

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege & Management

Dualer Studiengang Pflege (BA)

Pflegerische Handlungsfelder in der Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der Sexarbeit

Qualifikationsarbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts der Pflege

Tag der Abgabe: 03.06.2017

Vorgelegt von: Franziska Schlaffner



Betreuende Prüfende: Prof. Dr. phil. Miriam Tariba Richter

Zweite Prüfende: Monika Schleith

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Methodisches Vorgehen	4
3. Begriffspositionierungen und –definitionen.....	7
3.1. Sexarbeit	7
3.2. Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung.....	8
4. Rechtliche Rahmenbedingungen	10
4.1. Gesundheitsförderung und Prävention.....	10
4.2. Sexarbeit in der Bundesrepublik	10
4.2.1. Das Prostitutionsgesetz	11
4.2.2. Das Prostitutionsschutzgesetz.....	11
4.3. Sperrgebietsverordnung	12
4.4. Kontaktverbotsverordnung.....	13
5. Warum St. Georg nicht St. Pauli ist.....	14
6. Gesundheitsbelastungen in der Straßensexarbeit.....	15
6.1. Verwendete Literatur	15
6.2. Stigmatisierung und Illegalisierung	18
6.3. Gewalterfahrungen	20
6.4. Erschwerter Selbstschutz	21
6.5. Beziehungen zu anderen Sexarbeiterinnen	22
6.6. Einflussnahme auf das private, bzw. familiäre Setting	23
6.7. Drogengebrauch.....	24
6.8. Psychische (Vor)-Belastungen.....	26
6.9. Somatische Belastungen	26
7. Belastungsebenen der Sexarbeiterinnen St. Georgs	27
8. Derzeitige Prävention und Gesundheitsförderung im Setting der Sexarbeit	30
8.1. Darstellung des Forschungsstands.....	30
8.2. Blinder Fleck Gesundheitsförderung und Straßensexarbeit?	31
8.3. Forschungsfelder anhand des Präventionsgesetzes.....	32
9. Potenzielle Aufgabenfelder der Pflege	34
9.1. Gesundheitsförderung für kriminalisierte Straßensexarbeiterinnen	34
9.2. Gemeinsamkeiten der Pflege mit der Sexarbeit	35
9.2.1. Gewalterfahrungen, körperliche Nähe und Individualität.....	36
9.3. Gewaltprävention - Brøset Violence Checklist	38
10. Fazit.....	39
Literaturverzeichnis.....	I
Abbildungsverzeichnis	V
Eidesstattliche Erklärung	VI

1. Einleitung

„Zudem werden wir das Prostitutionsgesetz im Hinblick auf die Regulierung der Prostitution umfassend überarbeiten und ordnungsbehördliche Kontrollmöglichkeiten gesetzlich verbessern.“

So der originale Wortlaut des Koalitionsvertrags zwischen CDU, CSU und SPD, der im Jahre 2013 vereinbart wurde. Aktueller könnte der gesetzliche Bezug nicht sein – Prostitution, beziehungsweise Sexarbeit, ist und bleibt Thema öffentlicher, rechtlicher, politischer und moralischer Diskurse und die angekündigten „umfassenden Änderungen“ werden am 01. Juli 2017 in Kraft treten. Ein großes Augenmerk wurde in der veränderten Gesetzgebung des Prostitutionsschutzgesetzes auf die Gesundheit gelegt. Gleiches wird in dieser Abfassung vollzogen, wobei der Fokus hier ausschließlich auf der Gesundheit der Ausübenden gelegt wird und nicht die der Öffentlichkeit.

Gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen für Sexarbeiterinnen, die auf der Straße tätig sind, bestehen. Die Frage, ob diese die Bedarfe der Frauen treffen, die sie selbst formulieren, soll hier behandelt werden durch eine Analyse vorhandener Studien zu Formulierungen der Betroffenen. Dass die Pflege eine Schlüsselrolle in der Prävention und Gesundheitsförderung spielen kann, soll anhand eines praxisnahen Instruments zu Gewaltprävention und der Eröffnung des Forschungsfeldes begründet werden.

Sexarbeit ist der Tausch sexueller Dienstleistungen gegen materielle Entlohnung. Eingeschlossen ist dabei nicht nur der direkte und körperliche Kontakt oder Aktivitäten zwischen Anbietenden und Kund*innen, sondern auch indirekte Stimulation, zum Beispiel in Form von Produktion pornografischen Materials (Weitzer, 2010, S. 1, eigene Übersetzung). Prostitution, wie sie in dieser Abfassung thematisiert wird, kann also als eine von vielen Formen der Sexarbeit verstanden werden.

2500 Menschen bieten im Stadtgebiet Hamburg nach Schätzungen des Landeskriminalamts, Fachkommissariat Menschenhandel direkte sexuelle Dienstleistungen gegen Entgelt an. Diese numerische Position basiert jedoch nicht auf Zählungen von Einzelpersonen, sondern ergibt sich aus der Anzahl von Orten und Betrieben an und in denen der Prostitution, beziehungsweise Sexarbeit nachgegangen wird. Diese umfassen neben Bordellen, Modellwohnungen, Hotels auch Laufhäuser und den Straßenstrich sowie Anbahnungsorte wie Sex-Kinos oder Animierlokale (Drucksache 20/10269, 2014). Das Arbeitsfeld der Sexarbeit im Felde Prostitution kann in drei große Sparten eingeteilt werden. Neben der Verrichtung in Räumlichkeiten, wie Wohnungen und Bordellen und der Sexarbeit in Form von Escort-Diensten, ist die Straßensexarbeit zu benennen (Döring, 2008, S. 7).

So divers wie die Settings, in denen sexuelle Dienstleistungen verrichtet werden, so divers in Folge dessen die Arbeitsbedingungen unter denen diese verrichtet werden. Bei der Sexarbeit auf der Straße erfolgt die Anbahnung im öffentlichen Raum, beispielsweise auf Gehwegen. Auch die Durchführung der sexuellen Dienstleistung geschieht oftmals mehr oder weniger öffentlich – sei es zum Beispiel in Gassen oder Parks – oder auch im Fahrzeug der Kundschaft oder Stundenhotels (Weitzer, 2010, S. 9, eigene Übersetzung). Die Bedingungen unter denen die Straßensexarbeit durchgeführt wird, müssen also von der, die in dafür vorgesehene Räumlichkeiten verrichtet wird, abgegrenzt werden. Die Möglichkeit zur hygienischen Versorgung vor und nach dem Verkehr, sowie Sicherheit, die zum Beispiel durch Security-Personal an Türen geboten werden könnte, sind erschwert oder fehlen. Auch Aspekte des Bau- oder Arbeitsrechtes können aufgrund der stets wechselnden Verrichtungsorte erschwert überwacht oder verändert werden (bmfsfj, 2007, S.63).

Hierzu wird in dieser Abfassung zuerst eine Einordnung der folgend verwendeten Begriffe „Sexarbeit“, „Gesundheit“, „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ vorgenommen. Folgend wird die Rechtssituation sowohl bezüglich „Prävention und Gesundheitsförderung“ dargestellt, als auch die der Anbietenden von sexuellen Dienstleistungen in der Bundesrepublik allgemein und dem Sperrgebiet in St. Georg im Speziellen. Die Unterschiedlichkeiten der Bedingungen unter denen Sexarbeit im Stadtviertel St. Pauli und St. Georg verrichtet wird, werden darauf folgend

dargestellt und untermauern das folgende Kapitel. In diesem werden gesundheitslimitierende Faktoren im Setting „Sexarbeit auf der Straße“ anhand von Studien, die Sexarbeiterinnen befragten, zusammengefasst und in einer Informationsgrafik veranschaulicht. Um die bestehende Divergenz zwischen den von den Betroffenen benannten Risikofaktoren der Gesundheit und gesundheitsförderlicher und präventiver Angebote zu verdeutlichen, wird eine bündige Veranschaulichung der Rechercheergebnisse zu „health promotion“ für Sexarbeiterinnen der Straße geboten werden. Hieraus werden Forderungen an die Forschungslandschaft, insbesondere die der Pflege formuliert. Der Praxisbezug der Bachelorthesis wird durch das gewaltpräventive Instrument „Brøset Violence Checklist“ angestrebt, jedoch nicht ohne zu begründen warum gerade das Berufsfeld der Pflege ihre Erfahrungswerte nutzen kann um Sexarbeiterinnen der Straße Unterstützung zu bieten. Eine kritische Beleuchtung der Abfassung, ihrer Erkenntnisse und dem daraus abzuleitendem Forschungsbedarf wird im Fazit vorgenommen werden.

Nach den aktuellsten Schätzungen, sind circa 150 Männer und 30 Trans*personen in der Sexarbeit hamburgweit tätig. Die Problemlagen in Arbeits- und Lebenswelt der Mann-männlichen Sexarbeit und welche von Trans*personen angeboten werden, liefern zwar Überschneidungen mit der weiblichen Sexarbeiterinnen, stellen sich jedoch auch zu großen Teilen anders da und können deswegen in dieser Arbeit nicht eingeschlossen werden.

Diese Abfassung setzt ihren Fokus auf die Straßensexarbeiterinnen, die in St. Georg tätig sind. Wie im folgenden Kapitel der rechtlichen Rahmenbedingungen noch erläutert werden wird, bewegen sich Personen, die dort sexuelle Dienstleistungen anbieten und kaufen, in einer illegalisierten Geschäftssituation. Das Begehen einer potenziellen Straftat begründet eine Verrichtung der Sexarbeit an Orten, die versteckter sind und somit weniger Sichtbarkeit und Sicherheit bieten können (WHO, 2013, S.24, eigene Übersetzung). Es kann davon ausgegangen werden, dass ein großer Teil der Frauen, die sich in einer Drogenabhängigkeit befinden, ihren Konsum über Sexarbeit finanzieren. Neben der zu bemängelnden Arbeitsbedingungen der Straße, entsteht dabei eine erhöhte Vulnerabilität bezüglich

der Exposition gegenüber psychischen (Vor)Erkrankungen, Ausbeutungsverhältnissen, Gewalterfahrungen und Wohnungslosigkeit (Kersch, 2005, S. 117 ff.). Dieser Aspekt konnte in dieser Thesis nur begrenzt behandelt werden, da vielmehr versucht wurde einen weit gefassten Blick auf Problematiken der Sexarbeit auf den Straßen St. Georgs zu erreichen. Hier sei auf den gemeinnützigen Verein ragazza e.V. verwiesen, welcher niedrigschwellige Angebote explizit an drogenkonsumierende Sexarbeiterinnen richtet. Neben der Bereitstellung von Schlafplätzen, warmen Mahlzeiten, Kleidung und anderen lebenserhaltenden Maßnahmen, haben die Sexarbeiterinnen Zugang zu einem Konsumraum und die Möglichkeit zu Spritzentausch. Ein Team, unter anderem bestehend aus Sozialpädagog*innen, Pfleger*innen und einer Ärztin, leistet wichtige Arbeit bezüglich der Verbesserung der Lebenssituationen der Betroffenen, auch in der Form von Beratung, medizinisch-pflegerischen Versorgung und Begleitung der Sexarbeiterinnen (<http://www.ragazza-hamburg.de>).

Auch dem Aspekt der Schulung von Sexarbeiterinnen bezüglich des erhöhten Risikos von HIV und sexuell übertragbaren Infektionen (STI) und Safer Sex soll hier keine Kritik entgegen gesetzt werden. Dennoch galt bei dieser Abfassung nicht der Fokus der Gefährdung der öffentlichen Gesundheit durch Personen, die in der Sexarbeit tätig sind (Grohs, 2016, S. 129). Die Minimierung der Risiken durch präventive Angebote bezüglich HIV und STI, also sexuell übertragbarer Infektionen, die sich an Sexarbeiterinnen richten, leistet einen wichtigen Beitrag. Dennoch wurde in dieser Thesis der Anspruch gestellt sich mit der Sicht der Sexarbeiterinnen auf ihre eigene Gesundheit zu befassen.

2. Methodisches Vorgehen

Zuerst erfolgte eine Handsuche nach Ratgebern von und für Sexarbeiter*innen in den Bibliotheken der Hamburger Universitäten und Hochschulen. Es erfolgte eine Auseinandersetzung mit der rechtlichen Lage von Personen, die sexuelle Dienstleistungen in der Bundesrepublik und in Hamburg, St. Georg im Speziellen, anbieten. Das Ministerium für Justiz und Verbraucherschutz stellt dazu die Internetseite www.gesetze-im-internet.de zur Verfügung, die Stadt Hamburg www.landesrecht-

hamburg.de. Erstes wurde vorgenommen um Wertungsfreiheit anzustreben und einen Einblick zu gewinnen. Zweites erfolgte um die Abfassung unter den gesetzlichen Handlungsmöglichkeiten verfassen zu können.

Folgend sollten von Sexarbeiterinnen, die im Arbeitsfeld der Straßensexarbeit tätig sind, eigens benannte gesundheitslimitierende Faktoren eruiert werden. Explizit ausgeschlossen wurden Studien, die:

- einzig männliche oder trans* Sexarbeiter*innen befragten oder einschlossen und dies in den Ergebnissen nicht kennzeichneten. Wie mann-männliche oder trans* Sexarbeit verübt wird, gestaltet sich auch in Hamburg unter veränderten Rahmenbedingungen und verfügt über eine eigene Szene (Behörde für Soziales 2010, S.6 nach Polizei Hamburg, LKA 65, 2010). Zu große Unterschiede könnten sich unter Anderem auch in der Kundschaft, den mitgebrachten Lebenserfahrungen, beispielsweise bezüglich Gewalt, und Tendenz zu Konsum von Suchtmitteln finden.
- sich auf HIV/STI und Kenntnisse oder riskantes Verhalten der Sexarbeiterinnen diesbezüglich beschränkten, da diese keinen erweiterten Blick auf die allgemeine Gesundheit von Sexarbeiterinnen bieten können.
- in Entwicklungs- oder Schwellenländern durchgeführt wurden. Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung stellt Merkmale der Entwicklungsländer dar, sei es „mangelhafte Bildungsmöglichkeiten“, „ein insgesamt niedriger Lebensstandard“ oder „keine oder mangelhafte Gesundheitsversorgung“. Schwellenländer werden international noch meist zu den Entwicklungsländern zugeordnet (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2017).

Genutzte Datenbanken waren CINAHL, Karger Journals, PubMed, PMC, Hogrefe eLibrary, Bibliothek der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, CISDOC/ International Occupational Safety and Health Information Centre, und Springer eBooks. Des Weiteren wurde auf die Datenbanken PILOTS, WISO, Cochrane Library, Health Evidence und PsychSpider zurückgegriffen. Wenn möglich wurde mit meSH-Terms gearbeitet, ansonsten wurde auf die Suchbegriffe „prostit*“, „sex

work*“, „health“, „health need*“, „health requirement“, „health demand*“ oder das deutschsprachige Equivalent zurückgegriffen.

Weil nicht jede Datenbankrecherche aufgrund des Umfangs der Arbeit illustriert werden kann, wird exemplarisch die auf PubMed vorgenommene dargestellt: Mit den MeSH-Terms „Health“, „sex workers“, „sex work“ und dem Suchbegriff „street“ sowie Ausschluss von „HIV“ in der Suchleiste, wurden 31 Arbeiten vorgeschlagen, von denen vier die genannten Kriterien erfüllen konnten. Eine genauere Beschreibung der verwendeten Studien, wird im Kapitel „Eingeschlossene Studien“ vorzufinden sein.

Eine Feldexploration erfolgte durch den Besuch der Einrichtung ragazza e.V. Hierbei konnte bei den Mitarbeitenden erfragt werden inwiefern sich die aus den Studien herausgearbeiteten Faktoren auf die Zielgruppe umgelegt werden könnten und welche Gesundheitseinschränkungen sie bei den Besucherinnen als besonders relevant empfanden. Diese und die der Broschüre des ragazza e.V. entnommene Informationen konnten so zu den Studienergebnissen ergänzt werden.

Um herauszufinden ob gesundheitsförderliche und präventive Programme für Sexarbeiterinnen der Straße existieren, welchen Fokus sie legen und ob sie somit die von der Zielgruppe formulierten Bedarfe treffen, wurde eine zweite Literaturrecherche auf den genannten Datenbanken angestellt. Die Suchbegriffe bezüglich der Bedarfe wurden hierbei mit entweder „prevention“ oder „health promot*“ und „promotion of health“ ersetzt. Eine genauere Darstellung der Recherche wird in dem Kapitel Literaturstand geliefert und deswegen hier nicht weiter ausgeführt.

Nach der Evaluierung gesundheitseinschränkender Faktoren, wurde PubMed genutzt um Studien zu Gewaltvorkommen gegen Pflegende zu recherchieren und Instrumente zur Voraussagung dessen zu finden. Hierzu wurden die meSH-Terms „Aggression“, „Violence“, „Workplace Violence“, „Risk Management“, „Risk Assessment“, „Risk Reduction“, „(Short term) Risk Prediction“, „Instrument“, „Assessment“ und „Nurses“.

3. Begriffspositionierungen und –definitionen

Zu konkretisieren welches Verständnis bezüglich der in dieser Abfassung häufig fallenden Begriffe vorliegt, wird dieses Kapitel eine Positionierung und Definierung dieser vornehmen. Neben der Verwendung von Sexarbeiterinnen anstatt Prostituierte, betrifft dies die Begrifflichkeiten Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention.

3.1. Sexarbeit

„Sexarbeit heißt, etwas aufzuführen, eine Rolle zu spielen, Fachkönnen einzusetzen und innerhalb professioneller Grenzen eine empathische Beziehung zu jemanden aufzubauen. Sprächen wir hier über die Arbeit von Krankenpfleger_innen, Therapeut_innen oder Erzieher_innen, wäre es viel leichter, für diese Tätigkeiten und Fähigkeiten als Arbeit Anerkennung zu bekommen.“

(Grant, 2014, S. 134)

Warum wird in dieser Abfassung nicht der Begriff „Prostitution“ und in Folge dessen die Bezeichnung der Ausübenden als „Prostituierte“ genutzt werden? Wie in dem eingangs abgebildeten Zitat von Melissa Gira Grant, einer freien Journalistin und ehemaligen Sexarbeiterin, veranschaulicht, soll in dieser Abfassung unter dem Prinzip gearbeitet werden, dass das Anbieten und Ausführen sexueller Dienstleistungen als Arbeit bezeichnet werden kann. Diese Überzeugung rührt daher, dass für das Ausüben dieser Tätigkeit Fähigkeiten und spezifische Kenntnisse erforderlich sind. Dies verdeutlicht der Wortaufbau explizit indem er den Begriff der Arbeit in sich einschließt. Es scheint außerdem wichtig darauf hinzuweisen, dass ein*e Sexarbeiter*in nicht sich, sondern eine Dienstleistung verkauft (Wersig, 2017, S. 217 ff.). Außerdem soll mit der Verwendung des Ausdrucks sowohl internationalen, als auch nationalen Bewegungen, Verbänden und Organisationen, die sich für Rechte und Anerkennung und gegen Stigmatisierung und Diskriminierung verschiedener Berufsstände in der Sexbranche einsetzen, Rechnung getragen werden. Auf nationaler Ebene wäre dies beispielsweise der Berufsverband „erotische und sexuelle Dienstleistungen e.V.“, auf internationaler Ebene „nswp – Global Network of Sex Work Projects“ oder „ICRSE – Sexwork Europe“. Auf der Rechtsebene der Bundesrepublik werden weitläufig die Bezeichnungen „Prostitution“ oder „Prostituierte“ verwandt, besonders sichtbar in der Betitelung des Prostitutionsgesetzes im Bürgerlichen Gesetzbuch.

Der Begriff der Prostitution bleibt negativ konnotiert. Die Bedeutung des Wortes Prostitution wird im Duden zwar zuerst mit „gewerbsmäßige Ausübung sexueller Handlungen“, an zweiter Stelle jedoch mit „Herabwürdigung, öffentlicher Preisgabe, Bloßstellung“ beschrieben (<http://www.duden.de/node/659924/revisions/1173928/view>, [abgerufen 31.03. 2017]). Dies verwundert nicht, wird der Ursprung etymologisch mit dem lateinischen Wort „prostituere“ festgesetzt, dass sich mit „öffentlich preisgeben“ übersetzen lässt (https://de.langenscheidt.com/latein-deutsch/prostituere?term=prostituere&q_cat=%2Flatein-deutsch%2F, [abgerufen 31.03.2017]). Prof. Dr. Kathrin Schrader stellt fest, dass es sowohl gesellschaftlich, als auch für die Ausübenden ein Bewusstsein dessen braucht, dass das Anbieten sexueller Dienstleistungen gegen Entgelt als Arbeit bezeichnet werden sollte. Besonders um das Fordern von arbeitsrechtlichen Mindeststandards zu legitimieren und zu stützen (Schrader, 2015, S. 69).

Wie eingangs erläutert, bestehen vielfältige Organisationsformen der Sexarbeit. Die Vielfältigkeit des Feldes kann somit in der Nutzung des Begriffs Sexarbeit und entsprechender Spezifizierung und nicht in dem althergebrachten Begriff Prostitution anschaulich gemacht werden.

Trotz alledem darf nicht unerwähnt bleiben, dass Sexarbeit auch unter Bedingungen verübt wird, die entgegen aller Selbstbestimmung und Eigenantrieb stehen. Dem großen und wichtigen Aspekt des Menschenhandels und der Zwangsprostitution kann diese Thesis nicht gerecht werden. Ebenso sehr gilt es die Frage der Freiwilligkeit zu stellen, wenn finanzielle Nöte, vom Umfeld ausgeübter Zwang und emotionale Abhängigkeiten, sowie die Anwendung von Gewalt zu Einstieg und Fortführung des Anbietens sexueller Dienstleistungen führen (Kavemann & Steffan, 2013, S. 11).

3.2. Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung

Einleitend soll betont werden, dass Gesundheit und Krankheit oftmals als Gegensätzlichkeiten verstanden werden. Doch die Wahrnehmung dessen wie „gesund“ ein Mensch ist, hängt wesentlich von Faktoren wie Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischer Lage und sozio-kulturellen, sowie religiösen Orientierungen ab. In dieser

Abfassung soll ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit gelten, dass als multidimensional gesehen werden kann. Neben biologischen, psychischen und genetischen Faktoren, kommen auch soziale und ökonomische Faktoren im Gesundheits- und Erkrankungsbild eines Menschen zum Tragen (Haverkamp, 2008, S. 321 f.).

Erkrankungen präventiv entgegenzuwirken kann grundsätzlich als Vermeidungsstrategie beschrieben werden. Als Sammelbegriff für die Prinzipien des Vorbeugens, der Vorsorge und der Prophylaxe soll das Auftreten von Erkrankungen vermeiden und gegebenenfalls bei Bestehen die Verbreitung dezimieren und Auswirkungen vermindern. Es gilt also Risikofaktoren, die bei Entstehung und Verlauf der Erkrankung maßgeblich sind, zu erkennen. Bisherige Strategien der Prävention bauen auf Aussagen auf, die in der Wahrscheinlichkeit der gesamtbevölkerischen Auswirkungen quantifizierbar sind. Daraus schließt sich, dass Risikofaktoren dementsprechend für Bevölkerungsgruppen und nicht individuell bestimmt werden. Zusammenfassend kann behauptet werden, dass sich die Krankheitsprävention aus einem pathogenetischen Wirkungsprinzip erschließt und sich aus naturwissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnissen schöpft (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 13 ff.).

Gesundheitsförderung stellt eine Promotionsstrategie dar, die neben bevölkerungsmedizinischen auch ökonomische, politische, soziale und kulturelle Faktoren miteinbezieht. (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 13). Am ersten November 1986 fand die erste internationale Konferenz der Weltgesundheitsorganisation zu Gesundheitsförderung statt. Hier wurde konstatiert, dass Gesundheit zwar einen essentiellen Teil des Lebens ausmache, dabei jedoch nicht als hauptsächliches Lebensziel gelte. Neben somatischen Befähigungen, werden individuelle und soziale Ressourcen als ebenbürtig angesehen (WHO, 1986, S. 1). Es gilt also eine Verbesserung der Lebensbedingungen anzustreben, da so eine Ermächtigung zu gesundheitlicher Entfaltung ermöglicht werden kann. Diese Lebensbedingungen finden sich in ökonomischen, kulturellen und sozialen Aspekten, als auch bei Bildungschancen und Hygiene. Nach dem salutogenetischen Wirkungsprinzip bedeutet dies Schutzfaktoren und Fähigkeiten zu stärken. Dies betrifft soziale, wirtschaftliche, behaviorale, psychische, sowie Umweltfaktoren und einen Zugang zu gesundheitlich bedeutenden Leistungen (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 13 ff.).

4. Rechtliche Rahmenbedingungen

Im Folgenden wird ein Abriss der Rechtssituationen, die diese Abfassung determinieren, vorgenommen. Dieser umfasst einerseits die Gesetzgebung bezüglich präventiver und gesundheitsförderlicher Handlungsmöglichkeiten. Des Weiteren wird das aktuell geltende Prostitutionsgesetz, sowie das ab dem 01. Juli 2017 in Kraft tretende Prostitutionsschutzgesetz beleuchtet. Zuletzt wird die Sperrgebietsverordnung, welche in Teilen der Stadt Hamburg gilt, sowie die Kontaktverbotsordnung erläutert.

4.1. Gesundheitsförderung und Prävention

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) am 25. Juli 2015 ergaben sich weitreichende Änderungen unter anderem im fünften Sozialgesetzbuch. Hier wurde eine Betonung des Fokus auf „gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung“ in § 1 Absatz 1 PräVG eingefügt. Außerdem sollen laut § 2b PräVG „*geschlechtsspezifische Besonderheiten*“ in der Gesundheitsversorgung von Krankenkassen mehr in den Mittelpunkt gerückt werden. Gleiches gilt für die „Erfassung gesundheitlicher Risiken“ in § 11 Absatz 1 Nummer 3 PräVG. Mehr als 500 Millionen Euro sollen somit seitens der Pflegekassen und Krankenkassen in Gesundheitsförderung und Prävention investiert werden. Ein besonderes Augenmerk soll dabei auf „Lebenswelten“ gerichtet werden, seien es beispielsweise Kindertagesstätten oder Firmen. Erhöhte finanzielle Zuwendung durch Krankenkassen sollen außerdem „Selbsthilfegruppen, -organisationen und Kontaktstellen“ erfahren (<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html>, aufgerufen am 18.05.2017).

4.2. Sexarbeit in der Bundesrepublik

Nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, sondern in weiten Teilen Europas war der Verkauf sexueller Dienstleistungen bis in die 90er Jahre weder verboten, noch sanktioniert. Dennoch gestalteten sich die Rahmenbedingungen insofern eingeschränkt, dass eine Ausübung schwerlich ohne Verstöße gegen die „Sittenwidrigkeit“ möglich war. Mit der Verabschiedung des Prostitutionsgesetzes erfolgte jedoch eine Anerkennung der Sexarbeit als Erwerbstätigkeit (Euchner, 2015, S. 108). Die

Bundesrepublik zeigt sich mit der heutigen Gesetzgebung im Europavergleich permissiv und liberal (Kavemann & Steffan, 2013, S. 9).

4.2.1. Das Prostitutionsgesetz

Durch das Inkrafttreten des Prostitutionsgesetzes (ProstG) am 01. Januar 2002 sollte die rechtliche Position von Sexarbeiter*innen gestärkt werden. Die bisherige rechtliche Situation besagte zwar, dass das Verkaufen sexueller Dienstleistung zwar erlaubt, jedoch sittenwidrig und daher nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch als „nichtig“ galt. Es bestand für Sexarbeiter*innen kein Zugang zu gesetzlichen Versicherungen. Durch § 1 ProstG ergibt sich die rechtliche Situation, dass ein Anspruch der Sexarbeiterin auf Zahlung des vereinbarten Entgelts nach Durchführung besteht. Der Vertrag gilt jedoch als einseitig verpflichtend, ergo besteht kein Anspruch für Bordellbetreibende oder Freier bezüglich der sexuellen Dienstleistung. Sexarbeiter*innen sind nach der Vereinbarung und Durchführung in der Position fehlende Zahlungen gerichtlich einzuklagen. § 2 ProstG besagt, dass eine gerichtliche Beurteilung der Qualität der Dienstleistung vor Gericht nicht bewertet werden kann, sowie ein Erlischen des Anspruchs der Sexarbeiter*innen auf Forderungen durch Einwendung unmöglich gemacht wird. Des Weiteren sind Dienstleistende der Sexarbeit nach § 3 ProstG in der Lage sich sozial-, kranken- und rentenversichern zu lassen.

Zu betonen sei, dass die eben illustrierte Gesetzgebung ausschließlich bei freiwilliger Ausübung der Tätigkeit anzuwenden ist. Wird der Sexarbeit unter Zwang nachgegangen, handelt es sich um einen Strafbestand des Menschenhandels zum Zwecke der sexuellen Ausbeutung, welcher im § 232 im Strafgesetzbuch behandelt wird (Kavemann & Steffan, 2013, S. 11).

4.2.2. Das Prostitutionsschutzgesetz

Am 21. Oktober 2016 wurden weitreichende Veränderung am Prostitutionsgesetz vorgenommen, die nicht nur eine Namensänderung hinzu „Gesetz zum Schutz von in der Prostitution tätigen (Prostituiertenschutzgesetz – ProstSchG)“ beinhaltete. § 3 Absatz 1 ProstSchG sieht eine verpflichtende Registrierung vor der Beginn der Tätigkeit vor, wobei § 3 Absatz 3 ProstSchG besagt, dass dies sowohl Personen, die sich in der Selbstständigkeit oder auch in einem Beschäftigungsverhältnis bewegen wollen, betrifft. § 4 ProstSchG konkretisiert die erforderlichen Angaben, die

bei Registrierung zu tätigen sind. Neben zwei Lichtbildern sind sowohl der komplette Name, Geburtsdatum und –ort, Staatsangehörigkeit, Hauptwohnsitz oder auch Zustellanschrift als auch der geplante Ort der Ausführung anzugeben.

§ 10 ProstSchG sieht gesundheitliche Beratung für alle Personen vor, die planen der Sexarbeit nachzugehen. Diese sei *„angepasst an die persönliche Lebenssituation [...] und soll insbesondere Fragen der Krankheitsverhütung, der Empfängnisregelung, der Schwangerschaft und der Risiken des Alkohol- und Drogengebrauchs einschließen“*, wie in § 10 Absatz 1 ProstSchG vorzufinden. § 1 Absatz 3 ProstSchG gibt indes vor, dass die gesundheitliche Beratung vor Anmeldung der Tätigkeit wahrzunehmen sei und von Sexarbeiter*innen, die jünger als 21 halbjährlich und bei Sexarbeiter*innen, die älter als 21 sind jährlich aufzufrischen seien. Absatz 6 verpflichtet die betroffenen Personen zur Mitführung der Bescheinigung der aktuellen Beratung bei der Tätigkeit. In Kraft treten wird das Gesetz am 01. Juli 2017.

4.3. Sperrgebietsverordnung

Weltweit gibt und gab es Bestrebungen das Anbieten sexueller Dienstleistungen entweder zu verhindern oder unsichtbar zu machen. Sei es durch Gesetzgebungen, die das langsame Umherfahren in Rotlichtbezirken und Ansprechen von Personen, „anti-social behaviour order“, zu dem auch das Aufsuchen von Sexarbeiter*innen gehören kann oder dem Errichten von Toleranz-Zonen (Abel, 2014, S. 588).

Artikel 279 des Einführungsgesetzes zum Strafgesetzbuch (EGStGB) gilt als Grundlage für eine Landesregierung *„zum Schutze der Jugend oder des öffentlichen Anstands“* das Anbieten sexueller Dienstleistungen gesetzlich zu untersagen. Seit dem 1. Oktober 1980 gilt dies auch für das Stadtgebiet St. Georg (HmbGVI, 1980, S.289).

Das Verbot von Straßensexarbeit kann eine Maßnahme darstellen, welche bei genauer Definierung der Problemstellung ordnungspolitische Herausforderungen reglementieren und bekämpfen kann (Euchner, 2015, S. 21). Ein erhöhtes

Polizeiaufkommen kann außerdem ein Sicherheitsgefühl erhöhen (Abel, 2014, S. 585). Dennoch lohnt ein Blick auf die Vielfältigkeit der Argumente unter denen das Verbot von Sexarbeit auf der Straße gerechtfertigt wird. Diese speisen sich unter anderem aus Aspekten der Moral und Tradition. Diese wären einerseits das in der Hamburger Sperrgebietsverordnung verankerte, konservative Argument der negativen Einflußnahme auf Kinder und Jugendliche und andererseits das traditionell-feministische Argument eine Erlaubnis würde die Ausbeutung der Frauen erleichtern. Des Weiteren können negative Einstellungen zur Sexarbeit auf der Straße einen rational-instrumentalen Hintergrund haben. Unter ökonomischem Blickwinkel wertet sie Grundstücke ab und verschlechtert den Ruf der Nachbarschaft. Bezogen auf öffentliche Ordnung geschieht eine Gefährdung der Allgemeinheit durch ein mit der Sexarbeit einhergehendes kriminelles Milieu. Dies kann das Aufkommen von Drogen, Menschenhandel, Gewalt und organisierter Kriminalität steigern. Aus Aspekten der Nachbarschaft kann ein erhöhtes Aufkommen von Lärm, sowie Freiern belastend wirken. Betont sei hier das Argument der Gesundheitsgefährdung, einhergehend mit sexuell übertragbaren Krankheiten, Rahmenbedingungen, denen es an Hygiene mangelt, sowie ein eventuelles Herumliegen von gebrauchten Kondomen und Utensilien, die für den Konsum von intravenös verabreichten Drogen gebraucht werden (Grohs, 2016, S. 128 f.).

Die Sperrgebietsverordnung, neben verkehrbehördlichen Regelungen und weiteren, ebnet der Polizei den rechtlichen Weg um verschiedene Maßnahmen zu nutzen um das Anbieten und Ausführen sexueller Dienstleistungen zu reduzieren. Auch das Unterbinden von betont langsamerer Fortbewegung mit dem Auto oder Gespräche mit Hotelbetreibenden, die ihre Zimmer stundenweise an Sexarbeiterinnen vermieten lässt sich somit gesetzlich rechtfertigen (Behörde für Soziales, 2010, S. 16).

4.4. Kontaktverbotsverordnung

Zusätzlich zur Sperrgebietsverordnung, beschloss der Senat der Stadt Hamburg am 24. Januar 2012 mit Hilfe der Kontaktverbotsverordnung auch potenzielle Kundenschaft finanziell zu sanktionieren.

„Trotz erheblicher Anstrengungen ist es mit den zur Verfügung stehenden polizeilichen Maßnahmen wie dem Platzverweis und der Verhängung von Bußgeldern nicht gelungen, die Prostitution spürbar einzudämmen.“
(<http://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/3245392/2012-01-24-bis-pm-kontaktverbot-sankt-georg/>, abgerufen am 09. Mai 2017).

Die Verordnung über das Verbot der Kontaktaufnahme zu Personen zur Vereinbarung entgeltlicher sexueller Dienstleistungen im Sperrgebiet (Kontaktverbotsverordnung - KontaktverbotsVO) gilt für den Stadtteil St. Georg. Personen, die zu anderen Personen Kontakt aufnehmen mit dem Zweck sexuelle Dienstleistungen mit anschließender finanzieller Entlohnung zu vereinbaren, droht nun eine Sanktionierung bis zu 5000 Euro (HmbGVBl., 2012, S.25).

5. Warum St. Georg nicht St. Pauli ist

Für die Stadt Hamburg gilt Prostitution als eine Möglichkeit zur touristischen Einnahmequelle. Die Romantisierung und entsprechende Tourismusförderung (Grohs, 2016, S. 127) des Rotlichtviertels um die Reeperbahn zeigt sich in Liedern wie beispielsweise „Große Freiheit“ von Hannes Wader:

*„Ich habe Lust mal auf den Kiez zu gehen
Zum Hans-Alberts-Platz, da wo die Mädchen steh'n
Den Kragen schlag ich hoch, zum einen weil es zieht
Andererseits naja damit mich keiner sieht“*

Oder der sogenannten „Historischen Hurentour“, zu finden auf der offiziellen Internetseite Hamburgs.

„Für die Teilnehmer geht es auf eine Reise durch das Gestern und Heute des ältesten Gewerbes der Welt: von der Prostitution im alten Babylon, über die Position der Kirche bis hin zum einstigen Leben und Arbeiten der Prostituierten auf St. Pauli.[...] Beim abschließenden Hurenschnaps sieht man das Rotlichtviertel dann schon in einem ganz anderen Licht.“

Die Straßensexarbeit St. Georgs lässt dabei eher wenig Platz für Schwärmerei. Sie unterscheidet sich in Punkten maßgeblich von den Rahmenbedingungen der Sexarbeit im Viertel St. Pauli. Zwar gelten beide als Sperrbezirke, die Stadt Hamburg spricht diese Regelung für St. Pauli jedoch nur von 06:00 bis 20:00 Uhr aus (HmbGVI, 1980, S. 289). Außerdem verrichten viele Sexarbeiter*innen St. Paulis

sexuelle Dienstleistungen meist in Laufhäusern, die andere hygienische Standards bieten und befinden sich in Vereinbarungen mit Zuhälter*innen (ragazza e.V., 2017).

Der von der Stadt Hamburg initiierte „Runde Tisch Sexuelle Dienstleistung“ fasst zusammen:

„In der allgemeinen Wahrnehmung ist St. Georg-Mitte in erster Linie ein Wohnquartier, St. Pauli im betreffenden Bereich um die Reeperbahn hingegen ein reines Vergnügungsviertel.“ (Behörde für Soziales, 2010, S. 18)

6. Gesundheitsbelastungen in der Straßensexarbeit

Folgend wird versucht einen Überblick über Faktoren zu erlangen, welche sich bei Sexarbeiterinnen auf der Straße als gesundheitsbeeinträchtigend erweisen können. Die Forschungslandschaft der Bundesrepublik und auch international konzentriert sich bis zu dem heutigen Tage hauptsächlich auf epidemische Erhebungen bezüglich sexuell übertragbarer Infektionen (Eickel & Nitschke, 2015, S. 106). Dies bestätigte sich, wie bereits erwähnt auch in der für diese Abfassung angestellte Literaturrecherche.

6.1. Verwendete Literatur

Im Folgenden werden die Studien kurz beschrieben auf deren Daten sich in der Analyse hauptsächlich berufen wurde und welche mit Informationen aus Fachliteratur, einem Informationsgespräch mit ragazza e.V. – Mitarbeitenden sowie der Informationsbroschüre des ragazza e.V. ergänzt oder fundiert wurden.

Rebecca Mellor und Andrew Lovell befragen in ihrer 2011 publizierte Studie „The lived experience of UK street-based sex workers and the health consequences.“ neun Sexarbeiterinnen, die auf der Straße tätig sind zu den Gründen ihres Verbleibs im Arbeitsfeld und der Wahrnehmung ihrer eigenen Gesundheit und dem Zugang zu Gesundheitsversorgung.

Lois Jackson, Carolyn Bennett und Barbara Sowinski verfolgten mit der qualitativen Interviewführung mit 68 Sexarbeiterinnen das Ziel Stressoren und somit gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren in Beruf- und Privatleben herauszufinden. 18 der 68 Befragten der Studie „Stress in the sex trade and beyond: Women working in the sex trade talk about the emotional stressors in their working and home lives.“ aus dem Jahre 2007 waren ausschließlich auf der Straße tätig. Dementsprechend wurden die Fragen sehr weit gefasst, was explizite Aussagen bezüglich der Arbeitswelt seitens der Straßensexarbeiterinnen erschwert haben könnte.

Harcourt, Christine, Ingrid van Beek, Jenny Heslop, Maria McMahon, und Basil Donovan erfragten mit Hilfe von Fragebögen 42 weibliche und sechs transgender Sexarbeiterinnen in der 2001 publizierte Studie „The health and welfare needs of female and transgender street sex workers in New South Wales.“. Erfasst wurden Daten zu Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitserfahrungen. Limitierend ist hier anzumerken, dass die Ergebnisse nicht den Frauen oder transgender-Personen zugeordnet werden konnten.

Draus, Paul, Juliette Roddy, und Kanzoni Asabigi führten 31 qualitative Interviews in ihrer Studie „Streets, strolls and spots: Sex work, drug use and social space in Detroit.“, welche 2015 publiziert wurde. Als große Einschränkung muss betont werden, dass die befragten Sexarbeiterinnen über die Teilnahme an einem gerichtlich-basiertem Rehabilitationsprogramm rekrutiert wurden und dies eine starke Einflußnahme auf die gegebenen Antworten genommen haben könnte. Hinzugezogen wurde die Studie jedoch, da sie ihren Fokus auf die „Fluidität“ zwischen den verschiedenen Orten des Alltagslebens der Frauen legt (the streets, the stroll, the spot) und die Komplexität der „Spielregeln“ zu betrachten vermag.

Dalla Rochelle führt in der 2002 publizierte Studie „Night Moves: A Qualitative Investigation Of Street-Level Sex Work.“ Interviews mit 43 Straßensexarbeiterinnen. Der Fokus lag dabei nur bedingt bei der Gesundheit, sondern vielmehr auf Lebensbedingungen und soziale Strukturen der Frauen in der Subkultur der

Sexarbeit und teilweise Drogenszene. Dennoch wurden daraus gesundheitsbelastende Faktoren abgeleitet.

In Jaels und Salisburys Studie: „A health needs assessment of street-based prostitutes: cross-sectional survey.“ aus dem Jahr 2004 wurden 71 Straßensexarbeiterinnen der Stadt Bristol zu ihren Lebensumständen interviewt und nach den Kriterien des GHS (general household service) gescreent. Das große Ungleichgewicht bezüglich sozialer und gesundheitlicher Chancengleichheit wird anhand eines Vergleichs mit der allgemeinen Population Großbritanniens gezogen.

Bungay, Vicky, Joy Johnson, Colleen Varcoe, und Susan Boyd untersuchen in der 2009 publizierte Studie „Women's health and use of crack cocaine in context: Structural and 'everyday' violence.“ einerseits den gesundheitlichen Zustand und demografische Informationen von 126 Sexarbeiterinnen der Straße, die angaben in den letzten 30 Tagen Crack konsumiert zu haben. Des Weiteren wurden 53 informelle und 13 tieferführende Interviews geführt um unter Anderem den Umgang der Frauen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu beleuchten. Von Erfassung und Befragung bezüglich HIV und STI wurde explizit abgesehen, da die Sexarbeiterinnen betonten, dass ein breiteres Verständnis ihrer generellen Gesundheit notwendig sei.

Sämtliche eben beschriebenen Studien wurden eigenständig übersetzt und werden folgend nicht mehr dementsprechend gekennzeichnet. Es muss unbedingt betont werden, dass eine Umlegung auf das Setting St. Georgs nicht ohne Vorbehalte passieren darf. Grundsätzlich müsste erforscht werden inwiefern die Arbeitsbedingungen der Sexarbeiterinnen in den genannten Studien auf die der Frauen in St. Georg umlegbar sind. Hinzu kommt, dass die Erhebungszeitpunkte der Studien teilweise weit zurück liegen.

6.2. Stigmatisierung und Illegalisierung

Einige der befragten Sexarbeiterinnen gaben in Mellors und Lovells Studie an extrem sensitiv bezüglich Bemerkungen und Blicke Außenstehender zu sein und sich dessen bewusst zu sein, dass sie „schmuddelig“ aussähen (Mellor & Lovell, 2011, S. 319). Auch in Jacksons Erhebung kristallisierte sich heraus, dass die Frauen sich der Differenzen zur „normalen“ Welt bewusst sein und Stigmatisierungen wahrzunehmen (Jackson et al., 2007, S. 266). Stigmatisierungen wirken sich auf viele Lebens- und Erfahrungsbereiche negativ aus. Diese betreffen unter anderem soziale Beziehungen, psychische und behaviorale Aspekte, körperliche Befindlichkeiten und das Aufsuchen von Gesundheitsvorsorge. Menschen, die unter Stigmatisierung leiden, sind mit Brandmarkungen, Stereotypisierungen, Separierung und Statusverlust in einem Kontext in dem Macht ausgeübt wird, konfrontiert (Hatzenbuehler et al., 2013, S. 813 ff.).

Harcourt und Kolleg*innen stellen fest, dass *„der Preis für das mit der Straßensexarbeit einhergehende höhere Einkommen und Autonomie [...] sei, dem Druck der Gemeinde über den Weg der Polizei ausgeliefert zu sein.“* Konflikte, die mit der Polizei entstünden, hätten ihren Ursprung in dem Druck der Anwohner, Geschäfte und der Politik (Harcourt et al., 2001, S. 88). In einem illegalisiertem Setting, wie es auch der Sperrbezirk um St. Georg ist, kann der Arbeitsalltag als ein Zusammenspiel aus dem Kontakt mit der Kundschaft, beziehungsweise der Tätigkeit, der Suche nach Zufluchtsorten und polizeilicher Präsenz darstellen (Draus, Roddy, & Asabigi, 2015, S. 456).

Um den Bogen zum Kapitel Selbstschutz zu spannen, sei dazu gesagt, dass der permanente Druck gegen Gesetzlichkeiten zu verstoßen, die Gefahr mit gewalttätiger Kundschaft zu arbeiten, erhöht. Straßensexarbeiterinnen möchten einem Strafgehalt durch die Polizei entgehen und bleiben dadurch stets in Bewegung um nicht als solche erkannt zu werden. Zeitgleich soll jedoch die Aufmerksamkeit der Klienten erregt werden, wobei „Verhandlungszeiten“ nur sehr kurz gehalten werden können um nicht aufzufallen. Auch zeigt sich die Vulnerabilität der Sexarbeiterinnen erhöht, da die Klienten in dem Wissen waren, dass die Wahrscheinlichkeit, dass die Polizei in Folge einer Straftat gerufen werden würde, stark heruntergesetzt ist. Noch mehr betroffen ist dabei die Gruppe der „culturally and linguistically diverse sex-

worker“, da neben eventuell auftretender Sprachbarrieren auch die Konfrontation mit Rassismen, sowohl seitens der Klienten als auch der Exekutive gegeben sind (Baratosy & Wendt, 2017, S. 39).

Doch Stigmatisierung erfolgt auch innerhalb der Szene: Dalla und Kolleg*innen erfassten, dass in der herrschenden Hierarchie, die in der Sexarbeit besteht, die Tätigkeit auf der Straße am niedrigsten stünde. Innerhalb dessen befinde sich die Beschaffungs-Sexarbeit wiederum auf der untersten Stufe. Über konsumierende Straßensexarbeiterinnen, bestünden die Annahmen, dass sie „alles für jedes Geld machen würden“ und somit den Marktpreis allgemein senken würden. Des Weiteren würde die Reputation der Straßensexarbeit durch die Anwesenheit konsumierender Frauen gesenkt (Dalla, 2002, S. 68). Besondere Belastungen ergeben sich deshalb für Sexarbeiterinnen, die dazu noch illegalisierte Drogen konsumieren und sich somit *„in der Situation der Doppelkriminalisierung befinden“* (ragazza e.V., 2017):

„Hinzu kommen repressive Maßnahmen der Ordnungsbehörden; die ständige Gefahr, gejagt und in Personengewahrsam genommen zu werden, trägt nicht unerheblich dazu bei, dass sich Prostituierte fortwährend in Stress und Angst befinden.“ (Kersch, 2005, S. 117).

Finanzielle Belastungen in Folge von Verstößen gegen die Sperrgebietsverordnung stellen große Stressoren im Alltag der Sexarbeiterinnen in St. Georg dar. Bußgelder beginnen eingangs bei circa 200 € und steigern sich bei mehrmaligem polizeilich festgestellten Delikten bis zu 400 € bis sie zu einer Strafsache werden, welche bis zu Freiheitsentzug sanktioniert werden (ragazza e.V., 2017).

Organisationen, die sich für die Rechte für Sexarbeiterinnen einsetzen und von diesen selbst mitgestaltet werden, können eine große Unterstützung bieten. Denn die Arbeit in einem kriminalisierten Setting bedeutet auch das Fehlen von Arbeitnehmer*innenrechten und Ansprüchen auf betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutzgesetz. Informationen und die Inanspruchnahme einer Peer-Gruppe fallen aus dem Anspruch heraus möglichst unauffällig zu bleiben jedoch weg (Baratosy & Wendt, 2017, S. 38). Bei der Gruppe der Sexarbeiterinnen in St. Georg kann des

Weiteren vermutet werden, dass die Priorisierung zuerst beim direkten Überleben und nicht im Kampf für Arbeitnehmer*innenrechte liegt.

6.3. Gewalterfahrungen

Das Segment der Straßensexarbeit ist das Segment, welches unter den verschiedenen Arten der Sexarbeit die den im Vergleich größten Anteil von Ausübenden mit bereits bestehender Drogenabhängigkeit oder psychischer Vorerkrankung innehat. Diesem Umstand ist es unter Anderem geschuldet, dass Straßensexarbeiterinnen die geringsten Kontrollmöglichkeiten bezüglich Gewalterlebnissen seitens der Kundschaft innehaben (Ross et al., 2012, S. 116).

Gewalt, die von der Kundschaft an Sexarbeiterinnen ausgeübt wird, kann sich sowohl auf physischer, als auch auf psychischer Ebene äußern. Dazu betonen die von Jackson und Kolleg*innen befragten Sexarbeiterinnen, emotional negative Folgen nach körperlichen Gewalterfahrungen wahrzunehmen (Jackson et al., 2007, S. 262). Doch Gewalt wird nicht nur in der Situation der sexuellen Dienstleistung ausgeübt, die von Mellor und Kolleg*innen interviewten Straßensexarbeiterinnen gaben an Übergriffe auch vom Wohnumfeld erfahren zu haben (Mellor & Lovell, 2011, S. 318).

Diese Erkenntnisse decken sich Großteils mit denen von Harcourt und Kolleg*innen. 75% der Befragten gaben in ihrer Studie an physische Gewalt am Arbeitsplatz erfahren zu haben. Diese ging zwar größtenteils von der (potenziellen) Kundschaft aus, wurde aber ebenso von Voyeuren, Anwohnenden oder anderen Sexarbeiter*innen ausgeübt. Die Bandbreite der Gewalterfahrungen reichte von körperlichen Übergriffen, bis ausgeführter oder versuchter Vergewaltigung, teils unter Bedrohung mit Messern oder Schusswaffen, sowie Bedrohung oder Raub (Harcourt et al., 2001, S. 86). Ebenso gaben 73% der 52 von Jael und Kolleg*innen befragten Sexarbeiterinnen an gewaltvolle Übergriffe – teils unter Waffennutzung - erfahren zu haben (Jael & Salisbury, 2004, S. 149).

6.4. Erschwerter Selbstschutz

Um sichere Sexpraktiken einzufordern, bedarf es einiger Fähigkeiten – darunter auch die Bedingungen, Grenzen und Forderungen zu kommunizieren (Free et al., 2007, S. 110, eigene Übersetzung). Da der Fokus hier nicht auf den Selbstschutz vor sexuell übertragbaren Infektionen liegen soll, werden folgend gesundheitseinschränkende Aspekte besonders bezüglich gewaltvollen Erfahrungen oder Grenzüberschreitungen zusammengefasst. Viele Frauen, die der Sexarbeit auf der Straße nachgehen, empfinden es als beängstigend oder belastend nicht wissen zu können wer der nächste Kunde sein wird, wie gewaltbereit er sein könnte oder ob das Erfüllen seiner Wünsche die eigenen Grenzen überschreiten würden (Jackson et al., 2007, S. 262).

Um potenziell gewalttätige Klienten zu meiden, müssen die Sexarbeiterinnen häufig auf ihre Intuition vertrauen (Dalla, 2002, S. 70). Die Voreinschätzung des Gegenübers muss oftmals innerhalb sehr kurzer Zeit von Statten gehen und resultiert deshalb oftmals in von außen betrachtet als banal empfundenen Kriterien wie Farbe und Zustand des Autos. Die Sexarbeiterinnen sind sich bewusst, dass sie in der Situation nur bedingt Kontrolle haben können und müssen viele Faktoren vor und während des Geschäfts bedenken wie zum Beispiel im Fahrzeug immer auf dem Beifahrersitz Platz zu nehmen um einen besseren Fluchtweg zu haben (Barnard, 1993, S. 692). Dies bestätigt ragazza e.V.:

„Safer work auf dem Straßenstrich heißt, wenn möglich vorbereitet zur Arbeit zu gehen. D.h. keine Kleidungsstücke anziehen, die zur Falle werden könnten. Eine Preisliste im Kopf zu haben. [...] Und auf der Straße immer wieder die Situation prüfen: Was will ich machen? Zu welchem Preis? Wo? Will ich in dieses Auto steigen?“ (ragazza e.V., 2015, S.28)

Die Mitarbeitenden des ragazza e.V. betonten den Wert und zugleich die Seltenheit von Stammkundschaft. Die Wahrscheinlichkeit von Übergriffen sei hier stark vermindert und zugleich könne Vertrauen und bestenfalls eine Schlafgelegenheit geboten werden. Dennoch sei St. Georg ein „typisches Bahnhofsviertel“ in dem sich der Großteil der Kundschaft aus Geschäftsreisenden speise (ragazza e.V., 2017).

6.5. Beziehungen zu anderen Sexarbeiterinnen

Ein Großteil der Sexarbeiterinnen, die auf der Straße tätig sind, schätzt die mit dem Arbeitsfeld einhergehende Autonomie (Harcourt et al., 2001, S. 87). Doch auch wenn eine Sexarbeiterin auf der Straße mit ihrer Kundschaft meist alleine ist, ist sie zwischen den Verrichtungen von Kolleginnen umgeben mit denen sich verständlicherweise Beziehungen aufbauen oder deren Verhalten sich auf die eigene Arbeit auswirken können.

Dalla widerlegt den Mythos, der besagt, dass weibliche Sexarbeiterinnen sich häufig zu Gruppen formieren, die sich gegenseitig Unterstützung und Schutz bieten. Vielmehr gibt ein Großteil der Sexarbeiterinnen, 65%, an, dass jede auf der Straße für sich selbst verantwortlich sei. Beziehungen zu anderen Ausübenden wurden eher auf der Basis von Konkurrenz als auf Unterstützung gesehen (Dalla, 2002, S. 68).

Jackson und Kolleg*innen betonen, dass Sexarbeiterinnen einen viel größeren Einfluss auf einander und ihren Arbeitsalltag hätten als bisher angenommen - selbst, wenn sie keinen persönlichen Kontakt zueinander haben. Ein Teil der Frauen gab an das Gefühl zu haben, dass sich Aggressionen der Kundschaft, welche darauf zurückzuführen wären, dass diese durch vorherige Sexarbeiterinnen ausgeraubt wurden, an ihnen ausgelebt wurden. Aus diversen Gründen kann es vorkommen, dass eine Sexarbeiterin eine Dienstleistung unter dem Durchschnittspreis anbietet, woraus resultiert, dass das Preisniveau der anderen schwieriger gehalten werden kann. Frauen, die selbst „Preis-Dumping“ betrieben oder betreiben geben an große Angst vor der Entdeckung dessen und daraus folgenden Schlägen oder Diebstahl ausgeführt von Kolleginnen zu haben. Auch hätten Freundschaften mit anderen Sexarbeiterinnen den Nachteil, dass sie Angst um die Freundin im als gefährlich empfundenen Setting schüre (Jackson et al., 2007, S. 263).

In Barnards Studie stellte sich dar, dass einige der Frauen sehr wohl auf den Schutz, den Kolleginnen bieten konnten, vertrauten. Dies umfasste sowohl das sichtliche Erfassen der Autonummernschilder, aufeinander zu warten bis die Tätigkeit beendet war oder eine örtlich nahe Zusammenarbeit (Barnard, 1993, S. 695).

Schrader betont das unzureichende Schutzbedingungen aufgrund fehlender Arbeitnehmer*innenrechte Gewalterfahrungen durch Kundschaft den Weg ebneten. Sie stützt sich dabei auf Interviewaussagen der Sexarbeiterinnen St. Georgs, die bezeugen, dass Warnungen vor gewalttätiger Kundschaft schlussendlich eher auf Zufälligkeit, als auf ein Sicherheitsnetz zurückzuführen wären (Schrader, 2015, S. 223).

6.6. Einflussnahme auf das private, bzw. familiäre Setting

Aus der von Jackson und Kolleg*innen durchgeführten Studie ergab sich, dass die mitunter mit der Tätigkeit in der Straßensexarbeit einhergehende Mobilität bezüglich des Wohnortes Stress und Unsicherheiten der Frauen steigern. Dies erhöhe sich zusätzlich, wenn die Tätigkeit verdeckt ausgeübt wurde oder die Befragten Kinder hatten. Gemäß dem Fall, dass andere Personen auf die Kinder aufpassten, während die Frauen der Sexarbeit nachgingen, wurde die Einflussnahme dieser auf die Erziehung der Kinder als teilweise störend wahrgenommen. Wurde der Beruf versteckt ausgeübt, ergab sich daraus die Angst entdeckt zu werden und somit mit möglichen Konsequenzen wie Angst, Wut und Scham seitens der Familie umgehen zu müssen. Einige berichteten auch, dass die Familie bereits von der Tätigkeit wusste und daraus Enttäuschung, Verletzung und Scham resultierten. Das Ausüben der Sexarbeit geht also oft im Verdeckten und ohne Kenntnis des Umfelds von Statten und fordert somit viel Management. Sollte dies scheitern, fürchten die Frauen – neben Schwierigkeiten im Privatleben - auch nachhaltige Folgen auf das Berufsleben (Jackson et al., 2007, S. 263 ff.). Dies deckt sich mit den Erkenntnissen, die Harcourt darstellt. Die Vereinbarkeit der teilweise unüblichen Arbeitszeiten und Kinderbetreuung, sowie keine zeitlichen und finanziellen Mittel zur Verfügung zu haben diese zu organisieren, stellt sich als Belastung für die Sexarbeiterinnen dar. Des Weiteren gaben 27,1% der achtundvierzig Befragten an keine nahe freundschaftliche und unterstützende Bezugsperson nennen zu können (Harcourt et al., 2001, S. 87).

Ein*e Mitarbeiter*in des ragazza e.V. betonte, dass schätzungsweise zwei Drittel der regelmäßigen Besucherinnen der Einrichtung über keinen steten Wohnraum oder die Möglichkeit eines zeitweiligen Schlafplatzes im privaten Umfeld verfügen.

Unbestritten kann festgestellt werden, dass Wohnungs- und Obdachlosigkeit drastische Folgen für den gesundheitlichen Status bedeuten. Als ein Beispiel sei hier die Dissertation von Grabs genannt, in der 307 Menschen, die in der Situation der Wohnungslosigkeit verstorben waren, auf deren Todesursache untersucht worden waren. Die Vielfalt der Erkrankungen war zwar enorm, als Hauptursachen wurden jedoch Intoxikationen, Herz- und Gefäßerkrankungen, Infektionen und Suizid ausgemacht. Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt des Todes lag bei 46,52 Jahren (Grabs, 2007).

Des Weiteren schätzte ein*e Mitarbeiter*in, dass circa 90% der Sexarbeiterinnen, die die Einrichtung regelmäßig besuchen, Kinder hätten. Keine der Frauen sei jedoch im Besitz des Sorgerechts. Frequenz und Intensivität des Kontakts mit den Kindern sei von Frau zu Frau verschieden, bei näheren Gesprächen stelle sich jedoch bei allen die Situation als stark belastend heraus (ragazza e.V., 2017).

6.7. Drogengebrauch

„Die meisten Frauen, die als Prostituierte arbeiten, benutzen legale und illegalisierte Drogen, damit sie Sexarbeit ertragen können. Ein Großteil von ihnen kann den Konsum steuern. Er ist in das Leben integriert und nicht das Element, das das Leben bestimmt. Dies ist bei fast allen unseren Klientinnen anders.“ (ragazza e.V., 2015, S. 25)

Die Zugangskriterien für das Aufsuchen der Einrichtung ragazza e.V. sind hochfrequenter Konsum „harter Drogen“ wie Heroin, Kokain oder Crack und die Tätigkeit als Straßensexarbeiterin (Ragazza e.V., 2017). Crack ist mit geschätzten 90% die am meisten konsumierte Droge der Besucherinnen von ragazza e.V. (Ragazza e.V., 2015, S. 20). Frauen, die sich in der Abhängigkeit nach illegalisierten Substanzen befinden und diese durch Straßensexarbeit finanzieren, stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar. Die Arbeitsbedingungen des Straßenstrichs, sowie drohende oder bestehende Entzugssymptomatik erhöhen das Risiko sexualisierter Gewalterfahrungen, Preissenkungen der Tätigkeiten, den Verzicht auf Kondome oder belastender Sexualdienstleistungen (Kerschl, 2005, S. 117).

Schrader bemängelt einen derzeit herrschenden Diskurs über Konsum und Sucht als „undifferenziert“. Er ignoriere „vielfältige Indikationen“ des Gebrauchs von Drogen und verwende die Begriffe „Sucht und Abhängigkeit“ als Instrumentarien der Stigmatisierung und Ausgrenzung (Schrader, 2013, S. 54). Ursprünge der Sucht sind als vielfältig zu begreifen. Das Streben einer Umgestaltung des derzeitigen Zustands, sei es physisch oder psychisch, kann als große Gemeinsamkeit gesehen werden (Gross, 2016, S. 8).

Der Großteil der Sexarbeiterinnen der Straße, die Drogen konsumieren, waren sich bei der von Harcourt und Kolleg*innen durchgeführten Studie nicht sicher, ob sie „arbeiten um zu konsumieren“ oder „konsumieren um zu arbeiten“ (Harcourt et al., 2001, S. 88).

Das Team um Risser stellt in seiner 2006 publizierten Studie fest, dass die Frauen, die in der Sexarbeit tätig waren und konsumierten ein niedrigeres Selbstbewusstsein, erhöhtes Aufkommen von ängstlichen und depressiven Verstimmungen, sowie eine verminderte Sicherheit bezüglich Entscheidungsfindung aufzeigten (Risser et al., 2006, S. 650). Es lässt sich also die Vermutung anstellen, dass die Abhängigkeit von Drogen den Selbstschutz erschwert. Viele Sexarbeiterinnen gaben an großen Wert auf der Wahrung des eigenen Bilds von Selbstwert und Würde zu legen, eine finanzielle Not könnte jedoch eine Überschreitung der eigenen Grenzen bedingen (Barnard, 1993, S. 694). Auch dies nimmt vermutlich negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit.

Gesundheitliche Folgen des Crack-Konsums können in physischer und psychischer Hinsicht frappierend und weitreichend sein. Sie umfassen Infekte der Atemwege, chronischen trockenen Husten und Abhusten von Schleim. Auch Zähne und Zahnfleisch können durch Trockenheit Schaden nehmen. Hinzu kommt, dass sich Infekte und Abszesse der Haut bilden können. Dauerkonsumierende von Crack berichten außerdem über wiederkehrende nervöse, ängstliche, paranoide und depressive Verstimmungen (Bungay et al., 2010, S. 323).

6.8. Psychische (Vor)-Belastungen

Ross und Kolleg*innen weisen darauf hin, dass vor allem im Feld der Straßensexarbeit das Risiko eines geminderten mentalen Gesundheitszustand gegeben zu sein scheint (Ross et al., 2012, S. 114).

Bei der von Jael und Salisbury durchgeführten Studie ergab sich, dass unter den befragten Sexarbeiterinnen die Kriterien für eine Angststörung oder depressive Erkrankung die höchste Prävalenz aufzeigten (Jael & Salisbury, 2004, S. 148).

Bei Mellors und Lovells Studie gaben alle befragten Straßensexarbeiterinnen auf Nachfrage an, dass „Depression Realität sei“ (Mellor & Lovell, 2011, S. 317). Die Studie des Teams um Risser zeigt, dass Crack-Konsumierende und als Sexarbeiterinnen tätige Frauen die höchsten Raten an depressiven Erkrankungen und Angststörungen, sowie ein vermindertes Selbstbewusstsein im Vergleich zu den befragten Frauen, die niemals Sexarbeiterinnen gewesen waren (Risser et al., 2006, S. 649). .

6.9. Somatische Belastungen

Vierundfünfzig Prozent der von Jael und Salisbury befragten Frauen gaben an ihren eigenen Gesundheitszustand als schlecht zu beschreiben. Sieben Prozent würden ihn als gut beschreiben. Dazu sei jedoch erwähnt, dass alle Interviewten angaben eine Alkohol- oder Drogensuchtproblematik zu durchleben oder durchlebt zu haben. Zum Erhebungszeitpunkt gaben sechsendneunzig der Befragten an alkohol- oder drogenabhängig zu sein, wobei davon wiederum sechzig Prozent der Frauen Drogen intravenös konsumierten. Des Weiteren wurde nach den Kriterien der General Household Surveys (Riaz, et al., 2017), eine Einschätzung des gesundheitlichen Status der Sexarbeiterinnen vorgenommen. Dabei ergab sich, dass alle Befragten die Kriterien für eine chronische Erkrankung und die Hälfte der Frauen die Kriterien für eine akute Erkrankung erfüllten. Die Arten der Erkrankungen waren dabei sehr vielfältig und reichten von rezidivierenden Atemwegsinfektionen über tiefer Beinvenenthrombose hinzu Muskoskeletalerkrankungen (Jael & Salisbury, 2004, S. 148 ff.).

Eickel und Nitschke stellen die Vielfalt der somatisch gesundheitsschädigenden Faktoren der Sexarbeit dar und weiten somit den Blick auf ein differenziertes Bild, abseits von STI und Drogenkonsum. Seien es gesundheitliche Komplikationen aufgrund von Kleidung, die dem Wetter nicht angepasst sein kann oder ein trockenes Scheidenmilieu, welches auf den unsachgemäßen Gebrauch von Intimhygienetüchern zurückzuführen sei (Eickel & Nitschke, 2015, S. 110). Weil diese Einschätzungen jedoch nicht weiter auf der Basis von Befragungen oder persönlichen Einschätzungen von Betroffenen begründet werden, werden diese hier nicht weiter ausgeführt.

In der Studie „The Impact of the Prostitution Reform Act on the Health and Safety Practices of Sex Workers“, welche 2007 veranlasst wurde, gaben 25,5% der Straßensexarbeiterinnen an aufgrund ihrer Arbeit Verletzungen erlitten zu haben. Diese führten meist aus Auseinandersetzungen mit Klienten oder durch ruppig ausgeführten Verkehr, welcher anale oder vaginale Traumata nach sich zog. Des Weiteren berichteten die Befragten von Muskelzerrungen, Rückenschmerzen oder Stauchungen an Hand- und Fußgelenken (Abel et al., 2007, S. 161).

7. Belastungsebenen der Sexarbeiterinnen St. Georgs

Durch die eben benannten Aspekte kann aufgezeigt werden wie divers und auf wie vielen Ebenen gesundheitliche Belastung in der Straßensexarbeit stattfinden kann. Aus Informationen, die aus Feldstudien, sowie Informationen, die über die Zielgruppe „Straßensexarbeiterinnen aus St. Georg“ gesammelt werden konnten, wurde folgende Infografik generiert:

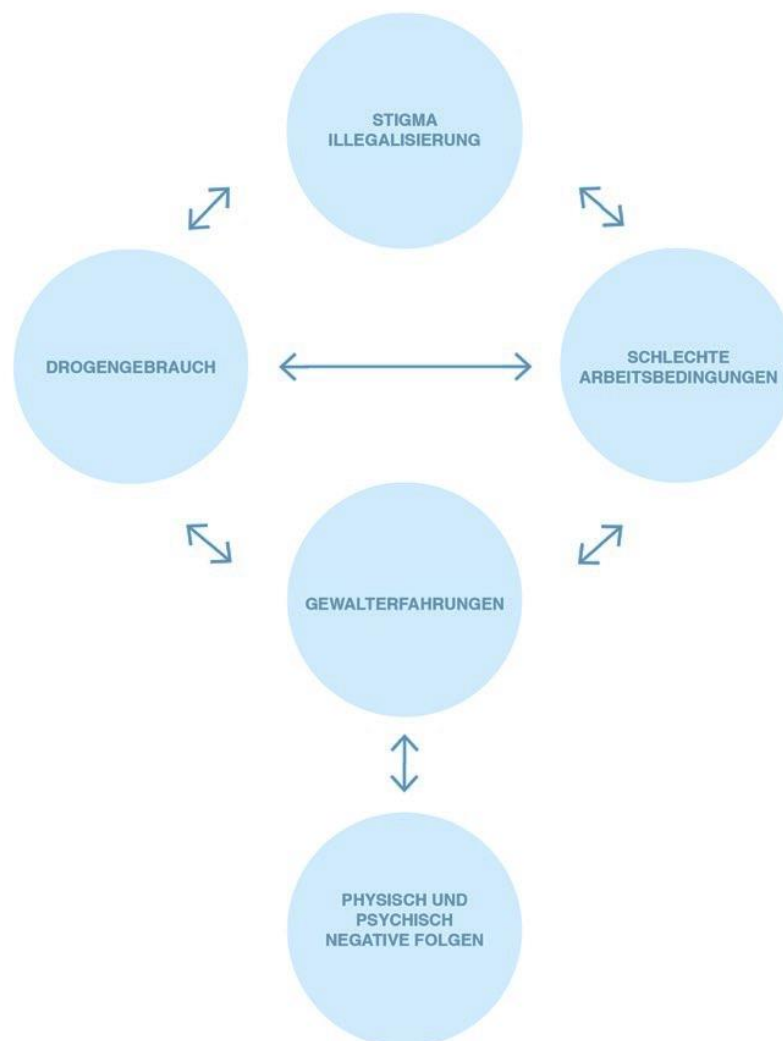


Abbildung 1: Belastungsebenen d. Sträßensexarbeiterinnen St. Georgs

Für die Zielgruppe der Sexarbeiterinnen in St. Georg ergeben sich aus der gesetzlichen Grundlage der Illegalisierung durch die Sperrgebietsverordnung und die Kontaktverbotsverordnung gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen. Wie bereits illustriert handelt es sich unter anderem um Stress, erschwerten Selbstschutz und gesetzlich nicht reglementierte Arbeitszeiten und Entlohnung. Wie bereits genannt nimmt Stigmatisierung negativen Einfluss auf vielfältige Aspekte des Lebens der betroffenen Person. Als besonders relevant wird bei der Gruppe der Sexarbeiterinnen hier das erschwerte Aufsuchen von gesundheitlichen Angeboten und die Gefahr, dass auch die Kundschaft der Personen eine Minderung der Wertschätzung im Umgang zeigen könnten. Die Befürchtung, dass sich auch gesundheitliches Personal abschätzig verhalten konnte – sei es aufgrund von Äußerlichkeiten oder auch

der spätestens mit dem Prostitutionsschutzgesetz verpflichtenden Preisgabe der Erwerbstätigkeit. Aus den Studien konnte herausgefiltert werden, dass einige der Sexarbeiterinnen, die sich in der Situation der Beschaffungssexarbeit befanden, für sich selbst nicht klar stellen konnten, ob sie „arbeiten um zu konsumieren oder konsumieren um zu arbeiten“. Hier besteht außerdem wiederum der Link zur Illegalisierung und Stigmatisierung, die „offensichtlich Drogenkonsumierende“ zu spüren bekommen und schlechten Arbeitsbedingungen, die sich durch Suchtdruck noch erhöhen. All die genannten Punkte bedingen sich also gegenseitig und erhöhen die Gefahr der Gewalterfahrung.

Die WHO unterteilt Gewalt an Sexarbeiterinnen in drei Dimensionen: die der physischen Gewalt, die der sexuellen Gewalt, zu der auch das Ausführen von Praktiken gehört, die als erniedrigend empfunden werden, und die emotionale oder psychische Gewalt. Letztere kann nicht nur im direkten Kontakt erfahren werden, sondern auch durch gesellschaftliche Abwertung oder den Verlust des Sorgerechts. Hinzugefügt werden Menschenrechtsverletzungen insofern, dass beispielsweise Grundbedürfnisse nicht gestillt werden können, Lohn nicht erhalten wird, Inhaftierungen vorgenommen werden oder unfreiwilliger Schlafentzug stattfindet (WHO, 2013, S.23).

Habel und Kolleg*innen lehnen sich in ihrer Studie an diesen Dimensionen an, verwenden jedoch statt dem Begriff der Menschenrechtsverletzungen den der „wirtschaftlichen Gewalt“, welcher hier als konkreter und somit greifbarer empfunden wird (Habel, et al., 2016). Als eindringliches Beispiel kann die Interviewaussage einer Sexarbeiterin St. Georgs, die in Kathrin Schraders „Drogenprostitution – Eine intersektionale Betrachtung zur Handlungsfähigkeit drogengebrauchender Sexarbeiterinnen“ wiedergegeben wird. Sie beschreibt von Polizist*innen fälschlicherweise des Verstoßes gegen die Sperrgebietsordnung bezichtigt zu werden, obwohl sie lediglich einen Passanten nach einer Zigarette gefragt hätte. Sie sehe keinen anderen Weg als die finanzielle Sanktionierung wieder durch Sexarbeit zu begleichen (Schrader, 2013, S. 216). Hier zeigt sich ein Zirkel aus Stigmatisierung mit folgender finanzieller Gewalt und der Verstärkung der bisherigen Lebens- und Arbeitsbedingungen.

Vermutlich ist die Gruppe der Sexarbeiterinnen in St. Georg also allen Gewaltformen ausgesetzt. Die Punkte „Stigmatisierung und Illegalisierung“, „Drogengebrauch“, „Schlechte Arbeitsbedingungen“ und „Gewalterfahrungen“ bedingen sich also gegenseitig und münden in der Gefahr eines psychisch und physisch als kritisch zu betrachtenden Gesundheitszustands, welcher im Umkehrschluss wiederum Einfluss auf die genannten Faktoren nimmt.

8. Derzeitige Prävention und Gesundheitsförderung im Setting der Sexarbeit

Dieses Kapitel wird eine Darstellung der aktuellen Forschungslandschaft bezüglich gesundheitsförderlicher Maßnahmen und Projekte enthalten, welche anhand dreier Datenbanken vorgenommen wird. Der Fokus der Forschungslandschaft wird daraus abgeleitet und Faktoren, die dem zu Grunde liegen könnten, werden aufgeworfen. Folgend werden Forderungen an Forschende gestellt, welche mit Hilfe des Präventionsgesetzes untermauert werden.

8.1. Darstellung des Forschungsstands

Aufgrund des Umfangs der Arbeit wird folgend nur auf drei Recherchen auf Online-Datenbanken zurückgegriffen um den Fokus der aktuellen Forschungslandschaft zu illustrieren. Diese sind „PubMed“, „EBSCO host“ und „PMC“.

„PubMed“:

Mit mehr als 27 Millionen „Zitationen“ gehört PubMed zu den größten Meta-Datenbanken aus unter anderem Bereichen der Krankenpflege, Medizin und Psychologie (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?otool=ideubgreiflib>, Stand: 21.04.2017).

Bei der Literaturrecherche wurde mit den MeSH-Terms „sexwork/prostitution“ und „health promotion“ vorgegangen. Mit dem mesh-term „men“ wurden männliche Sexarbeiter explizit ausgeschlossen. Von elf erhaltenen Ergebnissen befassten sich alle mit der Gesundheitsförderung von Sexarbeiterinnen in Entwicklungsländern, sechs davon legten ihren Fokus auf HIV.

„PMC“:

Das Archiv PubMed Central © gehört dem U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine an und stellt hauptsächlich Literatur der Biomedizin und Lebenswissenschaften zur Verfügung (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>, Stand:

21.04.2017). Besonders im Hinblick auf Interdisziplinarität und dem Fokus auf Lebenswelten wurde auf diese Datenbank zugegriffen. Auch hier wurde mit denselben meSH-terms wie bei „PubMed“ gearbeitet, das Ergebnis fiel dabei ähnlich aus. Zwar zeigte sich die Anzahl der Forschungsarbeiten mit 25 höher, jedoch befand sich in 19 Studien der Forschungsort in einem Entwicklungsland. 21 von 25 Studien befassten sich ebenso mit HIV.

„EBSCO host“:

EBSCO host gehört zu den größten Archiven evidenzbasierter klinischer Dezipion und spricht insbesondere der Gesundheitspflege einen großen Einfluss bezüglich adäquater Versorgung zu (<https://health.ebsco.com/about>, Stand: 21.04.2017).

Aufgrund des pflegerischen Fokus der Datenbank, wurden die Suchkriterien hier bewusst weiter gefasst. Es wurde nicht mit MeSH-Terms, sondern mit reinen Suchbegriffen gearbeitet. Diese waren „prostit*“, „sex work“ und „health promotion“. Studien, deren Titel „male“ oder „men“ enthielten, wurden ausgeschlossen. Von 53 erhaltenen Ergebnissen bezogen sich 34 auf Studien, die in Entwicklungsländern durchgeführt wurden und 25 auf HIV.

Für das in dieser Abfassung geltendes Verständnis von Gesundheitsförderung wurde keine der aufgefundenen Studien als passend empfunden. Weshalb soll nachfolgend auf den Grund gegangen werden.

8.2. Blinder Fleck Gesundheitsförderung und Straßensexarbeit?

Aus den literaturrechercherischen Ergebnissen lässt sich also ableiten, dass das Hauptaugenmerk der pflegerisch-medizinischen Forschung auch heute noch bei der Prävention von Erkrankungen im Zuge von Infektionen, die auf sexuellem Wege übertragen werden, liegt. Von Forschung bezüglich HIV und STI allgemein abgesehen, scheint der größte Bedarf in Entwicklungsländern gesehen zu werden.

Weshalb sind also unter den Kriterien, die im Kapitel über die Definition von Gesundheitsförderung und Prävention illustriert wurden, trotzdem viele Projekte und Studien unter dem Begriff Gesundheitsförderung zu finden, die im Grunde der Prävention zuzuordnen wären?

Dies begründet sich vermutlich unter Anderem aus dem Grund, dass eine strikte Trennung der beiden Begriffe bisher selten vorgenommen wird. Besonders die Gesundheitsförderung hat noch nicht die Basis als „gesellschaftlicher Wert“ wahrgenommen zu werden. Rahmenbedingungen, wie beispielweise private und soziale Umfeldler und Umstände, Institutionen zur sozialen und gemeindenahen Unterstützung oder Selbsthilfe-Einrichtungen, sind Aspekte zur Förderung der Gesundheit (Schneider, 2014, S. 26 ff.).

Es kann die Vermutung angestellt werden, dass zwar gesundheitsförderliche Projekte für Sexarbeiterinnen der Straße evaluiert wurden, diese jedoch nicht explizit als solche proklamiert wurden. Als Beispiel sei hier der Artikel „A decade of decriminalization: Sex work ‚down under‘ but not underground“ der Professorin für Gesundheitswissenschaften Gillian Abel genannt. Hier werden zwar die Dekriminalisierung von Sexarbeit in Neu Seeland und die Implementierung und Auswirkung dessen analysiert, der Begriff „health promotion“ fällt jedoch nur einmal und hier auch nicht auf den Akt der Legalisierung bezogen (Abel, 2014, S. 580-593).

Des Weiteren könnte die Gruppe der Sexarbeiterinnen, die auf der Straße tätig sind, für Forschende als vergleichsweise unattraktiv erscheinen. Aus der Lebenswelt und Arbeitswelt der Frauen ergeben sich allein diverse Hürden gesundheitsförderliche Angebote wahrzunehmen. Ähnliches ergibt sich für Erhebungen zum Beispiel in Form von Interviews. Es kann den zu Befragenden beispielweise erschwert sein Pünktlichkeit zu wahren, örtliche Entfernungen können aus finanzieller Not oder Angst vor Stigmatisierung im öffentlichen Raum erschwert bestritten werden. Erfahrungen herablassender Behandlung können Hemmnisse bezüglich eines erneuten Wahrnehmens gesundheitlicher Angebote aufbauen. Auch die Angst davor „auffällig zu werden“ und somit staatlich-finanzielle Zuwendungen zu verlieren, kann ein Grund sein genauso wie die Gruppe der Straßensexarbeiterinnen tendenziell schwer zu erreichen ist, Angebote seltener nutzt und teilweise Unwissen darüber herrscht inwiefern sie von diesen profitieren könnten (Mellor & Lovell, 2011, S. 319).

8.3. Forschungsfelder anhand des Präventionsgesetzes

Unter Berücksichtigung des erlassenen Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention kann der mangelnde Forschungsstand zur vulnerablen

Gruppe der Sexarbeiterinnen der Straße angeklagt werden. Es eröffnen sich weite Felder des Forschungsbedarfs, welche hier exemplarisch illustriert werden um die bestehenden defizitären Zustände darzustellen:

§ 20 Absatz 1 des Präventionsgesetzes sieht eine Steigerung der Befähigung des Individuums zu autonomen Handeln, dass der Gesundheit zuträglich ist, vor. Besonders soll dabei eine Verringerung der Chancen-Diskrepanz aufgrund von geschlechtlicher oder sozialer Zugehörigkeit von Statten gehen. Sowohl der Punkt der massiven sozialen Benachteiligung, als auch der Aspekt der Geschlechtszugehörigkeit kann bei der Zielgruppe „Sexarbeiterinnen, die auf der Straße tätig sind“ hervorgehoben werden. Die Ausübung einer erst seit Kurzem nicht mehr als „sittenwidrig“ geltenden Tätigkeit legt den Verdacht sozialer Ausgrenzung nahe. Besonders, wenn sie – wie bei der Straßensexarbeit – im öffentlichen Raum geschieht. Des Weiteren wird die Berufsgruppe der Sexarbeiter*innen immer noch größtenteils von Frauen repräsentiert.

§ 20 Absatz 2 des Präventionsgesetzes besagt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter Anderem entsprechende Aktionsfelder und Leistungen anzustreben hat um die Aspekte des ersten Absatzes zu realisieren. Zu betonen seien dabei bestehende Forschungslücken in der (gesundheitlichen) Bedarfserhebung und Möglichkeiten des Zugangs zur Zielgruppe.

§ 20 Absatz 3 Nummer 5 legt das Ziel der Steigerung persönlicher Kompetenz in Gesundheitsfragen fest. Dazu müsste jedoch zuerst erhoben werden wo und wie sich das Wissen von Straßensexarbeiterinnen in St. Georg bezüglich ihrer eigenen Gesundheit und ihrer Förderung verorten lässt.

„Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports.“ (BGBl. I, S.1369)

Sexarbeiterinnen, die ihre Dienstleistung auf der Straße anbieten, scheinen sich in einem Setting zu bewegen, das das Kennen spezifischer Regeln erfordert. Dies bedingt sich nicht nur aus dem Status der illegalisierten Erwerbstätigkeit und dem ständigen Risiko verhängter Bußgelder und solche vermeiden zu wollen. Auch die mit der Ausübung verbundene Stigmatisierung, etwaige Schnittstellen mit Drogenan-kauf und –verkauf, Obdach- und Wohnungslosigkeit und ein erschwerter Zugang zu Gesundheits- und Bildungssystem geben Grund für eine nähere forschersiche Be-leuchtung der Lebenswelten der Sexarbeiterinnen St. Georgs – insbesondere unter dem Deckmantel der Gesundheit.

9. Potenzielle Aufgabenfelder der Pflege

Folgendes Kapitel wird erläutern inwiefern sich die Profession der Pflege in der Verantwortung sehen kann gesundheitsförderliche und präventive Unterstützung und Angebote zu gestalten. Begonnen wird dabei mit der Forderung den Weg der Gesundheitsförderung grundsätzlich zu ebneten – auch im Hinblick der Kriminalisie-rung. Folgend wird dem Fokus „Gewalterfahrung“ mit dem Instrument „Brøset Violence Checklist“ begegnet. Nicht ohne im Vorhinein klarzustellen welche Faktoren die Pflege im Besonderen zur Implementierung dieses Instruments befähigt.

9.1. Gesundheitsförderung für kriminalisierte Straßensexarbeiterinnen

Die Argumente der erschwerten Aufwertung des Viertels St. Georgs und Szenerien, die mit prekärer und öffentlich angebotener Sexarbeit einhergehen können, und die von Anwohnenden als belastend angegeben werden, sprechen für Reglementie-rung der Sexarbeit und dessen Anbieten (Behörde für Soziales, 2010, S. 16). Da sich diese Abfassung jedoch mit den gesundheitseinschränkenden Faktoren von Sexarbeiterinnen beschäftigt, wird darauf hingewiesen, dass zumindest zwei der in der Infografik dargestellten Punkte, nämlich „Stigma und Illegalisierung“ und „schlechte Arbeitsbedingungen“ in positive Richtungen beeinflusst werden könnten. Auch wenn Stigmatisierung auch im entkriminalisierten Setting nicht instantan als beendet bezeichnet werden kann (Abel et al., 2007, S. 132).

Auch die WHO weist auf die gesundheitsförderlichen Effekte der Entkriminalisierung der Sexarbeit und der Implementierung antidiskriminierender Maßnahmen hin. Betont wird die Relevanz eines Gesundheitsservice, der niedrigschwellig und akzeptierend – vor allem unter der Vermeidung von Stigma und Diskriminierung und dem großen Augenmerk auf das Recht der „Gesundheit für Alle“, ist (WHO, 2013, S. 22). Die Regulierung durch das Prostitutionsgesetz, welches die Lage der Sexarbeiter*innen verbessern sollte, trifft die Problemlagen der Gruppe der Sexarbeiterinnen in St. Georg nicht. Des Weiteren gehören das Betäubungsmittelgesetz oder das Ausländerrecht zu den kriminalisierenden Faktoren im Leben der Frauen (Schrader, 2008, S. 10).

Um die Fähigkeit zum Selbstschutz und Autonomie in gesundheitlichen Aspekten zu stärken, gilt es einen Über- und Einblick in die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Sexarbeiterinnen in St. Georg zu erfassen. Ein Einbringen der Pflege in Form der forscherschen Erfassung der Lebens- und Arbeitswelt der Frauen könnte hier einen wesentlichen Beitrag leisten.

Sexarbeiterinnen der Straße im illegalisierten Setting und mit eventuell bestehender Drogenabhängigkeit sollten im Kontakt mit der Pflege nicht als Patientinnen verstanden werden. Es gilt vielmehr einen partizipativen Gesundheitszugang anzustreben. Es ist im Kontext von Gesundheitsförderung mit der benannten Zielgruppe unumgänglich wahrzunehmen und umzusetzen, dass Gesundheit sich aus dem Kontext von Chancen ergibt und subjektiv-individuell geformt und empfunden wird (Brieskorn-Zinke, 2004, S. 108). Deswegen sollte die höchste Priorität darin liegen, dass zuerst die Sexarbeiterinnen selbst die Möglichkeit erfahren ihre Bedürfnisse und Interessen seitens der Förderung ihrer eigenen Gesundheit zu formulieren!

9.2. Gemeinsamkeiten der Pflege mit der Sexarbeit

Neben dem Fakt, dass sowohl das Berufsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege, als auch die Sexarbeit hauptsächlich von Frauen* vertreten wird, finden sich durchaus Parallelen in der Ausübung der Tätigkeiten. Ein Blick, der über stigmatisierende

und vorurteilsbehaftete Bilder der „Prostituierten“ und „Krankenschwester“ hinausgeht, lohnt. Das Netzwerk Care Revolution, welches über 80 Gruppen aus dem Feld der sozialen Reproduktion umfasst, schließt die Sexarbeit ebenso ein wie die Gesundheits- und Krankenpflege, Erziehung, Hausarbeit, Bildung, Assistenz und Wohnen. Der Zusammenschluss des Netzwerkes begründet sich unter anderem in der angestrebten Aufwertung der Sorgearbeit im Allgemeinen, aber besonders unter den Aspekten von Sexismus, Klassenbezug und Rassismus (<http://care-revolution.org/veroeffentlichungen/>, abgerufen am 20.05.2017). Auch wenn die Annäherung der Berufsgruppen in der Bundesrepublik neu und interessant ist, kann aufgrund des Umfangs nicht mehr Platz eingeräumt werden. Eine kurze Darstellung wurde trotz dessen als relevant erachtet, da sie einen nicht unwesentlichen Teil zu den folgend dargestellten Überlegungen beitrug.

9.2.1. Gewalterfahrungen, körperliche Nähe und Individualität

Der Medizinethiker und Philosoph Maio stellt heraus, dass der Pflegeberuf außerdem ein *„Berührungsberuf [sei], der ohne körperlichen Kontakt nicht verwirklicht werden kann“*. In der Ausübung pflegerischer Tätigkeiten sei oftmals eine Intimität auf Ebenen integriert, die sowohl für Patient*innen, als auch Pflegende Grenzen der Scham und Nähe übersteigen können (Maio, 2016, S. 6). So individuell die Pflege einer Einzelperson, so individuell gestaltet sich vermutlich die sexuelle Dienstleistung. Es gibt weder „den Patienten“, noch „den Kunden“. So verschieden jedes Individuum an sich ist, so verschieden sind sowohl Menschen, die Pflege in Anspruch nehmen als auch Menschen, die sexuelle Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Daraus kann abgeleitet werden, dass sowohl Sexarbeit, als auch Pflege ein hohes Maß an Einfühlsamkeit und Menschenkenntnis bedarf – besonders aus dem Aspekt der körperlichen Nähe und der beiden Tätigkeiten als „Berührungsberufe“.

In „Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen – Ein Literaturüberblick“ werteten Zeh und Kolleg*innen Studien, die erfassten wie groß der Teil der Angestellten mit Aggressions- und Gewalterfahrungen im Berufsalltag der psychiatrischen oder allgemeinen Pflege ist, aus. Auch wurden Studien eingefasst, die eine Darstellung der Anzahl gewalttätiger Behandelte anstrebten. Zwar beinhalteten die

insgesamt 24 evaluierten Studien verschiedene Settings, zum Beispiel in Notaufnahmen, Intensivstationen oder psychiatrischen Stationen, verschiedene Zeiträume, von „den letzten fünf Schichten“ bis „gesamte Beschäftigungsdauer“ und verschiedene Länder, was vermuten lässt, dass das Standing der Pflegen sich stark unterscheiden kann. Es bildete sich ab, dass in den Prävalenzstudien, die den Anteil der Behandelten, die aggressives oder gewalttätiges Verhalten aufzeigten, sich ein Prozentsatz zwischen 11,2% und 57,4% auftrat. Studien, die eine Durchführungsdauer von mehr als zwölf Monaten beinhalteten stellten dar, dass Gewalterfahrungen von Pflegenden – sowohl in psychischer, als auch physischer Form – zwischen 11% und 96% lagen (Zeh, Schablon, Wohler, Richter, & Nienhaus, 2009, S. 450 ff).

Die retrospektive Querschnittstudie von Franz und Kolleg*innen knüpft an die Vermutung des erhöhten Gewalt- und Aggressionsaufkommens in pflegerischen Kontexten an. 99 Pflegepersonen, 22 Sozialarbeiter*innen und neun „Andere“, wie Personen, die ein freiwilliges soziales Jahr absolvierten, wurden zu Häufigkeit, Form und Gewicht verbaler (psychischer) und körperlicher Aggression, beziehungsweise Gewalt gegen ihre Person befragt. Die Befragten waren sowohl in zwei Pflegeheimen, als auch in einer psychiatrischen Klinik, als auch in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung tätig. Insgesamt gaben 70,7% der Befragten an physische Gewalt durch die Zu-Pflegenden erfahren zu haben, 89,4% gaben an verbale Gewalt erfahren zu haben (Franz et al., 2010, S. 2 ff.). Die verschiedenen Rahmenbedingungen und Settings unter denen die Studien abgefasst wurden, müssen jedoch nicht nur als Nachteil im Sinne der erschwerten Umlegbarkeit verstanden werden. Sie können ebenso als Indikator dessen gelten, dass ein Großteil der Pflegepersonen im Laufe der Ausübung des Berufes bezeugen kann entweder selbst Gewalt erlebt zu haben oder im Falle der Ausübung an einer anderen Person beobachtend gewesen zu sein.

Zusammenfassend kann also behauptet werden, dass mindestens drei Faktoren die Pflege dazu befähigen könnten, Sexarbeiterinnen präventive Hilfestellung zu leisten. Dies wären einerseits der Erfahrungsschatz aus intimen Situationen mit dem beruflichen Gegenüber und dem Auftreten von physischer und psychischer Gewalt,

sowie der Umgang mit Menschen verschiedenster Kontexte, Alters- und Habitusgruppen.

9.3. Gewaltprävention - Brøset Violence Checklist

Wie bereits vorangehend dargestellt, ist die Problemlage der gesundheitseinschränkenden Faktoren divers. Es stellt sich dabei die Frage inwiefern die Pflege Hilfestellung bieten kann. Die Handlungsfelder wären dabei vielfältig – sowohl im gesundheitsförderlichen, als auch im präventiven Sinne. Für die Sexarbeiterinnen auf dem Straßenstrich kann das Ansetzen bei der Verhinderung von Gewalt einen Beitrag zu einer eventuellen Verbesserung der Arbeitsbedingungen leisten.

Die aus Norwegen stammende Brøset Violence Checklist (BVC) wurde ursprünglich entwickelt um physische Gewaltpotential in den folgenden 24 Stunden von Patient*innen in psychiatrischer Behandlung auf Station gegen Personal oder andere Personen abzuschätzen. In der Anwendung füllen Pflegepersonen pro Schicht und Patient*in eine Checkliste aus. Diese enthält sechs verschiedene Verhaltensweisen, welche in ihrer aktuellen Ausprägung eingeschätzt werden sollen. Diese umfassen wie „confused“ (verwirrt), „irritable“ (nervös/reizbar) oder „boisterous“ (ungestüm) sich das Gegenüber verhält. Des Weiteren soll evaluiert werden, ob „verbal threats“ (verbale Bedrohungen), „physical threats“ (physische Drohungen) oder „attacks on objects“ (Angriffe auf Objekte) vorliegen. Bei Vorhandensein des jeweiligen Punktes wird jeweils ein Punkt verrechnet. Sollte die Summe bei 0 liegen, wird das Gewaltpotential als sehr gering eingeschätzt, bei 1-2 im mittleren Bereich, bei 3 und mehr Punkten als hoch (<http://riskassessment.no/files/BVC-English-version.pdf>, abgerufen am 17. Mai 2017).

Bisher wurde das Instrument hauptsächlich in der psychiatrischen Pflege angewandt. Selbstverständlich soll hier nicht impliziert werden, dass jede*r potenzielle Kund*in einer Sexarbeiterin psychiatrisch erkrankt ist. Jedoch verfügt die Brøset Violence Checklist über Kriterien, die sie unter anderen Instrumenten der Einschätzung von Gewaltpotenzial hervorstechen ließ. Rechenmacher und Kolleg*innen kommen in ihrer Studie zur Konklusion, dass die Checklist als ein valides Instrument zu Vorhersagung körperlicher Übergriffe darstellt

(Rechenmacher et al., 2014, S. 201, eigene Übersetzung). Das Team um Yao betont wiederum vor allem den Aspekt der Zeitersparnis und die leichte Anwendbarkeit des Instruments und sieht die Checklist als vielversprechendes Hilfsmittel zur Bestimmung potenziell gewalttätiger Patient*innen (Yao et al., 2014, S. 848, eigene Übersetzung). Auch Hvidhjelm und Kolleg*innen geben an eine zufriedenstellende Sensivität und Spezifität für die kurzfristige Risikoeinschätzung des Gewaltpotentials von Patient*innen gegenüber Personal und andere Personen im Instrument zu sehen (Hvidhjelm et al., 2014, S. 536, eigene Übersetzung). Des Weiteren scheint die Brøset Violence Checklist mit ihren sechs Items in kurzer Zeit zu erlernen und kann eine relativ kurzfristige Einschätzung ermöglichen.

Selbst wenn keine „originalgetreue“ Anwendung erfolgt, kann ein gewonnener Überblick über Anzeichen potenziell bevorstehender Gewaltäußerungen in der schnell auszuführenden Kontaktabklärung mit der Kundschaft hilfreich sein. Zusätzlich zu Intuition (Barnard, 1993, S. 690 f.; Dalla, 2002, S. 70; Jackson et al., 2007, S. 262), dem Tragen von Waffen als Mittel der Selbstverteidigung (Jackson et al., 2007, S. 264) oder der Nutzung eines „Freierbuchs“, wie es in der Einrichtung ragazza e.V. vorzufinden ist und das als Warnsystem unter den Sexarbeiterinnen fungiert.

Aus bereits illustrierten Gründen kann die Pflege eine entscheidende Rolle in der Gewaltprävention vornehmen. Ihr Erfahrungsschatz und Gemeinsamkeiten im Patient*innenkontakt befähigt sie zu einer akzeptierenden und verständnisvollen Schulung der Sexarbeiterinnen, falls diese das Angebot nutzen möchten. Denn auch hier gilt: Das Aufzwingen von Beratung oder Schulung und somit die Vorannahme zu wissen was Sexarbeiterinnen brauchen stigmatisiert zusätzlich!

10. Fazit

Welche gesundheitseinschränkende Faktoren benennen Sexarbeiterinnen der Straße bezüglich ihrer Tätigkeit? Eröffnen sich in der Literaturrecherche Angebote, die diese Bedarfe fokussieren? Inwiefern und aus welcher Expertise heraus kann sich die Pflege in Prävention und Gesundheitsförderung integrieren?

Durch das Heranziehen von Studien, die diese Frage an Sexarbeiterinnen richteten, konnten als besonders massiv empfundene gesundheitseinschränkende Aspekte benannt werden und ein Fokus auf die Thematik der Gewalterfahrung gelegt werden, welcher mit Hilfe des Instruments Brøset Violence Checklist seitens der Pflege präventiv begegnet werden könnte. Des Weiteren wird auf das Forschungsdefizit – auch der Pflegeforschung - der Bundesrepublik hingewiesen, welches bearbeitet werden müsste um das Feld der Gesundheitsförderung für Sexarbeiterinnen der Straße, vornehmlich im kriminalisierten Setting, zu erweitern. Die rechtliche Basis dafür besteht in Form des Präventionsgesetzes.

Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass der Fokus der Arbeit sich im Rechercheprozess änderte. Zu Beginn war eine Abfassung über somatisch-beeinträchtigende Arbeitsbedingungen im Arbeitsalltag der Sexarbeiterinnen auf der Straße das Ziel. Nach Befassung mit der Thematik sollte sich jedoch schnell herausstellen, dass auch die Sexarbeiterinnen selbst das Risiko beispielsweise einer tiefen Beinvenenthrombose nicht benannten. Der Anspruch Aspekte eigenständig herauszuarbeiten und entgegen der Stigmas „infizierte und geschlagene Prostituierte“ zu arbeiten galt von Anfang an, weswegen der Fokus nicht instantan auf Gewalterfahrung gelegt wurde. Auf die Frage wie es sich um Bildungshintergrund, Wahrnehmung des eigenen Körpers und dementsprechend einer Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands und der Benennung von Gesundheitsrisiken bestellt ist, konnte aufgrund des Arbeitsumfangs nicht bearbeitet werden. Ein Nebenziel der Abfassung sollte die Entstigmatisierung der Sexarbeit sein indem Gesundheitsrisiken, die auch in anderen Berufen vorkommen mögen, herausgestellt werden. Dennoch sollte sich nach kurzer Zeit herauskristalisieren, dass Sexarbeit eben kein „alltäglicher“ Beruf ist und sich große Belastungsaspekte auch aus der Makroebene begründen. In der Bearbeitung war es wichtig sich bewusst zu bleiben, dass sich der Großteil der persönlichen Berührungspunkte mit der Thematik Sexarbeit aus einer wissenschaftlichen Ebene speist. Dennoch sollte der Anspruch gewahrt werden nicht eine weitere Arbeit darüber zu verfassen was Sexarbeiterinnen aus der Sicht einer Person, die persönlich nie betroffen war, brauchen mögen.

Die verwendeten Quellen weisen teilweise sehr unterschiedliche Rahmenbedingungen auf. Es kann vermutet werden, dass beispielsweise die Zeit der Rekrutierung der befragten Frauen oder der Fakt, ob die Sexarbeiterinnen sich in einer Unterstützung-bietenden Einrichtung befanden großen Einfluss auf die Forschungsergebnisse haben konnten. Auch fand sich zu keiner Studie eine Kontrollgruppe von Frauen, die nicht in der Sexarbeit tätig oder Drogenkonsumierende waren, anhand derer sich Vergleichswerte und Relationen hätten herstellen lassen. Das Feld der Sexarbeit ist an sich ein sehr vielseitiges, gleiches gilt noch einmal für die Unterkategorie „Sexarbeit auf der Straße“. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Frauen hängen auch maßgeblich davon ab wo und wie die Straßensexarbeit verrichtet wird, es können sich also schon große Unterschiede zwischen verschiedenen Vierteln heraus kristallisieren – siehe St. Georg und St. Pauli. Unbearbeitet blieb auch der Aspekt des Migrationshintergrunds, den viele Sexarbeiterinnen, vor Allem in St. Georg innehaben und der vermutlich Weise Einfluss auf Lebens- und Arbeitsqualität der Frauen hat. Auch die Kundschaft und insbesondere aus welchen Gründen sie Gewalt an den Sexarbeiterinnen verüben mag, bleibt unbeleuchtet. Die Frage zu stellen, ob eine Erforschung und Bekämpfung der Ursachen und nicht die der Symptome – wie in diesem Fall durch die Schulung der Sexarbeiterinnen – sinnvoller ist, hat eine große Berechtigung.

Auch die Gesetzeslage, die ab dem 01. Juli 2017 gelten wird, wird große Änderungen in Arbeits- und Lebensalltag der Sexarbeiterinnen St. Georgs mit sich bringen. Es gilt also sich weiter und tiefgehender zu beschäftigen und hier ist auch die Pflege gefragt!

Literaturverzeichnis

- Abel, Gillian (2014). A decade of decriminalization: sex work 'down under' but not underground. *Criminology & Criminal Justice*, Nr. 14, S. 580-592.
- Abel, Gillian; Fitzgerald, Lisa & Brunton, Cheryl (2007). The Impact of the Prostitution Reform Act on the Health and Safety Practices of Sex Workers . *Report to the Prostitution Law Review Committee*. Otago, Christchurch, New Zealand: Departement of Public Health and General Practice.
- Baratosy, Rosana & Wendt, Sarah (2017). "Outdated Laws, Outspoken Whores": Exploring sex work in a criminalized setting. *Women´s Studies International Forum* Nr. 62, S. 34-42.
- Barnard, Marina (1993). Violence and vulnerability: conditions of work for streetworking prostitutes. *Sociology of Health and Illness*, Volume 15, Nr. 5, S. 683-705.
- Behörde für Soziales, Familie und Gesundheit. (2. Juni 2010). Runder Tisch Sexuelle Dienstleistungen. *Bericht über Arbeit und Ergebnisse*, Hamburg: Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung.
- Bundesgesetzblatt Jahrgang Teil I, S. 1368. (17. Juli 2015). Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG). abgerufen unter www.gesetze-im-internet.de/Teilliste_P.html
- Bundesgesetzblatt Teil I, S. 3983 (01. Januar 2002). Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostituierten (Prostitutionsgesetz - ProstG) abgerufen unter www.gesetze-im-internet.de/teilliste_p.html
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2007). Bericht der Bundesregierung zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostituierten (Prostituiertengesetz - ProstG). Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (29. Februar 2016) Von <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html> abgerufen am 18.05.2017
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2010 - 2017). Von <http://www.bmz.de/de/service/glossar/E/entwicklungsland.html> abgerufen am 18.04.2017
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2010 - 2017). Von http://www.bmz.de/de/laender_regionen/schwellenlaender/index.html abgerufen am 18. 04. 2017

- Bundestagsdrucksache 14/5958. (1. November 2000). Entwurf eines Gesetzes zur beruflichen Gleichstellung von Prostituierten und anderer sexuell Dienstleistender.
- Bungay, Vicky; Johnson, Joy; Varcoe, Colleen & Boyd, Susan (2010). Women's health and use of crack cocaine in context: Structural and 'everyday' violence. *International Journal of Drug Policy*, S. 312-329.
- Care Revolution Netzwerk, Thesen und Forderungen aus der Aktionskonferenz (14. - 16. 03. 2014)
Von <http://care-revolution.org/veroeffentlichungen/> abgerufen 20.05.2017
- Dalla, Rochelle (2002). Night Moves: A Qualitative Investigation Of Street-Level Sex Work. *Psychology of Women Quarterly*, 26, S. 63-73.
- Döring, Nicola (2008). Sexualität im Internet. *Zeitschrift für Sexualforschung*, S. 291-318.
- Draus, Paul; Roddy, Juliette & Asabigi, Kanzoni (2015). Streets, strolls and spots: Sex work, drug use and social space in Detroit. *International Journal of Drug Policy*, Nr. 26, S. 453-460.
- Drucksache 20/10269 (07. Januar 2014). Situation der Sexarbeit in Hamburg und Auswirkungen des Prostitutionsgesetzes auf die Entwicklung beim Menschenhandel in Hamburg. *Große Anfrage der Abgeordneten Dr. Stefanie von Berg, Christa Goetsch, Farid Müller, Antje Möller, Dr. Anjes Tjarks (GRÜNE) und Fraktion vom 10.12.13 und Antwort des Senats*. Hamburg.
- EBSCO Industries (2017). <https://health.ebsco.com/about> abgerufen am 21.04.2017
- Eickel, Mechthild & Nitschke, Heidrun (2015). Gesundheit in der Sexarbeit - Eine Herausforderung für Medizin und Moral. In Badura, Bernhard; Ducki, Antje; Schröder, Helmut; Klose, Joachim & Meyer, Markus, *Fehlzeiten-Report 2015* (S. 105-112). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Einführung zum Strafgesetzbuch (kein Datum). Art 297 Verbot der Prostitution abgerufen unter https://www.gesetze-im-internet.de/stgbeg/art_297.html
- Ellsberg, Mary; Jansen, Henrica; Heise, Lori; Watts, Charlotte & Garcia-Moreno, Claudia (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, Nr. 371, S. 1165-1172.
- Euchner, Eva-Maria (2015). *Prostitutionspolitik in Deutschland - Entwicklung im Kontext europäischer Trends*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Euchner, Eva-Maria (2015). Prostitutionsregulierung - Politische Einigung zulasten der Implementation. In Knoll, Christoph; Heichel, Stephan; Preidel, Caroline & Nebel, Kerstin *Moralpolitik in Deutschland* (S. 107-126). Wiesbaden: Springer Verlag
- Franz, Simone; Zeh, Annett; Schablon, Anja; Kuhnert, Saskia & Nienhaus, Albert (2010). Aggression and violence against health care - a cross sectional retrospective study . *BMC Health Services Research*, Nr. 10, S. 1-8.
- Free, Caroline; Roberts, Ian & McGuire, Megan (2007). Sex workers' accounts of condom use: implications for condom production, promotion and health policy. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 33, S. 107-111.

- Grabs, Julia (2007). Todesursachen von Wohnungslosen in Hamburg. *Eine Analyse von 307 Todesfällen*. Hamburg: Medizinische Fakultät der Universität Hamburg.
- Grant, Melissa (2014). *Hure spielen: Die Arbeit der Sexarbeit*. Hamburg: Edition Nautilus Verlag.
- Grohs, Stephan (2016). Sperrbezirkspolitik: Politisierung und Moralisierung der Regulierung von Prostitution in deutschen Großstädten. In M. Barbehöhn, & S. Münch, *Variationen des Städtischen - Variationen lokaler Politik* (S. 119-147). Wiesbaden: Springer.
- Habel, Uta; Wagels, Lisa; Ellendt, Sinika; Scheller, Marysa; Evler, Aynur; Bergs, René; Clemens, Benjamin; Pütz, Annette; Kohn, Nils; Schneider, Frank (2016). Gewalt und Gesundheit - Symptome, Folgen und Behandlung betroffener Patientinnen und Patienten. *Bundesgesundheitsblatt 2016, Nr. 59, S. 17-27*.
- Harcourt, Christine; van Beek, Ingrid; Heslop, Jenny; McMahon, Maria & Donovan, Basil (2001). The health and welfare needs of female and transgender street sex workers in New South Wales. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, S. 84-89.
- Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt. S. 25. (24. Januar 2012).
Kontaktverbotsverordnung - KontaktverbotsVO. *Verordnung über das Verbot der Kontaktaufnahme zu Personen zur Vereinbarung entgeltlicher sexueller Dienstleistungen im Sperrgebiet*. Hamburg. abgerufen unter www.landesrecht-hamburg.de
- Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt. S. 289. (21. Oktober 1980). Verordnung über das Verbot von Prostitution. Hamburg. abgerufen unter <http://www.landesrecht-hamburg.de/jportal/portal/page/bshaprod.psml?nav=alpha&node=%401080%40P%5B%23%5D&st=lr>
- Hatzenbuehler, Mark; Phelan, Jo; & Link, Bruce (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *American Journal of Public Health Nr. 103*, S. 813-821.
- Haverkamp, Fritz (2008). Gesundheit und soziale Lebenslage. In Huster, Ernst-Ulrich; Boeckh, Jürgen & Mogge-Grotjahn, Hildegard, *Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung* (S. 320-334). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor & Haisch, Jochen (2010). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hvidhjelm, Jacob; Sestoft, Dorte; Theil Skovgaard, Lene & Bue Bjorner, Jakob (2014). Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry, Nr. 68*, S. 536-542.
- Jackson, Lois; Bennett, Carolyn & Sowinski, Barbara (2007). Stress in the sex trade and beyond: Women working in the sex trade talk about the emotional stressors in their working and home lives. *Critical Public Health*, S. 257-271.
- Jael, Nikki & Salisbury, Chris (2004). A health needs assessment of street-based prostitutes: cross-sectional survey. *Journal of Public Health, Vol. 26, Nr. 2*, S. 147-151.
- Kavemann, Barbara & Steffan, Elfriede (Februar 2013). Zehn Jahre Prostitutionsgesetz und die Kontroverse um die Auswirkungen. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, S. 9-15.

- Kersch, Viktoria (2005). Beschaffungsprostitution und ihre Risiken. In Wright, Michael *Prostitution, Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 113-122). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- Langenscheidt GmbH & Co. KG (2017) https://de.langenscheidt.com/latein-deutsch/prostituere?term=prostituere&q_cat=%2Flatein-deutsch%2F, abgerufen am 31.03.2017
- Linaker & Bush (1995); Almvik & Woods (2000). Brøset Violence Checklist (BVC©): <http://riskassessment.no/files/BVC-English-version.pdf> abgerufen am 17.05.2017
- Maior, Giovanni (2016). Das Besondere an der Pflege. *ProCare, Nr.4*, S. 6-9.
- Mellor, Rebecca & Lovell, Andrew (2011). The lived experience of UK street-based sex workers and the health consequences. *Health Promotion International, Vol. 27, Nr. 3*, S. 311-322.
- Mitarbeitende des ragazza e.V. (9. Mai 2017). Informationen zu Ragazza. (Franziska, Schlaffner als Interviewer)
- National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine (2017). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?otool=ideubgreifslib> abgerufen am 21.04.2017
- National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine (2017). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/> abgerufen am 21.04.2017
- ragazza e.V. (Dezember 2015). Gut Leben ist anders. *Hilfen für drogenkonsumierende und der Prostitution nachgehende Frauen*. Hamburg: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg.
- Reschreiter, Frank; Pressestelle der Behörde für Inneres und Sport (24. Januar 2012). <http://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/3245392/2012-01-24-bis-pm-kontaktverbot-sankt-georg/> abgerufen am 09.05.2017
- Rechenmacher, Josef; Müller, Gerhard; Aberhalden, Gerhard & Schulc, Eva (2014). The Diagnostic Efficiency of the Extended German Brøset Violence Checklist to Assess the Risk of Violence. *Journal of Nursing Measurement, Nr.2*, S. 201-212.
- Riaz, Ali; Binmore, Rebekah; Dunstan, Steven; Greer, Julia; Matthews, David; Murray, Liam & Robinson, Simon (20. April 2017). *Office for National Statistics*. Von <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160105160709/http://www.ons.gov.uk/ons/rel/ghs/general-household-survey/index.html> abgerufen
- Risser, Jan; Timpson, Sandra; McCurdy, Sheryl; Ross, Michael & Williams, Mark (2006). Psychological Correlates of Trading Sex for Money Among African American Crack Cocaine Smokers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 32*, S. 645-653.
- Ross, Michael; Crisp, Beth; Mansson, Sven-Axel & Hawkes, Sarah (2012). Occupational health and safety among commercial sex workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, S. 105-119.
- Schneider, Volker (2014). *Gesundheitspädagogik - Einführung in Theorie und Praxis*. Herbolzheim: Centaurus Verlag.

- Schrader, Kathrin (2008). Ein Plädoyer für die Achtung und Destigmatisierung in der Sexarbeit. In Carstensen, Tanja; Groß, Melanie; Schrader, Kathrin & Winkler, Gabriele. *Feministisches Institut Hamburg: Gesammelte Statements 2006 & 2007* (S. 7-11). Hamburg: Feministisches Institut Hamburg.
- Schrader, Kathrin (2015). Drogengebrauchende Sexarbeiterinnen sind Dienstleisterinnen - Ein Perspektivwechsel in der Sozialen Arbeit im Kampf gegen sexualisierte Gewalt und Ausbeutung in der "Drogenprostitution". In Albert, Martin & Wege, Julia: *Soziale Arbeit und Prostitution* (S. 57-73). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Schrader, Kathrin (2013). *Drogenprostitution - Eine intersektionale Betrachtung zur Handlungsfähigkeit drogengebrauchender Sexarbeiterinnen*. Bielefeld: transcript Verlag
- Weitzer, Ronald (2010). Sex work: Paradigms and policies. In Weitzer, Ronald, *Sex for sale: prostitution, pornography, and the sex industry, 2. Auflage* (S. 1-46). New York: Routledge.
- Wersig, Maria (2017). Schutz durch Kontrolle - Zur Debatte über die Regulierung der Sexarbeit in Deutschland. In U. Lembke, *Regulierungen des Intimen* (S. 215-234). Wiesbaden: Springer Verlag.
- World Health Organisation; United Nations Population Fund; Joint United Nations Programme on HIV/Aids; Global Network of Sex Work Projects & The World Bank (2013). *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions*. Genf: World Health Organisation.
- World Health Organisation (2013). Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers . *Practical approaches from collaborative interventions*. Genf: World Health Organization.
- World Health Organisation (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. *Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung* (S. 1-6). Ottawa: Weltgesundheitsorganisation.
- Yao, Xiuyu; Li, Zheng; Arthur, David; Hu, Lili & Cheng, Cen (2014). Acceptability and psychometric properties of Brøset Violence Checklist in psychiatric care settings in China. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Nr. 21, S. 848-855.
- Zeh, Annett; Schablon, Anja; Wohlert, Claudia; Richter, Dirk & Nienhaus, Albert (2009). Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen. *Gesundheitswesen* Nr. 71, S. 449-459.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Belastungsebenen d. Straßensexarbeiterinnen St.Georgs

28

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter der Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift