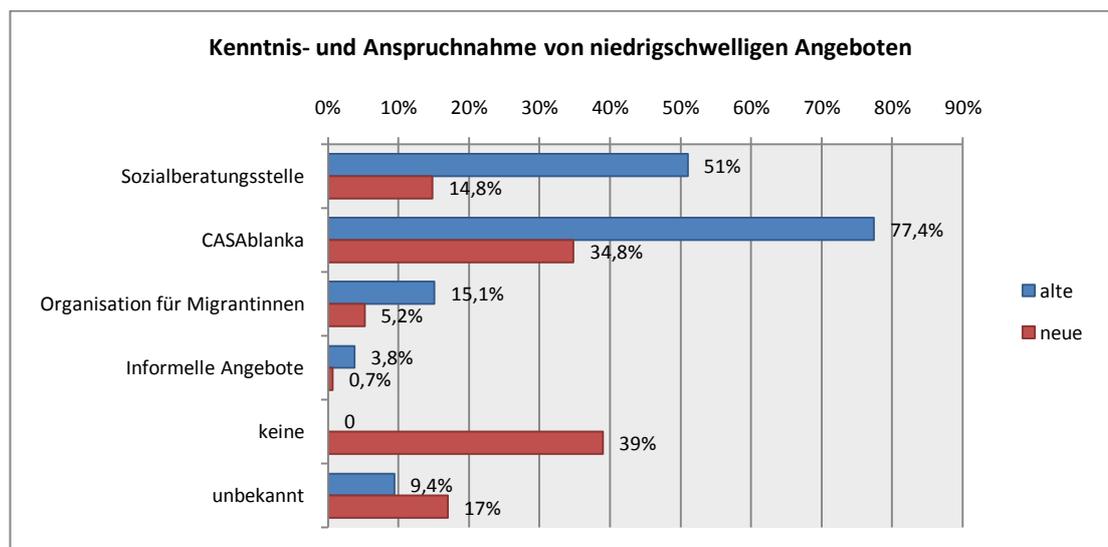


**Abb.6** Quelle: eigene Darstellung

Eine Russische Sexarbeiterin erzählt:

*„Ich habe sehr oft Schmerzen im unteren Bauch, besonders, wenn ich viel arbeite...Dann warte ich aber mit dem Arztbesuch bis ich zuhause bin. Hier in Deutschland ist das alles zu teuer und kompliziert...“* (Indoors 2011:20)

Obwohl die Mehrheit der Frauen (77%), die kontaktiert worden sind, krankenversichert ist, bleibt jedoch ein wesentlicher Teil (11,3%) ohne Krankenversicherung. Dies ist damit zu erklären, dass die Frauen über die niedrighwelligen Gesundheitsangebote für Nichtkrankenversicherte informiert worden sind und diese auch nutzen (Abb. 7).



**Abb.7** Quelle: eigene Darstellung

Bei der Frage nach der Kenntnis- und Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Gesundheits- und sozialen Angeboten sind ganz klare Unterschiede bei den Kategorien zu erkennen. Während 51% der Sexarbeiterinnen, die unter der Kategorie "Alte Kontakte" stehen, eine Sozialberatungsstelle kennen bzw. nutzen, sind das bei den neu kontaktierten nur 14,8%. Für 77,4% der alten und 34,8% der neuen Kontakte ist CASAbianka die beliebteste Anlaufstelle. 15,1% der alten und 5,2% der neuen Kontakte erwähnen andere Organisationen für Migrantinnen. Dass so viele der neukontaktierten Sexarbeiterinnen über die niedrigschwelligen Angebote informiert sind, ist damit zu erklären, dass die Frauen, die von Indoors kontaktiert worden sind, die Informationen an andere Kolleginnen weitergeben, wenn sie anderswo arbeiten. Es wird davon ausgegangen, dass die Information, die jede angetroffene Sexarbeiterin bekommt, mindestens drei weitere Frauen erreicht.

Dennoch sagen 39% der neuen Frauen, dass sie keine Organisation kennen, an die sie sich wenden können. Diese Gruppe wurde nach Variablen wie Alter, Nationalität, Mobilität oder Risikoverhalten untersucht. Dabei lässt sich die Gruppe als sehr mobil und im durchschnittlichen Alter von 26 bis 35 Jahren beschreiben. Wesentliche Abweichungen der Werte dieser Gruppe von der Kategorie "Neue Kontakte" sind allerdings nicht zu beobachten. Erklären lässt sich die Uninformiertheit dieser Gruppe möglicherweise damit, dass sie erst seit kurzem in Hamburg sind und noch keine Möglichkeit hatten sich zu informieren. Die Barrieren für die Nutzung der Angebote können neben Informationsmangel auch Desinteresse, Zeitmangel, Sprache, Isolierung oder Misstrauen sein.

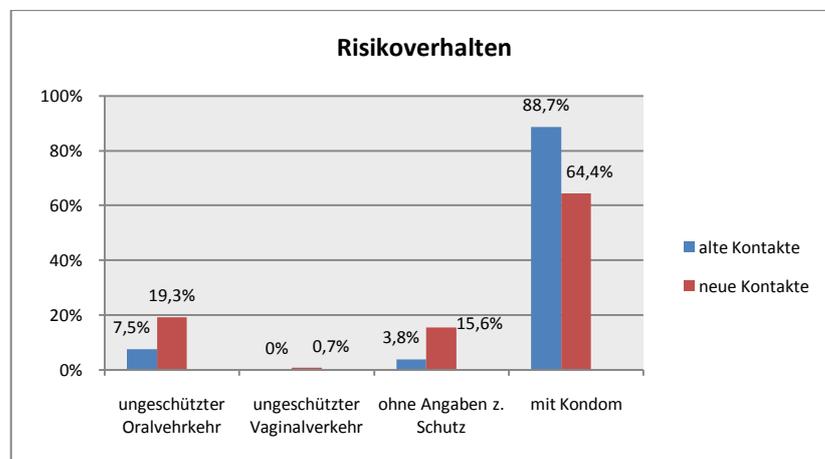


Abb.8

Quelle: eigene Darstellung

Nach wie vor wird von den Sexarbeiterinnen häufig die Frage gestellt: "Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, sich beim ungeschützten Verkehr an HIV zu infizieren?" Die Grafik (Abb.8) zeigt, dass deutlich mehr der neuangetroffenen Frauen (19%) angeben, ungeschützten Oralverkehr anzubieten. Bei den bekannten Sexarbeiterinnen sind das nur 7,5%. Dabei ist zu beachten, dass auf Grund des Einflusses der sozialen Erwünschtheit die Antwortverzerrung bei dieser Frage nicht auszuschließen ist. Außerdem spricht die Tatsache, dass eine große Nachfrage seitens der Kunden nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr besteht, dafür, dass es sich in Wirklichkeit bei der Kategorie "ungeschützter Sex" um deutlich höhere Zahlen handelt. Die Sprachbarriere und der Druck, mehr Geld zu verdienen, sind die Faktoren, die das Risikoverhalten der Sexarbeiterinnen begünstigen. Für sexuelle Selbstbestimmung spielen persönliche Ressourcen, Erfahrung und Professionalität eine große Rolle. Die Abbildungen 9 und 10 stellen die Verteilung der Interessen der alten und neuen Kontakte an den angesprochenen sozialen und gesundheitlichen Themen dar. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Laufe eines Gesprächs eine Sexarbeiterin Interesse für durchschnittlich für vier bis fünf Themen zeigt. Es ist auffällig, dass bei den neuen Kontakten der Bedarf an Informationen über den Zugang zur sozialen und gesundheitlichen Versorgung fast doppelt so hoch ist, als bei den alten Kontakten. Im Gegensatz zu den neukontaktierten Sexarbeiterinnen, zeigen die mehrmals kontaktierten vermehrt Interesse für soziale Themen wie Arbeitsbedingungen (32%), juristische Beratung (24,5%), Unterkunft (18,9%), psychologische Beratung (13,2%) und persönliche Sicherheit (9,4%). Die Neukontaktierten wollen überwiegend über ihre Rechte als Sexarbeiterinnen (23,7%), Isolation und Arbeitsbedingungen (9,6%), Ausstieg aus der Prostitution und Weiterbildung (8,1%) sprechen. Bezüglich der gesundheitsrelevanten Fragen sind kaum Unterschiede bei den Kategorien „Allgemeine Gesundheit“ und „Gynäkologie“ zu beobachten. Allerdings äußern die neukontaktierten Sexarbeiterinnen häufiger Bedarf an Informationen zu HIV/STI-Tests und -Beratungen (35,6%), Impfungen (13,3%), Notbehandlungen bei Kondomriss (7,4%) und Schwangerschaft und Abbruch (6,7%). Die mehrfach kontaktierten Frauen sprechen überwiegend über Hepatitis-Tests und -Beratungen (20,8%), Sucht (11,3%) und Zahnmedizin (7,5%).

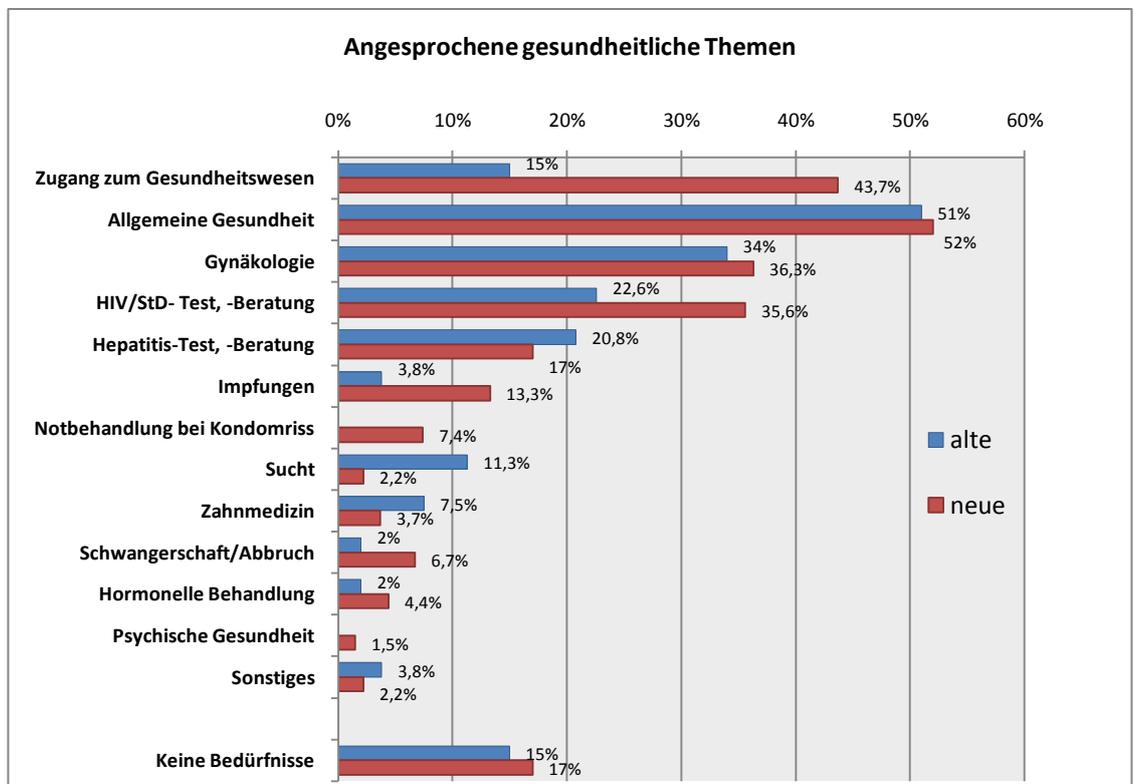
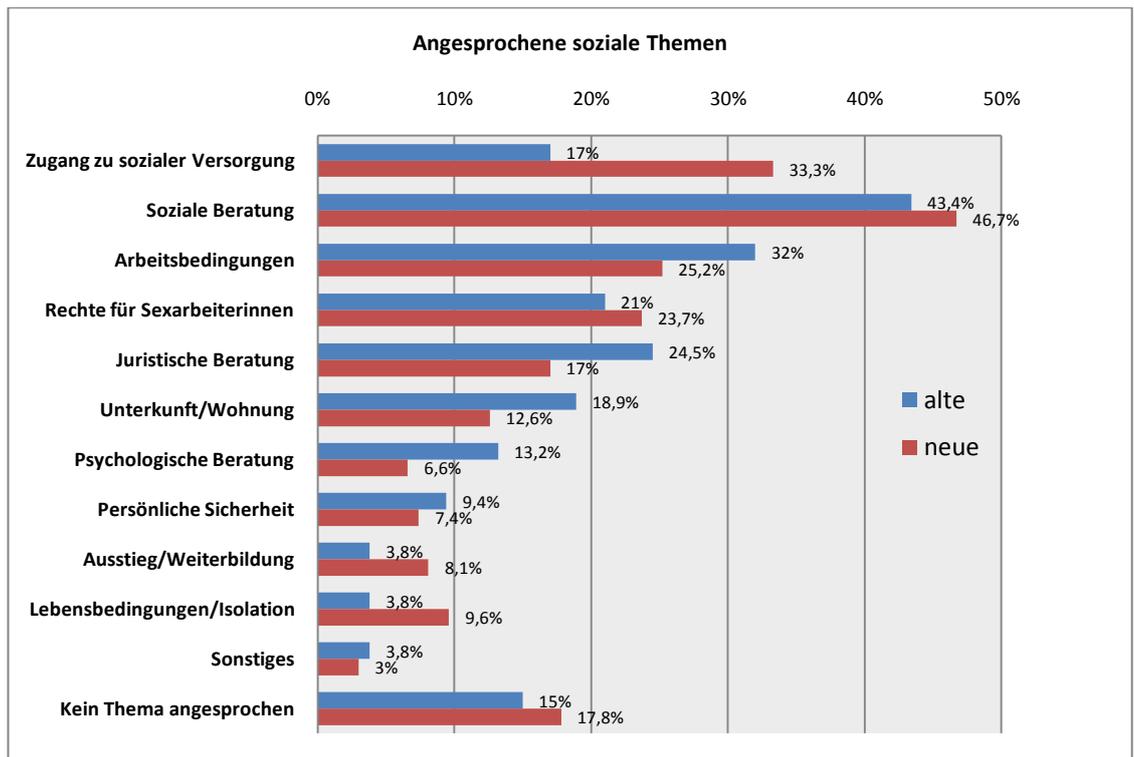


Abb. 9 und 10

Quelle: eigene Darstellung

Durch diese Informationen lässt sich das Bild zu der jeweiligen Kategorie der Sexarbeiterinnen ableiten. Alte Kontakte sind Sexarbeiterinnen, die schon einige Jahre in Deutschland der Sexbranche tätig sind. Ihre deutschen Sprachkenntnisse sind schon weiter fortgeschritten, sie kennen sich in Hamburg aus und sind über den Zugang zu den niedrigschwelligen sozialen und gesundheitlichen Angeboten informiert. Zum Teil haben sie ein soziales Umfeld in Hamburg aufgebaut und die Kontrolle über ihre Lebensbedingungen. Sie kennen ihre Rechte als Sexarbeiterinnen und kümmern sich um ihr starkes Auftreten gegenüber Behörden. Es fällt ihnen leichter, ihre sexuelle Selbstbestimmung zu verteidigen und sie suchen sich selbst ihre Kunden aus. Nicht selten leiden sie unter andauernden psychischen Belastungen, die die Prostitutionstätigkeit mit sich bringt.

Die neuen Kontakte sind dementsprechend die Sexarbeiterinnen, die sich erst seit kurzer Zeit in Hamburg aufhalten. Sie haben kein natürliches soziales Milieu in Hamburg und sprechen wenig Deutsch. Sie sind meistens isoliert und haben schlechte Arbeitsbedingungen. Sie besitzen keine Informationen über ihre Rechte und über den Zugang zu der Sozial- und Gesundheitsversorgung. Sexarbeitsrelevante Risiken und Unfälle sind für sie die Themen, die aktuell sind. Sie äußern häufiger den Wunsch nach dem Ausstieg aus Prostitution, weil sich in ihrer Rolle der Sexarbeiterinnen gedrängt fühlen.

Die Darstellung der quantitativen Analyse zeigt, dass die migrierten Sexarbeiterinnen, mit denen die Aufklärungsarbeit geleistet wurde, deutlich häufiger niedrigschwelligen Angeboten wahrnehmen. Außerdem zeigen sie weniger Risikobereitschaft im Umgang mit den Kunden, als die Sexarbeiterinnen, mit denen keine Aufklärungsarbeit erfolgte. Diese zwei Merkmale weisen darauf hin, dass bei diesen Frauen möglicherweise die Empowerment-Prozesse ausgelöst wurden. Damit ist zu erwarten, dass eine *Korrelation*<sup>34</sup> zwischen gesundheitlicher Aufklärung und Empowerment besteht. Allerdings ist eine *Scheinkorrelation*<sup>35</sup> dabei nicht auszuschließen, weil noch weitere Einflussfaktoren, die die Empowerment-Prozesse begünstigen,

---

<sup>34</sup> Korrelationen - statistische Zusammenhänge zwischen zwei Variablen (Shirmer 2009: 244)

<sup>35</sup> Scheinkorrelation besteht dann, wenn zwei Variablen zwar statistisch korrelieren, dieser Zusammenhang aber durch eine dritte Variable zustande kommt, die beide Variablen beeinflusst (ebd.).

berücksichtigt werden müssen. Zu diesen Faktoren zählen beispielweise die persönliche Erfahrung der Sexarbeiterin und ihr Bildungsniveau.

Bei den mehrmals von Indoors kontaktierten Frauen handelt es sich um Sexarbeiterinnen, die etwas länger in Hamburg tätig sind und dementsprechend bessere Deutschkenntnisse besitzen, in ihrem sozialen Umfeld integriert sind, über ihre Rechte aufgeklärt sind und selbstbewusst gegenüber der Behörden und Kunden auftreten. Daraus wird erkennbar, dass die gesundheitliche Aufklärung in der Wechselwirkung von internen und externen Ressourcen einen Einfluss auf Empowerment-Prozesse hat. Demzufolge kann Empowerment durch die Aufklärung und Informationsvermittlung erfolgen, muss aber vor allem auch von der Seite der Sexarbeiterin gewollt werden. Um die Frau dazu zu bringen, sind besondere Kompetenzen der Professionellen und ein ressourcenorientierter Einsatz erforderlich.

Um die Wirkungszusammenhänge zwischen Informationsvermittlung und Stärkung der Frau zu untersuchen, wurden im Rahmen der Evaluation Experteninterviews mit drei kulturellen Mediatorinnen des Projekts Indoors geführt.

### **5.3. Interviews mit Experten**

Ziel der im Rahmen dieser Arbeit geführten Interviews war es, Sichtweisen, die in der Praxis der Gesundheitsförderung mit migrierten Sexarbeiterinnen mit dem Thema Empowerment verbunden sind, zu erkunden, also eine Ergänzung zur bereits geleisteten Literaturarbeit und der quantitativen Erhebung zu bekommen.

#### **5.3.1 Auswahl der Interviewpartnerinnen**

Obwohl mir als Mitarbeiterin von Indoors der Zugang zu den Sexarbeiterinnen ermöglicht wird, erschienen mir direkte Interviews aufgrund der Unberechenbarkeit der Reaktion der Sexarbeiterinnen auf die Anfrage (bis jetzt wurden von Indoors ausschließlich verdeckte Erhebungstechniken angewandt) zu gewagt. Ich entschied mich für Interviews mit Expertinnen, die durch ihre Aufklärungsarbeit jahrelange Erfahrung mit der Zielgruppe der migrierten

Sexarbeiterinnen haben. Ihre Arbeit folgt dem Empowerment-Ansatz, der sowohl der Konzeption des Projekts entspricht (s. Kap.4), als auch aus ihrer Selbstbeschreibung bei den Interviews hervorgeht. Deshalb wird davon ausgegangen, dass sie Empowerment-Prozesse beobachten und in der Lage sind, die Wechselwirkungen zwischen der gesundheitlicher Aufklärung und Empowerment zu erkennen. Ein weiterer Grund für die Wahl dieser Interviewpartnerinnen ist, dass sie aktiv an der Indoors-Datensammlung beteiligt sind und aus der Forscherinnen-Perspektive neue Erkenntnisse ans Licht bringen können. Als teilnehmende Beobachterinnen erfassen sie die Handlungs- und Veränderungsprozesse und können die Wechselwirkungen der Rahmenbedingungen der durchgeführten Maßnahmen und die Erkenntnisprozesse der Teilnehmerinnen nachvollziehen. Darüber hinaus sind mein persönliches Interesse und Motivation, eigene Einsichten zu dem Forschungsthema dem von meinen Kolleginnen gegenüberzustellen.

### **5.3.2 Aufbau und Durchführung der Interviews**

Bei den Interviews handelt es sich um qualitative, mit Hilfe eines Leitfadens teilstandardisierte Interviews. Diese Form der Interviewführung ermöglichte, während des Gesprächs das Wissen und die Erfahrungen der Expertinnen möglichst umfassend zu rekonstruieren und bei der Auswertung ihre Antworten miteinander zu vergleichen. Der Leitfaden dient dazu, die Erhebung auf Expertenwissen zu begrenzen. Es werden die Aspekte des Forschungsthemas in Fragevorschlägen zusammengestellt, dabei sind die genaue Formulierung sowie die Reihenfolge der Fragestellung freigestellt. Ein weiteres Kriterium von Leitfadeninterviews ist, dass offene Fragen bevorzugt werden. Der Aufbau der Fragen ist logisch und für die Interviewpartnerinnen nachvollziehbar. Es werden Fragen verwendet, die zu ausführlichen Darstellungen selbst erlebter Ereignisse oder dem Äußern der persönlichen Meinung zu bestimmten Themen einladen.

Da die Expertinnen aus dem gleichen Projekt kommen und mehr oder weniger identische Berührungspunkte mit dem Forschungsthema haben, wurde keine Überarbeitung des Leitfadens benötigt, jedoch unterscheiden sich die Gespräche in ihrem Verlauf.

Die Expertinnen sollten nicht gefragt werden, wie sie die Empowerment-Prozesse verstehen, vielmehr sollten sie im Laufe des Interview dazu angeregt werden, die zusammenhängende Wirkung ihrer praktischen Arbeit zu erkennen.

Anfangs wurde nach Darstellung ihrer Tätigkeit beim Projekt gefragt, um die zentralen gesundheitsbezogenen Ziele der Maßnahme anzusprechen. Einleitend wurden sie nach der Besonderheit der Zielgruppe und ihren strategischen Methoden für den erfolgreichen Gesprächsverlauf mit den Sexarbeiterinnen befragt.

Während des Interviewgesprächs ergab sich eine spontane Aufteilung der Zielgruppe, ähnlich wie bei der qualitativen Erhebung (s. Kap. 5.1.), in zwei Gruppen: *die Aufgeklärten* und *die Nichtaufgeklärten*. Durch diese Charakteristik wurden die Differenzen der Ressourcen der Frauen der unterschiedlichen Gruppen aufgezeigt.

Anschließend wurden die Expertinnen nach Möglichkeiten gefragt, wie Veränderungsprozesse bei der Zielgruppe sichergestellt werden können bzw. wie deren Kontinuität aufrecht erhalten wird. Alle Expertinnen wurden gebeten, ein Beispiel aus ihrer Praxis zu erzählen, das für sie ein "Erfolgserlebnis" darstellt.

Das erste Interview wurde mit E.K. durchgeführt. Sie ist kulturelle Gesundheitsmediatorin und Krankenschwester sowie Mitarbeiterin des Projektes Indoors. Sie kommt aus Polen und ist für den osteuropäischen Bereich des Projektes Indoors zuständig. Das Interview fand in Loccum (bei Hannover) während einer von der „Deutsche AIDS-Hilfe e.V.“ organisierten Wochenendfortbildung für Streetworkerinnen, die mit Sexarbeiterinnen arbeiten, statt. Bei der Fortbildung ging es darum, die Tätigkeit der Streetworkerinnen zu reflektieren und mit anderen Kolleginnen auszutauschen. Das zweite Interview fand mit H. R. ebenfalls im Rahmen der oben genannten Fortbildung statt. Sie ist kulturelle Gesundheitsmediatorin bolivianischer Herkunft und Zuständige für den lateinamerikanischen Bereich. Beide Interviewpartnerinnen wurden am Abend jeweils einzeln in einer ruhigen Atmosphäre interviewt. Jedes Interview dauerte ca. 30-40 Min.

Das dritte Interview wurde mit K. C. durchgeführt. Sie ist eine kulturelle Mediatorin, die aus Polen kommt und ebenfalls wie die erste Interviewpartnerin E. K. für den osteuropäischen Bereich bei Indoors zuständig ist. Ort dieses Interviews war ein Seminarraum des Diakonischen Werkes und es dauerte ca. 60 Min.

Alle drei Interviews wurden mit dem Einverständnis der Interviewpartnerinnen für Auswertungszwecke aufgezeichnet. Im Anschluss wurden die aufgenommenen Interviews zwar nicht wörtlich, aber eng am gesagten Text transkribiert. Es wurden nur geringfügige sprachliche Korrekturen vorgenommen: unvollständige Sätze wurden ergänzt und Wiederholungen weggelassen.

### **5.3.3 Auswertung der Interviews**

Zur Auswertung der Experteninterviews wurde die *Qualitative Inhaltsanalyse*, angelehnt an das Modell von Mayring, angewandt. Dieses Verfahren dient der Interpretation von sprachlichem Material und unterscheidet drei Grundformen des Interpretierens, mit denen unterschiedliche Ziele verfolgt werden (Mayring 1985:193f.).

Mit Hilfe der *Zusammenfassung* wird das Interviewmaterial unter Erhaltung der wesentlichen Inhalte reduziert, um ein abstrahiertes Abbild des Grundmaterials zu schaffen. *Explikation* hat das Ziel, durch das Hinzufügen von zusätzlichem Material zu fragwürdigen Textteilen, eine Erweiterung des Verständnisses zu erreichen, in dem Textstellen erläutert, erklärt und ausgedeutet werden. *Strukturierung* dient dazu, eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern, welche „in Form eines Kategoriensystems an das Material herangetragen wird“ (ebd. 197). Hierbei unterscheidet Mayring zwischen einer formalen, inhaltlichen und typisierenden Strukturierung. In Rahmen der vorliegenden Untersuchung wird die inhaltliche Strukturierung angewandt. Diese Form der Analyse hat das Ziel, bestimmte Aspekte aus dem Interviewmaterial herauszufiltern und zusammenzufassen. Auf der Grundlage des Leitfadenterview wird zunächst ein System von inhaltlichen Haupt- und Unterkategorien erstellt. Dann wird für dieses Kategoriensystem ein

Kodierleitfaden entwickelt. Anschließend wird das extrahierte Material in Form von Paraphrasen zunächst pro Unterkategorie, dann pro Hauptkategorie zusammengefasst (ebd.).

Im Folgenden wird eine Übersicht über die verwendeten Kategorien und Unterkategorien dargestellt, die sich auf die theoretische Überlegungen und den Interviewleitfaden beziehen und die durch die Ergebnisse der Interviews präzisiert und ergänzt werden.

### **Kategorie I: Empowerment -Ansatz**

#### **I.a. Strategisches Vorgehen**

- a) Zugang zu der Zielgruppe
- b) Wissensvermittlung und Aufklärung
- c) Vielfältigkeit des Angebotsspektrums

#### **I.b. Kompetenzen**

- a) Vertrauen und Respekt
- b) Interkulturelle Kompetenz
- c) Gesprächsführung und Intuition
- d) Akzeptanz der Entscheidung des Klienten

### **Kategorie II: Ressourcen**

#### **II.a. Individuelle Ressourcen**

- a) Lebenserfahrung
- b) Selbstwertgefühl
- c) Bildungsniveau und Professionalität
- d) Solidarität

### **Kategorie III: Empowerment -Wirkungen**

#### **III.a. Durch die Aufklärung entstehende Ressourcen**

- a) Gesundheitsbewusstsein
- b) Sexuelle Selbstbestimmung
- c) Selbstsicherheit und Selbstorganisation
- d) Vermittlungskompetenzen
- e) Reflexion
- f) Verhaltensänderung
- g) Partizipation
- h) Nachhaltigkeit

## 5.2.4 Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Expertenbefragung werden im Folgenden in Form von Zusammenfassungen unter bestimmten Kategorien aufgeführt. Diese werden zur Erläuterung Zitate aus den Interviews enthalten.

Grundlage dieser Ergebnisdarstellung ist die erarbeitete Tabelle, die die Aussagen aller Interviewpartner zu den verschiedenen Kategorien darstellt (s. Anhang). Aufgrund dessen, dass alle drei Interviewpartnerinnen aus dem gleichen Tätigkeitsbereich kommen und die thematische Schwerpunkte ähnlich bewerten, wurden beim Vergleich nicht nur kaum Abweichungen der Interviews von einander, sondern ergebnisreiche Ergänzungen festgestellt .

### **I. a. Strategisches Vorgehen beim Empowerment-Ansatz**

Unter der folgenden Kategorie werden methodische Maßnahmen der Indoors-Streetworkerinnen differenziert und eingeschätzt.

#### ***Zugang zu der Zielgruppe***

Alle drei Interviewpartnerinnen sind sich darin einig, dass der Schwierigkeitsgrad des Zugangs zu der Zielgruppe von den kulturellen Hintergründen abhängig ist. Der Kontakt zu den Sexarbeiterinnen aus osteuropäischen Ländern gestaltet sich allgemein problematischer als zu den lateinamerikanischen oder thailändischen Sexarbeiterinnen. *"... Der Zugang zu den Osteuropäerinnen ist sehr schwierig. Sie sind sehr misstrauisch und unzugänglich. Ich meine jetzt Polinnen und Russinnen . (...) ...Aber der erste Kontakt ist sehr schwierig. Da brauche ich länger, als bei Latinas oder Thailänderinnen, was ich von Kolleginnen mitbekommen habe. Und auch die Vermittlung der gesundheitsspezifischen und auch rechtlichen Fragen gestaltet sich sehr schwierig"* (Ex-3: S. 9).

Besonders anspruchsvoll ist der erste Kontakt mit den Frauen. Sie sind meistens sehr misstrauisch, weil sie das Projekt nicht kennen. Deswegen ist das Ziel des ersten Kontaktes zunächst, das Vertrauensverhältnis mit den Klientinnen aufzubauen. Der nächste Schritt, die Wissensvermittlung, gestaltet sich einfacher, wenn das Vertrauen schon vorhanden ist. *"...Es gibt aber Frauen, die*

*ich schon seit Jahren betreue. Sie sind sehr zugänglich, ganz offen, sie sprechen über alle Themen durch..." (ebd.).*

### **Wissensvermittlung und Aufklärung**

Als Hauptziele der Aufklärungstätigkeit bei Indoors werden Zugang zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung, Stärkung des Gesundheitsbewusstseins sowie Ermöglichung der rechtlichen Sicherheit, genannt. Die Informationen werden zu einem in Form von "*Infomaterialien, Broschüren, Verhütungsmitteln: Kondome und Gleitgel*" vermittelt. "*...Damit die Frauen professionell arbeiten können, also, safer Sex, (...) werden die Frauen aufgeklärt über safer use*" (Ex- 1: S. 1). Zu anderem werden die Informationen in Form eines ressourcenorientierten Gesprächs vermittelt. Bei diesem Gespräch werden die Interessen und Bedürfnisse der Sexarbeiterinnen thematisiert. "*(...)wir machen da natürlich keine Vorträge in der Hinsicht, sondern fragen wir erst mal, ob es irgendwelche Probleme gibt.(...) Und da muss ich natürlich zu geben, dass es immer wieder Frauen gibt, die z.B. zwei Kondome gleichzeitig verwenden und sich nicht bewusst sind, welche Gefahren das mit sich bringt. Und so entwickelt sich das Gespräch. Und sie merken: das sind doch Defizite, die wir dann abdecken können. So stellen sie uns die Fragen, die wir beantworten*" (ebd.).

Das Gespräch entwickelt sich zu einem Workshop, bei dem Medien eingesetzt werden, die die Frauen zur aktiven Teilnahme an den Workshop einladen. "*(...)also wir haben noch "Alles OK"-Broschüre und auch unser Grabbelsack, mit dem wir den Frauen alles präsentieren, in dem sie alles anfassen darf, ausprobieren kann... "* (Ex-3: S. 8)

### **Vielfältigkeit des Angebotsspektrums**

Da das Angebotsspektrum von Indoors-Maßnahmen weit über die Wissensvermittlung und Aufklärung hinausgeht, wurde dafür eine Unterkategorie gebildet. Neben der gesundheitlichen Aufklärung findet häufig ein Coaching statt. "*Also, es kommt viel weit weg über diese physisch gesundheitliche Arbeit, sondern das ist fast psychologische Arbeit, was wir da vor Ort leisten müssen.(...)Wir sind natürlich darauf fokussiert, dass die Frauen gesund sind, dass sie über die Gefahren im Klaren sind, dass sie wissen, wie sie sich zu schützen haben, in jeder Hinsicht...und wie reagieren sie, wenn sie in eine schwierige Lage geraten sind*" (Ex-1: S.1). Die Frau wird dazu angeregt, ihre

Problemfelder zu reflektieren sowie ihre Stärken zu erkennen. *"Durch dieses Gespräch erfahren wir, wer diese Frauen sind, ihre Biografien, ihre familiären Umstände, was ihre persönliche Ressource sind."* (Ex-1:S.3)

### **I.b. Kompetenzen**

Diese Kategorie umfasst die Basiskompetenzen der Gesundheitsförderer, die zu der Realisierung von Empowerment bei migrierten Sexarbeiterinnen erforderlich ist.

#### ***Vertrauen und Respekt***

Die Grundregel für die Indoors-Mitarbeiterinnen ist: Die Sexarbeiterinnen werden als gleichberechtigte Kooperationspartnerinnen mit Vertrauen und Respekt behandelt. *"Ich würde es nicht gesundheitliche Aufklärung nennen ...am besten würde ich sagen ›ein Gespräch auf Augenhöhe“* (Ex-1: S.3). Die Wirksamkeit dieser Einstellung macht sich dadurch bemerkbar, dass die Sexarbeiterinnen positiv überrascht werden und ihre Bereitschaft zur Kommunikation zeigen. *"Die Frauen waren uns sehr dankbar, als wir ihnen erklärt haben, dass für uns Sexarbeit Job ist, wie jeder andere auch. Dass wir nicht irgendwie abwertend über sie oder was sie tun, gesprochen haben, sondern ganz normal auf einer partnerschaftlichen Ebene über verschiedene Themen diskutiert haben, wie z.B. politische Situation in den Ländern"* (Ex-1: S.2).

#### ***Interkulturelle Kompetenz***

*"Was ist so charakteristisch für die Zielgruppe? Natürlich, die Sprache ist wichtig. Dass manche Frauen sehr einfache deutsche Sprache benutzen, bis auf gar keine"* (Ex-1: S.2). Neben Sprachkenntnissen ist aber auch das Wissen über die moralischen Grenzen der jeweiligen Kultur wichtig. *"Das heißt, wenn ich die Polinnen antreffe, muss ich ganz vorsichtig mit der Bezeichnung „Prostituierte“ umgehen. Ich sage immer: „Wir sind Sozialerbeiterinnen und unterstützen Mädchen, die in der „dieser Branche“ arbeiten...“* (Ex-3: S. 9). Die kulturellen Gesundheitsmediatorinnen besitzen einerseits auf Grund ihres Migrationshintergrundes interkulturelle Kompetenzen. Andererseits entwickeln sie sich durch die gewonnenen Erfahrungen aus der Aufklärungsarbeit weiter. *"Da ich jetzt schon viele Jahre im Projekt tätig bin, hat es sich so entwickelt, dass*

die Unterschiede zwischen einer kulturellen Mediatorinnen und einer Krankenschwester (...) verschwunden sind..." (Ex-1: S.1).

### ***Gesprächsführung und Intuition***

Intuition und Einschätzungsvermögen spielen bei der Gesprächsführung eine große Rolle. "Also, man muss erst mal abtasten... Man beginnt mit drum herum, „wie geht es euch?“, wie läuft das Geschäft?“, „habt ihr gute Kunden?“ Es ist aber Fall zu Fall abhängig. Ich entscheide manchmal durch die Erfahrung und intuitiv" (Ex-3: S.9). Bei der Gesprächsführung ist ein Gespür für die richtige Zeit der Informationsvermittlung und die richtige Menge an Informationen erforderlich. " Man muss aber mit Fingerspitzengefühl die Inhalte an sie herantragen. Und das lassen sie zu" (ebd.). Außerdem muss die Streetworkerin einschätzen können, ob die Frau im Moment bereit ist, die Informationen entgegen zu nehmen. " Ich schaue immer auf die Reaktion der Frau" (ebd.).

### ***Akzeptanz der Entscheidung des Klienten***

Wenn die Frau allerdings noch nicht bereit ist, muss die Streetworkerin diese Entscheidung Akzeptieren. Darüber hinaus ist ein wesentlicher Punkt, dass es neben Informationsvermittlung noch andere Wege gibt, die Frau in ihren Ressourcen zu stärken.

"Nur wenn wir akzeptieren, dass die Frauen trotz unserer Aufklärung ihre Fehler machen und dadurch das gesundheitsbewusste Verhalten lernen, kann das mit Empowerment funktionieren" (Ex-1: S.5).

## **II. Individuelle Ressourcen der Sexarbeiterinnen**

In dieser Kategorie sind die individuellen Ressourcen der Sexarbeiterinnen zusammengefasst, die für Empowerment-Prozesse relevant sind.

### ***Lebenserfahrung***

Als einer dieser Ressourcen wird Lebenserfahrung genannt. "(...)da spielt nicht nur die Aufklärung, sondern viel mehr persönliche Erfahrung eine große Rolle" (Ex-1: S.5).

### **Selbstwertgefühl**

Das Selbstwertgefühl der Sexarbeiterinnen wird von Expertinnen als wichtig eingeschätzt, besonders in den Situationen, wo entschieden wird, ob Risiken eingegangen werden. *"...Ich kann es nicht sagen, ob das mit gesundheitlicher Aufklärung zusammenhängt. Weil sie jahrelang nur mit Kondom arbeiten können, und doch ab und zu bei Stammkunden eine Ausnahme machen, weil das Vertrauen schon da ist...Oder z. B. sie sagen zuerst, dass sie alles mit Kondom machen, aber dann im Laufe des Gesprächs, geben sie zu, dass sie Oralsex „natur“ anbieten. Aber das ist wieder die Frage des Selbstwertgefühls..."* (Ex-3: S. 11)

Eine der Expertinnen betont, dass die kulturellen Werte und Erziehung einen Einfluss auf die Entstehung des Selbstwertgefühls haben. *"(...)wenn ich den Polinnen erzähle, dass Prostitution in Deutschland ein anerkannter Beruf ist, dass es legitim ist sie auszuüben, dass sie Rechte haben, und jetzt nach der Ost-Erweiterung und nach Arbeitnehmerfreizügigkeit seit 2011, dass sie ganz normal versicherungspflichtige Beschäftigung eingehen können, sehen sie selber das nicht als Beruf, das belastet sie sehr, sie sehen das nicht als Dienstleistung, damit machen sie sich sehr schwer...Damit widerspiegeln sich Normen und Werte der polnischen Kultur, das ist etwas, was nicht akzeptiert wird. Das spielt auch eine große Rolle für ihr Selbstwertgefühl, weil ihre persönlichen Ressourcen durch ihre Erziehung und Kultur geprägt werden"* (Ex-3: S.9).

Manchmal fehlen den Sexarbeiterinnen mit hohem Selbstwertgefühl aber auch die Informationen über die Gesundheit. *"Und auch die anderen, auch wenn sie sehr selbstbewusst und aufgeklärt auftreten, wissen sie häufig nicht, wie das Gesundheits- bzw. Sozialwesen in Deutschland funktioniert"* (Ex-2: S.7f.).

### **Bildungsniveau und Professionalität**

Die Expertinnen stellen einen Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen der Frau und ihrem Bildungsniveau fest. *"Es ist ganz deutlich, niedriges Bildungsniveau geht parallel mit dem Arbeitsstil. Das heißt, die Frauen arbeiten unprofessionell, weil sie sehr geringes Wissen haben. Sie bieten Sex ohne Schutz an, sind sich darüber nicht im Klaren, dass sie sich bei jedem Verkehr anstecken können. Sie kommen nicht mal auf die Idee mit dem Kunden zu verhandeln, ihre Anforderungen zu stellen. Klar, da spielen auch andere Faktoren*

*mit, wie geringe Sprachkenntnisse, der Druck mehr Geld zu verdienen, Angst erlappt zu werden. Solche Frauen sind auch für uns schwer zugänglich." Es wird jedoch ausdrücklich betont, dass die Gruppe in ihrem Bildungsstatus sehr heterogen. "Es gibt wirklich Frauen, die sehr viel Wissen haben und wirklich professionell arbeiten" (Ex-1: S.4).*

### **Solidarität**

Kontakt mit den Kolleginnen und ein gutes Arbeitsklima werden ebenso positiv bewertet. Die "neue Frauen" lernen von ihren erfahrenen Kolleginnen, wie sie Risiken abwehren. *"Polinnen mögen homogen arbeiten, und da findet ein Austausch statt. Ob sie miteinander über Verhandlungsstrategien und Arbeitsbedingungen sprechen, teilweise ja. Wenn das Laufhäuser sind, wo die Frauen wirklich räumlich abgetrennt sind, ist es meistens so, dass sie Tür an Tür arbeiten und sich nicht kennen. Es gibt aber wirklich Etablissements oder Appartements, wo z.B. zwei, drei Polinnen zusammenarbeiten und sich austauschen. Und dann etabliert sich eine gewisse Arbeitskultur, wie z.B. feste Preise, damit keine Konkurrenz unter den Frauen besteht, oder sie treffen zusammen eine Vereinbarung nur mit Kondom zu arbeiten" (Ex-3: S.12).*

## **III. Empowerment -Wirkungen**

### **III.a. Durch die Aufklärung entstehende Ressourcen**

In der folgenden Kategorie sind die Ressourcen inbegriffen, die nach Aussagen der Expertinnen durch die Aufklärung entstanden sind und die auf Empowerment-Wirkungen hinweisen.

#### **Gesundheitsbewusstsein**

Gesundheitliche Aufklärung hilft, den eigenen Körper besser wahrzunehmen und gesundheitsschädigende Bedingungen zu verändern. *"... Durch die Aufklärung wird es ihr bewusst, was während der Sexarbeit mit ihrem Körper passiert, welche Risiken sie eingehen, und was für ein Kapital eigentlich die Gesundheit ist. Mit diesem neuen Bewusstsein ändern viele auch ihre Situation. Sie passen mehr auf sich auf, vielleicht ändern auch das Arbeitstempo, die Arbeitszeiten und so weiter..." (Ex-2:S.6).*

### ***Selbstsicherheit und sexuelle Selbstbestimmung***

Alle drei Expertinnen waren sich darin einig, dass das Wissen, das Frauen durch die Aufklärung bekommen, einen positiven Einfluss auf ihre Selbstsicherheit nimmt. *"Sie sind auch selbstbewusster, ganz deutlich. Sie wissen mehr über ihre Rechte und Pflichten. Sie wissen auch mit Kunden zu verhandeln. Sie sagen, «wenn er es ohne machen möchte, dann ist es doch klar, dass er wo anders auch war. So ein Mann ist mir sogar für gutes Geld nicht wert» ..."* (Ex-1: S.4).

Auch die sexuelle Selbstbestimmung ist ein wesentlicher Bestandteil von Empowerment bei Sexarbeiterinnen. Eine Expertin erzählt über eine Kampagne in Rahmen der gesundheitlichen Aufklärung bei migrierten Sexarbeiterinnen, bei der der Freier, der Kondom verweigert, zu Verantwortung gezogen wird. Diese Maßnahme hat die sexuelle Selbstbestimmung der Frau unterstützt. *"Es war mal ein Projekt während der Fußballweltmeisterschaft, als wir Broschüren entwickelt und an die Sexarbeiterinnen verteilt haben. Das waren Einverständniserklärungen, in denen stand: „ ich bin mir im Klarem über mögliche Konsequenzen des ungeschützten Sexes“...das derjenige sich verpflichtet keine Folgen daraus zu ziehen, wenn er sich ansteckt. Der Kunde sollte es unterschreiben, wenn er Sex ohne Kondom verlangt. Frauen waren von dieser Sache total begeistert. (...)Diese Sache hat die Frauen enorm gestärkt, weil sie dabei das Gefühl hatten, selbst bestimmen zu können. Ich finde dieses Gefühl ist ganz wichtig im Bezug auf Empowerment"* (Ex-1: S.5).

*"Gesundheitliche Aufklärung ist schon sehr-sehr wichtig, finde ich. Das unterstützt diese...Ermächtigung von der Frau. Sie bekommt sozusagen die Instrumente, die sie benutzen kann, um sich zu schützen"* (Ex-2: S.7).

### ***Vermittlungskompetenzen***

Die aufgeklärten Sexarbeiterinnen haben das Bedürfnis, ihr Wissen an die Kolleginnen weiterzugeben. Dabei spielt eine große Rolle, dass sie als Expertinnen akzeptiert werden. Das stärkt ihr Selbstbewusstsein enorm. Dies wird von Indoors-Mitarbeiterinnen als Merkmal für erfolgreiches Empowerment gedeutet. *"Wir hatten eine Gruppe von Ostfrauen, die zusammen in einem Bordell arbeiten. Wir hatten ein ziemlich langes Gespräch gehabt. Da war*

*eine Frau, die wir schon kannten, aber die anderen waren neu. Und diese Frau erzählte uns, dass sie selber ihren Kolleginnen beigebracht hat, alle die Sachen, die in unserer Broschüre zum safen Sex stehen. Und sie war so stolz, sie fühlte diese Verantwortung: ihr wurde das so gesagt, sie wurde aufgeklärt, sie macht das jetzt richtig. Und dann hatte sie auch die Verantwortung für ihre unaufgeklärten Kolleginnen, ihnen das wiederzugeben. Und das ist schon ein Erfolgserlebnis in dem Sinne, dass man eine gute Arbeit geleistet hat, die nicht nur Gesundheitsbewusstsein stärkt, aber auch eine Nachhaltigkeit entwickelt"* (Ex-1:S.4).

### ***Reflexion und Verhaltensänderung***

Die Expertinnen berichteten in ihren Interviews, dass bei den migrierten Sexarbeiterinnen Prozesse der Verhaltensänderung stattfinden. Während des Gesprächs äußern die Frauen die Reflexion ihres Gesundheits- bzw. Risikoverhaltens. *"Ich glaube schon, dass sie reflektieren. Es sei denn, sie versuchen wirklich diese Inhalte zu verdrängen. Ich habe auch Frauen getroffen, die in Polen kleinen Kinder haben und ihnen es viel daran liegt, gesund zu bleiben. Sie reflektieren wirklich und immer wieder überdenken..."* (Ex-3:S.11). Insbesondere, wenn es sich um Fragen des "falschen Kondomgebrauches" oder "falsche Selbstbehandlung" handelt, ändern sie ihr Verhalten tatsächlich. *"Wir merken, als wir gestartet sind, da haben die Frauen Fehler gemacht und oft mit falschen Mitteln gearbeitet. Heutzutage findet es fast ausschließlich bei neuangetroffene Frauen statt(...). Sie nutzen noch die Arbeitsmethoden, die unsere Hamburgerinnen nicht mehr verwenden. Z.B. nehmen sie statt Gleitmittel, Babyöl...und die Sachen, wo man genau weißt, das soll man nicht tun..."* (Ex-1:S.3f.).

### ***Partizipation***

Meistens sind das die Notsituationen, die die Frauen dazu zwingen, niedrigschwelligen Gesundheitsangebote wahrzunehmen. *"Das nehmen sie gerne...Spätestens dann, wenn sie in einer schwierigen Lage sind, z.B. gesundheitliche Probleme und keine Krankenversicherung haben, und wissen nicht, wie sie reagieren sollen, spätestens dann greifen sie auf das Angebot zu"* (Ex-1: S.3).

Besonders verlockend ist, wenn die Angebote anonym und kostenfrei sind. Allerdings haben viele migrierte Sexarbeiterinnen Angst vor Kontakt mit Organisationen, auch wenn in dieser Organisation die Beratung in ihrer Sprache angeboten wird. Fall sie doch den ersten Schritt machen und die Angstbarriere überwinden, gewinnen sie an Selbstwertgefühl. *"Oft bekomme ich eine Rückmeldung: „Danke, dass du mir diesen Kontakt gegeben hast, ich war da, alles ist problemlos gelaufen...“ Und da findet schon ein Empowerment-Prozess statt. Die Frau überwindet ihre Barriere, sie ist ganz stolz, das gibt ihr das Selbstwertgefühl"* (Ex-3:S. 12).

Unter dieser Unterkategorie fällt unter anderem die Teilnahme der Sexarbeiterinnen an Gesprächen und Workshops in Rahmen Indoors-Streetwork. *"Bei Polinnen ist ein großer Erfolg, wenn wir Workshops machen, weil sie immer unter Zeitdruck stehen..."* (Ex-3:S.12)

### ***Nachhaltigkeit***

Bei der Frage zu der Nachhaltigkeit der Förderung der Empowerment-Prozesse wird von Expertinnen Kontinuität der Streetwork als Voraussetzung genannt. *"...es hat sich bewährt, dass die wiederholte Besuche, wenn man immer wieder das Thema präsent hat, sehr wohl zu der Nachhaltigkeit beitragen. Ein klares Beispiel dafür, wenn eine sagt: „Ich dachte, Syphilis gibt es nicht mehr“. Sie wissen, was das ist, aber, wenn das nicht in ihrem Alltag oder in den Medien thematisiert wird, glauben sie, dass es nicht mehr gibt"* (Ex-2:S.7).

Darüber hinaus wird eine andere Methode der Stärkung der Ressourcen erwähnt, nämlich die Professionalisierung der Sexarbeiterinnen am Arbeitsplatz, die in der Kombination mit gesundheitlicher Aufklärung gute Ergebnisse zu der Nachhaltigkeit erzielen kann. *"Aber es gibt auch andere Methoden, die sie unterstützen, z. B. eine Professionalisierung. Ein Projekt, das wir unabhängig von „Indoors“ als "ProfiS"-Trainerinnen machen. Das Ziel ist dabei, die Stärkung des Gesundheitsbewusstseins. Die Methode ist aber nicht die Gesundheitsaufklärung, sondern Professionalisierung der Sexarbeiterinnen am Arbeitsplatz. Die Frau wird in dem Sinne professionalisiert, dass sie von uns eine Schulung zu allen Themen rundum Sexgewerbe bekommt. Das ist sozusagen der nächste Schritt nach der gesundheitlichen Aufklärung"* (Ex-2:S.7).

## **Teil III: Ergebnisse**

### **6. Diskussion**

Empowerment, also Stärkung von Selbstbewusstsein und Selbstverantwortung, halten alle Interviewpartnerinnen übereinstimmend für ein wichtiges Ziel von gesundheitlicher Aufklärung.

Empowerment kann zweifelsfrei durch eine intensive Aufklärung und Wissensvermittlung bewirkt werden, dabei müssen allerdings einige Voraussetzungen erfüllt werden. Die Aufklärungsmaßnahmen müssen strategisch an die Zielgruppe angepasst sein. Das heißt, die Interessen, Bedürfnisse, Belastungen und Ressourcen der Sexarbeiterinnen sollen berücksichtigt werden. Die Faktoren wie die allgemeine Lebenssituation, die psychosozialen Belastungen, der kulturelle und moralische Hintergrund oder die Stellung der Sexarbeiterin in der Gesellschaft sollen ins Blickfeld rücken.

Für die Erreichbarkeit der Zielgruppe der migrierten Sexarbeiterinnen sowie für den Anstoß von Empowerment Prozessen sind folgende Kompetenzen wichtig: Sprachkenntnisse, interkulturelle Kompetenzen, Bereitschaft, den Klientinnen Vertrauen und Respekt entgegen zu bringen, intuitives Gespür für erfolgreiche Gesprächsführung und Bereitschaft, die Entscheidung der Klientinnen zu akzeptieren.

Die Form der Informationsvermittlung bewährt sich, wenn sie auf verschiedene Arten erfolgt. Dazu zählen Einsatz von kulturellen Mediatorinnen, Durchführung von ressourcenorientierten psychosozialen Beratungen und Workshops, bei denen die Sexarbeiterinnen zur Teilnahme animiert werden. Auch die Vielfalt der Informationen, die vermittelt werden, ist erforderlich. Neben Fragen zur Gesundheit sind die Rechte der Sexarbeiterinnen ein wichtiges Thema.

Interessant ist, dass, wenn die Expertinnen von der Wirksamkeit ihrer Arbeit auf Empowerment-Prozesse der Sexarbeiterinnen sprechen, kommen sie unvermeidlich auf ihre eigenen Ressourcen und Kompetenzen, die für den Empowerment-Ansatz erforderlich sind und durch ihre praktische Arbeit erweitert werden. Das deutet auf eine Empowerment-Wechselwirkung zwischen der professionellen Helferin und den Betroffenen hin.

Der Empowerment-Prozess kann durch Aufklärung zu Stande kommen, er muss aber vor allem von den Sexarbeiterinnen selbst geleistet werden. Dabei ist erforderlich, dass die Frauen ihre Ressourcen erkennen und die Bereitschaft haben, ihr Gesundheits- und Risikoverhalten zu reflektieren bzw. zu ändern.

Durch die Aktivitäten von Indoors gelingt es, Selbstvertrauen und Eigenverantwortung der Teilnehmerinnen zu stärken. Das neu erworbene Wissen wird von den Frauen weiterverbreitet. Sie berichten, dass sie sich bei manchen Themen wie Expertinnen vorkommen und ihren Kolleginnen Wissen weitergeben können, über das diese bisher nicht verfügten. Die Solidarität unter den Frauen wird verstärkt, so dass sie sich gegenseitig unterstützen. Sie treten selbstbewusster ihren Kunden gegenüber und haben mehr Mut ihre Grenzen durchzusetzen. Die Kommunikation mit Gesundheitsorganisationen wird dadurch erleichtert, dass die Angebote anonym, kostenlos und in mehreren Sprachen sind. Das Wissen über ihre Rechte als Migrantinnen und Sexarbeiterinnen reduziert die Hemmschwellen gegenüber den Behörden. Mit einer größeren Informiertheit und Bewusstheit können Sexarbeiterinnen lernen, besser mit ihrem Körper umzugehen und bessere Lebens- und Arbeitsbedingungen für sich schaffen.

## **7. Zusammenfassung und Ausblick**

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den Einfluss der gesundheitlichen Aufklärung auf Empowerment-Prozesse aufzuzeigen. Dies erfolgte in folgenden Schritten.

Zunächst wurden die Rahmenbedingungen der Sexarbeit, sowie die arbeitsbedingten Gesundheitsbelastungen der migrierten Sexarbeiterinnen aufgeführt. Danach wurden erst die theoretischen Grundlagen der Gesundheitsförderung mit Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Überprüfbarkeit der Empowerment-Aktivitäten dargestellt. Dann wurden die praktischen Anwendungsmöglichkeiten für den Empowerment-Ansatz bei migrierten Sexarbeiterinnen anhand des Projektes Indoors beschrieben. Dabei wurde die Notwendigkeit eines zielgruppenorientierten Ansatzes deutlich sichtbar.

Die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung deuteten zwar auf einen Zusammenhang zwischen der gesundheitlicher Aufklärung und Empowerment-Prozessen hin, es gab allerdings Hinweise auf weitere Einflussfaktoren, die die Empowerment-Prozesse begünstigten.

In drei Interviews mit Praktikern der Gesundheitsförderung mit Sexarbeiterinnen wurde eine Vielzahl an Erkenntnissen zur Notwendigkeit der gesundheitlichen Aufklärung für den Empowerment-Ansatz gewonnen.

Jeder Mensch hat das Recht zu erfahren, welchen gesundheitlichen Risiken er ausgesetzt ist und wie sich diese Risiken vermeiden lassen. Besonders wichtig sind die Informationen für die Menschen, die aus irgendeinem Grund von der Außenwelt isoliert sind. Erst wenn sie die Informationen besitzen, können sie bestimmen, ob sie dieses neu erworbene Wissen in ihre Erfahrungen einbringen. Sie entscheiden, wie sie sich in der Situation verhalten, ob sie sich mit der Situation abfinden, oder bereit sind, ihr Risikoverhalten zu ändern. Die Vermittlung der Informationen ist also einer der wichtigsten Schritte im Empowerment-Prozess. Nicht zuletzt spielt die Methode des Informationsvermittlers und seine Kompetenzen eine große Rolle.

Zu wenig oder zu viel Information kann in der Risikosituation zur Verwirrung und zur fehlerhaften Handlung führen. Verstehen die Sexarbeiterinnen übermittelten Informationen nicht, so entsteht in ihnen ein Gefühl der Hilflosigkeit. Unter diesem Aspekt werden die Indoors-Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund als die notwendigen "Türöffner" zu der Zielgruppe hervorgehoben. Falsche Informationen oder zur falschen Zeit übermittelte Informationen können die Sexarbeiterinnen dazu bringen, den Kontakt ganz abubrechen. Indoors- Streetworkerinnen handeln meist intuitiv, sie legen einen großen Wert auf die Bereitschaft der Sexarbeiterinnen, die Informationen entgegen zunehmen.

Außerdem ist es sinnvoll, sich darauf einzustellen, dass es sich bei den Empowerment-Prozessen um langwierige Prozesse handelt. Also soll die gesundheitliche Aufklärung regelmäßig wiederholt werden und nicht ergebnis- sondern prozessorientiert erfolgen.

Neben der gesundheitlichen Aufklärung ist die Aufklärung über die Rechte der migrierten Sexarbeiterinnen ein unverzichtbares Ziel der Gesundheitsförderung. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund bedeutend, da aktuelle Änderungen in der Gesetzgebung im Bereich Sexarbeit und Migration keine Verbesserungen der Situation der migrierten Sexarbeiterinnen bringen, wenn sie weder darüber informiert noch in der Lage versetzt werden, diese Gesetze zu ihren Gunsten zu nutzen.

Zur Ermöglichung der reibungslosen Partizipation der migrierten Sexarbeiterinnen an Gesundheits- und sozialen Angeboten müssen diese anonym, kostenlos und niedrigschwellig sein sowie Dolmetscherdienste enthalten. Die Vernetzung und der reguläre Austausch über die Sexarbeiterszene zwischen dem Projekt Indoors und niedrigschwelligen Organisationen tragen dazu bei, dass die Angebote an die Zielgruppe angepasst werden.

Eine wichtige Erkenntnis wurde bei dieser Arbeit durch die Literaturrecherche gewonnen und anhand der Interviewanalyse bestätigt. Die Akzeptanz und Wertachtung der Sexarbeit als Dienstleistung innerhalb der Gesellschaft ist für das Empowerment der migrierten Sexarbeiterinnen notwendig. Die

Projektverantwortlichen von Indoors setzen einen wesentlichen Teil ihrer Ressourcen dafür ein, um dieses Ziel zu erreichen. Da die einzelnen Maßnahmen für die Veränderungen in diesem Bereich erfahrungsgemäß eher sinnlos sind, wird gleichzeitig auf mehreren Ebenen agiert. In der praktischen Arbeit wird das Prinzip der Anerkennung der Sexarbeiterinnen als Expertinnen in ihrem Gebiet angewandt. Außerdem wird aktive Öffentlichkeitsarbeit durch regelmäßige Evaluation, Publikationen und Auftritte in die Öffentlichkeit geleistet (s. Kap.3).

Ein weiterer Erkenntnisgewinn dieser Arbeit ist, dass der Empowerment-Ansatz einen Doppeleffekt erzeugt, sowohl auf die Empowerment-Prozesse der Klienten, als auch auf die Helfer selbst. Zum einen werden durch den Empowerment-Ansatz gestärkte Sexarbeiterinnen selber zur Helferinnen für ihre unerfahrenen Kolleginnen und sogar für die Risikogruppe Freier. Zum anderen werden durch den Empowerment-Ansatz die Ressourcen und Kompetenzen der Helfer erweitert. Es ist interessant diese Aspekte weiter zu erforschen.

## Quellenverzeichnis

**BT-Drucksache 14/5958** vom 8. Mai 2001: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der rechtlichen und sozialen Situation der Prostituierten.

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** (2007): Bericht der Bundesregierung zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostituierten. Berlin.  
<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=97394.html> am 10.06.12.

**Bundesverband Sexuelle Dienstleistungen e.V.** (2005): Gute Geschäfte : Rechtliches ABC der Prostitution. 2. Auflage. Berlin: BSD.

**Bogner, Alexander; Littig Beate; Menz Wolfgang** (2009): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. Aufl., Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

**Braun, Martin** (2008): Gesundheit aus arbeitswissenschaftlicher Perspektive. In: Biendarra, I.; Weeren, M. (Hrsg.): Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe. Würzburg: Königshausen und Neumann, S. 125-165.

**Bräunling, Stefan** (2007): Empowerment als Good-Practice-Kriterium in der Gesundheitsförderung und Prävention bei Jugendlichen - Theorie und praktische Überprüfung. Masterarbeit an der Freien Universität Berlin.

**Bufas e.V.** ,Bündnis der Fachberatungsstellen für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter (2011), <http://www.bufas.net> am 21.05.2012.

**BZgA.** Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung . Hrsg. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert .Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Köln.

**BZgA,** Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Hrsg.(2006): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz - Beispiele - Weitführende Informationen. 2. Aufl. Gesundheitsförderung Konkret. Bd. 5, Köln.

**Context e.V** , Zentrum für Prostitutionsstudien.  
<http://www.freiersein.de/information/prostitution-migration.php> am 16.06.2012.

**Domentat, Tamara** (2003): Lass dich verwöhnen: Prostitution in Deutschland. Berlin: Aufbau Verlag.

**Dücker, Elisabeth von,** Museum der Arbeit Hrsg. (2005): Sexarbeit: Prostitution. Lebenswelten und Mythen. Bremen: Edition Temmen.

**Dücker, Elisabeth von, Beate Leopold, Christiane Howe** Hrsg.( 2008): Sexarbeit - Eine Welt für sich. Erzählstücke aus erster Hand. Hamburg: Edition Freitag.

**Falck**, Uta (2005): Weibliche Sexarbeit im 21. Jahrhundert In: Prostitution, Prävention und Gesundheitsförderung. Teil 2. Frauen. Hrsg. von M. T. Wright und Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Berlin, S. 19-33.

**Feige**, Marcel (2003): Das Lexikon der Prostitution. Das ganze ABC der Ware Lust – die käufliche Liebe in Kultur, Gesellschaft und Politik. Berlin: Schwarzkopf & Schwarzkopf.

**Franzkowiak**, Peter (2003): Salutogenetische Perspektive, In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, S. 198-200.

**Friedrichs**, Jürgen (1990): Methoden empirischer Sozialforschung. 14. Aufl., Westdeutscher Verlag, Opladen.

**Gaffney**, Judtin; **Velcevsy**, Petr; **Phoenix**, Jo; **Schiffer**, Ketrin: Practical guidelines for delivering health services to sex workers 2008. Foundation Regenboog AMOC, Amsterdam.

**Greve**, Nadine 2011: Hinter den Kulissen. Eine Ex-Hure packt aus. Berlin: Epuli.

**Howe** Christiane (2004); Zwielfichtiges Bilderwelten-Innenwelten. In: Prostitutionskunden - sich auszutauschen, um Standpunkte zu verrücken. Hrgb. von Context e.V., S.31-45

**Indoors** 2009: AIDS/STD- und Gewaltpräventionsmaßnahmen für Sexarbeiterinnen in der Hamburger Apartmentszene. Endbericht. Januar – Dezember 2009.Hamburg.

**Indoors** 2010: AIDS/STD- und Gewaltpräventionsmaßnahmen für Sexarbeiterinnen in der Hamburger Apartmentszene. Endbericht. Januar – Dezember 2010.

**Indoors** 2010a: Indoor Sex Work: Analysis and good practice manual on indoor sex work settings in seven European cities. Autres Regards, Marseille.

**Indoors** 2011: AIDS/STD- und Gewaltpräventionsmaßnahmen für Sexarbeiterinnen in der Hamburger Apartmentszene. Endbericht. Januar – Dezember 2011.Hamburg

**Indoors** 2012. Hamburg TABLES. Interne Datenbankanalyse. Hamburg.

**Indoors** 2012a. Interne Streetwork-Berichte. Hamburg.

**Indoors** 2012b: Pictures of a Reality. Sex workers talk about their life and work experiences within the indoor sex work setting in nine European cities. Autres Regards, Marseille.

**Klee**, Stephanie (2012): <http://www.ragazza-hamburg.de/aktuelles.html> am 21.06.2012.

**Klee**, Stephanie (2009) Auszug aus Handbuch "Wegweiser für Workshops". Stephenie Klee. highLights-Agentur. Berlin.

**Kontos, Silvia** (2009): Öffnung der Sperrbezirke: Zum Wandel von Theorien und Politik der Prostitution. Königstein: Helmer.

**Kavemann, Barbara** 2009: Das Prostitutionsgesetz: aktuelle Forschungsergebnisse, Umsetzung und Weiterentwicklung. Opladen: Budrich.

**Kohler, Franz** (2005): "Don Juan": Gesundheitsförderung bei Freiern. In: Prostitution, Prävention und Gesundheitsförderung. Teil 2. Frauen. Hrsg. von M. T. Wright und Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Berlin, S. 143-157.

**Klein, Holger** (2012): Prostitution. In: Kriminologie-Lexikon: <http://www.krimlex.de> am 20.06.2012.

**Kromrey, Helmut** (2006): Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datensammlung. 14. Aufl., Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft : Stuttgart.

**Krüger, Monika** (2001): Prostitution und Gesundheit : Gesundheitsrelevante Aspekte weiblicher Prostitutionstätigkeit. 1. Auflage. Kirchlinteln: Hoho-Verlag Hoffmann und Hoyer.

**Laverack, Glenn** (Hrsg.)(2010): Gesundheitsförderung & Empowerment. Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit. Gamburg. Verlag für Gesundheitsförderung.

**Laskowski, Silke Ruth** (1997). Die Ausübung der Prostitution: ein verfassungsrechtlich geschützter Beruf im Sinne von Art. 12 Abs. 1 GG; zur Bedeutung der Moral im Recht . Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main.

**Lenz, Albert & Stark, Wolfgang.** Hrsg. (2002): Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung. Band 10. Tübingen: DGVT-Verlag.

**Leopold, Beate, Elfriede Steffan, Nikola Paul.** Hrsg. (1997): Dokumentation zur rechtlichen und sozialen Situation von Prostituierten in der Bundesrepublik Deutschland. 2. Aufl. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.

**Madonna e.V.** <http://www.madonna-ev.de> am 20.06.2012.

**Mayring, Philipp** (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Aufl., Weinheim; Basel: Beltz UTB.

**Mayring, Philipp** (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Aufl., Weinheim; Basel: Beltz.

**Moravek Claudia** (2006): "The Grass is Always Greener on the Other Side of the Hill". Motive und Hoffnungen von auswanderungswilligen Deutschen. Magisterarbeit an der Philosophischen Fakultät der Universität zu Köln. Institut für Völkerkunde. [http://www.uni-bielefeld.de/tsrc/ag\\_comcad/downloads/](http://www.uni-bielefeld.de/tsrc/ag_comcad/downloads/)

workingpaper\_40\_Moravek\_Magisterarbeit\_Auswandern.pdf am 21.07.2012.

**Millet, Kate** (1981): Das verkaufte Geschlecht. Die Frau zwischen Gesellschaft und Prostitution. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.

**Mitrovič, Emilija** Hrsg. (2006): Prostitution und Frauenhandel. Die Rechte der Sexarbeiterinnen stärken! Ausbeutung und Gewalt in Europa bekämpfen. Hamburg: VSA-Verlag.

**Mitrovič, Emilija** (2003): Arbeitsplatz Prostitution in Hamburg. Hrsg. von Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). Hamburg.

**Mitrovič, Emilija** (2004): Arbeitsplatz Prostitution. Bericht über die Ergebnisse der Feldstudie "Der gesellschaftliche Wandel im Umgang mit Prostitution seit Inkrafttreten der neuen Gesetzgebung am 1.1.2002". Hrsg. von Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). Hamburg.

**Mitrovič, Emilija** Hrsg. (2007b): Arbeitsplatz Prostitution. Ein Beruf wie jeder andere? Mit Beiträgen von Und Gerheim und Yolanda Koller-Tejeiro. Hamburg: Lit-Verlag.

**Munk, Veronica** (2005): Migration und Sexarbeit. In: Prostitution, Prävention und Gesundheitsförderung. Teil 2. Frauen. Hrsg. von M. T. Wright und Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Berlin, S. 77-86.

**Munk, Veronica** (2006): Migration und Sexarbeit. Dilemmata der Illegalität. In: Osteuropa 6. Mythos Europa. Prostitution, Migration, Frauenhandel. S. 55-67.

**Munk, Veronica** (2010): Streetwork in der Hamburger Apartmentszene. In: Migration und HIV- Prävention Hrsg. von P. Wiessner und Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Berlin, S. 106-113.

**Muntermann, Natalie** (2005): Prostitution : Die Geschichte der käuflichen Liebe. <http://www.planet-wissen.de> – Artikel: Prostitution – die Geschichte der käuflichen Liebe [http://www.planet-wissen.de/alltag\\_gesundheit/sexualitaet/prostitution/index.jsp](http://www.planet-wissen.de/alltag_gesundheit/sexualitaet/prostitution/index.jsp) am 21.07.2012.

**Naidoo, Jennie & Wills, Jane** (2003). Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln: BZgA

**Najafi Behshid; Rosner Judith** (o.J.): Ausgangslage und Problemdarstellung. In: Frauenhandeln in Deutschland. Hrsg. von Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess e.V. (KOK). Berlin.

**Nitschke, Heidrun** (2005): Grundsätze für erfolgreiche gesundheitsfördernde Arbeit in Prostitutionsszenen. In: Prostitution, Prävention und Gesundheitsförderung. Teil 2. Frauen. Hrsg. von M. T. Wright und Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Berlin, S. 123-143

**Raschke, Peter; Ritter, Claudia** (1991): Eine Großstadt lebt mit Aids: Strategien der Prävention und Hilfe am Beispiel Hamburg. Berlin: Ed. Sigma Bohn.

**Richter, Michael** (2007): Empowerment und Prostitution - Auswirkungen des Prostitutionsgesetzes auf die Lebenswirklichkeit von Prostituierten. Diplomarbeit an der Fachhochschule Düsseldorf.

**Robert Koch Institut** (2007): STD-Sentinel des RKI : Ausgewählte Ergebnisse unter dem Aspekt der Migration und Prostitution. In: Epidemiologisches Bulletin, Ausgabe 4/2007. Berlin, S. 23-27.

**Röhr, Dorothea** (1972): Prostitution. Eine empirische Untersuchung über abweichendes Sexualverhalten und soziale Diskriminierung. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.

**Sabo, Peter / Lehman, Manfred**(2003): Gesundheitliche Aufklärung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung ,S.55-57. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo.

**Seibt, Anette C.** (2003): Pantheoretisches Modell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, S.167-169. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo.

**Schlesselmann, Elke** (2007) Gesundheitsförderung durch die gemeinsamen Ansätze des Empowerment und der Salutogenese. [http://www.heilpaedagogik-online.com/2007/heilpaedagogik\\_online\\_0107.pdf](http://www.heilpaedagogik-online.com/2007/heilpaedagogik_online_0107.pdf) am 21.07.2012.

**Schnell, Reiner; Hill Paul B.; Esser Elke** (2008): Methoden der empirischen Sozialforschung. 8. Aufl., Oldenbourg Wissenschaftsverlag: München.

**Stark, Wolfgang** (2003). Empowerment. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung S. 28-31. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo.

**Stark, Wolfgang** (1996). Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg i.Br.: Lambertus.

**Stark, Wolfgang.** Hrsg. (1989). Lebensbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Freiburg i.Br.: Lambertus

**Stolze, Christine** (1985): Geschichte der Prostitution in Hamburg. In: Leitstelle Gleichstellung der Frau und Amt für Jugend der Arbeit, Jugend und Soziales (Hrsg.) Prostitution in Hamburg. Dokumentation einer Fachtagung 24./25. April 1985, S. A1-A12.

**Steffan, Werner** (2003): Streetwork /Aufsuchende Hilfen In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung ,S. 224-226. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo.

**Schuster, Martina:** <http://parapluie.de/archiv/haut/sexarbeit/> am 21.07.2012.

**TAMPEP** (1999): Health, Migration & Sex Work. The experience of TAMPEP; Transnational AIDS/STD prevention among migrant prostitutes in Europe Publisher: TAMPEP International Foundation, Amsterdam

**TAMPEP** (2006): Gesundheitliche und rechtliche Aufklärungsarbeit für migrierte Sexarbeiterinnen in der Apartmentszene in Hamburg. Endbericht. Dezember 2005 – November 2006. Hamburg.

**TAMPEP** (2009): TAMPEP - European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion Among Migrant Sex-Workers. Germany. Dezember 2007 – November 2009.

**TAMPEP** (2009a): Gesundheitliche Aufklärung für migrierte Sexarbeiterinnen und ihre Kunden. Endbericht. November 2008 – September 2009. Hamburg.

**TAMPEP** (2009b): Work safe in sex Work, A European Manual on Good Practices in Work with and sex Workers. Publisher: TAMPEP International Foundation, Amsterdam

**TAMPEP** (2009c): Sex Work Migration Health, A report on the intersections of legislations and policies regarding sex work, migration and health in Europe, Publisher: TAMPEP International Foundation, Amsterdam

**Urban, Silvia.** <http://www.aidshilfe.de/de/aktuelles/meldungen/kondompflicht-der-prostitution-waere-nur-eine-scheinloesung> am 21.07.2012.

**Wihofszky, Petra** (2005). Chancen für Empowerment in der AIDS-Prävention. Empirische Fallanalysen weiblicher Peer-Worker in Westafrika. Dissertation an der Technischen Universität Berlin. <http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2005/1115/> am 21.07.2012.

**Wikipedia:** <http://de.wikipedia.org/wiki/Prostitution> am 30.06.2012

**Wright, M. T.,** Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) 2005: Prostitution, Prävention und Gesundheitsförderung. Teil 2: Frauen. Berlin.

## **Anhang A**

### **Leitfaden für die Experteninterviews**

*Beschreiben Sie Ihre Tätigkeit als interkulturelle Mediatorin.*

*Welche Faktoren charakterisieren die Zielgruppe der migrierten Sexarbeiterinnen?*

*Wie bezeichnen Sie Ihren Ansatz?*

*Welche Wirkung hat dieser Ansatz auf die Zielgruppe?*

*Welche Rolle spielt Gesundheitliche Aufklärung für Empowerment-Prozesse?*

*Welche anderen Faktoren spielen dabei eine Rolle?*

*Haben Sie die Möglichkeit sicher zu stellen, dass die genannten Prozesse stattfinden und Kontinuität haben können?*

*Wie überprüfen Sie, ob die genannten Prozesse stattgefunden haben?*

## Anhang B: Auswertungskategorien der Experteninterviews

### Kategorie I: Empowerment- Ansatz

#### I.a. Strategisches Vorgehen

Unterkategorien	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
<b>a) Zugang zu der Zielgruppe</b>	<p><b>Der Zugang zu der Zielgruppe ist vom kulturellen Hintergrund und davon, ob das Projekt den Frauen bekannt ist.</b></p> <p><b>Die Erwartungen an den Ersten Kontakt sind nicht so hoch.</b></p>	<p>"Der Zugang zu den Osteuropäerinnen ist sehr schwierig. Sie sind sehr misstrauisch und unzugänglich. Ich meine jetzt Polinnen und Russinnen. Es gibt aber Frauen, die ich schon seit Jahren betreue. Sie sind sehr zugänglich, ganz offen, sie sprechen über alle Themen durch...Aber der erste Kontakt ist sehr schwierig. Da brauche ich länger, als bei Latinas oder Thailänderinnen, was ich von Kolleginnen mitbekommen habe. Und auch die Vermittlung der gesundheitsspezifischen und auch rechtlichen Fragen gestaltet sich sehr schwierig".</p> <p>"Ich „gehe strategisch“ so weit vor, weil ich da einfach an der Tür klopfte oder klinge und es wird mir da aufgemacht oder nicht. Ich sage natürlich, wer ich bin und was ich machen möchte. "</p> <p>"Also, für mich ist schon ein Erfolg, wenn die Tür aufgemacht wird und die Frauen wirklich zuhören, Interesse für die Themen haben."</p>	<p>Ex-3, S. 9</p> <p>Ex-1, S.2</p> <p>Ex-3, S.12</p>
<b>b)Wissensvermittlung und Aufklärung</b>	<p><b>Ziele der ges. Aufklärung sind:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zugang zur ges. Versorgung;</li> <li>- Stärkung des Gesundheits-</li> </ul>	<p>"Ich sehe meine Aufgabe darin, den Frauen den Zugang zu Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, sie darin zu unterstützen, dass sie mehr Gesundheitsbewusstsein entwickeln...dass sie ihren eigenen Körper stärker wahrnehmen und auf der psychischen und physischen Ebene besser auf sich achten."</p> <p>Ein typischer Ablauf ist so, dass als erstes frage, ob sie CASablanka kennen. Viele kennen die Organisation, viele kennen auch nicht, beides hilft mir dabei, ins Gespräch über die</p>	<p>Ex-3, S.9</p> <p>Ex-2, S.56</p>

	<p><b>Bewusstseins;</b></p> <p><b>- Ermöglichung der rechtlichen Sicherheit.</b></p> <p><b>Die Informationen werden in Form eines Gesprächs vermittelt, dabei werden Interesse und Bedürfnisse der Frauen berücksichtigt.</b></p> <p><b>Es werden Medien benutzt um die Frauen zu animieren, aktiv an Workshops teilzunehmen.</b></p>	<p>Gesundheit zu kommen. Ich informiere sie über Gesundheitsangebote. Sehr verlockend sind für die Meisten kostenlose und anonyme HIV-Tests.</p> <p>"Also, es hat so angefangen, dass ich als Krankenschwester dazu gebeten worden bin, dass ich gesundheitliche Aufklärung mache...Und zwar, dass ich an der Streetwork mit einer kulturellen Mediatorin teilnehme und die Frauen eben gesundheitlich unterstütze, was ich ja auch tat..."</p> <p>"...denn jetzt geht es nicht nur um gesundheitliche, sondern um ganzheitliche Themen. Wenn das Aufenthaltsrecht ist oder sonst was, machen wir das auch. Gesundheitliche Aufklärung...wir machen da natürlich keine Vorträge in der Hinsicht, sondern fragen wir erst mal, ob es irgendwelche Probleme gibt. Wir erklären auch, was wir dabei haben. Wir haben immer so ein paar Accessoires, wie Kondome und Gleitmittel. Das Gespräch entwickelt sich von selbst, weil sie natürlich fragen: welche Kondome da sind, dicke oder dünne, und wozu die sind? Und da muss ich natürlich zu geben, dass es immer wieder Frauen gibt, die z.B. zwei Kondome gleichzeitig verwenden und sich nicht bewusst sind, welche Gefahren das mit sich bringt. Und so entwickelt sich das Gespräch. Und sie merken: das sind doch Defizite, die wir dann abdecken können. So stellen sie uns die Fragen, die wir beantworten."</p> <p>Also, als Erstes: nach dem Konzept von Indoors lassen wir den Frauen gesundheitliche Inhalte zukommen, und zwar in Form von Infomaterialien, Broschüren, Verhütungsexpansoren: Kondome und Gleitgel, damit die Frauen professionell arbeiten können, also, safer Sex. Und dann wird die Frau aufgeklärt über safer use. Auf der anderen Schiene versuche ich die Frau über rechtliche Themen zu stärken. Das heißt, dass neben der gesundheitlichen Aufklärung, wo wir auch viele Sachen einsetzen, also wir haben noch "Alles OK"-Broschüre und auch unser Grabbelsack, mit dem wir den Frauen alles präsentieren, in dem sie alles anfassen darf, ausprobieren kann... Aber auf der anderen Seite ist wichtig für mich als ehemalige Migrationsberaterin, dass die Frauen hier in Hamburg rechtliche Sicherheit genießen können. Also, es geht um den Aufenthalt und das Recht als Migrantin und Sexarbeiterin. Das ist alles in einer Wechselwirkung. Und da versuche ich</p>	<p>Ex- 1, S. 1</p> <p>Ex- 1, S. 1</p> <p>Ex-3, S .8</p>
--	---	---	---

		die Frauen über ihre Rechte zu berichten, sie aufzuklären.	
<b>c) Vielfältigkeit der Angebotsspektrums</b>	<b>Das Angebotsspektrum geht über Informationsvermittlung weit hinaus.</b>	"Es kann aber so weit gehen, dass wir eine Brustuntersuchung machen müssen. Oder die Frauen wünschen sich das...Also, es ist nicht nur Aufklärung als solche, sondern auch Beratung und wirklich so weit fortgeschrittene Unterstützung, dass man wirklich...ich möchte nicht sagen „untersuchungstechnisch“ unterwegs ist, aber so könnte man es auch ausdrücken."	Ex-1, S.1
	<b>Es findet psychologische Beratung statt.</b>	"Manchmal entwickeln sich Gespräche, wie z. B. Glaube, was überhaupt nicht unser Thema ist. Z.B. trägt eine Frau ein Kreuz, da könnte man auf das Thema Glaube kommen, und wie verbinden sie das, was sie tun mit der Glaube. Ob das nicht ein Konflikt ist, ob das nicht eine psychische Belastung ist... Also, es kommt viel weit weg über diese physisch gesundheitliche Arbeit, sondern das ist fast psychologische Arbeit, was wir da vor Ort leisten müssen."	Ex-1, S. 2
	<b>Die Frau wird zur Reflexion von Problemfeldern und Ressourcen befähigt.</b>	"Wenn es zu einem längeren Gespräch entwickelt, dann kommt nicht nur Gesundheit und rein pure Gesundheit, sondern es kommt zu einem Gespräch vom Mensch zu Mensch und da abklappern wir verschiedene Themen. Wir sind natürlich darauf fokussiert, dass die Frauen gesund sind, dass sie über die Gefahren im Klaren sind, dass sie wissen, wie sie sich zu schützen haben, in jeder Hinsicht...und wie reagieren sie, wenn sie in eine schwierige Lage geraten sind."	Ex-1, S. 3

## I.b. Kompetenzen

Unterkategorien	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
<b>a) Vertrauen und Respekt</b>	<b>Die Sexarbeiterinnen werden als gleichberechtigte Kooperationspartnerinnen Mit Vertrauen und Respekt behandelt.</b>	<p>Die Frauen waren uns sehr dankbar, als wir ihnen erklärt haben, dass für uns Sexarbeit Job ist, wie jeder andere auch. Dass wir nicht irgendwie abwertend über sie oder was sie tun, gesprochen haben, sondern ganz normal auf einer partnerschaftlichen Ebene über verschiedene Themen diskutiert haben, wie z.B. politische Situation in den Ländern."</p> <p>"Ich würde es nicht gesundheitliche Aufklärung nennen, ich würde sagen: „ein Gesundheitsgespräch“ ...wenn schon...am Besten würde ich sagen „ein Gespräch auf Augenhöhe“.</p> <p>"Endlich werden sie als Expertinnen akzeptiert! Das macht bei ihnen ganz viel aus."</p>	<p>Ex-1, S.2</p> <p>Ex-1, S.3</p> <p>Ex-1, S.4</p>
<b>b) Interkulturelle Kompetenz</b>	<b>Zu den interkulturellen Kompetenzen für Bereich Aufklärungsarbeit für Sexarbeiterinnen gehört außer Sprache auch Kenntnis der moralischen Sitten jeweiliger Kultur.</b>	<p>"Was ist so charakteristisch für die Zielgruppe? Natürlich, die Sprache ist wichtig. Dass manche Frauen sehr einfache deutsche Sprache benutzen, bis auf gar keine. Wenn wir dann gerade bei dem „Ostblock“ sind und sie können sich auf russisch oder auf polnisch ausdrücken, dann versuchen wir in der Sprache...Und speziell diese Frauen, die aus Russland oder Polen kommen, sie sind ziemlich gut allgemein ausgebildet, gleichzeitig schämen sie sich stark für den Beruf Sexarbeiterin, sie wollen es nicht zugeben. Oft haben sie Ängste oder Scham ihre Fragen zu stellen, dazu zu stehen, was sie ausüben."</p> <p>"Das heißt, wenn ich die Polinnen antreffe, muss ich ganz vorsichtig mit der Bezeichnung „Prostituierte“ umgehen. Ich sage immer: „Wir sind Sozialarbeiterinnen und unterstützen Mädchen, die in der „dieser Branche“</p>	<p>Ex-1, S.2</p> <p>Ex-3, S.9</p>

	<p><b>Durch die aus der Aufklärungsarbeit gewonnene Erfahrungen entwickeln sich die Interkulturelle Kompetenzen weiter.</b></p> <p><b>Interkulturelle Kompetenzen sind für die Arbeit mit dieser Zielgruppe erforderlich.</b></p>	<p>arbeiten...“</p> <p>"Da ich jetzt schon viele Jahre im Projekt tätig bin, hat es sich so entwickelt, dass die Unterschiede zwischen einer kulturellen Mediatorinnen und einer Krankenschwester...einer "erfahrenen" Krankenschwester, wage ich zu sagen... verschwunden sind; dass es kein "Unterschied mehr macht. So können auch die kulturellen Mediatorinnen gesundheitliche Fragen beantworten, soweit es nicht fortgestrittenere Kenntnisse erfordert. Genauso wie auch wir Krankenschwestern kultursensibel arbeiten"</p> <p>"Also, die Gruppe ist vielfältig, auf jeden Fall. Da sind Migranten aus aller Welt und sie bringen ganz verschiedene Hintergründe mit sich. Man muss schon interkulturell kompetent sein, um sich einen Zugang zu der Gruppe zu verschaffen."</p> <p>"Jede Kultur hat eigenes Gesundheitsbewusstsein entwickelt. Wir können das teilweise beeinflussen, aber wenn die Zielgruppe aus einer Kultur stammt, die uns fremd ist, erkennen wir unsere Grenzen... Deshalb ist die interkulturelle Kompetenz so wichtig"</p>	<p>Ex-1, S.1</p> <p>Ex-2, S.6</p> <p>Ex-3, S.12</p>
--	---	--	---

<p><b>c) Einschätzungs-fähigkeit/Intuition</b></p>	<p><b>Das Gespräch muss so aufgebaut werden, dass die Frauen dazu gebracht werden über ihre Ressourcen zu sprechen.</b></p> <p><b>Die Frau muss bereit sein, die Informationen entgegen zu nehmen.</b></p> <p><b>Ein Gespür für richtige Zeit der Informationsvermittlung und richtige Menge an Informationen.</b></p>	<p>Durch dieses Gespräch erfahren wir, wer diese Frauen sind, ihre Biografien, ihre familiären Umstände, was ihre persönliche Ressource sind...</p> <p>"Ich muss erst ins Gespräch kommen. Aber wenn sie da einen blauen Fleck hat oder unter Drogeneinfluss ist, kann ich das Thema einfach so direkt nicht ansprechen. Sondern ich muss so das Gespräch führen, dass die Frau selber kommt, darüber zu sprechen. Weil ansonsten würde sie eine Attacke auf mich starten."</p> <p>Also, man muss erst mal abtasten... Man beginnt mit drum herum, „wie geht es euch?“, wie läuft das Geschäft?“, „habt ihr gute Kunden?“ Es ist aber Fall zu Fall abhängig. Ich entscheide manchmal durch die Erfahrung und intuitiv"</p> <p>Mann muss aber mit Fingerspitzengefühl die Inhalte an sie herantragen. Und das lassen sie zu</p>	<p>Ex-1, S.3</p> <p>Ex-1, S.3</p> <p>Ex-3, S.9</p> <p>Ex-3, S.10</p>
<p><b>d) Akzeptanz der Entscheidung des Klienten</b></p>	<p><b>Die Frau braucht das Angebot nicht.</b></p> <p><b>Trotz der Aufklärung geht die Frau das Risiko ein.</b></p>	<p>Ich schaue immer auf die Reaktion der Frau.</p> <p>Nur wenn wir akzeptieren, dass die Frauen trotz unserer Aufklärung ihre Fehler machen und dadurch das gesundheitsbewusste Verhalten lernen, kann das mit Empowerment funktionieren.</p>	<p>Ex-3, S.9</p> <p>Ex-1, S.5</p>

## Kategorie II: Ressourcen

### II.a. Individuelle Ressourcen

Unterkategorien	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
<b>b) Lebenserfahrung</b>	<b>Lebenserfahrung ist eine wichtige Ressource.</b>	"...da spielt nicht nur die Aufklärung, sondern viel mehr persönliche Erfahrung eine große Rolle.	Ex-1, S.5
<b>c) Selbstwertgefühl</b>	<p><b>Kulturelle Werte und Erziehung formend das Selbstwertgefühl.</b></p> <p><b>Selbstwertgefühl ist bei der Entscheidung das Risiko einzugehen wichtig.</b></p>	<p>"...wenn ich den Polinnen erzähle, dass Prostitution in Deutschland ein anerkannter Beruf ist, dass es legitim ist sie auszuüben, dass sie Rechte haben, und jetzt nach der Ost-Erweiterung und nach Arbeitnehmerfreizügigkeit seit 2011, dass sie ganz normal versicherungspflichtige Beschäftigung eingehen können, sehen sie selber das nicht als Beruf, das belastet sie sehr, sie sehen das nicht als Dienstleistung, damit machen sie sich sehr schwer...Damit widerspiegeln sich Normen und Werte der polnischen Kultur, das ist etwas, was nicht akzeptiert wird. Das spielt auch eine große Rolle für ihr Selbstwertgefühl, weil ihre persönlichen Ressourcen durch ihre Erziehung und Kultur geprägt werden."</p> <p>"...Ich kann es nicht sagen, ob das mit gesundheitlicher Aufklärung zusammenhängt. Weil sie jahrelang nur mit Kondom arbeiten können, und doch ab und zu bei Stammkunden eine Ausnahme machen, weil das Vertrauen schon da ist...Oder z. B. sie sagen zuerst, dass sie alles mit Kondom machen, aber dann im Laufe des Gesprächs, geben sie zu, dass sie Oralsex „natur“ anbieten. Aber das ist wieder die Frage des Selbstwertgefühls. Wenn sie in Verhältnissen aufwachsen, wo das</p>	<p>Ex-3, S. 9</p> <p>Ex-3, S.11</p>

	<p><b>Trotz einen hohen Selbstbewusstseins fehlen vielen Frauen Informationen über Gesundheitsversorgung.</b></p>	<p>menschliche Leben nicht wert ist, besonders das Leben einer Prostituierten...Bewusst oder unbewusst wollen sie sich selbst dafür bestrafen...Oder ihnen fehlt es an den Ressourcen um klar und deutlich mit den Kunden zu verhandeln."</p> <p>"Und auch die anderen, auch wenn sie sehr selbstbewusst und aufgeklärt auftreten, wissen sie häufig nicht, wie das Gesundheits- bzw. Sozialwesen in Deutschland funktioniert."</p>	<p>Ex-2, S. 7-8</p>
<p><b>d) Bildungsniveau und Professionalität</b></p>	<p><b>Bildungsstand der Zielgruppe ist sehr unterschiedlich.</b></p> <p><b>Die Arbeitsbedingungen einer Sexarbeiterinnensind oft von ihrem Bildungsniveau anhängig.</b></p> <p><b>Die Arbeitsbedingungen einer aufgeklärten Sexarbeiterin sind besser, als der nicht</b></p>	<p>"Es gibt wirklich Frauen, die sehr viel Wissen haben und wirklich professionell arbeiten."</p> <p>"Das ist sehr unterschiedlich. Von sehr aufgeklärten Frauen, die vielleicht medizinische Ausbildung haben, als Krankenschwester oder Ärztin, bis die Frauen, die überhaupt keine Ahnung in diesem Bereich haben."</p> <p>"Es ist ganz deutlich, niedriges Bildungsniveau geht parallel mit dem Arbeitsstil. Das heißt, die Frauen arbeiten unprofessionell, weil sie sehr geringes Wissen haben. Sie bieten Sex ohne Schutz an, sind sich darüber nicht im Klaren, dass sie sich bei jedem Verkehr anstecken können. Sie kommen nicht mal auf die Idee mit dem Kunden zu verhandeln, ihre Anforderungen zu stellen. Klar, da spielen auch andere Faktoren mit, wie geringe Sprachkenntnisse, der Druck mehr Geld zu verdienen, Angst erlappt zu werden. Solche Frauen sind auch für uns schwer zugänglich."</p> <p>"Die Frauen, mit denen wir jetzt länger arbeiten, haben sich besser organisiert, als die, die hier neu sind. Aber wie gesagt, man muss wirklich ein Talent zur Selbstorganisation haben. Wenn ich jetzt an diese Frauen denke, an die aufgeklärten: denen geht's gut. Sie waren damals in der Lage sich Gewerbeobjekte zu kaufen, damit sie keine hohen Mieten an die Vermieter zahlen müssen. Ja, sie haben bessere Arbeitsbedingungen, als die</p>	<p>Ex-1, S.3</p> <p>Ex-2, S.6</p> <p>Ex-1, S.4</p> <p>Ex-3, S.10</p>

	aufgeklärt.	Frauen, die jetzt neu anreisen"	
<b>e) Solidarität</b>	<b>Kommunikation und gute Arbeitsverhältnisse unter Kolleginnen sind wichtige Stütze zur Abwehr der Risiken.</b>	"Polinnen mögen homogen arbeiten, und da findet ein Austausch statt. Ob sie miteinander über Verhandlungsstrategien und Arbeitsbedingungen sprechen, teilweise ja. Wenn das Laufhäuser sind, wo die Frauen wirklich räumlich abgetrennt sind, ist es meistens so, dass sie Tür an Tür arbeiten und sich nicht kennen. Es gibt aber wirklich Etablissements oder Appartements, wo z.B. zwei, drei Polinnen zusammenarbeiten und sich austauschen. Und dann etabliert sich eine gewisse Arbeitskultur, wie z.B. feste Preise, damit keine Konkurrenz unter den Frauen besteht, oder sie treffen zusammen eine Vereinbarung nur mit Kondom zu arbeiten"	Ex-3, S.12

### **Kategorie III: Empowerment -Wirkungen**

#### **III.a. Durch die Aufklärung entstehende Ressourcen**

<b>Unterkategorien</b>	<b>Paraphrasierung</b>	<b>Originaltext</b>	<b>Fundstelle</b>
<b>a) Gesundheitsbewusstsein</b>	<b>Gesundheitliche Aufklärung hilft den eigenen Körper besser wahrzunehmen und die gesundheitsschädlichen Bedingungen zu verändern.</b>	"...Aber durch die Aufklärung wird es ihr bewusst, was während der Sexarbeit mit ihrem Körper passiert, welche Risiken sie eingehen, und was für ein Kapital eigentlich die Gesundheit ist. Mit diesem neuen Bewusstsein ändern viele auch ihre Situation. Sie passen mehr auf sich auf, vielleicht ändern auch das Arbeitstempo, die Arbeitszeiten und so weiter..."	Ex-2 ,S.6
<b>b) Sexuelle Selbstbestimmung</b>	<b>Sexuelle Selbstbestimmung ist eine wesentlich Bestandteil von</b>	Es war mal ein Projekt während der Fußballweltmeisterschaft, als wir Broschüren entwickelt und an die Sexarbeiterinnen verteilt haben.	Ex-1, S.5

	<b>Empowerment bei Sexarbeiterinnen.</b>	<p>Das waren Einverständniserklärungen, in denen stand: „ ich bin mir im Klarem über mögliche Konsequenzen des ungeschützten Sexes“ ...das derjenige sich verpflichtet keine Folgen daraus zu ziehen, wenn er sich ansteckt. Der Kunde sollte es unterschreiben, wenn er Sex ohne Kondom verlangt. Frauen waren von dieser Sache total begeistert:</p> <p>„ Wir sparen uns dabei die ganze Diskussion, die angenehme Situation, wir geben den Zettel, die müssen nur unterschreiben“ ... Tut natürlich keiner. Aber dann ist er auch weg, weil er keine Verhandlungsmöglichkeiten hat. Diese Sache hat die Frauen enorm gestärkt, weil sie dabei das Gefühl hatten, selbst bestimmen zu können. Ich finde dieses Gefühl ist ganz wichtig im Bezug auf Empowerment.</p>	Ex-1, S. 4
<b>c)Selbstsicherheit und Selbstorganisation</b>	<b>Durch das Wissen wird Selbstsicherheit gestärkt.</b>	<p>"Sie fühlen sich sicherer, weil sie aufgeklärt worden sind...Und sie sind Stolz darauf!"</p> <p>"Sie sind auch selbstbewusster, ganz deutlich. Sie wissen mehr über ihre Rechte und Pflichten. Sie wissen auch mit Kunden zu verhandeln. Sie sagen, „wenn er es ohne machen möchte, dann ist es doch klar, dass er wo anders auch war. So ein Mann ist mir sogar für gutes Geld nicht wert“...</p> <p>"Gesundheitliche Aufklärung ist schon sehr sehr wichtig, finde ich. Das unterstützt diese...Ermächtigung von der Frau. Sie bekommt sozusagen die Instrumente, die sie benutzen kann, um sich zu schützen "</p> <p>"Die schwangere Frau war nicht krankenversichert, sie wusste nicht wohin, wo soll sie das Baby kriegen. Nach dem sie die ganzen</p>	<p>Ex-1 ,S.4</p> <p>Ex-2, S.7</p> <p>Ex-2, S.7</p>

		Informationen von uns bekommen hat war sie sehr erleichtert."	
<b>d) Vermittlungskompetenzen</b>	<b>Die Frauen haben das Bedürfnis ihr durch die Aufklärung gewonnenes Wissen an die Kolleginnen weiterzugeben.</b>	"Wir hatten eine Gruppe von Ostfrauen, die zusammen in einem Bordell arbeiten. Wir hatten ein ziemlich langes Gespräch gehabt. Da war eine Frau, die wir schon kannten, aber die anderen waren neu. Und diese Frau erzählte uns, dass sie selber ihren Kolleginnen beigebracht hat, alle die Sachen, die in unserer Broschüre zum safen Sex stehen. Und sie war so stolz, sie fühlte diese Verantwortung: ihr wurde das so gesagt, sie wurde aufgeklärt, sie macht das jetzt richtig. Und dann hatte sie auch die Verantwortung für ihre unaufgeklärten Kolleginnen, ihnen das wiederzugeben. Und das ist schon ein Erfolgserlebnis in dem Sinne, dass man eine gute Arbeit geleistet hat, die nicht nur Gesundheitsbewusstsein stärkt, aber auch eine Nachhaltigkeit entwickelt."	Ex-1, S. 4
<b>a) Reflexion</b>	<b>Die Frauen machen sich Gedanken über ihr Gesundheitsverhalten.</b>	Ich glaube schon, dass sie reflektieren. Es sei denn, sie versuchen wirklich diese Inhalte zu verdrängen. Ich habe auch Frauen getroffen, die in Polen kleinen Kinder haben und ihnen es viel daran liegt, gesund zu bleiben. Sie reflektieren wirklich und immer wieder überdenken...Ich denke, schon. Die Frauen fragen auch viel nach. Es ist nicht der Fokus auf HIV und Übertragungswege, die meisten Frauen sind schon in dem Alter, in dem man sich Gedanken über Krebsfrüherkennung und Wechseljahre macht.	Ex-3, S.11

<b>b)Verhaltensänderung</b>	<b>Die Frauen ändern ihr Gesundheitsverhalten.</b>	Wir merken, als wir gestartet sind, da haben die Frauen Fehler gemacht und oft mit falschen Mitteln gearbeitet. Heutzutage findet es fast ausschließlich bei neuangetroffene Frauen statt, die z.B. aus Spanien kommen. Sie nutzen noch die Arbeitsmethoden, die unsere Hamburgerinnen nicht mehr verwenden. Z.B. nehmen sie statt Gleitmittel, Babyöl...und die Sachen, wo man genau weißt, das soll man nicht tun...	Ex-1, S.3-4
<b>b)Partizipation</b>	<b>Notsituation bringt die Frauen dazu, dass sie an Gesundheitsangeboten teilnehmen.</b>  <b>Wenn die Angst vor dem Kontakt zur niedrigschwelligen Organisationen überwunden ist, gewinnen die Frauen an mehr Selbstwertgefühl.</b>	"Das nehmen sie gerne...Spätestens dann, wenn sie in einer schwierigen Lage sind, z.B. gesundheitliche Probleme und keine Krankenversicherung haben, und wissen nicht, wie sie reagieren sollen, spätestens dann greifen sie auf das Angebot zu."  Bei Polinnen ist ein großer Erfolg, wenn wir Workshops machen, weil sie immer unter Zeitdruck stehen... Und natürlich, wenn ich weiß, dass die Frau an den Gesundheitsangeboten partizipiert. Oft bekomme ich eine Rückmeldung: „Danke, dass du mir diesen Kontakt gegeben hast, ich war da, alles ist problemlos gelaufen...“ Und da findet schon ein Empowerment-Prozess statt. Die Frau überwindet ihre Barriere, sie ist ganz stolz, das gibt ihr das Selbstwertgefühl.	Ex-1, S.3  Ex-3, S.12

<p><b>c)Nachhaltigkeit</b></p>	<p><b>Kontinuierliche Besuche tragen zu der Nachhaltigkeit der Empowerment-Prozessen.</b></p> <p><b>Unterstützung der Sexarbeiterinnen bei ihrer professionellen Entwicklung führt ebenfalls zu Empowerment.</b></p>	<p>"...es hat sich bewährt, dass die wiederholte Besuche, wenn man immer wieder das Thema präsent hat, sehr wohl zu der Nachhaltigkeit beitragen. Ein klares Beispiel dafür, wenn eine sagt: „Ich dachte, Syphilis gibt es nicht mehr“. Sie wissen, was das ist, aber, wenn das nicht in ihrem Alltag oder in den Medien thematisiert wird, glauben sie, dass es nicht mehr gibt."</p> <p>Aber es gibt auch andere Methoden, die sie unterstützen, z. B. eine Professionalisierung. Ein Projekt, das wir unabhängig von „Indors“ als "ProfiS"-Trainerinnen machen. Das Ziel ist dabei, die Stärkung des Gesundheitsbewusstseins. Die Methode ist aber nicht die Gesundheitsaufklärung, sondern Professionalisierung der Sexarbeiterinnen am Arbeitsplatz. Die Frau wird in dem Sinne professionalisiert, dass sie von uns eine Schulung zu allen Themen rundum Sexgewerbe bekommt. Das ist sozusagen der nächste Schritt nach der gesundheitlichen Aufklärung.</p>	<p>Ex-2,S.7</p> <p>Ex-2, S.7</p>
--------------------------------	--	--	----------------------------------