

Sexarbeiterinnen und -arbeiter stellen eine uneinheitliche Bevölkerungsschicht dar, die in verstärktem Ausmass Risiken ausgesetzt ist, die das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand beeinträchtigen. Daher ist es notwendig, über ein vertieftes Milieuwissen zu verfügen, wenn es darum geht, die geeignetsten und effizientesten politischen Massnahmen zu treffen.

Das Bundesamt für Gesundheit, das sich der Wichtigkeit dieses Milieuwissens und des diesbezüglichen Mangels an wissenschaftlichen Daten in Bezug auf die Schweiz bewusst ist, hat im Jahr 2007 eine aus SoziologInnen der Universität Genf bestehende Arbeitsgruppe mit einer breit angelegten dreiteiligen Studie über das schweizerische Sexgewerbe beauftragt.

Hauptziel dieser Studie war, den sich mit dem Sexgewerbe und den damit verbundenen Gesundheitsfragen auseinandersetzenden PolitikerInnen, Organisationen und ForscherInnen eine Wissensgrundlage zur Verfügung zu stellen.

Die Studie besteht aus drei Teilen. Der **erste Teil** stellt eine Bestandesaufnahme der internationalen Literatur und Projekte im Bereich der Gesundheit von Sexarbeiterinnen dar. Es sind darin Informationen zur Ausbreitung von HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen, zu den Ursachen von Krankheiten, zum Gesundheitsverhalten und zu Präventionsprojekten und -politiken zusammengestellt. Im **zweiten Teil** der Studie werden die auf Bundes-, Kantons- und in etwas geringerem Ausmass auch auf Gemeindeebene existierenden, für das schweizerische Sexgewerbe geltenden Regelungen und Gesetze aufgelistet und analysiert. Im **dritten Teil** der Studie werden die Resultate einer Befragung von rund 200 Akteuren aus verschiedenen Bereichen (Polizeisektor, Migrationsstellen, Sozialdienste, Sexarbeit) vorgestellt. Es wird eine Übersicht der Eigenheiten des Sexgewerbes der einzelnen Kantone sowie der bestehenden Massnahmen zur Gesundheitsprävention und -förderung in diesem Bereich präsentiert. Das Ziel dabei ist, die Erfolge der einzelnen Massnahmen und die wichtigsten ihnen im Weg stehenden Hindernisse zu identifizieren. All diese Resultate sind (auf Deutsch und Französisch) auf der interaktiven Internetseite <http://www.sexworkinfo.net/> aufgeführt. **Die vorliegende Publikation bezieht sich auf den ersten Teil der Studie.**

Géraldine Bugnon ist Doktorandin und Assistentin für Soziologie an der Universität Genf

Milena Chimienti, Leiterin dieser Studie, ist Lecturer an der City University London

Laure Chiquet ist Soziologin und Mitarbeiterin im Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann, Kanton Jura

ISBN :2-940386-12-9978-2-940386-12-3

Der Sexmarkt in der Schweiz.

Kenntnisstand, Best Practices und Empfehlungen

Teil 1 – Literaturübersicht

Géraldine Bugnon, Milena Chimienti
unter Mitarbeit von Laure Chiquet

Sociograph N°5b / 2009



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DES SCIENCES
ÉCONOMIQUES ET SOCIALES

Département de sociologie

in der gleichen Reihe

Sociograph - Sociological Research

Sociograph n°1, 2007, *Monitoring misanthropy and rightwing extremist attitudes in Switzerland, An explorative study*, Sandro Cattacin, Brigitta Gerber, Massimo Sardi, Robert Wegener

Sociograph n°2, 2007, *Marché du sexe et violences à Genève*, Àgi Földhàzi, Milena Chimienti

Sociograph n°3, 2007, *Évaluation de la loi sur l'intégration des étrangers du Canton de Genève*, Sandro Cattacin, Milena Chimienti, Thomas Kessler, Minh-Son Nguyen et Isabelle Renschler

Sociograph n°4, 2008, *La socio et après? Enquête sur les trajectoires professionnelles et de formation auprès des licencié-e-s en sociologie de l'Université de Genève entre 1995 et 2005*, Stefano Losa et Mélanie Battistini, avec Gaëlle Aeby, Miriam Odoni, Emilie Rosenstein, Sophie Touchais, Manon Wettstein

Sociograph n°5a, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 1 – Revue de la littérature*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti avec la coll. de Laure Chiquet

Sociograph n°5b, 2009, *Der Sexmarkt in der Schweiz. Kenntnisstand, Best Practices und Empfehlungen, Teil 1 – Literaturübersicht*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti unter Mitarbeit von Laure Chiquet

Sociograph n°6a, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 2 – Cadre légal*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti, Laure Chiquet

Sociograph n°6b, 2009, *Der Sexmarkt in der Schweiz. Kenntnisstand, Best Practices und Empfehlungen, Teil 2 – Rechtsrahmen*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti, Laure Chiquet

Sociograph n°7, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 3 – Mapping, contrôle et promotion de la santé dans le marché du sexe en Suisse*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti, Laure Chiquet avec la coll. de Jakob Eberhard

Working Papers

Working Paper n°1, 2007, *Difference Sensitivity in the Field of Migration and Health, National policies compared*, Sandro Cattacin and Milena Chimienti, in collaboration with Carin Björngren Cuadra

Working paper n°2, 2007, *L'herméneutique objective*, David Gerber

Working Paper n°3, 2009, *L'estime sociale*, Frédéric Minner

Working Paper n°4, 2009, *Le bracelet électronique*, Christelle Rey

*der Druck erfolgte im September 2009
durch Repromail, Universität Genf*

Der Sexmarkt in der Schweiz.

**Kenntnisstand, Best Practices
und Empfehlungen**

Teil 1 – Literaturübersicht

**Géraldine Bugnon, Milena Chimienti
unter Mitarbeit von Laure Chiquet**

Sociograph n°5b / 2009

Vorwort

Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über den Stand der Literatur und der Schlüsselprojekte im Bereich der Prostitution. Sie wurde von November 2007 bis Februar 2008 im Rahmen eines vom Bundesamt für Gesundheit finanzierten Projekts erstellt, das drei verschiedene Studien umfasst: eine Literaturübersicht, eine juristische Analyse und eine Befragung der Schlüsselakteure über die Best Practices der Aufklärung und Prävention für Sexarbeiterinnen.

Wir möchten allen danken, die einen Beitrag zur Entstehung des vorliegenden Berichts geleistet haben. An erster Stelle danken wir Roger Staub und Christine Kopp dafür, dass sie die Idee dieses Forschungsprojekts ins Leben gerufen haben. Anschliessend danken wir der vom BAG gegründeten Begleitgruppe Female Sex Work, im Besonderen Karen Klaue, Marlen Rusch und Marianne Schweizer, für ihre wertvollen Anleitungen in dieser Studie. Unser besonderer Dank gilt schliesslich auch Giovanna Meystre für ihre Anregungen und Hinweise die sie uns zur Verfügung gestellt hat. Ausserdem danken wir unserer Kollegin Àgi Földházi für ihre Kommentare zu einer ersten Arbeitsversion.

Auch Kollegen von der Universität Genf haben zum Entstehen dieser Studie beigetragen: Vielen Dank an Sandro Cattacin, Jiri Benovsky und Luc Gauthier für die Mithilfe bei der Fertigstellung und Publikation des Berichts.

Genf, 4. August 2008

Milena Chimienti

Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit, Abteilung übertragbare Krankheiten, Sektion Aids

Zeitraum: 2007-2008

Zitervorschlag: Géraldine Bugnon, Milena Chimienti unter Mitarbeit von Laure Chiquet (2009). Der Sexmarkt in der Schweiz. Kenntnisstand, Best Practices und Empfehlungen, Teil 1 – Literaturübersicht. Genf: Universität Genf

Übersetzung: Yvonne Arnold.

ISBN 2-940386-12-9978-2-940386-12-3

Internet : www.unige.ch/ses/socio/

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	6
Methodik	10
Gesundheitliche Probleme bei der Sexarbeit	13
Sexuell übertragbare Infektionen (STI) und HIV	14
Physische und psychische Gewalt	17
Psychische Störungen	22
Zusammenfassung	26
Gesundheitsmassnahmen für Sexarbeiterinnen	27
Individuelle Strategien	31
Kollektive Selbsthilfeaktionen...	34
... und Vereinsprojekte	34
Öffentliche Politiken und Gesetzgebungen zur Prostitution	46
Welche Lehren für die Schweiz?	51
Literaturverzeichnis	54
Verzeichnis der Kästen und Abbildungen	60

Einleitung

Das vorliegende Projekt soll primär den Entscheidungsträgern der Politik und des Vereinssektors, die sich mit der Thematik des Sexmarkts und den damit verbundenen Gesundheitsfragen befassen, ein Arbeitsinstrument in die Hand geben. Dieses Instrument hat hauptsächlich zwei Funktionen: Einerseits dient es als Bestandsaufnahme der Empfehlungen und Best Practices betreffend die Prävention und Gesundheitsförderung bei Sexarbeiterinnen; andererseits schafft es die Grundlage für eine interaktive Internet-Datenbank mit einer Gesamtschau des Sexmarktes in der Schweiz, die von den Akteuren über die diversen Aktionen von Vereinen bis hin zu den einschlägigen Gesetzesbestimmungen reicht. Das Projekt gliedert sich in drei Teile: Der erste Teil besteht aus dem vorliegenden Bericht und präsentiert eine Übersicht über die Literatur und die Projekte im Bereich der Gesundheit von Sexarbeiterinnen; er fasst die Informationen über Prävalenzraten, Ätiologie der Störungen, Gesundheitsverhalten sowie Präventionsprojekte und -politiken zusammen. Der zweite Teil enthält eine Sammlung und Analyse der kantonalen Rechtsgrundlagen zum Sexmarkt. Im dritten Teil werden die Akteure (aus Sozialarbeit, Polizei, Sexarbeit) zu den aktuellen Praktiken befragt, um den Erfolg der eingeführten Massnahmen und die wichtigsten Umsetzungshürden zu ermitteln.

Kasten 1 – Abgrenzung des Sexmarktes

Unter dem im vorliegenden Bericht verwendeten Begriff „Sexmarkt“ werden alle Orte und Kontexte subsumiert, in denen sexuelle Dienste gegen Geld oder Güter angeboten werden. Spezifische Formen dieses Tauschhandels, bei denen es zwischen dem Kunden und der Sexarbeiterin¹ zu keinem physischen Treffen kommt (z. B. erotische Telefonangebote oder „Webcam-Striptease“ usw.), sind hingegen nicht Teil dieser Untersuchung. Der Sexmarkt ist durch seine grosse Heterogenität der Orte, der Akteure und der Praktiken gekennzeichnet. Wie die AutorInnen des WHO-Berichts über die HIV/AIDS-Prävention im Sexgewerbe (2005) konstatieren, hängen das Wesen, die Sichtbarkeit und die Grösse dieses Marktes stark von anderen Akteuren sowohl auf Entscheidungsebene (Politik, Gesetzgebung, Wirtschaft) als auch auf Umsetzungsebene (Polizei, Vereine) sowie von den Anschauungen der Bevölkerung ab. Diese Determinanten sind sowohl auf lokaler als auch auf nationaler und internatio-

¹ Im Bemühen um eine möglichst praxisnahe Terminologie wird konsequent der Begriff „Sexarbeiterin“ verwendet, der den verschiedenen Prostitutionsformen von der offiziellen Prostitution als selbständigen Erwerbstätigkeit über bezahlte Tätigkeiten von Cabaret-Tänzerinnen oder Bardamen des Sexmarkts bis hin zur illegalen Prostitution Rechnung tragen soll. Die verwendete Terminologie mag zwar eine gewisse ideologische Färbung aufweisen, indem die Prostitution als Arbeit betrachtet wird, sie ist aber in erster Linie durch die aktuellen Gegebenheiten begründet: Ein Grossteil der europäischen Länder erkennt die Sexarbeit – zumindest teilweise – als Arbeit an, auch wenn ihr gleichzeitig eine rechtliche Sonderbehandlung zugedacht wird.

naler Ebene situiert. Es lassen sich allerdings einige grosse Strukturlogiken ausmachen wie der hohe Migrationsanteil (TAMPEP 2004):

- In den meisten europäischen Ländern stellen die Migrantinnen mit bis zu 80% einen signifikanten Prozentsatz der Population der Sexarbeiterinnen dar;

- ein weiteres Merkmal des Sexmarktes ist die grosse Mobilität der Sexarbeiterinnen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit häufig das Land, die Stadt oder den Arbeitsort wechseln;

- die „Outdoor“-Sexarbeit ist schliesslich von der „Indoor“-Sexarbeit zu unterscheiden, da diese beiden Arbeitsformen einen grossen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen, die Art der Kundschaft, den Selbstbestimmungsgrad der Sexarbeiterinnen, ihre Vulnerabilität für Gewalt und Ausbeutung sowie den Zugang zu Gesundheitsförderungsprogrammen ausüben. Die Vielzahl der Orte ist indessen sowohl für die „Outdoor“-Arbeit (Strasse, öffentliche Parkplätze, Autobahnen usw.) als auch für die „Indoor“-Arbeit (Massagesalons, Cabarets, Privatwohnungen usw.) bezeichnend und kann je nach lokalem oder nationalem Kontext variieren.

In der Schweiz lassen sich vier „Setting-Typen“ auf dem Sexmarkt differenzieren: Strasse, Massagesalons, Champagnerbars und Cabarets.

Aus rechtlicher Sicht ist die Ausübung der Sexarbeit nur auf der Strasse oder in Massagesalons zulässig. Die Sexarbeiterinnen auf der Strasse sind zwar vermehrt der Stigmatisierung ausgesetzt, verfügen aber hinsichtlich der Arbeitsstunden, der Auswahl der Kunden usw. über eine grössere Autonomie. In einem Massagesalon hingegen können die Erwartungen und der Druck des Chefs oder der Chefin die Handlungsfreiheit der Sexarbeiterinnen einschränken, auch wenn nach der schweizerischen Gesetzgebung die Sexarbeit nur in selbständiger Form ausgeübt werden darf. Ein Massagesalon bietet dafür grösseren Schutz vor gewalttätigen Kunden (die Frauen halten sich dort nie alleine auf).

Champagnerbars und Cabarets stellen theoretisch nur Bardamen und Striptease-Tänzerinnen ein. Wie in der Praxis jedoch festgestellt werden kann, fungieren diese Einrichtungen oft auch als direkte bzw. indirekte Prostitutionsorte (Kabinen im Hinterzimmer bzw. Treffpunkt für Prostituierte und Freier). In diesem Kontext ist die Autonomie der Frauen in der Regel gering. Die Cabaret-Tänzerinnen, die oft im Besitze einer Kurzaufenthaltsbewilligung (L-Ausweis) sind, werden meistens durch ihren Arbeitgeber einquartiert und können weder ihren Arbeitsort frei wählen noch eine andere Erwerbstätigkeit ausüben. Bei den Bardamen kann ihre unklare Rechtslage Missbräuchen seitens des Arbeitgebers Vorschub leisten.

Ein solches Projekt erfordert eine systematische Analyse der örtlichen Gegebenheiten des Sexmarktes, doch auch die internationale wissenschaftliche Literatur und die in anderen nationalen Kontexten laufenden Projekte müssen in den Reflexionsprozess einbezogen werden. Einzelne Aspekte des Sexmarktes sind zwar ausschliesslich lokal bedingt (wenn sie beispielsweise aus einer spezifischen Gesetzgebung erwachsen), eine Grosszahl der dem Prostitutionsmilieu eigenen Logiken findet sich indessen in verschiedenen Ländern und geografischen Gebieten wieder: In Bezug auf die Gesundheit von Sexarbeiterinnen lässt sich beispielsweise systematisch eine erhöhte Seroprävalenz bei drogenabhängigen Sexarbeiterinnen feststellen. Ebenso hat das untrennbar mit der Prostitutionstätigkeit verbundene Stigma psychischen Stress und eine gewisse Marginalisierung zur Folge, und dies unabhängig vom jeweiligen Land oder Arbeitsort (wenn auch je nach Kontext in unterschiedlichem Ausmass). Die im Ausland entwickelten öffentlichen Gesund-

heitsmassnahmen und die bisweilen sehr innovativen Projekte nichtstaatlicher Organisationen können schweizerischen Entscheidungsträgern der Politik und des gemeinnützigen Sektors als Modell dienen, sofern eine Anpassung auf den spezifisch schweizerischen Kontext erfolgt. Der vorliegende Literatur-Review dient uns folglich als gedankliche Grundlage für die Untersuchungen zu den spezifisch schweizerischen Gegebenheiten des Sexmarktes, indem er uns Anregungen liefert und einen Rückgriff auf erworbene Erfahrungen und Kenntnisse erlaubt. Da die Studie handlungsorientiert ist, soll die Wirksamkeit der analysierten Projekte herausgearbeitet werden, um in Anlehnung daran Empfehlungen und Best Practices zu formulieren.

Kasten 2 – Was ist eine Best Practice? Eine Hintergrundbetrachtung

Im Begriff „Best Practice“, der aus der Ära des New Public Management im Bereich der öffentlichen Politiken stammt, sind zwei allgemeine Perspektiven zusammengefasst: Zunächst jene der Effektivität und der Effizienz von Massnahmen zur Kostenrationalisierung. In der Folge wurde dieser Grundsatz von der Praxis anderer Kontexte beeinflusst (über den Vergleich der Praktiken und Ergebnisse) und führte zur Evaluation bestehender Massnahmen.

In einer komplexen Welt gehört der Begriff „Best Practice“ hingegen nicht in eine sozialwissenschaftliche Abhandlung. Im besten Fall können „Praktiken“ an die Stelle eines Rechtsvakuums und fehlender öffentlicher Politiken treten. Die Verfahren und deren Beurteilung besitzen eine hohe moralische Konnotation und hängen vom geltenden Bezugssystem in einem gegebenen Politikfeld ab. Eine gute Praxis zur HIV-Bekämpfung kann beispielsweise in den Augen der US-Regierung die Förderung der sexuellen Enthaltsamkeit unter Jugendlichen sein. Der Begriff „Best Practice“ kann daher nicht losgelöst vom ethischen und moralischen Unterbau betrachtet werden, der ihn als solcher definiert.

Da der vorliegende Bericht als Instrument zur Entwicklung von Gesundheitsförderungsprojekten und -politiken dienen soll, kommen wir nicht umhin, Praktiken festzulegen, die (aus ethischen, wissenschaftlichen oder pragmatischen Gründen) „besser“ sind als andere. Zu Beginn des Kapitels über die Gesundheitsförderungsprojekte für Sexarbeiterinnen sollen aber die Grundwerte erläutert werden, die den von den betreffenden Interessen- und Hilfsorganisationen formulierten „Best Practices“ zugrunde liegen.

Der erste Bericht, der einer Bestandsaufnahme der „Best Practices“ im Bereich der Gesundheitsförderung für Sexarbeiterinnen diente, wurde 1989 auf Anregung des „Global programme on AIDS“ der WHO erarbeitet. Als 1995 das Programm zu Ende ging, lag der Best-Practice-Leitfaden erst in Form eines Entwurfs vor. Das „Network of Sex Work Projects“ (NSWP)² benutzte in der Folge diesen Entwurf als Vorlage und erarbeitete 1999 das eigene Handbuch „Making sex work safe“. Heute widmen sich zahlreiche Berichte und Publikationen von „spezialisierten“ Organisationen wie Tampep oder NSWP oder „allgemeinen“ Organisationen wie WHO oder UNAIDS der Thematik der Gesundheit und Sexarbeit und ermitteln die diesbezüglichen optimalen Praktiken.

² 1991 schlossen sich in Grossbritannien mehrere Sexarbeitende zum „Network of Sex Work Projects“ (NSWP) zusammen. Das NSWP ist eine internationale Organisation, welche die Förderung der Menschenrechte und der Gesundheit von Sexarbeitenden bezweckt (vgl. <http://www.nswp.org>).

In diesen Berichten findet sich neben der Effektivität und der Effizienz eine weitere Perspektive, welche die Bedeutung einer bewährten Präventions-/Gesundheitsförderungspraxis bei Sexarbeiterinnen beleuchtet: Eine bewährte Praxis entspricht den Bedürfnissen der Zielgruppe mit einem Maximum an Effektivität und einem Minimum an Kostenaufwand. Von der Annahme ausgehend, dass die Bedürfnisse stark subjektiv geprägt sind, müssen auch die Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen entsprechend definiert werden.

Zielsetzungen der Literaturübersicht (Teil 1)

Unsere Zielsetzung ist, eine Übersicht über die internationale Literatur zum Sexmarkt zu erstellen, deren Fokus hauptsächlich auf Fragen der Gesundheit (im weiteren Sinne), der Schadensverminderung und des Empowerment³ liegt.

Im Einzelnen handelt es sich um folgende Aufgaben:

- Ermittlung der wichtigsten somatischen Gesundheitsprobleme von Sexarbeiterinnen sowie der individuell und strukturell bedingten Gesundheitshürden mit Schwerpunkt auf den internen Logiken des Sexmarktes (Rechtsstellung, Ausübungsort), in welche diese Probleme eingebettet sind;
- Ausweitung der Debatte auf Gesundheitsfragen im weiteren Sinne (physische und psychische Gewalt und psychische Störungen);
- Rekonstruktion der weltweiten Haupthandlungsmodelle der Prävention und Gesundheitsförderung (hauptsächlich auf Empowerment und Selbstorganisation basierend), die Anregungen für lokale Empfehlungen liefern. Beleuchtung der individuellen und strukturellen Faktoren, welche individuelles und kollektives Handeln ermöglichen.

Da diese Problemstellungen und ihre Ursachen zum grossen Teil bereits Gegenstand früherer Literatur-Reviews waren, auf deren Resultate hier zurückgegriffen wird, hat die vorliegende Literaturübersicht hauptsächlich zum Ziel, die diesbezüglich entwickelten Lösungen und ihre Wirksamkeit zu untersuchen.

³ Empowerment bezeichnet einen Prozess, der die Ermächtigung auf persönlicher, zwischenmenschlicher und politischer Ebene anstrebt, damit die Individuen auf die Verbesserung ihrer Lebenslage hinwirken können (Gutiérrez 1990).

Die Gesundheitsthematik wird im weiteren Sinne betrachtet und systematisch mit Aspekten wie physischer und psychischer Gewalt, gesellschaftlicher Ächtung (Stigma, Gender-Ungleichheit), Rechtsunsicherheit (Migrantinnenstatus) und prekären wirtschaftlichen Verhältnissen in Beziehung gesetzt, die eine hohe Interaktion mit der Gesundheitsproblematik aufweisen. In der vorliegenden Arbeit wird nur die weibliche Population berücksichtigt, da sie die grosse Mehrheit bildet. Männliche und transsexuelle Sexarbeitende weisen spezifische Gesundheitsprobleme auf, die Gegenstand einer gesonderten Studie sein sollten.

Methodik

Die vorliegende Literaturübersicht wird auf dem Internet abrufbar sein (im Stil von Wikipedia) und kann dadurch regelmässig aktualisiert werden. Ausserdem werden Links direkten Zugriff auf bestimmte Schlüsselartikel bieten. Die Datenbank ermöglicht dank ihrer Visibilität eine bessere Valorisierung früherer einschlägiger Studien (wie die schweizerischen Studien des IUMSP vgl. Meystre-Agustoni 2004, Meystre-Agustoni et al. in press).

Recherchierte Literatur: Die Betrachtung der für den Sexmarkt spezifischen Gesundheitsprobleme fusst in erster Linie auf wissenschaftlichen Publikationen aus den Bereichen Sozialwissenschaften und Medizin.

Die Analyse der verschiedenen Gesundheitsförderungsaktionen beruht vor allem auf Berichten relevanter internationaler Plattformen (Tampep, Network Sex Work Project und Central and Eastern European Harm Reduction Network) und Organisationen (WHO und UNAIDS)⁴.

Zeitraum. Berücksichtigung fanden alle seit 1990 erschienenen Artikel, wobei den jüngsten Publikationen über Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen Priorität eingeräumt wurde.

Für die Recherche benutzte Keywords in Französisch und Englisch:

- prostitution/prostitu*/prostitu*/sex work/sex work*/travail du sexe
- SIDA / AIDS / VIH / HIV

⁴ Die Berücksichtigung der für den schweizerischen Kontext spezifischen grauen Literatur (Tätigkeitsberichte von Vereinen, Kolloquiumsberichte usw.) erfolgt in einer späteren Phase der Studie (Teil 3), wenn die empirischen Daten über den schweizerischen Sexmarkt zusammengetragen werden.

- IST / MST / STI / STD
- programme / program / projet / project
- prévention/prevention
- *violence*
- *empowerment*
- *agency*
- *capabilities*
- *risque / risk*
- *mental illness / mental health*
- *health promotion.*

Die kursiv gedruckten Keywords wurden in bisherigen Literaturübersichten nicht verwendet und dienen der Ausweitung der Gesundheitsthematik.

Für die Forschungsarbeit benutzte Datenbanken:

- Sociological abstract, International bibliography of social sciences, Sociology (Sage), social services abstracts
- Medline
- Internetseiten der Internationalen AIDS-Konferenzen in Bangkok 2004 und Toronto 2006
- Internetseiten von Tampep und Network Sex Work Project
- Bibliothek und einschlägige Dokumentation der WHO

Die systematische Keyword-Recherche in den drei wichtigsten Datenbanken (Sociological abstracts, Social services abstracts und Medline) ergab insgesamt 322 Artikel⁵:

- 167 Artikel aus „Sociological abstracts“;
- 38 Artikel aus „Social services abstracts“;

⁵ Die früheren Literatur-Reviews von Giovanna Meystre (Meystre-Agustoni 2004, Meystre-Agustoni et al. in press), deren Ergebnisse hier aufgegriffen werden, hatten 165 bzw. 100 Artikel und diverse Dokumente ausgewählt.

- 117 Artikel aus „Medline“.

Gesundheitliche Probleme bei der Sexarbeit

Die vorliegende Studie geht von einem breit gefassten Gesundheitsverständnis aus und betrachtet daher nicht nur somatische Probleme von Sexarbeiterinnen (HIV, sexuell übertragbare Infektionen), sondern auch psychische Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und der Gesundheit wie Stress, mit der Diskriminierung einhergehende Belastungen oder verschiedene Formen der Gewalt gegen Sexarbeiterinnen. Im Hinblick auf die Prävention und Gesundheitsförderung müssen zunächst die Faktoren bestimmt werden, welche die Prävalenz der verschiedenen Gesundheitsprobleme von Sexarbeiterinnen erklären, um in der Folge über entsprechende Handlungsmöglichkeiten zu verfügen. Die identifizierten Probleme werden daher systematisch mit den dem Sexmarkt immanenten Logiken (Ausübungsort, Konkurrenz usw.) sowie mit den individuellen und strukturellen Erklärungsfaktoren (auf wirtschaftlicher, rechtlicher, ethnischer, geschlechterspezifischer Ebene) in Beziehung gesetzt. Die AutorInnen des WHO-Berichts über die HIV/AIDS-Prävention im Sexgewerbe (Evans 2005) beispielsweise unterscheiden zwischen sozialen, zwischenmenschlichen, rechtlichen und epidemiologischen Vulnerabilitätsfaktoren in Bezug auf HIV. Zu diesen vier Kategorien kommen unabhängig vom HIV/AIDS-Risiko bei jeder Gesundheitsproblematik noch wirtschaftliche Faktoren hinzu, wie Marmot & Wilkinson (2006) gezeigt haben.

Vulnerabilitätsfaktoren:

- Sozial: tiefes Bildungsniveau der Sexarbeiterinnen.
- Zwischenmenschlich: z. B. Konkurrenzdruck und fehlende Solidarität in der Sexarbeit.
- Rechtlich: repressive Gesetze, welche die Sexarbeiterinnen in den Untergrund zwingen.
- Epidemiologisch: erhöhte STI-Prävalenzrate bei Sexarbeiterinnen, die HIV/AIDS-Infektionen begünstigen.
- Wirtschaftlich: niedriger ökonomischer Status als ein Hauptgesundheitsrisiko.

Die Ermittlung und die Analyse dieser vielfältigen Faktoren, welche die Gesundheit und das Wohlbefinden der Sexarbeiterinnen beeinflussen, sind für die Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsaktionen relevant: Dank ihnen lassen sich die Massnahmen derart ausgestalten, dass sie unmittelbar auf die identifizierten Vulnerabilitätsfaktoren einwirken.

Sexuell übertragbare Infektionen (STI) und HIV

Prostitution und HIV/STI: 237 Artikel (72 Artikel aus „Sociological abstracts“ und 165 Artikel, die von Giovanna Meystre in die Literaturübersichten 2004 und 2007 einbezogen wurden).

Übersicht über die HIV-Prävalenzraten und Ätiologie

Den Untersuchungen von Meystre (2004 and in press) zufolge weist die **HIV-Prävalenz** in der weiblichen Population der Sexarbeitenden grosse Schwankungen auf, die sich hauptsächlich durch die benutzten Methoden zur Ermittlung dieser Rate erklären lassen. Wie denn auch Verster et al. (2001) nachgewiesen haben, fällt die selbstberichtete Prävalenz in der Regel zu tief aus, da eine hohe Anzahl Frauen noch nie einen HIV-Test gemacht hat. In einer Population (n=102) beispielsweise war die tatsächliche Prävalenz (5.6%) nahezu doppelt so hoch wie die selbstberichtete Prävalenz (2.9%).

Abgesehen von diesen methodischen Fragen kann dennoch festgestellt werden, dass die effektive HIV-Prävalenz aufgrund verschiedener Faktoren variiert: Nach einer spanischen Studie ist die HIV-Prävalenz bei „autochthonen“ und nicht drogenabhängigen Sexarbeiterinnen in der Regel sehr tief und bewegt sich auf einem ähnlichen Niveau wie in der Allgemeinbevölkerung (Barrasa et al. 2004), während bei migrierten und intravenös (i.v.) drogenkonsumierenden Sexarbeiterinnen deutlich höhere Prävalenzen zu beobachten sind. Entsprechend ergab die in einer italienischen Klinik anhand einer Stichprobe von 403 Sexarbeiterinnen durchgeführte Studie von Spina et al. (Spina 1997) eine Prävalenz von 2% bei Sexarbeiterinnen ohne intravenösen Drogenkonsum gegenüber 37% bei Sexarbeiterinnen mit intravenösem Drogenkonsum. Weitere Arbeiten wie jene von McKenagey et al. (1992) aus Schottland oder die spanische Studie von Ballesteros et al. (1999) weisen ebenfalls auf solche Unterschiede zwischen i.v. und nicht i.v. Drogenkonsumentinnen hin. In diesem Zusammenhang sind allerdings zwei wichtige Anmerkungen zu machen: Erstens weisen die HIV-Raten der i.v. drogenkonsumierenden Sexarbeiterinnen von einem Land zum anderen beträchtliche Schwankungen auf, und zweitens ist nach Ballesteros et al. (1999) die HIV-Prävalenz bei beiden Populationen in den 1990er Jahren gesunken: Zwischen 1986-88 (n=1974) und 1995-97 (n=1014) ging sie bei Sexarbeiterinnen mit i.v. Drogenkonsum von 59.5% auf 45.5% und bei Sexarbeiterinnen ohne i.v. Drogenkonsum von 2.4% auf 0.8% zurück.

Neben dem intravenösen Drogenkonsum kann der Migrationshintergrund ebenfalls ein Erklärungsfaktor für die im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhte HIV-Rate bei Sexarbeiterinnen sein. In Italien haben einzelne AutorInnen (Spina 1997) infolge der Migrationsströme in den 1990er Jahren einen Anstieg der Prävalenz bei Sexarbeiterinnen ohne i.v. Drogenkonsum beo-

bachtet, den sie auf die wachsende Anzahl afrikanischer Sexarbeiterinnen aus Ländern mit einer hohen HIV-Rate in der Allgemeinbevölkerung zurückführten. Ausserdem macht der Migrantinnenstatus die Frauen vulnerabler für HIV-Infektionen. Gründe hierfür sind die Integrationsbarrieren, der erschwerte Zugang zur Gesundheitsversorgung im Aufnahmeland oder das prekärere Gesundheitssystem im Herkunftsland.

Was die **Prävalenz weiterer STI** (Chlamydien, Papillomavirus, Gonorrhoe, Syphilis oder Herpes) bei Sexarbeiterinnen betrifft, berichten mehrere Studien aus verschiedenen europäischen Ländern höhere Raten in dieser Population als in der Allgemeinbevölkerung (Mak et al. 2004 und Mak et al. 2005, Resl et al. 2003 und Papadogeorgaki et al. 2006). Die STI-Raten sind selbst in jenen Populationen erhöht, in denen die HIV-Prävalenz gleich Null ist. Eine quantitative Studie (n=783), die in einer auf Sexarbeitende spezialisierten Klinik in San Francisco, USA durchgeführt wurde (Cohan et al. 2006), interessierte sich für die Vulnerabilitätsfaktoren in Bezug auf STI. Die AutorInnen konnten nachweisen, dass die Ausübung der Sexarbeit in einer gemeinschaftlichen Einrichtung wie z. B. in einem Massagesalon oder Cabaret Schutz vor STI bietet. Personen, welche die Sexarbeit individuell ausübten (auf der Strasse, als selbständige Masseurin usw.), waren STI in höherem Masse unterworfen⁶. Weitere von dieser Studie ermittelte Faktoren, die auf eine Infektionsanfälligkeit schliessen lassen, waren die afroamerikanische ethnische Herkunft, Gewalt bei der Arbeit sowie das Geschlecht (Männer waren stärker betroffen als Frauen oder Transsexuelle). Eine interessante Erkenntnis war ausserdem, dass die grosse Mehrheit der Stichprobe zwar bereits einen HIV-Test machen liess, aber 70% der Befragten vor der Erstkonsultation in der besagten Klinik ihrem Arzt ihre Prostitutionstätigkeit bisher nicht offen gelegt hatten. Da die Prostitution in den gesamten USA illegal ist (ausser im Bundesstaat Nevada, der in einzelnen Regionen Prostitutionsbetriebe duldet⁷), haben die Betroffenen oft Angst, diskriminiert oder angezeigt zu werden. Sie verschweigen daher lieber dem Arzt ihre Tätigkeit, was die Diagnose verfälschen und die Erkennung möglicher Infektionen verhindern kann.

⁶ Leider fehlt zu diesen aus einer quantitativen Untersuchung stammenden Schlussfolgerungen eine erklärende Hypothese, die eine Dateninterpretation erlauben würde. Es ist anzunehmen, dass in einem kollektiven Arbeitsumfeld die Informationen über Schutzverhalten besser zirkulieren. Wie andere AutorInnen indessen dargelegt haben, ist in dieser Art von Kontext (Salon, Cabaret) der Konkurrenzdruck unter den Frauen erhöht, weshalb bisweilen auf die Benutzung von Präservativen verzichtet wird, um den Wünschen der Kunden zu entsprechen (Földházi & Chimienti 2006).

⁷ Vgl. Albert 2001 & Hough 2004

Da STI die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion erhöhen, muss die Prävention dieser Krankheiten bei Sexarbeiterinnen verstärkt werden, indem ihnen Dialog- und Beratungsmöglichkeiten angeboten werden, die frei von moralischen Werturteilen oder rechtlicher Repression sind. Eine Kohortenstudie (Ward et al. 1999), die während neun Jahren in einer Londoner Klinik lief (n=320), konnte bei Sexarbeiterinnen mit unterschiedlichen Arbeitsorten die wichtigsten Vulnerabilitätsfaktoren für die verschiedenen STI ermitteln. Dieser Studie zufolge kommen Virusinfektionen (hauptsächlich Hepatitis B) bei i.v. drogenkonsumierenden und migrierten Sexarbeiterinnen häufiger vor, während bakterielle Infektionen (insbesondere Chlamydien und Gonorrhoe) auf ungeschützten Geschlechtsverkehr mit nichtzahlenden Partnern zurückzuführen sind. Die AutorInnen gelangen daher zum Schluss, dass die Risikofaktoren nicht unmittelbar mit der Prostitutionstätigkeit an sich und dem Kundenkontakt zusammenhängen, sondern vielmehr mit äusseren Einflüssen wie Drogenkonsum, Migrationshintergrund oder fehlendem Schutz mit nichtzahlenden Partnern.

Risikoverhalten

Zahlreiche Studien gehen der Frage des HIV-Schutz- und -Risikoverhaltens bei Sexarbeiterinnen nach (s. Anhang 2). Wenn die Beweggründe, die hinter diesen Verhaltensweisen stehen, bekannt sind, lassen sich effizientere Präventionsprogramme entwickeln. Die Forschenden beobachten generell sowohl in der Population mit i.v. Drogenkonsum als auch in jener ohne i.v. Drogenkonsum einen Anstieg der Schutzverhalten, da diese seit Beginn der Epidemie auch in der Allgemeinbevölkerung zugenommen haben (Fennema et al. 1997, Garcia et al. 2001, Ward et al. 1999)⁸.

Die AutorInnen beleuchten indessen diverse Aspekte, welche die Unterschiede bei den Risikoexpositionen erklären: Das Schutzverhalten hängt oft von den unterschiedlichen sexuellen Praktiken ab. Bei Analkontakten werden systematischer Präservative benutzt als bei Vaginalkontakten, bei denen wiederum das Schutzniveau besser ist als beim Oralverkehr (Izdebski & Boron-Kaczmarzka 2002). Andere AutorInnen sehen im Drogenkonsum (European Working Group on HIV infection in Female Prostitutes 1993) oder in der Illegalität (Agacfidan et al. 1997) Vulnerabilitätsfaktoren für das HIV-Risiko. Drogen- und Alkoholkonsum lassen nämlich die Sexarbeiterinnen nachlässiger mit den Schutzmassnahmen umgehen, während eine illegale Situation oft den Zugang zu Präventionsprogrammen und Beratungsdiensten verunmöglicht. Ökonomische Zwänge können zusammen mit dem hohen

⁸ Die Studien stammen aus den Niederlanden bzw. aus Spanien und England.

Konkurrenzdruck auf dem Sexmarkt ebenfalls ein Hindernis für das Schutzverhalten darstellen. Aus Angst, einen Freier zu verlieren, kann eine Sexarbeiterin auf den Gebrauch des Präservativs verzichten (Nigro et al. 2006). Auch Zwänge von aussen wie das Drängen des Arbeitgebers, gewisse Praktiken ohne Schutz durchzuführen, können die Kondombenutzung unverhandelbar machen.

Die Schutzverhalten nehmen generell mit der Verhandlungsfähigkeit der Sexarbeiterinnen zu, die eine gewisse Autonomie (in beruflicher, rechtlicher und finanzieller Hinsicht) und Drogenfreiheit voraussetzt.

Die Kontakte mit den Intimpartnern (oder „nichtzahlenden“ Partnern) weisen ein deutlich tieferes Schutzniveau auf als die Kundenkontakte gegen Entgelt (Spina et al. 1998). Dieser Umstand wurde von gewissen AutorInnen (Estebanez et al. 1993) auf den Willen und das Bedürfnis zurückgeführt, zwischen Berufs- und Privatleben eine Grenze zu ziehen, die im Präservativ konkret zum Ausdruck kommt. Die Studien zeigen im Weiteren, dass das Präservativ bei Stammkunden weniger häufig benutzt wird, da mit dieser Freiergruppe ein Vertrauensverhältnis bzw. eine gemeinsame Intimität entsteht (Chimienti in press): Für sich nur vorübergehend oder unregelmässig im Land aufhaltende Sexarbeiterinnen kann das Vertrauensverhältnis zu einem Kunden, das sie über eher materiell als pekuniär entschädigte ungeschützte sexuelle Kontakte aufbauen, eine Stabilisierung ihrer aufenthaltsrechtlichen Situation bedeuten, indem sie eine Heirat eingehen oder der Kunde ihnen eine finanzielle Absicherung bietet.

Physische und psychische Gewalt

Prostitution und Gewalt: 47 Artikel aus „Sociological abstracts“ und 23 Artikel aus „Medline“.

Während die Frage der sexuell übertragbaren Krankheiten bei Sexarbeiterinnen regelmässig Beachtung erhielt und Anlass zu zahlreichen Untersuchungen gab, war Gewalt gegen Sexarbeiterinnen ein wesentlich randständigeres Thema.

Die Mehrheit der relevanten Arbeiten konzentrierte sich zudem auf die Strassenprostitution und stellte die körperliche Gewalt, der die Frauen in diesem Milieu ausgesetzt sind, in den Vordergrund. Weitere Gewaltformen wie die psychische Gewalt, die von der gesellschaftlichen Stigmatisierung und Diskriminierung herrührt, oder die verschiedenen Ausbeutungsformen durch den Arbeitgeber, die ebenfalls mit Gewalt gleichgesetzt werden können, waren seltener Gegenstand vertiefter Analysen. Auch ist die „Indoor“-Prostitution aufgrund ihrer schwierigen Erreichbarkeit weniger gut erforscht, insbesondere

was die Gewaltprävalenz an den verschiedenen Ausübungsorten anbelangt (Massagesalons, Privatwohnungen, Nachtclubs, Champagnerbars usw.).

Die dürftige Datenlage ist umso erstaunlicher, als die wenigen vorhandenen Studien belegen, dass Gewalt neben dem intravenösen Drogenkonsum die Haupttodesursache darstellt – jedenfalls in Ländern, in denen die Prostitution illegal ist (Potterat et al. 2004, Ward et al. 1999). Eine Kohortenstudie (Potterat et al. 2004) aus Colorado, USA, die über einen Zeitraum von 33 Jahren (n=1969) anhand der Register von Polizei und Gesundheitsbehörden durchgeführt wurde, weist denn auch nach, dass an erster Stelle der Todesursachen (n=100) Mord (19%) steht, gefolgt von Drogenkonsum (18%), Unfällen (12%) und schliesslich Alkoholkonsum (9%). Ausserdem gehen 8% der Todesfälle ausschliesslich auf eine HIV-Infektion von i.v. drogenkonsumierenden Frauen zurück. Dies lässt die Annahme zu, dass die Kombination von Drogeninjektion, Überdosis und HIV-Infektion die wichtigste nicht gewaltsame Todesursache ist. Von den 21 Morden geschahen deren neun während der ersten drei im Prostitutionsmilieu verbrachten Jahre. Von diesen neun Frauen wurden deren acht während der Arbeitszeit getötet. Die AutorInnen betrachten diese Mordfälle als eine direkte Folge der Prostitutionstätigkeit. Ausserdem weisen nach dieser Studie die Frauen der genannten Kohorte im Vergleich zu Frauen derselben Altersgruppe und mit derselben ethnischen Herkunft ein 18fach erhöhtes Risiko auf, ermordet zu werden. Die erhöhte Prävalenz von tödlicher Gewalt macht die Prostitution zum gefährlichsten Arbeitsumfeld in den USA.

Gewaltprävalenz

Zahlreiche Forschungsarbeiten berichten von einer äusserst hohen Gewaltrate in der Strassenprostitution (Farley & Kelly 2000). Wie aus den Beobachtungen von Farley & Barkan's (1998) hervorgeht, wurden in den Strassen von San Francisco 82% der Frauen tätlich angegriffen und 68% der Frauen vergewaltigt (n=130).

Eine qualitative Studie von Williamson & Folaron (2001) analysierte die von Prostitutionskunden ausgehende Gewalt, die Risikowahrnehmung und die Überlebensstrategien in einer Gruppe von 13 Sexarbeiterinnen, die ihrer Tätigkeit in einer mittelgrossen Stadt in den USA nachgingen. Von den 13 befragten Frauen gaben deren 12 an, Opfer von Gewalt durch Kunden geworden zu sein, ohne jedoch nähere Angaben zur Häufigkeit der Gewalthandlungen machen zu können. Das Ausmass der Gewalterlebnisse liess hingegen keine Zweifel offen: Die Sexarbeiterinnen erwähnten Gewalttaten, die von Vergewaltigungen bis zu Morddrohungen gingen und ihre physische und psychische Integrität unmittelbar gefährdeten. Acht Frauen gaben zu Protokoll, Opfer einer Vergewaltigung oder wiederholter Vergewaltigungsversuche gewesen zu sein. Vier Frauen berichteten, dass sie aus einem fahren-

den Fahrzeug gestossen wurden. Vier Frauen mussten nach Definition der AutorInnen "perverse Folter" über sich ergehen lassen, zu denen folgende Handlungen gehörten: ein in die Vagina eingeführtes Messer, Schläge auf das Geschlechtsorgan oder Zwang zur analen Penetration durch einen Schalthebel. Wie die AutorInnen betonen, weisen die Gewalttaten nicht nur eine bestimmte Intensität auf, sondern werden von den Sexarbeiterinnen auch als alltäglich, ja nahezu allgegenwärtig beschrieben. Im Weiteren haben die AutorInnen aus den Äusserungen der Frauen Risikofaktoren für Gewalt herauskristallisiert: Als ersten Risikofaktor nannten die Sexarbeiterinnen die Unkenntnis über Charaktereigenschaften und Verhaltensweisen eines potenziell gefährlichen Kunden. Zweitens erhöht die Crackabhängigkeit (betrifft 11 Frauen aus dieser Stichprobe) die Vulnerabilität für Gewalt erheblich, da aufgrund des Beschaffungstresses die Kundenselektion eingeschränkt wird und die Auswirkungen der Drogen die Aufmerksamkeit während des sexuellen Kontakts verringert. Den dritten wichtigen Risikofaktor stellt der Ort des Treffens mit dem Kunden dar: Wird ein ungewöhnlicher Ort als Treffpunkt akzeptiert, nimmt die Wahrscheinlichkeit, Opfer einer Gewalthandlung zu werden, entsprechend zu.

Raphael & Shapiro (2004) zufolge erweist sich die gängige Vorstellung der nahezu gewaltfreien „Indoor“-Prostitution als falsch. In einer 222 Sexarbeiterinnen einschliessenden Vergleichsstudie über die Gewaltprävalenz auf dem „Indoor-, und „Outdoor“-Sexmarkt in Chicago gelangen die AutorInnen zur Erkenntnis, dass die Gewalttrate in der Strassenprostitution zwar tatsächlich erhöht ist, aber bei Sexarbeiterinnen, die in geschlossenen Räumen tätig sind, nicht signifikant tiefer ausfällt: 86.1% der Sexarbeiterinnen auf der Strasse gaben an, bereits geohrfeigt worden zu sein, was auch auf 57.1% der Frauen im Escort-Service und 62.8% der exotischen Tänzerinnen zutraf. Ebenso wurden 39.3% der Frauen im Escort-Service und 48.8% der exotischen Tänzerinnen mindestens einmal mit Vergewaltigung bedroht, während in der Strassenprostitution 55.4% der Frauen davon betroffen waren. Einige Gewaltformen scheinen sogar für die „Indoor“-Prostitution spezifisch zu sein wie "mit einem Gegenstand beworfen zu werden" (62.8% der exotischen Tänzerinnen gegenüber 52.5% der Frauen auf der Strasse) oder „Schläge auf den Hintern zu erhalten“ (39.3% in Escort-Services gegenüber 24.8% in der Strassenprostitution). Nach denselben AutorInnen sind die in geschlossenen Räumen arbeitenden Frauen im Durchschnitt zwar weniger Gewalt ausgesetzt (geringeres Gewaltpektrum), dafür erleiden sie aber gravierendere Gewaltformen als ihre Kolleginnen auf der Strasse, wenn sie alleine arbeiten.

Die Studie gibt auch Auskunft über die Häufigkeit der Gewalthandlungen. In dieser Hinsicht sind zwischen „Indoor“- und „Outdoor“-Prostitution nicht zwangsläufig Unterschiede feststellbar: In der Strassenprostitution geben

20% der Frauen an, seit Beginn ihrer Tätigkeit mehr als zehn Mal zu einer sexuellen Handlung gezwungen worden zu sein. Derselbe Prozentsatz gilt auch für Frauen von Escort-Services und für Frauen, die in ihrer eigenen Wohnung arbeiten. Einige Gewaltakte wie "die Einführung von Gegenständen oder Fingern in die Vagina" ohne vorgängiges Einverständnis der Sexarbeiterin scheinen in der „Indoor“-Prostitution deutlich häufiger vorzukommen: von dieser Gewaltform waren 28.6% der Frauen im Escort-Service und 24.4% der in einem „Drug House“⁹ arbeitenden Frauen mehr als zehn Mal betroffen (gegenüber 17.8% auf der Strasse).

In einer anderen an verschiedenen „Outdoor“- und „Indoor“-Prostitutionsorten realisierten Arbeit aus der Schweiz, deren gesetzlicher Rahmen als reglementaristisch bezeichnet werden kann (Földhàzi & Chimienti 2006), stellen sich die körperlichen Übergriffe als Ausnahme heraus. Die Sexarbeiterinnen sehen sich hingegen häufig psychischer Gewalt ausgesetzt wie dem Drängen des Freiers auf ungeschützten Geschlechtsverkehr oder dem wirtschaftlichen Druck, wenn der Lokalbetreiber missbräuchliche Lohnabzüge bei Cabaret-Tänzerinnen vornimmt. Wie die Untersuchung im Weiteren zeigt, fühlen sich die Frauen gegenüber Gewaltdrohungen von Prostitutionskunden dank zahlreicher Schutzstrategien relativ gut gerüstet. Sie sind aber in hohem Masse gefährdet, Opfer von Ausbeutung durch den Arbeitgeber zu werden, und wissen sich generell nicht gegen die wirtschaftlich und rechtlich prekäre Lage zur Wehr zu setzen, in der sich ein Grossteil von ihnen befindet.

Ursachen und Akteure der Gewalt

In der Studie von Raphael & Shapiro (2004), die sich auf die Aussagen von 222 Sexarbeiterinnen in Chicago stützt, werden die verschiedenen Gewaltakteure nach der Häufigkeit ihrer Gewalthandlungen eingeteilt: An der Spitze stehen dabei die Kunden, auf welche je nach Art der Handlung 62% bis 100% der Gewalttaten in der Strassenprostitution zurückgehen. Bei den exotischen Tänzerinnen liegt diese Zahl zwischen 30% und 100%. Die Intimpartner kommen an zweiter Stelle und werden für einen Viertel der Gewalttaten in der Strassenprostitution verantwortlich gemacht. Die Zuhälter sind ebenfalls Urheber zahlreicher Gewalthandlungen: Vor allem im Escort-Service oder in Hotels arbeitende Frauen lasten ihnen 50% der gegen sie begangenen Gewalthandlungen an. Schliesslich gehen viele Gewalttaten auch auf das Konto der Polizei, da ein Viertel der auf der Strasse begangenen Vergewaltigungen Polizisten zugeschrieben wurde ebenso wie 30% der Vergewaltigungen von exotischen Tänzerinnen. Anderen AutorInnen (Cohan

⁹ Der Begriff „Drug house“ bezeichnet in den USA Häuser, in denen illegale Drogen gehandelt werden und es anscheinend auch zur Prostitutionstätigkeit kommt.

et al. 2006) zufolge sollen Beziehungspartner häufiger Urheber der erlittenen Gewalt sein als Freier: Von insgesamt 419 befragten Sexarbeiterinnen berichten 55.1% von einem Vorkommen häuslicher Gewalt, während 36.3% Opfer von Gewalt im Arbeitskontext wurden. Dieselbe Studie stellt einen Zusammenhang zwischen der Gewalterfahrung bei der Arbeit und einer polizeilichen Vorgeschichte her, da Frauen, die noch nie mit der Ordnungsmacht in Berührung gekommen sind, weniger Gewalt bei der Arbeit (25.9%) bezeugen als jene, die bereits einmal verhaftet wurden (47.1%).

In den gesamten USA gilt eine prohibitionistische Gesetzgebung¹⁰ (mit Ausnahme von Nevada), die nach einzelnen AutorInnen zu den von ihnen beobachteten hohen Gewalttraten führen soll. Zahlreiche Arbeiten bestätigen in der Tat, dass die Vulnerabilität für Gewalt mit der Kriminalisierung der Prostitution erheblich zunimmt (TAMPEP 2004, CEEHRN 2005). Dies trifft sowohl auf die von Freiern und Zuhältern verübten Gewalttaten zu, da die Sexarbeiterinnen nicht Anzeige erstatten können, als auch in noch stärkerem Masse auf die Gewalthandlungen durch Ordnungskräfte, die beispielsweise in einer erzwungenen sexuellen Handlung unter Androhung einer Anzeige der Prostitutionstätigkeit bestehen.

Einige AutorInnen (Roxburgh et al. 2006) weisen übrigens auf den geringen Anteil Sexarbeiterinnen hin, die Anzeige wegen Gewalthandlungen bei der Arbeit erstatten. Von insgesamt 72 befragten Sexarbeiterinnen geben 85% an, Opfer solcher Gewalttaten geworden zu sein, während lediglich 35% Anzeige bei der Polizei erstattet haben.

Aus dem CEEHRN-Bericht (2005) geht hervor, dass in Osteuropa Gewalthandlungen durch Zuhälter an der Tagesordnung sind. Nach den Angaben des AIDS-Zentrums von Nizhny Novgorod (Russland) haben mehr als 55% der Sexarbeiterinnen Gewalt durch ihre Zuhälter erfahren¹¹. Freiergewalt ist in dieser Region ebenfalls allgegenwärtig. Wie eine russische Studie (Nashkoev 2002) mit 242 Sexarbeiterinnen ergeben hat, wurden 38% der Frauen bereits mehr als einmal durch einen Kunden vergewaltigt. In Georgien haben nach den Aussagen von 160 befragten Frauen 42% von ihnen sexuelle oder physische Gewalthandlungen durch Prostitutionskunden im der Befragung vorangegangenen Jahr erlitten (Stvilia 2003). Die Mehrheit dieser Opfer ist unter 18 Jahre alt, was darauf schliessen lässt, dass das junge Alter einen Vulnerabilitätsfaktor darstellt.

¹⁰ Die Auswirkungen der nationalen Gesetzgebungen auf die Gesundheit der Sexarbeiterinnen werden in einem späteren Kapitel vertieft betrachtet.

¹¹ Es handelt sich hierbei um Statistiken eines Gesundheitszentrums und nicht um Ergebnisse einer wissenschaftlichen Untersuchung. Die Stichprobengröße ist unbekannt.

Psychische Störungen

Prostitution und psychische Gesundheit/Krankheit: 3 Artikel aus „Sociological abstracts“ und 108 Artikel aus „Medline“.

In den Forschungsarbeiten über psychische Störungen bei Sexarbeiterinnen schlägt sich oft die Schwierigkeit der Forschenden nieder, sich angesichts des hoch emotionalen und ideologisierten Forschungsbereichs von einer ideologischen Haltung loszulösen: Einige AutorInnen wählen einen explizit abolitionistischen Ansatz, indem der grundsätzlich demütigende Charakter der Sexarbeit angeprangert wird (vgl. Farley et al. 1998), während andere eine reglementaristische Position vertreten und die externen Einflussfaktoren der Sexarbeit betonen, auf die zur Beseitigung von Gewalt und Ausbeutung eingewirkt werden sollte (vgl. insbesondere Vanwesenbeeck 2005).

Kasten 3 – Reglementarismus, Abolitionismus oder Prohibitionismus?

Diese Begriffe bezeichnen drei politische und ideologische Hauptströmungen betreffend die Prostitution und ihre Regulierung. Der Reglementarismus entsteht im 18. Jahrhundert und widerspiegelt ein liberales Staatsverständnis, das dem Staat eine regulierende Rolle zuschreibt. In Anbetracht der gesundheitlichen und sittlichen Gefährdung ist es Aufgabe des Staates, die Ausübung der Prostitution zu überwachen und zu kontrollieren, indem er gleichzeitig eine tolerante Position gegenüber diesem Phänomen der freien Wirtschaft einnimmt. Die Prostitution wird folglich im 18. und 19. Jahrhundert aus dem Blickfeld der Bevölkerung in geschlossene Häuser verbannt und einer gesundheitspolitischen und rechtlichen Sonderbehandlung unterworfen (Corbin 1978).

Ab dem 19. Jahrhundert widersetzt sich die so genannte abolitionistische Bewegung dem reglementaristischen Regime und macht den stigmatisierenden Status geltend, in welchen die Prostituierten durch dieses System gezwängt werden. Die Prostitution wird als Symbol für die Unterdrückung der Frauen wahrgenommen und mit einer Form der Sklaverei gleichgesetzt, die vom Staat weder toleriert noch institutionalisiert werden darf.

Ein Teil der Abolitionisten strebt einzig und allein die Aufgabe des reglementaristischen Systems an und tritt für die Freiheit der Prostituierten ein, während eine radikalere Strömung evangelischer Prägung sogar so weit geht, die Ausrottung der Prostitution zu fordern. Diese als Prohibitionismus bezeichnete Sichtweise wird hier zwar mit einer radikalen Form des Abolitionismus gleichgesetzt, sie lässt sich aber auch als eine dritte Regulationsform betrachten.

Heute bilden sich die Positionen weiterhin im Spannungsfeld dieser beiden ideologischen Hauptpole (Reglementarismus gegen Abolitionismus). Dies gilt insbesondere für die feministische Bewegung, die in eine radikale und eine libertäre Strömung gespalten ist: Während sich die erste für die Abschaffung der Prostitution einsetzt, betrachtet die zweite die Prostitutionstätigkeit als eine Arbeit wie jede andere, die den darin tätigen Frauen eine potenzielle Autonomie verschafft.

Im ersten Fall erklären gewisse AutorInnen sogar den Einstieg in die Prostitution mit prädisponierenden pathologischen Faktoren wie einem vernachlässigenden familiären Umfeld, infantiler emotionaler Frustration, sexueller Frust-

ration, einem schwierigen sozioökonomischen Umfeld oder sexuellen Missbräuchen in der Kindheit oder Jugend (Ouvrard 2000, Poulin 2005, Trinquart 2002¹²). Diese pathologisierende und psychologisierende Betrachtungsweise kann auch als Erklärung für die negativen Auswirkungen der Prostitution dienen. In den Augen gewisser AutorInnen wie Farley et al. (1998) besitzt die Sexarbeit für die darin tätigen Frauen eine ihr inhärente traumatisierende und demütigende Komponente, welche die erhöhte Prävalenz von posttraumatischen Belastungsstörungen (bei zwei Dritteln der Stichprobe) bei Sexarbeiterinnen erklärt, und dies unabhängig vom betrachteten Land (Südafrika, Thailand, Türkei, USA und Zimbabwe). Im zweiten Fall fokussieren die Arbeiten auf externe Kontextfaktoren, die häufig mit der Prostitutionstätigkeit in Verbindung gebracht werden wie Drogenkonsum oder physische, psychische und sexuelle Gewalt (Vanwesenbeeck 2005).

Da wir bei der Evaluation unserer Quellen mit diesem Dilemma konfrontiert sind und eine Beurteilung der wissenschaftlichen Stichhaltigkeit der präsentierten Quellen im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht möglich ist, verlassen wir uns in dieser Frage auf die von uns benutzten Datenbanken, deren ausgewählte Artikel vorgängig ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen haben.

Prävalenz psychischer Störungen

In einer Studie zur posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD)¹³ (Roxburgh et al. 2006), die auf Face-to-Face-Interviews mit 72 „Indoor“-Sexarbeiterinnen in Australien basiert, stellten die AutorInnen bei einem Drittel der Befragten aktuelle Symptome einer PTSD fest, was im Vergleich zur Allgemeinheit einem zehnfach erhöhten Anteil entspricht. Gemäss der deskriptiven Analyse der Daten wiesen 87% der Frauen Symptome einer Depression auf, und 42%

¹² Diese Texte sind zwar nicht Teil der von uns ausgewählten Arbeiten, werden hier aber dennoch erwähnt, da es sich um bekannte Publikationen handelt, welche die pathologisierende Perspektive in Zusammenhang mit der Prostitution illustrieren (entweder zur Erklärung für den Einstieg in die Prostitution oder für die aus dieser Tätigkeit resultierenden Störungen).

¹³ Die posttraumatische Belastungsstörung (engl. Post-traumatic Stress Disorder, PTSD) wird durch „das unmittelbare und persönliche Erleben [...] oder Bezeugen einer höchst traumatischen Stresssituation“ hervorgerufen. Die Symptome können in unterschiedlicher Form auftreten: Mühe das traumatisierende Ereignis zur Sprache zu bringen, anhaltender Angstzustand und Übererregbarkeit usw. Eine PTSD-Diagnose wird gestellt, wenn diese Symptome länger als einen Monat andauern und zu einer signifikanten klinischen Störung oder einer Verschlechterung der Funktionsfähigkeit führen. (American Psychiatric Association 2000).

hatten bereits einen Suizidversuch hinter sich. Nahezu die Gesamtheit der Stichprobe (99%) erwähnte mindestens ein traumatisierendes Ereignis in der Vergangenheit.

Eine israelische Studie mit 55 mehrheitlich migrierten „Indoor“-Sexarbeiterinnen ohne legalen Aufenthaltstatus (Cwikel et al. 2003) interessierte sich für die Ursachen der berufsbedingten Risiken („occupational risk“), die nach einer Sieben-Punkte-Skala bewertet wurden. Die Beschreibung der Merkmale der Stichprobe ergab, dass 41% der Frauen schon einmal Suizidgedanken gehegt und 18.5% mindestens einen Suizidversuch unternommen hatten.

Im Vordergrund einer jüngsten Studie von Vanwesenbeeck (2005) stand die Burnout-Prävalenz bei Sexarbeiterinnen, die in geschlossenen Räumen arbeiten. Ein Burnout-Syndrom tritt denn auch häufiger in Berufen auf, die enge zwischenmenschliche Kontakte mit sich bringen und für deren Ausübung die Persönlichkeit der Berufsausübenden die Hauptressource bildet – beides auf die Prostitutionstätigkeit zutreffende Merkmale. Die Forschungsarbeit betrachtet die drei wichtigsten Dimensionen dieser psychologischen Störung: emotionale Erschöpfung, Gleichgültigkeit/Zynismus und Selbstzweifel. Zielsetzung dieser auf einer Stichprobe von 96 Sexarbeiterinnen basierenden Studie war zunächst, die Burnout-Rate der Sexarbeiterinnen mit derjenigen von zwei Kontrollgruppen zu vergleichen: die erste Gruppe setzte sich aus Beschäftigten des Gesundheitswesens zusammen und die zweite aus Erwerbstätigen anderer Wirtschaftszweige, die aus beruflichen Gründen psychologisch betreut wurden. In einem zweiten Schritt erforschten die AutorInnen die Kontextfaktoren, die dem Burnout der Sexarbeiterinnen zugrunde liegen können. Die Ergebnisse dieser Studie weisen für die Sexarbeiterinnen eine emotionale Erschöpfung und ein Gefühl der Selbstkompetenz aus, die mit den Beschäftigten des Gesundheitswesens vergleichbar und deutlich tiefer sind als bei der Patientengruppe. Die Indifferenz- und Zynismusrate der Sexarbeiterinnen bewegt sich indessen auf einem ähnlichen Niveau wie bei den aus beruflichen Gründen behandelten Patienten und liegt über derjenigen des Gesundheitspersonals. Daraus lässt sich schliessen, dass in Bezug auf die ersten beiden Dimensionen des Burnout-Syndroms die Sexarbeiterinnen in der Norm liegen, sich jedoch durch ein höheres Mass an Indifferenz und Zynismus bei ihrer beruflichen Tätigkeit unterscheiden.

Hauptursachen für psychische Störungen

Die Studie von Roxburgh et al. (2006) über 72 „Indoor“-Sexarbeiterinnen in Australien weist nach, dass eine PTSD auftreten kann, wenn weitere begünstigende Faktoren neben der Prostitutionstätigkeit vorliegen. Zu diesen Faktoren gehören traumatische Erlebnisse in der Kindheit, psychische Störungen, zerrüttete Familienverhältnisse und Substanzmissbrauch. In den Augen der AutorInnen dieser Studie handelt es sich dabei um häufig vorkommende Störungen und Probleme von Sexarbeiterinnen, weshalb sie Letzteren eine Prä-

disposition für PTSD zuschreiben. Der Untersuchung zufolge waren 82% der Stichprobe heorinabhängig und ein Drittel kokainabhängig, was eine erhöhte Prävalenz von Drogenkonsum bei Sexarbeiterinnen bestätigt. Beim Vergleich der Sexarbeiterinnen, die eine aktuelle PTSD aufweisen, mit den Frauen ohne solche Symptome konstatieren die AutorInnen hingegen, dass die soziodemografischen Merkmale, der Drogenkonsum sowie das Alter beim Einstieg in die Prostitution in beiden Gruppen vergleichbar sind. Letztere unterscheiden sich lediglich hinsichtlich der Zahl und der Art der traumatischen Erlebnisse in der Vergangenheit, was darauf schliessen lässt, dass wiederholte traumatische Erfahrungen einen prädeteminierenden Faktor für die Entwicklung einer PTSD darstellen.

In der Studie von Cwikel et al. (2003) wird mittels Beobachtung von Korrelationen zwischen den verschiedenen Variablen (n=55) ein Zusammenhang zwischen PTSD-Symptomen und traumatischen Erlebnissen der Gegenwart und Vergangenheit, Depression und selbstberichteter schlechter Gesundheit hergestellt. Drogenkonsum, physische und sexuelle Gewalterlebnisse vor dem 18. Lebensjahr sowie Suizidversuche korrelieren ausserdem mit einem erhöhten Berufsrisiko. Die illegale Situation hängt zwar nicht mit einer schlechteren psychischen Verfassung (Depression, PTSD usw.) zusammen, sie hat aber aufgrund des fehlenden Zugangs zur Gesundheitsversorgung über das Krankenversicherungssystem eine schlechtere somatische Gesundheit zur Folge.

Das gesellschaftliche Stigma und seine Auswirkungen im Alltag der Sexarbeiterinnen stellen für andere AutorInnen die Hauptursache für psychische Störungen in dieser Population dar (El-Bassel et al. 1997). In einer Studie wird eine Stichprobe von Sexarbeiterinnen (n= 176) mit einer Stichprobe von Frauen verglichen, die nicht diese Tätigkeit ausüben (n= 130). Nachdem die Auswirkungen aller anderen Variablen (Alter, ethnische Zugehörigkeit, Schwangerschaft, wahrgenommenes HIV-Risiko, Vergewaltigung, Crack- und Alkoholkonsum) korrigiert wurden, machen die AutorInnen dieser Untersuchung in der Gruppe der Sexarbeiterinnen einen erhöhten psychischen Leidensdruck aus (gemäss aktuellen Kriterien der Psychiatrie). Eine Studie von Chimienti (in press) über Sexarbeiterinnen in drei verschiedenen Milieus (Nachtclubs, Bars und Massagesalons; n=55) in der Schweiz führt die Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens der Sexarbeiterinnen sowohl auf die Stigmatisierung der Sexarbeit als auch auf die wirtschaftlich und rechtlich prekäre Situation zurück und streicht die von den Sexarbeiterinnen stark empfundene Einsamkeit, ihre Schwierigkeiten ein Paarleben aufrechtzuerhalten und das Burnout-Risiko heraus. In diesem Zusammenhang macht Sanders (2004) darauf aufmerksam, dass die Sexarbeiterinnen zwar Strategien zur Bewältigung der mit Krankheiten und Gewalt einhergehenden physi-

schen Risiken entwickeln können, die emotionale Gefährdung aber viel schwieriger zu kontrollieren ist.

Vanwesenbeeck (2005) hebt unter den Erklärungsfaktoren für das Burnout-Syndrom den Einfluss von Kontextfaktoren wie fehlende Autonomie und Unterstützung bei der Arbeit sowie negative soziale Erfahrungen infolge des Prostitutionsstigmas hervor. Die konkreten Merkmale der Sexarbeit wie die Anzahl Arbeitsstunden oder der Arbeitsort wirken sich indessen nur sehr gering auf die Burnout-Problematik aus. Die AutorInnen kommen daher zum Schluss, dass die Sexarbeiterinnen einerseits keine speziell dem Burnout-Syndrom unterworfenen Population darstellen und andererseits die Erklärung für psychische Störungen nicht im Wesen der Sexarbeit, sondern in beeinflussbaren Kontextfaktoren zu suchen ist. Sie empfehlen folglich einen reglementaristischen Rahmen für die Sexarbeit und öffentliche Massnahmen zur Bekämpfung von Gewalt und Ausbeutung sowie zur Förderung der institutionellen Unterstützung von Sexarbeiterinnen.

Zusammenfassung

Dank der eingehenden Analyse der möglichen Gesundheitsprobleme von Sexarbeiterinnen konnten die wichtigsten sozialen, epidemiologischen, rechtlichen und ökonomischen Vulnerabilitätsfaktoren herausgearbeitet werden, die diesen Problemen zugrunde liegen.

Wie die zahlreichen Forschungsarbeiten zur HIV-Problematik oder allgemein zu sexuell übertragbaren Infektionen belegen, fördern intravenöser Drogenkonsum, Migrationshintergrund, finanzielle Schwierigkeiten und frühere STI eine HIV-Infektion. Diese Konstellationen sind indessen aus unterschiedlichen Gründen risikobehaftet: Die Vulnerabilität einer i.v. drogenkonsumierenden Sexarbeiterin ist auf die grosse Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung durch Spritzentausch zurückzuführen, während die Vulnerabilität von sich prostituierenden Migrantinnen durch ihre oft illegale Aufenthaltssituation bedingt ist, die den Zugang zu Informationen und Gesundheitsversorgung erschwert oder sogar verunmöglicht. Generell bezeichnen die AutorInnen einhellig die Verhandlungsfähigkeit und die Autonomie bei der Arbeit als Faktoren, die das HIV/STI-Risiko verringern.

Wissenschaftliche Arbeiten thematisierten Gewalt gegen Sexarbeiterinnen weniger häufig als HIV oder STI. Die Mehrheit dieser Studien widmete sich zudem der körperlichen Gewalt gegen Sexarbeiterinnen auf der Strasse und vernachlässigte entsprechend die anderen Gewaltformen (psychologische Gewalt, Ausbeutung) und die „Indoor“-Orte des Sexmarktes. Mehrere Risikofaktoren konnten in diesen Arbeiten identifiziert werden wie die Unfähigkeit (aus Erfahrungsmangel) oder die Unmöglichkeit (aus Geldmangel), die Kunden auszuwählen. In diesem Zusammenhang ist auch die Drogenab-

hängigkeit zu nennen, da die Sexarbeiterinnen aufgrund des Beschaffungsstressses einen „zweifelhaften“ Kunden nicht ablehnen können. Wenn der Ort des Kundentreffens für die Sexarbeiterin ungewöhnlich ist, stellt er ebenfalls einen Risikofaktor für Gewalt dar. Die Studien belegen schliesslich die schädlichen Auswirkungen eines abolitionistischen Rechtsrahmens auf die Gewaltgefährdung von Sexarbeiterinnen: Letztere haben nämlich nicht mehr die Möglichkeit, bei Übergriffen Anzeige zu erstatten, und werden oft Opfer von Missbräuchen durch Ordnungskräfte.

Die Untersuchungen zu psychischen Gesundheitsproblemen von Sexarbeiterinnen scheinen häufig ideologisch gefärbt und entweder mit reglementaristischen oder abolitionistischen Elementen durchsetzt zu sein. Entsprechend bezeichnen einzelne AutorInnen das "intrinsisch demütigende" Wesen der Prostitutionstätigkeit als Determinante für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung. Andere AutorInnen wiederum verweisen auf die Bedeutung von Kontextfaktoren wie Drogenkonsum, Stigmaerfahrungen oder fehlende Autonomie bei der Arbeit, um psychische Störungen zu erklären. Der aktuelle Forschungsstand ermöglicht zwar weder eine Quantifizierung der psychischen Störungen von Sexarbeiterinnen noch eine eigentliche Einordnung der von den AutorInnen verschiedentlich angeführten Ursachen, er lässt aber die Aussage zu, dass die Sexarbeiterinnen aufgrund ihres Arbeitskontextes und der gesellschaftlichen Stigmatisierung eine für psychische Störungen besonders vulnerable Population und folglich eine Zielgruppe von Präventionsprojekten und psychologischen Hilfsangeboten bilden.

Gesundheitsmassnahmen für Sexarbeiterinnen

Prostitution und Prävention: 43 Artikel aus „Sociological abstracts“ und „Social services abstracts“.

Berichte¹⁴:

- *Skills, Training and good practice tools*, Tampep, 2007.
- *Tampep: Final report n°6, 2004.*

¹⁴ Die Berichte von Tampep, NSWP und CEEHRN wurden berücksichtigt, da es sich um die wichtigsten internationalen Organisationen handelt, die in Europa auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Interessenverteidigung für Sexarbeiterinnen aktiv sind. Wir haben ebenfalls einschlägige Publikationen der WHO und der Weltbank hinzugezogen, da diese Organisationen die „legitime“ Diskussion über Gesundheit und soziale Entwicklung in den Augen der Regierungen besonders gut repräsentieren.

- *Toolkit for targeted HIV/AIDS prevention and care in sex work settings*, World Health Organisation (WHO), 2005.
- *Legal aspects of HIV/AIDS: a guide for policy and law reform*, The World Bank, 2007.
- *Sex Work, HIV/AIDS and Human Rights in Central and Eastern Europe and Central Asia*, Central and Eastern European Harm Reduction Network (CEEHRN)¹⁵, 2005.
- *Making Sex Work Safe*, Network of Sex Work Project (NSWP), 1999.

Prävention und Gesundheitsförderung erfolgen auf verschiedenen Ebenen:

- *Individuelle Strategien*: Anhand ihrer eigenen Erfahrungen und des von versierteren Kolleginnen vermittelten Wissens entwickeln die Sexarbeiterinnen Strategien und Massnahmen zum Schutz vor Gesundheitsrisiken.
- *Kollektive Massnahmen*: Prävention und Gesundheitsförderung können auch über kollektive Aktionen von Hilfs- und Interessenorganisationen für Sexarbeiterinnen erfolgen, die von den Hauptbetroffenen oder von Sozialarbeitenden (oder beiden) ins Leben gerufen werden. Diese in zahlreichen Ländern vorhandenen Projekte agieren auf lokaler Ebene - gelegentlich mit staatlicher Hilfe - und haben die Förderung der Gesundheit von Sexarbeiterinnen sowie allgemein die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und die Stärkung der Menschenrechte von Sexarbeiterinnen zum Ziel. Sie verfolgen vermehrt einen partizipativen Ansatz im Sinne von Selbstorganisation und Empowerment, da sich "Bottom-up-Projekte" als wirksamer erwiesen haben.
- Die *öffentlichen Politiken und rechtlichen Rahmenbedingungen* der Prostitution spielen ebenfalls eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung. Sie können Anlass sein für Massnahmen nach dem „Top-down-Prinzip“ oder die Nachhaltigkeit kollektiver Aktionen

¹⁵ Beim "Central and Eastern European Harm Reduction Network" handelt es sich um ein regionales Netzwerk, das sich zur Aufgabe gemacht hat, Herangehensweisen zur Schadensverminderung im Bereich Drogen, HIV/AIDS, Public Health und soziale Ausgrenzung unter Berücksichtigung der Grundsätze des Humanismus, der Toleranz, der Partnerschaftlichkeit und der Achtung der Menschenrechte und der Freiheit zu fördern, zu entwickeln und zu verteidigen. Dem 1997 gegründeten Netzwerk gehören heute über 250 Einzelpersonen und Organisationen aus 25 Ländern Mittel- und Osteuropas sowie Zentralasiens an.

über deren Finanzierung sicherstellen („Bottom-up-Vorgehensweise“) oder auch für die Ausweitung bewährter Praktiken auf andere Kontexte sowie für die konstruktive Vernetzung der verschiedenen Akteure sorgen.

Kasten 4 – Bottom up oder top down? Bottom up und top down!

„Bottom-up“-Projekte stehen unmittelbar in der Denktradition der Förderung von Selbstorganisation und Empowerment. Die Verfechter dieser Herangehensweise machen die grössere Wirksamkeit dieses Projekttyps geltend, da er den konkreten und besonderen Gegebenheiten des jeweiligen Kontextes sowie den Prioritäten der Direktbetroffenen Rechnung trägt.

In prohibitionistischen Ländern kommen nur solche Projekte in Frage, da offizielle öffentliche Massnahmen undenkbar sind. Diese „von unten“ ausgehenden Kleinprojekte sind übrigens oft kostengünstiger als gross angelegte Vorhaben. Es wurden aber auch kritische Stimmen zu diesem Ansatz laut, die hauptsächlich befürchten, dass sich der Staat zurückzieht und öffentliche Aufgaben an die privaten Akteure abtritt. Der Staat würde auf diese Weise nicht zugunsten von „Randgruppen“ eingreifen und nur intervenieren, wenn eine Gefahr für die Allgemeinbevölkerung besteht. Ausserdem sehen einige hinter dem Postulat der Partizipation und der Eigenverantwortung in Sachen Gesundheit, wie es in der Ottawa-Charta von 1986 verankert ist, eine Tendenz des Staates, sich seiner Verantwortung zu entledigen, wodurch die Gefahr besteht, dass der Staat seine regulierende Rolle bei Ungleichheiten aufgibt (Nettleton 1995, Kühn 1999).

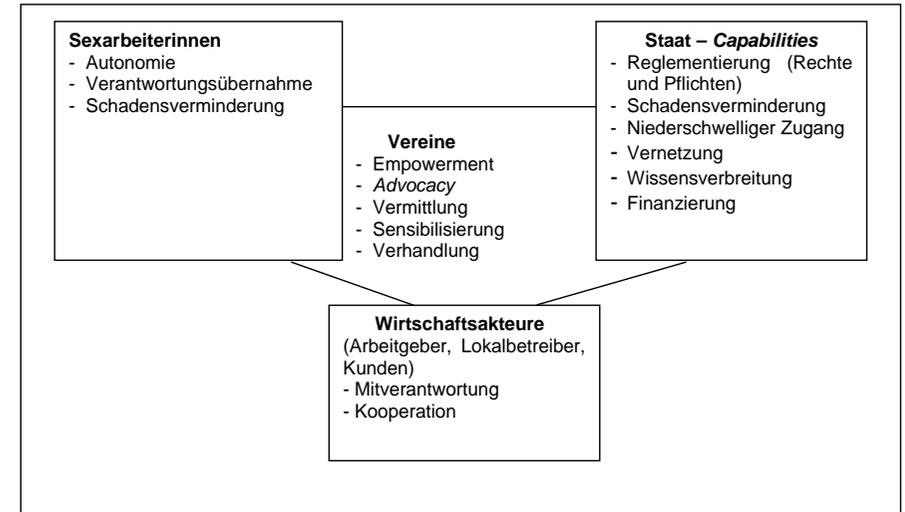
Die „Top-down“-Massnahmen ihrerseits kranken an einem Legitimitätsdefizit, da sie die betroffenen Personen nicht einbeziehen, und weisen aufgrund ihres oft universalistischen Anspruchs eine Diskrepanz zu den einzelnen Umsetzungskontexten auf. Sie ermöglichen allerdings die Verwirklichung des Gleichbehandlungsgrundsatzes, der das Fundament des Sozialstaates bildet.

In einer Risikogesellschaft (Beck 2004 [1994]), die zwar komplex, aber meistens um effiziente und mehrheitsfähige Massnahmen bemüht ist, verschwindet dieser Gegensatz zunehmend, denn die Ansätze müssen miteinander korrelieren: Da der vermittelnde oder reflexive Staat nicht alleine handeln kann, sucht er Lösungen mittels Vernetzungen. Entsprechend vervielfachen sich die Handlungsfelder, wodurch der Staat seine Zentralität verliert.

Dieses Kapitel ist hauptsächlich Projekten gemeinnütziger Organisationen gewidmet, wobei der Schwerpunkt auf den Schlüsselmassnahmen und den wichtigsten Umsetzungshürden liegt. Es verschafft aber auch eine Übersicht über die in der Literatur beschriebenen individuellen Strategien sowie die öffentlichen Politiken, die Aufschluss über gesundheitsfördernde Faktoren geben.

Der Aufbau des Kapitels richtet sich nach den von den AutorInnen formulierten Best Practices. In der Literatur herrscht Konsens über die Schlüsselemente einer Gesundheitsförderungsaktion, die sich wie folgt schematisch darstellen lassen (vgl. Abbildung 1):

Abbildung 1 - Schlüsselakteure/-elemente der Prävention und der Gesundheitsförderung nach dem Wohlfahrtsdreieck von Evers (Evers 1990)



Fürs Erste ist dieser Abbildung zu entnehmen, dass eine Best Practice die Vernetzung der betroffenen Akteure (Staat, Vereine, Wirtschaft und Sexarbeiterinnen) fördern muss, von deren Einbindung die optimale Umsetzung einer Aktion abhängt. Die Vernetzung muss durch den Staat unterstützt werden (durch ein System von Rechten und Pflichten) und durch die Vereine auf die anderen Akteure übertragen werden.

- Der Staat betreibt zur Förderung des Empowerment einer „vulnerablen“ Bevölkerungsgruppe eine wenig moralisierende Politik, die einerseits die Befähigung der Sexarbeiterinnen und andererseits die Schadensverminderung zum Ziel hat (niederschwelliger Zugang).
- Die Vereine übernehmen eine Mittlerrolle zwischen den einzelnen Akteuren. Ihre Advocacy-Funktion besteht darin, für die Rechte und Anliegen der Sexarbeiterinnen einzutreten und dadurch den schwachen Akteuren beim Staat Gehör zu verschaffen. Ausserdem nehmen sie bei den Wirtschaftsakteuren Verhandlungs- und Sensibilisierungsaufgaben wahr. Schliesslich sorgen sie für Information und Empowerment der Sexarbeiterinnen über die Stärkung der persönlichen, zwischenmenschlichen und politischen Ressourcen, sodass auf individueller Ebene eine Verbesserung der Lebenslage bewirkt werden kann.

- Die Wirtschaftsakteure und die Sexarbeiterinnen müssen sich nach dem Grundsatz von Rechten und Pflichten an den Massnahmen beteiligen.

Der dritte Teil des vorliegenden Projekts wird die in der Schweiz entwickelten Best Practices und die damit verbundenen Hauptschwierigkeiten beleuchten. An dieser Stelle soll zunächst anhand der Literatur und der verschiedenen Projekte im Ausland betrachtet werden, wie die Umsetzung der genannten Schlüsselemente erfolgt und welche Hindernisse und Erfolge feststellbar sind.

Individuelle Strategien

Der Begriff des Risikos im Allgemeinen und des Gesundheitsrisikos im Speziellen ist kulturell und gesellschaftlich definiert (Good 1994). Aus diesem Grund muss bekannt sein, wie und weshalb die Wahrnehmung und Gewichtung der Risiken je nach betrachteter Personengruppe variieren, um die individuellen Strategien der Sexarbeiterinnen zu verstehen, mit denen sie den Gesundheitsrisiken in ihrem Arbeitsalltag begegnen. Die Projekte sollen sich ausserdem nach den subjektiven Prioritäten der Sexarbeiterinnen richten, weshalb es wichtig ist, ihnen eine Stimme zu verschaffen, damit sie ihre Anliegen zum Ausdruck bringen können. Die Verstärkung der Gesundheitsschutzvorschriften bei der Arbeit kann beispielsweise für Sexarbeiterinnen auf dem legalen Markt Sinn machen, wäre hingegen im Falle drogenabhängiger und illegaler Sexarbeiterinnen, die ihre Dienstleistungen zur Existenzsicherung anbieten, ein gänzlich unrealistisches Ziel (NSWP 2003).

Sanders (2004) konstatiert in einer ethnografischen Studie über „Indoor“-Sexarbeiterinnen in einer britischen Grosstadt (n=55), dass die physischen Gesundheitsrisiken (STI, HIV) von den Sexarbeiterinnen nicht als grosse Gefahr perzipiert werden, da sie der festen Überzeugung sind, den Ablauf des sexuellen Kontakts kontrollieren und bei Kunden mit Vorbehalten die Präservativbenutzung durchsetzen zu können. Den Äusserungen der befragten Sexarbeiterinnen zufolge soll die „Indoor“-Prostitution in der Regel kooperativere Kunden anziehen. Auch wenn das Risiko der körperlichen Gewalt von den Sexarbeiterinnen nicht am meisten gefürchtet wird, stellt sie dennoch eine unmittelbare Gefahr dar als die sexuell übertragbaren Krankheiten. Von den 55 durch Sanders befragten Frauen berichten denn auch deren 16 von einem Gewalterlebnis mit einem Kunden (Übergriff, Vergewaltigung, Einschüchterung usw.). Im Weiteren zeugen die vielen von den Sexarbeiterinnen beschriebenen Schutzstrategien und -massnahmen vom allgemeinen Bewusstsein um diese alltägliche Gefahr. Die wichtigsten Schutzmassnahmen sind:

- Auswahl der Kunden nach Kriterien, die aufgrund früherer negativer Erfahrungen festgelegt worden sind;
- Inanspruchnahme eines Bodyguards;
- Forderung von Vorauszahlungen;
- Orientierung des Kunden, dass sich eine (meist fiktive) Drittperson in der Nähe befindet, die im Notfall eingreifen wird.

Eine jüngste Studie über Gewalt im Genfer Sexgewerbe (Földhàzi & Chimienti 2006) hat ebenfalls eine Bestandsaufnahme der verschiedenen Schutzressourcen und -taktiken von Sexarbeiterinnen nach deren Arbeitsort (Strasse, Massagesalon, Champagnerbar und Cabaret) erstellt. Dazu gehören folgende Strategien:

- Strasse und Massagesalons: Selektion des Ortes und der Kunden (saubere Bekleidung, Drogenfreiheit usw.) und Arbeit am Tag. Bevorzugung von Stellungen von vorne während des sexuellen Kontakts. Klare vorgängige Verhandlung der Dauer des sexuellen Kontakts. Lautes Sprechen und sicheres Auftreten bei aggressiven Freiern. Beziehungen von Kolleginnen im Bedarfsfall.
- Champagnerbars und Cabarets: Selektion des Arbeitsortes. Vermeidung von zu grossen Alkoholmengen (Glas unbemerkt vom Kunden oder Lokalbetreiber diskret ausschütten)

Der Untersuchung von Sanders (2004) zufolge stellt die Freiergewalt in den Augen der Sexarbeiterinnen zwar ein gewisses Risiko dar, wird aber bei weitem nicht am meisten gefürchtet. Vielmehr werden die mit der Prostitutionstätigkeit verbundenen emotionalen Risiken gescheut wie die Gefahr, von unwissenden Angehörigen "entdeckt" zu werden oder das Privatleben und Sex aus Freude nicht vom Berufsleben trennen zu können, in welchem Sex als Arbeitsinstrument dient. Wie Sanders festhält, können diese emotionalen Risiken gravierende Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Sexarbeiterinnen haben und stellen für Letztere ein umso grösseres Risiko dar, als sie kaum über geeignete Schutzstrategien verfügen. Um Privat- und Berufsleben nicht zu vermischen, ziehen die Sexarbeiterinnen physische und symbolische Grenzen wie die Verweigerung gewisser Praktiken (z. B. Mundküsse) oder keine gefühlsmässige Beteiligung bei den Kunden. Einigen Sexarbeiterinnen gelingt diese Abgrenzung indessen nicht, weshalb sie schliesslich auf jede Gefühls-/Liebesbeziehung verzichten, solange sie im Sexgewerbe tätig sind. Die „Entdeckungsangst“ stellt ebenfalls eine Dauersorge der Sexarbeiterinnen dar (von den 55 Frauen der Stichprobe haben nur deren drei den Angehörigen ihre Tätigkeit preisgegeben). Nach den Beobachtungen von Sanders erfordert die Angst vor dem Entdecktwerden aufgrund der geringen Risikobeherrschung, der spärlichen Schutzmassnahmen und der gravierenden Folgen bei Eintreten der Gefahr einen deutlich grösseren Energieauf-

wand als die anderen Gefahren im Alltag der Sexarbeiterinnen. Eine solche Untersuchung illustriert, wie wichtig die Kenntnisse über die Gefahrenwahrnehmung und -einstufung durch die einzelnen Populationen sind, damit geeignete Aktionen und Massnahmen entwickelt werden können. So stellen „Indoor“-Sexarbeiterinnen, die über einen grossen Handlungsspielraum beim Schutz vor STI verfügen und regelmässig in Präventionsprogramme eingebunden sind, das Stigma-Management in den Vordergrund.

In einem ganz anderen Kontext arbeiten Williamson & Folaron (2001) in einer Gruppe von crackabhängigen und auf der Strasse arbeitenden Sexarbeiterinnen in den USA die Überlebensstrategien gegenüber der Freiergewalt heraus. In dieser Gruppe sind die Vulnerabilitätsfaktoren aufgrund des Ausübungsortes (Strasse), des prohibitionistischen gesetzlichen Rahmens in den USA (der bei Gewaltvorfällen eine Anzeige verhindert) und der Crackabhängigkeit gehäuft. Aus den protokollierten Äusserungen lässt sich daher ein deutlich schwächer ausgeprägtes Kontrollgefühl bei der Arbeit herauslesen als bei den von Sanders (2004) befragten „Indoor“-Sexarbeiterinnen in England, wo die Prostitution legal ist.

- Als erste Strategie wird in der Studie von Williamson & Folaron (2001) das Vertrauen in die eigene Intuition genannt. Wenn sich die Sexarbeiterin in der Gegenwart eines Kunden unwohl fühlt, muss sie unbedingt die Flucht ergreifen.
- Die zweite Strategie besteht in der Überprüfung des Umfelds (Auto, Ort des sexuellen Kontakts) auf eine potentielle Gefahr hin (Waffe, Anwesenheit von Dritten usw.). Die Sexarbeiterinnen geben auch Informationen über gewalttätige Freier untereinander weiter, um erneute Übergriffe zu verhindern. Schutz vor Gewalt bietet auch das Treffen mit Stammkunden an vertrauten Orten.
- Der Glaube an Gott und Gebete wurden in dieser Gruppe von Sexarbeiterinnen ebenfalls als Überlebensstrategie angegeben.
- Als letzter Ausweg bleibt einzig die Flucht.

Die beiden letzten Reaktionen machen die Beschränktheit der Schutzmöglichkeiten deutlich. Generell zeichnen die Schilderungen der interviewten Sexarbeiterinnen ein Bild der allgegenwärtigen Gefahr, da Kontrolle und Sicherheitsgefühl nie gegeben sind. Allerdings lässt sich dank der oben beschriebenen Strategien – zumindest nach den Aussagen und Erfahrungen der Hauptbetroffenen – die Gewaltwahrscheinlichkeit verringern.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass nach den Aussagen der Sexarbeiterinnen die individuellen gesundheitserhaltenden Strategien in Bezug auf STI

bedeutender sind als in Bezug auf die Gewaltprävention und sich bei psychischen Störungen als minimal erweisen.

Kollektive Selbsthilfeaktionen...

Weiter oben haben wir bei den kollektiven Massnahmen zwischen Mobilisierung der betroffenen Akteure und organisierter Sozialarbeit unterschieden. Anscheinend bringen im Sexgewerbe bloss Extremsituationen die betroffenen Personen dazu, sich selbst zu organisieren, wie dies unter anderem Mathieu (2001) und Amaouche (2006) am Beispiel von Frankreich illustrieren. Das heterogene Profil in der Bevölkerungsgruppe der Sexarbeiterinnen, die Konkurrenz, der Zeitdruck und die prekäre Lage stehen sowohl der Gruppendenitität als auch der Solidarität und der kollektiven Mobilisierung im Wege. Die vereinzelt bekannten Mobilisierungen wurden daher von Beginn an durch Fachleute des Sozialwesens oder anderer Bereiche ausserhalb des Sexmarktes weitergetragen und unterstützt.

Das Mobilisierungsdefizit wirft zwei wichtige Fragen auf: Es setzt ein Fragezeichen hinter die Fähigkeit der Vereine, eine gewisse Solidarität in dieser Personengruppe zu mobilisieren, und hinter die Notwendigkeit selbst, in die Gruppenmobilisierung zu investieren¹⁶. Fehlt ein durch die Direktbetroffenen organisiertes Gegengewicht, fällt den Vereinen eine umso zentralere Rolle zu.

... und Vereinsprojekte

Wie weiter oben dargelegt, besteht ein bestimmter Konsens¹⁷ über die "Best Practices", welche die Wirksamkeit und die Nachhaltigkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten auf dem Sexmarkt unter dem ethischen Aspekt der Achtung der Menschenrechte sicherstellen:

- Holistischer Ansatz, der *sämtliche sozialen, ökonomischen und rechtlichen Aspekte* der Problematik (nicht nur HIV) sowie *alle betroffenen Akteure/Gruppen* (nicht nur Sexarbeiterinnen) berücksichtigt.

¹⁶ Es stellt sich indessen die Frage, ob dieses Defizit nicht auf eine Unschärfe zurückzuführen ist, da Studien zu dieser Frage fehlen.

¹⁷ In Anbetracht der unwesentlichen bzw. inexistenten Meinungsdivergenzen arbeiten wir die Best Practices ohne Angabe der Quelle oder der AutorInnen heraus.

- *Wertfreie Haltung* unter vollständiger Wahrung der *Vertraulichkeit* und Anonymität gegenüber den Sexarbeiterinnen.
- *Partizipatives Vorgehen*, das die Sexarbeiterinnen und die weiteren betroffenen Gruppen (Freier, Arbeitgeber usw.) in die verschiedenen Projektetappen einbindet. Beachtung der Meinungen, Erfahrungen, Kenntnisse und Prioritäten der Zielgruppen. Anerkennung der Kompetenzen und der Professionalität der Sexarbeiterinnen.
- Förderung der Entwicklung *individueller Fähigkeiten* (Empowerment, rechtliche Kenntnisse usw.) und *zwischenmenschlicher Kompetenzen* (Leadership, Advocacy, Verhandlung) der Sexarbeiterinnen.
- *Abstimmung der Projekte auf lokale Kontexte* über eine vorgängige Situationsbeurteilung (Gesetzgebung, Lebenswelt, Schlüsselakteure, Prioritäten usw.). Entwicklung flexibler Projekte, die den schnellen Änderungen im Umfeld des Sexmarktes angepasst werden können.
- Privilegierung von *Peer Education* und *interkultureller Mediation* in der aufsuchenden Präventionsarbeit. Generelle Sicherstellung des Zugangs der Zielgruppen zu den Programmen.
- *Einflussnahme auf Strukturen und Institutionen* (Polizei, Etablissements, medizinische Kliniken) und keine Beschränkung der Aktionen auf die individuelle Ebene, damit die Verantwortung für die Gesundheitsförderung nicht nur auf den Sexarbeiterinnen lastet.

Diese Praktiken sind ausreichend allgemein gehalten, damit sie keine Widerstände hervorrufen, aber auch zu wenig genau umrissen, um von konkretem Nutzen zu sein. Anhand der ausgewählten Projekte soll nachfolgend auf ihre Umsetzung eingegangen werden:

Wir betrachten folgende vier Elemente, die im Falle von Vereinsinitiativen konstituierend für Best Practices sind: Empowerment, niederschwelliger Zugang, Netzwerkarbeit und Advocacy¹⁸.

¹⁸ Mit dem Begriff *Advocacy* werden Aktionen bezeichnet, die zum Ziel haben, den eigenen Meinungen Gehör zu verschaffen und für die eigenen Rechte einzutreten. Diese Vorgehensweise gestaltet sich insbesondere für marginalisierte Personen schwierig, sodass gelegentlich externe Hilfe notwendig ist.

Empowerment über HIV hinausgehend

Die Gesundheitsförderungsaktionen lassen sich in zwei Hauptkategorien einteilen: In „Aufklärungsprojekte“ und in „Befähigungsprojekte“¹⁹ (NSWP 2003). Die Ersten haben die Information über die Voraussetzungen und Methoden der Gesundheitsförderung zum Ziel (Broschüren, Beratung usw.). Die zweite Kategorie ermöglicht die Umsetzung der Ratschläge und Informationen aus Aufklärungsprojekten, indem sie den vulnerablen Gruppen zu einer grösseren Kontrolle über ihr eigenes Leben verhilft (erleichterter Zugang zur Gesundheitsversorgung, Gratis-Präservative, Zusammenarbeit mit Polizei usw.). Empowerment stellt selbstredend das Schlüsselement dieses zweiten Projekttyps dar. Aufklärung und Befähigung schliessen sich jedoch gegenseitig nicht aus und vermischen sich oft in ein und demselben Projekt. Wie die AutorInnen des NSWP-Berichts (NSWP 2003) indessen unterstreichen, bleiben Information und Aufklärung ohne einen Befähigungsprozess wirkungslos. Leider sind Empowerment-Projekte schwieriger zu finanzieren: sie werden oft für „unmoralisch“ befunden, da sie die Prostitution „fördern“ oder „erleichtern“.

In Südostasien und in Indien ist in den letzten Jahren die HIV-Rate in der Bevölkerung rapide angestiegen. Fachleute erklären die Epidemie in Indien grösstenteils damit, dass ledige und verheiratete Männer in urbanen Gebieten Sexarbeiterinnen aufsuchen und zu Infektionsüberträgern in der Allgemeinbevölkerung werden (United Nations Development Programme 2001). Die HIV-Prävalenzrate von Sexarbeiterinnen wird auf über 50% geschätzt. Die wachsende Besorgnis der internationalen Gremien führte zur Entwicklung langfristiger Projekte wie das von der Weltbank finanzierte „Sonagachi project“ in einem Rotlichtviertel Kalkuttas. Die Trägerschaft des 1992 lancierten Projekts bilden heute hauptsächlich lokale Sexarbeiterinnen. In einem Beitrag über die wichtigsten Projektetappen und -ergebnisse erklärt Pardasani (2005) das „Sonagachi project“ zum Modell für Empowerment und Selbstorganisation, das sich auch auf andere Regionen der Welt einschliesslich der entwickelten Länder übertragen lässt.

Der Empowerment-Prozess muss sowohl auf Mikroebene (Selbstachtung, Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben) als auch auf Makroebene (Entwicklung kollektiver Aktionen und Stärkung der politischen Macht) angesiedelt sein. Die Population der Sexarbeiterinnen ist wegen der Stigmatisierung, der Prekarität und der gesellschaftlichen Ausgrenzung in besonderem Masse von

¹⁹ „Befähigung“ bzw. Empowerment erfolgt nicht nur auf Projektebene. Dieser Prozess muss auch vom Staat namentlich über die Entkriminalisierung der Prostitution und die Garantie der bürgerlichen Rechte der Sexarbeiterinnen gefördert werden. Vgl. hierzu nachfolgendes Kapitel.

HIV betroffen und steht dieser Bedrohung aus Mangel an Ressourcen ziemlich wehrlos gegenüber. Zu dieser grossen Vulnerabilität kommt ein ausgeprägtes Misstrauen gegenüber Institutionen und Sozialhilfeeinrichtungen hinzu, das für stigmatisierte Randgruppen charakteristisch ist. Das Ausmass der Prekarität, des Stigmas und des Vertrauensmangels variiert allerdings je nach sozialem, kulturellem und gesetzlichem Kontext erheblich. Pardasani (2005) zufolge muss daher die Gesundheitsförderung für Sexarbeiterinnen erweiterte Aspekte der Sexarbeit wie Prekarität, Stigma und Gender-Ungleichheiten berücksichtigen und bekämpfen. *Der Schwerpunkt eines Aktionsprogramms hat daher nicht auf HIV-Prävention und Safer Sex, sondern auf individuellem und kollektivem Empowerment zu liegen.* Wie soll nämlich die Kondomanwendung gefördert werden, wenn die Sexarbeiterinnen diese nicht mit dem Freier oder dem Arbeitgeber aushandeln können? Ein Projekt ist zudem nur dann von Nutzen, wenn sich die Sexarbeiterinnen davon angesprochen fühlen, indem sie von Beginn an in dessen Erarbeitung und Realisierung eingebunden werden.

Das im „Sonagachi project“ angewandte Empowerment-Modell befolgt die von Gutiérrez (1990) postulierten fünf Phasen: Die erste Phase besteht in der Definition der *Problemstellung aus der Perspektive der Zielgruppe*, in der Anhörung der Sexarbeiterinnen, damit diese ihre Schwierigkeiten und Erfahrungen objektivieren und legitimieren können, und in der Identifizierung ihrer Bedürfnisse. Dabei haben die Projektverantwortlichen die geäusserten Anliegen der Sexarbeiterinnen ernst zu nehmen, damit ein Vertrauensverhältnis (wieder)aufgebaut werden kann. Die zweite Phase sieht die Ermittlung und Stärkung der bestehenden Verbindungen in der Gemeinschaft der Sexarbeiterinnen vor, indem die *Partizipation aller* gefördert und ein *Peer-Education-Programm* eingeführt wird, das eine auf Vertrauen basierende Kommunikation ermöglicht. In einem dritten Schritt sind *der Zielgruppe die sie umgebenden Machtstrukturen näher zu bringen*, damit sie die Ursachen für ihre Vulnerabilität ausmachen kann. Dazu gehört auch die *Sensibilisierung für die Notwendigkeit des kollektiven Handelns*, damit sich die bestehenden Strukturen ändern lassen. Die vierte Phase dient der *Entwicklung persönlicher Kompetenzen* (Lesen/Schreiben, Gesetzeskenntnisse) und zwischenmenschlicher Fähigkeiten (Verhandlungs- und Durchsetzungsvermögen). Zu diesem Zweck hat das „Sonagachi project“ ein soziokulturelles Zentrum eröffnet, das zur Begegnungs- und Bildungsstätte für Sexarbeiterinnen geworden ist. In der fünften Phase werden schliesslich der Zielgruppe *konkrete Ressourcen* bereitgestellt (weibliche Peer Educators, Gesundheitszentrum, soziokulturelles Zentrum usw.), um sie handlungsfähig zu machen.

Ein solcher Empowerment-Prozess zeigt auf verschiedenen Ebenen Wirkung: Auf zwischenmenschlicher Ebene entwickeln die Sexarbeiterinnen ein Gefühl der Gruppenzugehörigkeit und der Kontrolle über ihr eigenes Leben. Das

Kollektiv wiederum wird sich der sozialen, politischen und ökonomischen Strukturen bewusst, in die es verwoben ist. Die Stärkung des kollektiven Bewusstseins macht die Gruppe z. B. über Lobbyarbeit auf institutioneller, politischer und rechtlicher Ebene handlungsfähig. In der HIV-Prävention hat das „Sonagachi project“ ebenfalls konkrete Ergebnisse erzielt: Die HIV-Neuinfektionsrate ging bei den Sexarbeiterinnen von 12% auf 4% zurück und der Anteil der Kondome benutzenden Sexarbeiterinnen war nach Abschluss des Projekts von 5% auf 90% angestiegen (Mazumdar 1999 In Pardasani 2005)²⁰.

Ein solches Empowerment-Modell muss auf die verschiedenen Kontexte abgestimmt werden. In Indien ist die Sexarbeit durch ihre Illegalität sowie durch die grosse Armut und den niedrigen Bildungsstand der Sexarbeiterinnen gekennzeichnet. Einfache Informationsmassnahmen erzielen hier daher grössere Wirkung als in Ländern mit einem höheren allgemeinen Präventionsniveau. Entsprechend geht die Empowerment-Arbeit in Indien von anderen Voraussetzungen aus als in einem Land, in dem eine reglementaristische Gesetzgebung herrscht und die Sexarbeiterinnen mindestens die Grundschule absolviert haben. Es ist allerdings davon auszugehen, dass gewisse Populationen migrierter Sexarbeiterinnen in Europa aufgrund der illegalen Aufenthaltssituation, des oft geringen Bildungsniveaus und der schlechten Integration im Aufnahmeland gleichermassen machtlos sind und keine Kontrolle über ihre Arbeitsrealität haben.

Andere AutorInnen (Chan & Reidpath 2003) heben ebenfalls die Ineffizienz personenbezogener Präventionsprogramme hervor, die nicht die gegebenen Machtstrukturen berücksichtigen. Nach Meinung dieser AutorInnen ist die Handlungsfähigkeit keine in der Bevölkerung gleichmässig verteilte Ressource und ein verantwortungsvolles HIV-Präventionsverhalten setzt eine gewisse Handlungsfähigkeit voraus, über die nicht alle Sexarbeiterinnen verfügen. Je mehr eine Sexarbeiterin finanziell auf ihre Arbeit angewiesen ist, umso weniger kann sie die Kondomanwendung aushandeln. Die Wissensvermittlung über die „optimalen Präventionspraktiken“ reicht daher nicht aus. Bei den vulnerabelsten Gruppen muss auf die Ursachen der Vulnerabilität (Armut, Gewalt, Informationsdefizit) eingewirkt werden, damit diese in der Lage sind, die Präservativbenutzung jederzeit durchzusetzen.

Prämissen für einen niederschweligen Zugang

Das Tampep-Netzwerk ermittelt in seinem Bericht „Skills, training and good practice tools“ (2007) die bewährten Praktiken der Gesundheitsförderung bei

²⁰ Es werden weder Angaben zur Grösse der Stichprobe noch zu den Methoden der Datenerhebung gemacht.

Sexarbeiterinnen. Die AutorInnen verweisen auf die Bedeutung eines Partizipations- und Empowermentansatzes sowie der Beeinflussung der strukturellen Faktoren, die sich auf die Vulnerabilität der Sexarbeiterinnen auswirken. Die organisatorische Unterstützung, der Einsatz von Peer Educators und die Förderung des Empowerment und der Würde der Betroffenen sind weitere wichtige Bestandteile eines „guten“ Projekts, das sich nicht nur auf die HIV-Prävention beschränkt. Die Gesundheitsförderung fragt sowohl nach dem betreffenden Wissensstand der Sexarbeiterinnen als auch nach ihren Fähigkeiten, diese Kenntnisse umzusetzen (wie auch Chan & Reidpath 2003 betonen). Der Wissensstand hängt hauptsächlich vom Zugang zu Gesundheitsprogrammen und zur Gesundheitsversorgung ab, wobei die AutorInnen drei grosse Hindernisse beschreiben: 1) Einige Untergruppen im Prostitutionsmilieu stellen keine spezifische Zielgruppe der Gesundheitsfürsorge dar²¹ 2) die Sexarbeiterinnen können aus Misstrauen die Dienstleistungen ablehnen 3) den Sexarbeiterinnen kann der Zugang zu Gesundheitsprogrammen durch ihren Arbeitgeber verwehrt werden. Die AutorInnen des CEERHN-Berichts (2005) fügen hinzu, dass Sexarbeiterinnen in einer illegalen Situation keinen Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem über eine Krankenversicherung haben und daher auf die Privatversorgung angewiesen sind, deren Kosten allerdings unerschwinglich für sie sind. Ausserdem bedeuten gute Kenntnisse über die Gesundheitsprävention nicht automatisch eine gute Handlungsfähigkeit: Ökonomische Zwänge können die systematische Kondombenutzung einschränken ebenso wie die Kontrolle durch Dritte (Arbeitgeber) oder Substanzabhängigkeit.

Eine der grössten Herausforderungen der Gesundheitsförderung bei Sexarbeiterinnen besteht darin, dass diese Gruppe oder zumindest einzelne Untergruppen schwer erreichbar sind. Der Sexmarkt ist aufgrund der gesetzlichen Änderungen, der Praxis der lokalen Behörden und der Migrationsströme einem ständigen Wandel unterworfen. Wie aus dem Tampep-Bericht 2005-2006 hervorgeht, wird die Prostitution zunehmend in geschlossenen Räumen ausgeübt, was die Erreichbarkeit der Sexarbeiterinnen weiter erschwert. Die Erreichbarkeit der „Outdoor“-Prostitution kann zwar aus praktischen Gründen (abgelegene, bisweilen gefährliche Orte) eingeschränkt sein, die „Indoor“-Prostitution mit ihren unterschiedlichen Räumlichkeiten (Wohnung, Escort-Agentur, Nachtclub, Hotel usw.) ist indessen nur schwer lokalisierbar und das Misstrauen der Arbeitgeber und der Sexarbeiterinnen behindert oft den Zugang, was insbesondere bei einer aktiven öffentlichen Repressionspolitik der

²¹ In Privatwohnungen arbeitende Frauen von Escort-Services beispielsweise gehören wegen der schwierigen Lokalisierung dieser Sexarbeitsform selten zur Zielgruppe von Präventionsprogrammen.

Fall ist. Es werden vielfältige Mittel eingesetzt, um „Indoor“-Sexarbeiterinnen zu erreichen: Besuche (spontan oder angekündigt) der Etablissements des Sexmarkts durch ein Präventionsprojektteam, Anlaufstellen in der Nähe der Prostitutionsorte (mobile Fahrzeuge), Internetforen (hauptsächlich für Escort-Services) oder spezialisierte medizinische Einrichtungen.

Generell nennen die AutorInnen des Tampep-Berichts (2004) und des NSW-P-Berichts (2003) folgende Voraussetzungen für die Sicherstellung eines niederschweligen Zugangs:

- Absolute Wahrung der Anonymität
- Keine Präsenz lokaler Behörden (Polizei usw.) innerhalb des Präventionsprojekts.
- Besuche zu möglichst regelmässigen Zeiten, damit die Sexarbeiterinnen auf das Kommen der Sozialarbeitenden vorbereitet sind. Letztere sollen die Sexarbeiterinnen nicht bei der Arbeit stören (indem sie z.B. Kunden fernhalten).
- Ausbildung und Einsatz weiblicher Peer Educators und interkultureller Mediatorinnen innerhalb des Projekts.
- Interkulturelle Dolmetscherinnen/Mediatorinnen, welche die gängigsten Sprachen der migrierten Sexarbeiterinnen beherrschen. Sie sind als einzige in der Lage, die Projektinhalte der Zielgruppe verständlich zu machen.
- Weibliche Peer Educators können dank ihrer eigenen Erfahrung in der Sexarbeit die durch das Stigma und die Ausgrenzung errichteten Kommunikationshürden überwinden und ein *Vertrauensverhältnis* aufbauen. Gemäss dem NSW-P-Bericht (2003) sind allerdings beim Einsatz von Peer Educators bestimmte Punkte zu beachten: Erstens dürfen Peer Educators nicht als Ersatz für Gesundheitsfachleute dienen, da sie nicht über dieselben Qualifikationen verfügen. Zweitens müssen sie die gleichen Arbeitsbedingungen vorfinden wie die übrigen Projektangestellten (angemessener Lohn, adäquate Ausbildung, Aufstiegschancen usw.). Schliesslich ersetzt die Zusammenarbeit mit Peer Educators in keiner Weise die generelle Berücksichtigung der Standpunkte der Sexarbeiterinnen.
- Schnelligkeit des Zugangs zu den angebotenen Dienstleistungen.
- Keine administrativen Zugangsbarrieren und kostengünstige bzw. kostenlose Angebote.
- Öffnungszeiten der Anlauf- und Betreuungsstellen, die ebenfalls ein entscheidendes Kriterium sein können und den Besonderheiten der Sexarbeit angepasst werden müssen.

- Kostengünstige bzw. kostenlose Gesundheitsversorgung.

Netzwerkarbeit

Die AutorInnen der verschiedenen Berichte befürworten einhellig das vernetzte Handeln sowohl zwischen den einzelnen Projekten der Organisationen (Prävention für Sexarbeiterinnen, Drogenarbeit usw.) als auch zwischen Letzteren und den lokalen bzw. nationalen Behörden. Ein auf die Sexarbeiterinnen zugeschnittenes HIV/AIDS-Präventionsprojekt sollte daher systematisch mit den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens kooperieren. Ebenso sollten Gewaltpräventionskampagnen auf einer Partnerschaft mit der Polizei basieren. In zahlreichen Ländern stellt die gesetzliche Kriminalisierung der Prostitution jedoch ein grosses Hindernis für solche Partnerschaften mit den Behörden dar.

Der Projekterfolg hängt auch vom Spektrum der Akteure und der Betroffenen ab. Daher sollten nicht nur die Sexarbeiterinnen, sondern auch die Freier, die Unternehmer des Sexgewerbes, die Polizei oder die Gesundheitseinrichtungen in das Konzept einbezogen werden, denn alle agieren auf ihre Weise auf dem Sexmarkt und üben folglich einen potenziellen Einfluss auf die Gesundheit der Sexarbeiterinnen aus. Bei öffentlich und/oder privat unterstützten Projekten ist es ausserdem wichtig, dass gegenüber den Geldgebern und den Sexarbeiterinnen Transparenz herrscht und über die Tätigkeiten Bericht erstattet wird.

Die Präventionsprogramme richten sich in erster Linie an die Sexarbeiterinnen, während die Freier seltener Zielgruppe spezifischer Kampagnen sind. Dieser Umstand ist darauf zurückzuführen, dass einerseits die Freier kaum in Erscheinung treten, andererseits die tradierten Vorstellungen über Sexualität den Frauen die alleinige Verantwortung für die Folgen sexueller Beziehungen zuschreiben (NSWP 2003). Klientenorientierte Präventionsprogramme richten sich oft an spezifische Gruppen wie Lkw-Fahrer, Soldaten, Teilnehmer an Finanzkongressen usw. (NSWP 2003). In Amsterdam wurde im Rahmen eines Sensibilisierungsprojekts ein Theaterstück in einem Rotlichtviertel aufgeführt. Dasselbe Projekt organisierte auch in marokkanischen und türkischen Kaffeehäusern Diskussionen, die um ein Quiz über „Safer Sex“ aufgebaut waren.

Advocacy

Gleichzeitig zu den verschiedenen gezielten Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Verteidigung der Rechte der Sexarbeiterinnen müssen die Behörden und die Gesellschaft von der Wichtigkeit und der Zweckmässigkeit dieser Projekte überzeugt werden, um ihre Unterstützung zu gewinnen bzw. aufrechtzuerhalten. Die Advocacy-Arbeit ist insbesondere in jenen Regionen

bedeutsam, in denen Sexarbeiterinnen Opfer von Schikanen durch die Polizei werden und die Polizei die Anzeigen der Sexarbeiterinnen nicht ernst nimmt (NSWP 2003). Sie setzt sich im Weiteren für die Achtung der bürgerlichen Rechte der Sexarbeiterinnen ein (gerechte Behandlung durch öffentliche Stellen, Justiz und Privatinstitutionen wie Banken und Versicherungen), die selbst in reglementaristischen Ländern häufig mit Füssen getreten werden. Die Einforderung dieser Rechte kann sich unterschiedlich gestalten und von informellen Verhandlungen bis hin zur Bildung von Fachgruppierungen und -organisationen gehen. Nach dem CEEHRN-Bericht (2005) unterhalten die meisten Projekte in Osteuropa als „neutral“ beschriebene Beziehungen zu den Behörden und insbesondere zur Polizei. Einzelne Organisationen wie das Schadensverminderungsprojekt in Potlava (Ukraine) zeichnen sich indes durch beispielhafte Kontakte zu den Ordnungskräften aus. Dieses Projekt hat die Erlaubnis erhalten, Polizeiaktionen und -razzien zu überwachen, um eventuelle Verstösse gegen die Menschenrechte zu melden. Die Polizei informiert vorgängig über Zeit und Ort der Aktionen. Im Gegenzug übernimmt das Projekt Aufklärung und Sensibilisierung der Polizisten zu Fragen der Toleranz, der besonderen Merkmale der Sozialarbeit mit vulnerablen Bevölkerungsgruppen und zu spezifischen psychosozialen Belangen von Sexarbeiterinnen und i.v. Drogenkonsumierenden. Das Lobbying des Tampep-Netzwerks bei nationalen und internationalen politischen Instanzen stellt ebenfalls eine Form von Advocacy-Arbeit dar, wenn auch auf einer ganz anderen Ebene: Tampep-Mitglieder nahmen 2002 in Brüssel an der „Europäischen Konferenz über Prävention und Bekämpfung des Menschenhandels – Globale Herausforderung für das 21. Jahrhundert“ teil und präsentierten vor 500 Regierungsvertretern die entsprechenden Tampep-Empfehlungen. Die Empfehlungen flossen teilweise oder vollständig in die offizielle Schlussakte ein, was die Bedeutung dieser Art von Lobbyarbeit bei den Behörden bestätigt. 2004 wurde der Koordinator von Tampep Deutschland vom Europäischen Parlament eingeladen, über die Lage der Sexarbeitenden in Europa zu referieren. In der Folge wurden vier Hauptempfehlungen²² formuliert, die unter anderem den Stellenwert des partizipativen Ansatzes und die Berücksichtigung der erweiterten Strukturen des internationalen Arbeitsmarktes herausstrichen.

²² Die vier Empfehlungen lauten: 1) Die Sexarbeiterinnen müssen eine aktive Rolle in der Debatte und der Beschlussfassung über Prostitutionsgesetzgebungen spielen 2) Die Diskussion über Menschenhandel muss zur Diskussion über Wirtschaftsmigration und grundlegende Menschenrechte werden. Die Opfer von Menschenhandel dürfen nicht nur als Zeugen und Informationsquellen betrachtet werden 3) Die Sexarbeiterinnen mit Migrationshintergrund müssen während ihres gesamten Migrationsprozesses möglichst selbstbestimmt handeln können. Je mehr Rechte sie haben, umso weniger sind sie durch Ausbeutung gefährdet 4) Die öffentlichen Migrations- und Menschenhandelspolitiken sollen soziale Ausgrenzung, Diskriminierung, Kriminalisierung und Stigmatisierung vermeiden.

Projekte zu spezifischen Themen: HIV/STI-Prävention, Gewaltprävention, Kompetenzentwicklung und rechtliche Hilfestellung

HIV/STI-Prävention: Die UNICEF hat 2001 eine Reihe spezifischer Empfehlungen zur HIV- und STI-Prävention bei Sexarbeiterinnen erarbeitet (CEEHRN 2005). Über die bereits weiter oben behandelten Fragen der Zugänglichkeit und des Empowerment hinaus spielt auch die Unentgeltlichkeit bzw. Erschwinglichkeit der STI/HIV-Präventions- und Behandlungsangebote eine Rolle. Test und Beratung zu HIV/STI sind zwar wichtig, sollen aber immer auf freiwilliger Basis erfolgen. Der Zugang zu Präservativen, Spritzen und verschiedenen Informationen muss gefördert und sichergestellt werden. Der Überblick über die in Osteuropa entwickelten Projekte (CEEHRN 2005) hat verdeutlicht, dass die Bereitstellung von Kondomen sowie Informations- und Beratungsangebote Konstanten von Präventionsprojekten sind. Eine weitere gängige Massnahme ist die Verteilung von Nadeln und Spritzen. Die i.v. drogenkonsumierende Population ist denn auch in gesundheitlicher Hinsicht besonders vulnerabel und muss eine prioritäre Zielgruppe bilden. Es gibt zwar zahlreiche Beratungs- und Testangebote für HIV/STI, sie erfolgen aber nicht immer freiwillig, unentgeltlich oder anonym, obwohl es sich hierbei um drei unabdingbare Voraussetzungen für die Achtung der Menschenrechte der Sexarbeiterinnen handelt. Der Zugang zur kostenlosen und vertraulichen HIV/STI-Behandlung ist zentral, für Sexarbeiterinnen aber nur selten gewährleistet. Die Berichtersteller der Projekte in Mazedonien, Rumänien, in der Slowakei und der Ukraine haben festgestellt, dass auf Sexarbeiterinnen zugeschnittene Dienste fehlen, die mit den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen zusammenarbeiten würden. Vor diesem Hintergrund wurde in St. Petersburg (Russland) ein Netzwerk aus "friendly clinics" geschaffen. Diese Kliniken garantieren eine respektvolle Behandlung durch medizinisches Personal, das für Fragen der Sexarbeit sensibilisiert ist. "Marija", eine nichtstaatliche Organisation (NGO) ebenfalls aus Russland, verteilt an Sexarbeiterinnen ein Verzeichnis von „Vertrauensärzten“, die sie ohne Angst vor Diskriminierung aufsuchen können. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die HIV/STI-Präventions- und -Behandlungsmethoden zwar dem spezifischen Kontext der Sexarbeit angepasst sein müssen, ihre Umsetzung aber eine enge Zusammenarbeit mit den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens bedingt, die z. B. ihre Infrastruktur und sachkundiges Personal zur Verfügung stellen. Ausserdem sollte zwei vulnerablen Bevölkerungsgruppen besondere Beachtung geschenkt werden: i.v. drogenkonsumierenden Frauen und Migrantinnen. Sexuelle Gesundheit lässt sich nicht auf STI und HIV reduzieren. Zur Erhaltung der sexuellen Gesundheit müssen die Sexarbeiterinnen auch über die verschiedenen Arten des sexuellen Kontakts, Abtreibung und Verhütung, die Verhandlungsweise mit Freiern, die Beschaffung von Kondomen und Gleitmitteln und über die medizinische Versorgung Bescheid wis-

sen. Der Aufklärung über die sexuelle Gesundheit kommt vor allem in Ländern, in denen diese Informationen kaum verbreitet sind, und in den westlichen Ländern bei der Migrationsbevölkerung eine zentrale Rolle zu.

Gewaltprävention. Die Gewaltreduktion ist eine der wichtigsten Zielsetzungen, damit das Sexgewerbe zu einem sicheren und gesunden Arbeitsumfeld für Sexarbeiterinnen wird (NSWP 2003). Viele Projekte bieten Selbstverteidigungskurse an oder verteilen z. B. Alarmgeräte und Pfeffersprays. Das in Grossbritannien entwickelte Projekt „Ugly Mugs“ führt anhand der Gewalterfahrungen der Sexarbeiterinnen eine Liste von gewalttätigen Freiern (unter Angabe von Erscheinungsbild, Verhalten, gesprochener Sprache, benutztem Namen usw.). Wie die AutorInnen des NSWP-Berichts (2003) herausstellen, ist ein solches Projekt in mehrerer Hinsicht "befähigend": Es fördert das Wohlbefinden der Sexarbeiterinnen, indem es ihnen hilft, gewalttätige Kunden zu meiden; ferner stärkt es die Gemeinschaft, da es den Austausch negativer Erfahrungen im allgemeinen Interesse fördert; schliesslich legt es eine Grundlage für weitere „Advocacy-Arbeit“ bei Ordnungskräften mit dem Ziel, die Massnahmen zur Bekämpfung von Gewalt gegen Sexarbeiterinnen zu verbessern. Gewaltprävention impliziert auch, dass gute Beziehungen zur Polizei geknüpft und gepflegt werden. Über die Zusammenarbeit mit der Polizei lässt sich einerseits die von ihr selbst ausgehende Gewalt reduzieren (z. B. mittels Sensibilisierung der Polizisten für Fragen der Sexarbeit), andererseits kann gegen Verbrechen Dritter an Sexarbeiterinnen effizienter vorgegangen werden.

Entwicklung von Nebenkompetenzen. Die grosse Mehrheit der Sexarbeiterinnen übt diese Tätigkeit hauptsächlich aus finanziellen Gründen aus, um ärmlichen Verhältnissen zu entkommen (CEEHRN 2005). Für diese Frauen wird die Sexarbeit oft zur wichtigsten Einnahmequelle, die nicht selten dem Lebensunterhalt der ganzen Familie dient. Einzelne Projekte haben es sich daher zur Aufgabe gemacht, die Sexarbeiterinnen bei der Aneignung weiterer Kompetenzen zu unterstützen, damit sie weniger auf die Prostitution angewiesen sind. Dies ist umso bedeutsamer, als die Sexarbeiterinnen mit Nebeneinkommen weniger vulnerabel für HIV-Infektionen sind (Longo & Overs 1997). Die thailändische Organisation "Empower" beispielsweise verfügt über drei Kontakt- und Anlaufstellen, die Kurse zur Ergänzung der Schulpflicht anbieten und wo ein Primar- oder Sekundarschulabschluss erlangt werden kann. Die Sexarbeiterinnen können sich auch künstlerisch betätigen (z. B. Batik) und Nähen oder Maschineschreiben lernen (NSWP 2003). Folgende weitere Angebote wurden im NSWP-Bericht erfasst: Konfliktlösung, Fremdsprachen, Finanzwissen, Erste Hilfe, Massagen, Schönheitspflege und Ernährung. Zusätzlich zum Erwerb von Nebenkompetenzen fördert dieser Projekttyp die Selbstachtung und das Gemeinschaftsgefühl. In Ländern mit einem schwachen bzw. inexistenten Sozialsystem ist übrigens die Erschliessung alternativer Erwerbsmöglichkeiten für Sexarbeiterinnen besonders wichtig. Einige Frauen werden dank der neu erworbenen

Kompetenzen aus der Sexarbeit aussteigen, andere werden ihr zusätzliches Wissen zur Erhöhung ihrer Effizienz und ihres Einkommens als Sexarbeiterinnen nutzen (indem sie z. B. die meistgesprochene Sprache der Freier erlernen; NSWP 2003).

Rechtliche Hilfestellung. Die Studie von Church et al. (2001), die sich mit Freiergewalt gegen Sexarbeiterinnen an verschiedenen Prostitutionsorten in Grossbritannien befasst, konstatiert zwischen den Gewalterlebnissen von Sexarbeiterinnen und den bei den lokalen Behörden angezeigten Gewalttaten eine gewisse Diskrepanz: Während 82% der „Outdoor“-Sexarbeiterinnen und 41% der „Indoor“-Sexarbeiterinnen angeben, Opfer von Gewalt durch Freier geworden zu sein, haben weniger als 50% der ersten und weniger als 25% der zweiten Gruppe schon einmal Anzeige bei der Polizei erstattet (Church et al. 2001). Zahlreiche Präventionsprojekte beraten die Sexarbeiterinnen darüber, wie sich Gewalthandlungen vermeiden lassen, aber nur wenige unterstützen und erleichtern die Anzeigenerstattung bei der Polizei. Eines dieser (seltenen) Projekte ist "Remote reporting" der schottischen Polizei, das Gelegenheit bietet, ausserhalb der Polizeidienststellen an einem von der Gemeinschaft bestimmten Ort anonym Anzeige zu erstatten. "Victim project" nennt sich ein weiteres Projekt. Es stellt Mitglieder der Polizei oder von NGO zur Verfügung, welche die Gewaltopfer im Rechtsverfahren begleiten und unterstützen. Dieser Projekttyp fördert die Adocacy-Kompetenzen der Sexarbeiterinnen, indem er die Ressourcen und Voraussetzungen schafft, damit sie ihre Rechte im öffentlichen Raum durchsetzen können. Solche Vorhaben bedingen allerdings die Kooperation der lokalen und nationalen Behörden sowie die aktive Beteiligung der Polizei, die für die spezifischen Anliegen der Sexarbeiterinnen sensibilisiert werden muss. In gewissen Regionen (namentlich in prohibitionistischen Ländern) und für gewisse Populationen (insbesondere Migrantinnen und/oder i.v. Drogenkonsumierende) kann die tägliche Gewalt durch Kunden, Polizei und Zuhälter ein deutlich grösseres Gewicht erhalten als HIV/STI-Fragen. Wie die AutorInnen des CEEHRN-Berichts (2005) anführen, wird in Osteuropa rechtliche Hilfestellung zu wenig angeboten: Nur rund jedes dritte Projekt (n=39) erwähnt diese Art von Tätigkeit. Ein Beispiel ist die NGO "Tais plus" in Bischkek, Kirgisistan, die direkte Rechtsbeihilfe leistet, Sensibilisierungskampagnen in den Medien durchführt und Aufklärungsmaterial an Sexarbeiterinnen verteilt. Die Organisation arbeitet ausserdem mit der Gemeinderegierung, dem Polizeidepartement sowie lokalen Rechtsanwältinnen und Richtern zusammen. Weitere vergleichbare NGO bieten ebenfalls Rechtsberatung über „Hotlines“ sowie Begleitung und Vermittlung bei Behördengängen an (CEEHRN 2005). Andere Projekte veranstalten Workshops mit lokalen Rechtsanwältinnen oder führen ein Verzeichnis von "Vertrauensanwältinnen", an die sich die Sexarbeiterinnen wenden können (NSWP 2003).

Öffentliche Politiken und Gesetzgebungen zur Prostitution

Fördert die Legalität der Prostitution die Erhaltung eines guten Gesundheitszustandes? Die vordergründig einfache Frage wird kontrovers diskutiert: Für einige drängt der Staat die Prostituierten in den Untergrund und in degradierende Verhältnisse, je mehr Gesetze er erlässt und die sozioökonomischen Ungleichheiten verschärft. Diese Reglementierung der Prostitution begünstigt nicht nur die Migration sondern auch den Menschenhandel.

Diesem Verständnis des Rechtsrahmens, dessen Ziel die Strafbarkeit der Prostitution ist, tritt die Sichtweise eines vermittelnden, kaum moralisierenden, basisnahen und die Schadensverminderung fördernden Staates entgegen. Sie setzt ihrerseits voraus, dass die „schwächsten“ Akteure vor allem über eine Strafbefreiung und eine rechtliche Besserstellung gestärkt werden. Ein pragmatischer Ansatz – der die Prostitution als legal betrachtet, auch wenn damit sozioökonomische Ungleichheiten hingenommen werden – ist folglich noch der beste Weg, die betroffenen Personen handlungsfähig zu machen. Nachfolgend betrachten wir aus dieser Perspektive die verschiedenen Prostitutionsgesetze hinsichtlich ihrer Wirkung auf den Empowerment-Prozess von Sexarbeiterinnen.

Gesetze über die Einzelprostitution

Auf nationaler und regionaler Ebene sind drei Regulationsformen der Einzelprostitution feststellbar: Ein prohibitionistisches Regime, ein reglementaristischer gesetzlicher Rahmen und ein „Rechtvakuum“ infolge einer fehlenden Prostitutionsgesetzgebung. Jedes dieser drei Modelle beeinflusst den Arbeitsalltag, das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand der Sexarbeiterinnen auf unterschiedliche Weise.

Die **prohibitionistische** Gesetzgebung, wie sie in den USA, im Mittleren Osten und in zahlreichen Entwicklungsländern in Kraft ist, betrachtet die Prostitution als ein Verbrechen und die Sexarbeiterinnen als Kriminelle. Die Kriminalisierung stellt eine grosse Hürde für die Entwicklung öffentlicher Gesundheitsförderungsmassnahmen für diese Bevölkerungsgruppe dar. Die Sexarbeiterinnen ziehen sich nämlich tendenziell in versteckte und abgelegene Orte zurück, um nicht auf frischer Tat ertappt zu werden, was eine Präventionsarbeit nahezu verunmöglicht. Ausserdem schüren prohibitionistische Systeme bei den Sexarbeiterinnen ein allgemeines Misstrauen gegenüber Staat und Institutionen, wodurch der Zugang für Sozialarbeitende erschwert wird. In einigen Fällen ist die Prostitution an sich nicht illegal, es besteht aber eine **Kriminalisierung bestimmter Aktivitäten in direktem Zusammenhang mit der Prostitutionsausübung** wie Anwerbung, Werbung zu Prostitu-

tionszwecken, Rekrutierung von Sexarbeiterinnen usw. Dieser Ansatz findet sich z. B. in Westeuropa, Indien und in den meisten Ländern Südamerikas.

Die **reglementaristischen** Gesetzgebungen nach dem Beispiel Brasiliens, Deutschlands, der Niederlanden, Neuseelands oder der Schweiz ermöglichen hingegen die Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten. So können die Verteilung von Präservativen an Etablissemmentbetreiber sowie verschiedene Arbeits- und Gesundheitsregelungen zum Schutz der Sexarbeiterinnen vor Ausbeutung durchgesetzt werden. Reglementaristische Regime zeichnen sich allerdings durch eine erhöhte Kontrolle aller Akteure des Sexmarktes aus, indem sich Sexarbeiterinnen beispielsweise bei den Behörden melden müssen. In Lettland - mit Ungarn zusammen das einzige reglementaristische Land Osteuropas - müssen die Sexarbeiterinnen eine „Gesundheitskarte“ auf sich tragen, die im Rahmen einer medizinischen Pflichtuntersuchung monatlich erneuert wird. Auf dieser Karte sind z. B. Angaben zum Drogenkonsum vermerkt, die zusätzliche Ahndungen durch die Polizei zur Folge haben können. Darüber hinaus schafft die Untersuchungspflicht ein von Misstrauen geprägtes Verhältnis zwischen den Sexarbeiterinnen und den Gesundheitsdiensten. Ferner darf die Prostitution nur an bestimmten Orten praktiziert werden, und für seropositive Sexarbeiterinnen besteht ein Ausübungsverbot. In Ungarn kommen die lokalen Behörden, die normalerweise mit der Ausscheidung der für die Sexarbeit bestimmten Gebiete beauftragt sind, dieser Aufgabe oft nicht nach. In der Folge erhalten die Sexarbeiterinnen für die Prostitutionsausübung ausserhalb des erlaubten Gebiets (das faktisch nicht existiert!) weiterhin Bussen, die bis zur Verhaftung führen können. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die reglementaristischen Modelle zwar tendenziell den Gesundheitszustand der Sexarbeiterinnen verbessern, ihnen aber eine nötige und stigmatisierende Kraft innewohnt, die gewisse Sexarbeiterinnen weiterhin in den Untergrund drängt und dadurch ihre Vulnerabilität erhöht.

Das so genannte „**Rechtsvakuum**“, das z. B. in Bulgarien, Polen oder Slowenien vorliegt, kriminalisiert die Prostitution nicht direkt, öffnet aber Missbräuchen aller Art und insbesondere Machtmissbräuchen der Polizei Tür und Tor. Mangels einer spezifischen Rechtsordnung können die Sexarbeiterinnen aus diversen Gründen ins Visier der Polizei geraten. Dazu gehören z. B. Vagantität, Störung der öffentlichen Ordnung oder Verstoss gegen das Aufenthaltsgesetz. Polizeikräfte können ihre Macht auch dazu einsetzen, sexuelle Dienste im Tausch gegen "polizeilichen Schutz" zu erpressen. Die sich mit dieser Frage befassenden AutorInnen (Gable et al. 2007) konstatieren daher, dass sich zu unpräzise Gesetze, die der Willkür zu viel Raum lassen, un-

günstig auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Sexarbeiterinnen auswirken²³. Die AutorInnen empfehlen daher eine reglementaristische Gesetzgebung, die Gesundheitsmassnahmen für Sexarbeiterinnen ermöglicht und die Polizei zur Beschützerin deren Rechte und physischen und psychischen Integrität macht.

Der gesetzliche Rahmen ist nicht der einzige wichtige Einflussfaktor auf die Umsetzung von Projekten. Einen weiteren zentralen Faktor sehen die AutorInnen des CEEHRN-Berichts (2005) in der Finanzierungsquelle. In Ländern mit mangelhafter öffentlicher Finanzierung kommt externen Geldgebern ein übermässiges Gewicht zu, sodass diese manchmal sogar über die Art des Projekts bestimmen können. So lehnt USAID (Behörde der Vereinigten Staaten für internationale Entwicklung) als eine der wichtigsten Geldgeberinnen in Osteuropa eine Finanzierung von Projekten ab, welche "die Legalisierung oder die Praxis der Prostitution und des Sexhandels fördern oder verteidigen" (CEEHRN 2005: 56). Dieser streng abolitionistische Ansatz sieht in Massnahmen zur Schadensverminderung oder in der Verteidigung der bürgerlichen Rechte von Sexarbeiterinnen häufig die Gefahr der "Förderung oder Verteidigung der Prostitution" und verweigert daher die Unterstützung solcher Projekte.

Die idealen Voraussetzungen für die Realisierung eines Projekts sind folglich eine angemessene Finanzierung, ein strukturiertes Sexgewerbe, organisierte und in Erscheinung tretende Sexarbeiterinnen sowie ein reglementaristischer gesetzlicher Rahmen (NSWP 2003).

Gesetze über die organisierte Prostitution

Die organisierte Prostitution (Prostitutionsbetriebe, Zuhälterei usw.) ist noch häufiger Repression und Kriminalisierung unterworfen als die Einzelprostitution. In Gegenden mit härterer Polizeirepression tendieren die Sexarbeiterinnen dazu, Hilfe bei Dritten wie Zuhältern zu suchen, um sie vor dem Auftauchen der Ordnungskräfte zu warnen und bei Verhaftungen ihre Freilassung auszuhandeln. Wie Studien aus Bulgarien nachweisen, haben weniger als 5% der Sexarbeiterinnen keinen Zuhälter (Arsova 2000). Ausserdem geht die Polizei eher gegen die Sexarbeiterinnen als gegen die Zuhälter vor, auch wenn die Zuhälterei repressiver geregelt ist. Im Jahr 2003 wurden in Weissrussland, wo die Einzelprostitution ein Verwaltungsdelikt und die Zuhälterei ein Strafdelikt darstellt, 4000 Frauen der Prostitution und lediglich

²³ Ein typisches Beispiel ist das zurzeit in Frankreich geltende Gesetz über das Anwerbeverbot. Wegen seiner Lückenhaftigkeit kann es die Verhaftung jeglicher Person, die an einer Bushaltestelle wartet oder sich an einem öffentlichen Ort aufhält, rechtfertigen.

347 Zuhälter der Kuppelei angeklagt (CEEHRN 2005). Das Verbot, in einem Etablissement zu arbeiten, kann für die Sexarbeiterinnen mit einem zusätzlichen Gesundheitsrisiko einhergehen, da sie dadurch in die Strassenprostitution gezwungen werden, wodurch sich ihre Vulnerabilität in Bezug auf Gewalt durch Freier oder Polizeikräfte erhöht.

Gesetzesvollzug: Handlungsspielraum und Missbrauch seitens der Polizei

Ein Gesetz wird nicht zwangsläufig so vollzogen, wie es konzipiert wurde. In einigen Gebieten setzen die Ordnungskräfte sehr repressive Gesetzestexte nicht strikt um, in anderen wiederum führen eher lockere Bestimmungen zu einer höchst repressiven Polizeitätigkeit (CEEHRN 2005). Diese beiden Ebenen sind daher bei der Betrachtung des gesetzlichen Rahmens der Prostitution auseinander zu halten. Die Einstellung der Polizeikräfte gegenüber den Sexarbeiterinnen kann durch das Verhältnis einer bestimmten Kultur zur Prostitutionstätigkeit (manchmal unabhängig von den geschriebenen Gesetzen) oder durch eine äusserst repressive Polizeitradition geprägt sein. Je repressiver die Polizei vorgeht, umso gefährdeter ist die Gesundheit der Sexarbeiterinnen. Letztere üben aus Angst vor der Polizei ihre Tätigkeit im Verborgenen aus und werden dadurch für die Gesundheitsdienste unerreichbar, so dass kein angemessenes Informations- und Hilfsangebot mehr möglich ist. Schikanen und Verfolgung von Sexarbeiterinnen durch die Polizei können verschiedene Formen annehmen: Fehlende Dokumente (Aufenthalts- und Arbeitsbewilligung) werden am häufigsten als Argument für eine Verhaftung vorgeschoben. Drogenkonsumentinnen bilden eine besonders vulnerable Gruppe. Selbst in reglementaristischen Ländern müssen Sexarbeiterinnen nicht selten die Gunst der Polizei mit Geld oder sexuellen Diensten "erkaufen". Verbale Gewalt, illegale Haftstrafen, Folter oder Vergewaltigung gehören ebenfalls zum polizeilichen Gewaltspektrum (CEEHRN 2005). Von den durch ein Drogenzugszentrum in Litauen befragten Frauen gaben 66% an, körperliche Übergriffe durch Polizeikräfte erfahren zu haben. In Russland kam eine Studie mit 242 Sexarbeiterinnen zum Ergebnis, dass 18% von ihnen Opfer von Vergewaltigung durch Polizisten wurden (Nashkhoev 2002). In den Augen der Sexarbeiterinnen stellt die Polizei eine hauptsächlich repressive Behörde dar, da sie ihrer Schutzaufgabe gegenüber den Sexarbeiterinnen in der Regel nicht nachkommt. Laut dem AIDS-Zentrum in Vilnius (Litauen) „erfasst die Polizei im Falle von Sexarbeiterinnen praktisch keine Anzeige wegen Eigentumsdelikten oder Vergewaltigung, da nach ihrer Auffassung eine Sexarbeiterin gar nicht vergewaltigt werden kann“ (CEEHRN 2005: 45). Eine kirgisische Studie aus dem Jahr 2004 hat zudem festgestellt, dass die Sexarbeiterinnen aus Angst vor Repressalien sogar auf eine unentgeltliche Rechtsberatung verzichten (CEEHRN 2005). Weitere Hindernisse für eine Anzeigerstattung sind fehlende Ausweispapiere oder die Überzeugung vieler

Sexarbeiterinnen, dass ein solches Vorgehen sowieso nichts nützt (CEEHRN 2005).

Gesetze gegen Menschenhandel

Die Gesetze zur Prävention und Bekämpfung von Menschenhandel haben einen Einfluss auf die Gesundheit von Sexarbeiterinnen und natürlich insbesondere auf jene, die direkt davon betroffen sind. Gewisse Gesetze kriminalisieren nämlich nicht nur die Täter des Menschenhandels, sondern auch deren Opfer²⁴ und verhindern dadurch Prävention und Gesundheitsförderung bei Letzteren. Die AutorInnen des Weltbankberichts (Gable et al. 2007) empfehlen daher, den Schutz der Opfer zu verstärken und ihnen gegenüber jegliche Form von Zwang, Repression oder Kriminalisierung zu vermeiden. Nach Meinung der AutorInnen sollte die Instrumentalisierung der Opfer im Kampf gegen den Menschenhandel über beispielsweise Zwangsaussagen verboten sein. Zeugenschutz, Sozialhilfe sowie rechtliche und psychologische Hilfestellung sollten ebenfalls verbessert werden. Ausserdem sollten die Opfer von Menschenhandel systematisch eine Aufenthaltsbewilligung erhalten, um eine Zwangsausschaffung zu verhindern, welche die Opfer gefährden würde. Der sechste Tampep-Bericht (2004) betont ebenfalls die Bedeutung des Schutzes der Menschenhandelsopfer und weist auf die doppelte Ausbeutung hin, die sich hinter der Methode der erzwungenen Aussagen verbirgt: Zunächst werden die Opfer als Arbeitskräfte ausgebeutet und anschliessend werden sie zu „verfügbaren Zeugen“ im Dienste des Kampfs gegen das organisierte Verbrechen gemacht. Sozialhilfe und Rechtsbeistand für Opfer gehören ebenfalls zu den Empfehlungen des Tampep-Berichts. Der Zugang der Opfer zur Gesundheitsversorgung wird befürwortet, die HIV-Abklärung sollte aber keinesfalls Vorschrift sein. Die Gesetze gegen Menschenhandel dürfen schliesslich nicht der Bekämpfung der illegalen Einwanderung dienen, da dies eine hohe Vulnerabilität der Sexarbeiterinnen zur Folge hat und sie dem Missbrauch durch Arbeitgeber oder Polizeikräfte aussetzt.

Nationale Präventionsprogramme

Das Programm "100% condom use" bewegt sich an der Grenze zwischen Präventionsprojekt und öffentlicher Prostitutionspolitik, da es bereits in zahlreichen Ländern (u. a. Thailand, Kambodscha, Dominikanische Republik, Vietnam, China, Myanmar und Philippinen) auf nationaler Ebene implementiert wurde. Das Konzept dieses Programms sieht vor, die Verantwortung für den Kondomgebrauch von den Sexarbeiterinnen auf die Etablissementbetrei-

²⁴ Die Opfer des Menschenhandels können wegen gefälschten Dokumenten, illegalem Aufenthalt usw. verhaftet und ausgeschafft werden.

ber zu übertragen. Zu diesem Zweck werden den Einrichtungen des Sexmarkts gratis Kondome abgegeben, für deren Verwendung die Betreiber verantwortlich sind. Mittels regelmässiger Kontrollen werden unkooperative Etablissements ausfindig gemacht und mit Sanktionen belegt. Einige AutorInnen bescheinigen diesem Programm in Thailand äusserst positive Ergebnisse: Im Jahr 2000 (neun Jahre nach Projektstart) benutzten 96% der Sexarbeiterinnen Kondome und die STI-Prävalenz bei Männern, die öffentliche Kliniken aufsuchten, ging um 90% zurück (Gable et al. 2007)²⁵. Folgende Erfolgsdeterminanten des Programms „100% condom use“ wurden von einzelnen AutorInnen (Gable et al. 2007) herausgearbeitet: Erstens muss die Regierung intensiv in die Umsetzung des Programms eingebunden werden. Zweitens hat ein Team, in dem Sexarbeiterinnen und NGO vertreten sind, für die korrekte Projektführung zu sorgen. Präservative haben für alle zugänglich zu sein und ihre Benutzung ist zu kontrollieren. Schliesslich ist eine Evaluation der erzielten Projektergebnisse vorzunehmen. Dieser Programmtyp löste aber auch Kritik aus, und zwar vor allem aufgrund des zwingenden Charakters der Regelung, welche Sexarbeiterinnen aus offiziellen Etablissements in den Untergrund dränge (manchmal infolge der vom Programm verhängten Schliessung einer Einrichtung). Hier lässt sich eine typische „kontraproduktive Auswirkung“ der von Reglementarismus geprägten öffentlichen Politiken beobachten: Wenn die Regeln zu einengend werden, verlassen die Akteure des Sexmarktes die legale Zone und setzen ihre Tätigkeit im Verborgenen fort. Ausserdem lässt ein solches Prostitutionsregime in Regionen, in denen die Ordnungskräfte in hohem Masse von Korruption betroffen sind, viel Raum für Ungleichbehandlungen der verschiedenen Prostitutionsbetriebe. Schliesslich monieren die Kritiker dieses Programms, dass eine solche Politik, die auf der Verhandlung mit den Betreibern anstatt mit den Sexarbeiterinnen fusst, im absoluten Widerspruch zum Empowerment-Grundsatz steht.

Welche Lehren für die Schweiz?

Am Ende dieser Übersicht über die verschiedenen gesundheitlichen Probleme, mit denen Sexarbeiterinnen konfrontiert sein können, und über die diesbezüglichen Lösungen von Betroffenen, Organisationen und Vereinigungen sowie öffentlichen Politiken und Gesetzgebungen lassen sich einige Leitlinien zur Gesundheitsförderung für Sexarbeiterinnen in der Schweiz formulieren.

²⁵ Die AutorInnen des Weltbankberichts liefern diese Zahlen ohne nähere Angaben über die Grösse der Stichprobe oder die Methoden der Datenerhebung.

Erstens ist die nichtorganisierte Prostitution eine in der Schweiz legale und reglementierte Tätigkeit, weshalb eine Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit der öffentlichen Hand konzipierbar ist. Das reglementaristische System ermöglicht sowohl einen einfacheren Zugang zur Gesundheitsversorgung als auch eine bessere Informationsverbreitung unter den Sexarbeiterinnen. Seine Umsetzung auf lokaler Ebene sollte allerdings eingehender untersucht werden, um eventuelle diskriminierende Praktiken gegenüber Sexarbeiterinnen wie z.B. die Verletzung des Datenschutzes bei der behördlichen Registrierung der Sexarbeiterinnen aufzudecken.

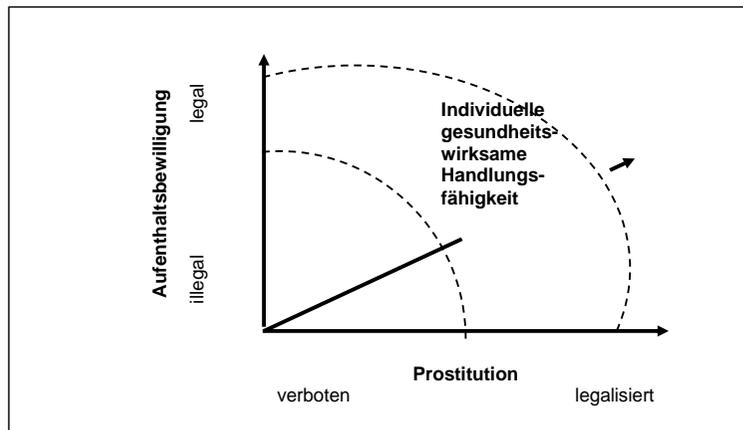
Die Sexarbeiterinnen, die eine Aufenthaltsbewilligung besitzen und die Prostitution in der Schweiz legal ausüben, scheinen zwar a priori über die verschiedenen Gefahren ihrer Tätigkeit und insbesondere über das HIV/STI-Risiko gut informiert zu sein und Zugang zur Gesundheitsversorgung zu haben, die Population mit einem Migrationshintergrund befindet sich jedoch oft in einer illegalen und um einiges vulnerableren Situation. Die Gesundheitsförderungsprogramme sollten daher der Information von Migrantinnen und deren Zugang zur Gesundheitsversorgung besondere Beachtung schenken. Ebenso sollte ein spezifisch auf drogenabhängige Sexarbeiterinnen zugeschnittenes Leistungsangebot existieren.

Die Gesundheit und das Wohlbefinden im weiteren Sinne hören nicht bei HIV-Fragen auf. Während der kostenlose Zugang zu Präservativen in der Schweiz weitgehend gesichert ist, bleiben für die meisten auch legalen Sexarbeiterinnen die Gewaltgefährdung und die Schwierigkeit, ihre Rechte wahrzunehmen, weiterhin ein Thema. Aus diesem Grund wären Projekte zur rechtlichen Begleitung und Unterstützung und eine engere Zusammenarbeit mit den Polizeidiensten wichtig, damit Missbräuchen vorgebeugt werden kann.

Obwohl in der Schweiz toleriert und reglementiert, ist die Prostitution nach wie vor mit einem starken Stigma behaftet, was sich unmittelbar auf das Wohlbefinden der Sexarbeiterinnen niederschlägt. Nur eine Advocacy- und Sensibilisierungsarbeit bei den Behörden, Gesundheitsdiensten, Medien und der Allgemeinbevölkerung kann das Stigma der Prostitution verringern und dadurch den Sexarbeiterinnen ermöglichen, in den uneingeschränkten Genuss ihrer Bürger- und Menschenrechte zu kommen.

Abschliessend lässt sich festhalten, dass sich in der Schweiz die Herausforderungen der Intervention vor allem im Umfeld der illegalen Prostitution von Migrantinnen ohne Aufenthaltsbewilligungen oder von Frauen mit Gesundheitsbeeinträchtigungen stellen, für welche die Opportunitätsstrukturen beschränkt und deren individuellen Strategien unzureichend sind (wie in Abbildung 2 dargestellt).

Abbildung 2 – Die individuellen Empowerment-Achsen



Literaturverzeichnis

- Agacfidan, A. et al. (1997). "Screening of sex workers in Turkey for Chlamydia trachomatis." *Sex Transm Dis* 24(10): 573-5.
- Albert, A. (éd.) (2001). *Brothel : The mustang ranch and its women*. New York, NY.
- Amaouche, M. (2006). *En quête de visibilité, enjeu de la prise de parole. La mobilisation des prostituées traditionnelles à Paris, de juin 2002 à octobre 2005*. Paris: HESS.
- American Psychiatric Association (éd.) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D.C.
- Arsova, T. (2000). *Prostitution and sex workers in Bulgaria: Analysis of the situation and the risk with regards to HIV/AIDS/STDs*: Health and Social Development Foundation, UNDP.
- Ballesteros, J. et al. (1999). "Low seroincidence and decrease of seroprevalence of HIV among female prostitutes in Madrid." *AIDS* 13(9): 1143-4.
- Barrasa, A. et al. (2004). "Prevalence of the HIV infection in patients seen at specialized diagnosis centers in 9 cities in Spain from 1992 to 2001." *Aten Primaria* 33(9): 483-8.
- Beck, Ulrich (2004 [1994]). "The reinvention of Politics: Towards a Theory of Reflexive Modernization", dans Press, Polity (éd.). *Reflexive modernization : politics, tradition and aesthetics in the modern social order*. Cambridge, p. 1-55.
- CEEHRN (2005). *Sex Work, HIV/AIDS, and Human Rights in Central and Eastern Europe and Central Asia*.
- Chan, K. Y. et D. D. Reidpath (2003). "Typhoid Mary" and "HIV Jane": Responsibility, Agency and Disease Prevention." *Reproductive Health Matters* 11(22): 40-50.

- Chimienti, M. (in press). *Migration et prostitution : les ressources de l'agir faible*. Faculté de sciences sociales et économique, département de sociologie. Genève. Thèse de doctorat.
- Church, S., M. Henderson, M. Barnard et G. Hart (2001). "Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey.[see comment]." *BMJ* 322(7285): 524-5.
- Cohan, D. et al. (2006). "Sex worker health: San Francisco style." *Sexually Transmitted Infections* 82(5): 418-22.
- Corbin, Alain (éd.) (1978). *Les filles de noces. Misère sexuelle et prostitution aux 19e et 20e siècles*. Paris: Aubier.
- Cwikel, J., K. Ilan et B. Chudakov (2003). "Women brothel workers and occupational health risks." *Journal of Epidemiology & Community Health* 57(10): 809-15.
- El-Bassel, N. et al. (1997). "Sex trading and psychological distress among women recruited from the streets of Harlem." *American Journal of Public Health* 87: 66-70.
- Estebanez, P., K. Fitch et R. Najera (1993). "HIV and female sex workers." *Bull World Health Organ* 71(34): 397-412.
- European Working Group on HIV infection in Female Prostitutes (1993). "HIV infection in European female sex workers : epidemiological link with use of petroleum-based lubricants." *AIDS* 7(3): 401-8.
- Evans, C. (2005). *Toolkit for targeted HIV/AIDS prevention and care in sex work settings*: World Health Organization.
- Evers, A. (1990). "Shifts in the Welfare Mix. Introducing a New Approach for the Study of Transformations in Welfare and Social Policy", dans Campus/Westview (éd.). *Shifts in the Welfare Mix*. Colorado, p. 7-29.
- Farley, M., I. Baral, M. Kiremire et U. Sezgin (1998). "Prostitution in Five Countries: Violence and Post-Traumatic Stress Disorder." *Feminism & Psychology* 8(4): 405-426.
- Farley, M. et H. Barkan (1998). "Prostitution, violence, and posttraumatic stress disorder." *Women and Health* 27(3): 37-49.

- Farley, M. et V. Kelly (2000). "Prostitution: A Critical Review of the Medical and Social Sciences Literature." *Women and Criminal Justice* 11(4): 29-64.
- Fennema, J. S., E. J. Van Ameijden, R. A. Coutinho et H. A. Van Den (1997). "Clinical sexually transmitted diseases among human immunodeficiency virus-infected and noninfected drug-using prostitutes. Associated factors and interpretation of trends, 1986 to 1994." *Sex Transm Dis* 24(6): 363-71.
- Földhàzi, A. et M. Chimienti (2006). *Marché du sexe et violences à Genève*. Sociograph n°2: Département de sociologie, Université de Genève.
- Gable, L. et al. (2007). *Legal aspects of HIV/AIDS: A Guide for policy and law reform*. Washington, D.C.: The World Bank.
- Garcia, D. L. H., G. E. Fernandez, I. Hernandez-Aguado et J. Vioque (2001). "Changes in condom use among a cohort of prostitutes." *Gac sanit* 15(3): 209-16.
- Good, B. (éd.) (1994). *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge.
- Gutiérrez, LM (1990). "Working with Women of Color: An Empowerment Perspective." *Social Work* 35(2): 149-153.
- Hough, Nicole A. (2004). "Sodomy and prostitution : Laws Protecting the "Fabric of Society"." *Pierce law review* 3(1): 101-124.
- Izdebski, Z. et A. Boron-Kaczmarek (2002). *New prostitution phenomena in Poland*. 12th World AIDS Conference. Geneva.
- Kühn, Hagen (1999). "Eine neue Gesundheitsmoral? : Anmerkungen zur lebensstilbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung", dans Dickhuth, Wolfgang Schlicht ; Hans Hermann (éd.). *Gesundheit für alle : Fiktion oder Realität*. Stuttgart, p. 205-224.
- Longo, P. et C. Overs (1997). *Making sex work safe*: AHRTAG et Network of sex work projects.
- Mak, R. P., R. L. Van et A. Traen (2005). "Chlamydia trachomatis in female sex workers in Belgium: 1998-2003." *Sex Transm Infect* 81(1): 89-90.
- Mak, R., R. L. Van et C. Cuvelier (2004). "Cervical smears and human papillomavirus typing in sex workers." *Sex Transm Infect* 80(2): 118-20.

-
- Marmot, M. et R. Wilkinson (éd.) (2006). *Social Determinants of Health, 2nd Edition*. Oxford.
- Mathieu, L. (éd.) (2001). *Mobilisations de prostituées*. Paris: Belin.
- Mazumdar, S. (1999). *The women of Calcutta's Sex Trade Close Ranks to Fight for their Rights, their Pride and their Lives: Red-Light Revolution*. Newsweek. 40.
- McKenagey, N. et al. (1992). "Female streetworking prostitution and HIV infection in Glasgow." *Br Med J* 305(6857): 801-4.
- Meystre-Agustoni, G. (2004). *Populations particulières et prévention VIH/sida, les travailleurs du sexe: revue de la littérature*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Meystre-Agustoni, G., R. Voellinger, H. Balthasar et F. Dubois-Arber (in press). *Comportements par rapport au VIH/sida dans l'univers de la prostitution féminine*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Nashkoev, MR (2002). *Social-psychological and behavioral characteristics of sex workers and the prevention of sexually transmitted infection in this group*. Central Academic Research Institute of Dermatovenerology. Ministry of Health, Russian Federation Moscow: Russian University of Friendship of the People.
- Nettleton, S. (1995). *The sociology of health & illness*. Cambridge: Poly Press.
- Nigro, L. et al. (2006). "Prevalence of HIV and other sexually transmitted diseases among Colombian and Dominican female sex workers living in Catania, Eastern Sicily." *Journal of Immigrant and Minority Health* 8(4): 319-23.
- NSWP (2003). *Making sex work safe*.
- Ouvrard, L. (éd.) (2000). *La prostitution. Analyse juridique et choix de politique criminelle*. Paris.
- Papadogeorgaki, H. et al. (2006). "Prevalence of sexually transmitted infections in female sex workers in Athens, Greece - 2005." *Eur J Dermatol* 16(6): 662-5.

-
- Pardasani, M. P. (2005). "HIV Prevention and Sex Workers: An International Lesson in Empowerment." *International Journal of Social Welfare* 14(2): 116-126.
- Potterat, J. J. et al. (2004). "Mortality in a long-term open cohort of prostitute women." *American Journal of Epidemiology* 159(8): 778-85.
- Poulin, Richard (2005). "Editorial. 15 thèses sur le capitalisme et le système prostitutionnel mondial", dans Points de vue du Sud, Collection Alternatives Sud (Cetri/Syllepse) (éd.). *Prostitution, la mondialisation incarnée*. XII, p. 1-14.
- Raphael, J., & Shapiro, D. L. (2004). "Violence in Indoor and Outdoor prostitution venues." *Violence Against Women* 10(2): 126-139.
- Resl, V et al. (2003). "Prevalence of STDs among prostitutes in Czech border areas with Germany in 1997-2001 assessed in project "Jana"." *Sex Transm Infect* 79(6).
- Roxburgh, A., L. Degenhardt et J. Copeland (2006). "Posttraumatic stress disorder among female street-based sex workers in the greater Sydney area, Australia." *BMC Psychiatry* 6: 24.
- Sanders, T. (2004). "A continuum of risk? The management of health, physical and emotional risks by female sex workers." *Sociology of Health & Illness* 26(5): 557-74.
- Spina, M. et al. (1998). "Human immunodeficiency virus seroprevalence and condom use among female sex workers in Italy.[see comment]." *Sexually Transmitted Diseases* 25(9): 451-4.
- Spina, M., Mancuso S., Sinicco A., Vaccher E., Traina C., Di Fabrizio N., de Lalla F., Tirelli U. (1997). "Increase of HIV seroprevalence among professional prostitutes in Italy." *AIDS* 11(4): 545-6.
- TAMPEP (2004). *Final report 6*. Amsterdam.
- TAMPEP (2007). *Skills, training and good practice tools*. Amsterdam.
- Trinquart, Judith (2002). *La Décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle: un obstacle majeur à l'accès aux soins*. Médecine générale. Bobigny. Thèse de doctorat.

-
- United Nations Development Programme (2001). *Strengthening Community-based Responses to HIV/AIDS in India: A Pilot Initiative*. New Delhi: India: UNDP.
- Vanwesenbeeck, I. (2005). "Burnout among female Indoor sex workers." *Archives of Sexual Behavior* 34(6): 627-39.
- Verster, A. et al. (2001). "Prevalence of HIV Infection and Risk Behaviour among Street Prostitutes in Rome, 1997-1998." *AIDS Care* 13(3): 367-372.
- Ward, H., S. Day et J. Weber (1999). "Risky business: health and safety in the sex industry over a 9 year period." *Sexually Transmitted Infections* 75(5): 340-3.
- Williamson, C. et G. Folaron (2001). "Violence, risk, and survival strategies of street prostitution." *Western Journal of Nursing Research* 23(5): 463-75.

Verzeichnis der Kästen und Abbildungen

Kasten 1 – Abgrenzung des Sexmarktes	5
Kasten 2 – Was ist eine Best Practice? Eine Hintergrundbetrachtung	7
Kasten 3 – Reglementarismus, Abolitionismus oder Prohibitionismus?	20
Kasten 4 – Bottom up oder top down? Bottom up und top down!	27
Abbildung 1: Schlüsselakteure/-elemente der Prävention und der Gesundheitsförderung nach dem Wohlfahrtsdreieck von Evers (Evers 1990)	28
Abbildung 2: Die individuellen Empowerment-Achsen	51



Anhänge

Anhang 1 – Tabellarische Zusammenfassung der Gewalterfahrungen 2

Anhang 2 – Tabellarische Zusammenfassung der psychischen Störungen 4

Anhang 3 – Tabellarische Zusammenfassung der Präventions- und Gesundheitsförderungspraktiken 5

Anhänge

Anhang 1 – Tabellarische Zusammenfassung der Gewalterfahrungen

Gewaltform	Studie	Land	Gewaltart (Prävalenz)	Urheber	Risikofaktoren	Prostitutions-ort
Physisch	Farley & Barkan's (1998)	USA, San Francisco	82% der Frauen täglich angegriffen (n=130).			Strasse
	Williamson & Folaron (2001)	USA, mittलगrosse Stadt	4 Frauen aus einem fahrenden Fahrzeug geworfen (n=13).	Kunden	- Nichterkennen des gewalttätigen „Kundenbys“ - Crackabhängigkeit - Treffen mit Kunden an abgelegenen / ungewöhnlichem Ort	Strasse
Physisch	Williamson & Folaron (2001)	USA, mittलगrosse Stadt	4 Frauen: perverse Folter (n=13).	Kunden		Strasse
	Raphael & Shapiro (2004)	USA, Chicago	86.1% der Frauen geohrteigt (n=222).	Kunden (60 bis 100% der Fälle) Intimpartner (25% der Fälle)		Outdoor
	Raphael & Shapiro (2004)	USA, Chicago	57.1% der Frauen im Escort-Service und 62.8% der exotischen Tänzerinnen geohrteigt (n= 222, outdoor und indoor).	Zuhälter, in 50% der Fälle (Escorts) Kunden, in 30 bis 100% der Fälle (exotische Tänzerinnen)		Indoor
	Cohan et al. 2006 Cohan et al. 2006	USA, San Francisco USA, San Francisco	55.1% häusliche Gewalt (n=419). 36.3% Gewalt bei der Arbeit (n=419).	Beziehungspartner Arbeitskontext		
	CEEHRN 2005	Russland	55% Gewalt durch Zuhälter (n=7).	Zuhälter	Gewalt korreliert mit polizeilicher Vorgeschichte (frühere Verhaftungen)	

	Farley et al., 1998	Südafrika, Thailand, Türkei, USA und Simbabwe	81% der Frauen täglich bedroht, 73% täglich angegriffen und 68% mit einer Waffe bedroht (n=475).			Indoor und Outdoor
Physisch und/oder sexuell Sexuell	Sanders 2004	Grossbritannien	16 Frauen berichten von einem Gewalterlebnis (n=55).	Kunden		Indoor
	Farley & Barkan's (1998)	USA, San Francisco	68% der Frauen vergewaltigt (n=130).			Strasse
	Raphael & Shapiro (2004)	USA, Chicago	39,3% der Frauen im Escort-Service und 48,8% der exotischen Tänzerinnen mit Vergewaltigung bedroht (n= 222, outdoor und indoor).	Zuhalter, in 50% der Fälle (Escorts) Kunden, in 30 bis 100% der Fälle (exotische Tänzerinnen)	Isolierte Arbeitsweise	Indoor
	Raphael & Shapiro (2004)	USA, Chicago	55,4% der Frauen auf der Strasse mit Vergewaltigung bedroht (n = 222, outdoor und indoor).	Kunden (60 bis 100% der Fälle) Intimpartner (25% der Fälle)		Outdoor
Sexuell	Raphael & Shapiro (2004)	USA, Chicago	21% der Frauen im Escort-Service, der Frauen auf der Strasse und der in der eigenen Wohnung arbeitenden Frauen wurden zu einer sexuellen Handlung gezwungen (n= 222, outdoor und indoor).	Polizei in 25% der Fälle bei auf der Strasse arbeitenden Frauen		Outdoor und Indoor
	Nashkroev 2002	Russland	38% Vergewaltigungen (n=242).	Kunden und Polizisten		
	Swilla et al., 2003	Georgien	42% sexuelle oder physische Gewalt (n=160).	Kunden	Junges Alter (unter 18 Jahren)	
	Williamson & Folaron (2001)	USA, mittelgrosse Stadt	8 Frauen: Vergewaltigung oder wiederholte Vergewaltigungsversuche (n=13).	Kunden		

Anhang 2 – Tabellarische Zusammenfassung der psychischen Störungen

Art der psychischen Störung	Studie	Land	Prävalenz	Beobachtete Ursachen/Korrelationen	Populationstyp	Ort/Art der Prostitution
PTSD	Farley et al., 1998	Südafrika, Thailand, Türkei, USA und Simbabwe	67% der Frauen (n=475)	Demütigender Charakter der Prostitutionsstätigkeit.		Indoor und Outdoor
PTSD	Roxburgh et al., 2006	Australien	1/3 der Frauen (n=72)	Wiederholte traumatische Erfahrungen.		Indoor
Depression	Roxburgh et al., 2006	Australien	82% der Frauen (n=72)			Indoor
Suizidversuch	Roxburgh et al., 2006	Australien	42% der Frauen (n=72)			Indoor
Suizidgedanken	Cwikel et al., 2003	Israel	41% der Frauen (n=55)		Überwiegend Migrantinnen in illegaler Aufenthaltssituation	Indoor
Suizidversuch	Cwikel et al., 2003	Israel	18,5% der Frauen (n=55)		Idem	Indoor
PTSD	Cwikel et al., 2003	Israel	17% der Frauen (n=55)	Gegenwärtige und zurückliegende Traumata. Depression. Selbstberichtete schlechte Gesundheit.	Idem	Indoor
Hohes Benfallsrisiko (7-Punkte-Skala)	Cwikel et al., 2003	Israel	1/3 der Frauen haben eine Punktzahl zwischen 3 und 6 (n=55)	Junges Alter beim Einstieg in die Prostitution. Hohe tägliche Arbeitsstundenzahl. Zurückliegende Suizidversuche. PTSD.	Idem	Indoor
Burnout	Vanwesenbeeck (2005)	Holland	Die gleiche Prävalenz von Burnout-Faktoren bei Sexarbeiterinnen und bei einer Gruppe Beschäftigter des Gesundheitswesens, abgesehen vom „Depersonalisierungs-/Zynismusgrad“, der bei Sexarbeiterinnen höher ist (n= 96).	Fehlende Autonomie bei der Arbeit. Fehlende Unterstützung bei der Arbeit. Negative soziale Erfahrungen infolge des Prostitutionsstigma.		Indoor

Anhang 3 – Tabellarische Zusammenfassung der Präventions- und Gesundheitsförderungspraktiken

Aktionsart	Umsetzungskontext	Vorteile	Grenzen
Vereinsaktionen nach „Bottom up“-Prinzip (in der Regel)	Überall empfohlen (in prohibitionsmisschen Ländern die einzige Lösung).	Kostengünstiger. Effizienter, da praxisnah und Berücksichtigung der betroffenen Akteure. Bessere Beachtung der Prioritäten und des Know-how der Sexarbeiterinnen.	Gefahr des Rückzugs des Staates aus Leistungen zugunsten von Randgruppen.
Verbreitung von Informationen über HIV/STI-Risiko und über Präventionstechniken	In Ländern, wo solche Informationen schwer zugänglich sind; für Migrationsbevölkerung ohne Informationszugang (wegen Sprache, illegalem Aufenthaltsstatus usw.).	Erreichung von mobilen Sexarbeiterinnen, die an abgelegenen Orten arbeiten (Autobahnen, Parkings, ländliche Gebiete usw.).	Verschiedene Faktoren (finanzielle Schwierigkeiten, Druck des Arbeitgebers, Drogenkonsum) können die Umsetzung dieser Informationen verunmöglichen.
Mobile Präventionsstelle (Bus, Wohnwagen)	Outdoor-Prostitution an verstreuten und/oder abgelegenen Orten.		
Anlaufstelle – Verteilung von Kondomen	Urbanes Umfeld, den Sexarbeiterinnen bekannter Ort	Gesicherter Zugang zu Kondomen.	
Interkulturelle Mediatorinnen	Multikulturelle Prostitutionskontexte	Fördert die sozialen Kontakte unter den Sexarbeiterinnen. Sexgewerbe tätigen Migrantinnen.	
Weibliche Peer Educators	In allen Kontexten empfohlen	Überwindung von Kommunikationshürden in Zusammenhang mit Stigma- und Ausgrenzungserfahrungen und Aufbau eines Vertrauensverhältnisses.	
Diskussions-/Beratungsforen im Internet	Schwer lokalisierbare Gruppen (z. B. Escort-Service)	Informationsverbreitung über geografische Grenzen hinweg.	Beschränkung auf Sexarbeiterinnen mit Internetzugang.
Verteilung von Spritzen	Kontext mit hohem Drogenkonsum unter Sexarbeiterinnen	Schadensverminderung.	Geringe Unterstützung durch Regierungen / Geldgeber, die aus moralischen Bedenken die Schadensverminderungslogik ablehnen.
Soziokulturelles Begegnungszentrum	Stark zersplittertes Prostitutionsmilieu	Stärkung des kollektiven Bewusstseins und der Solidarität. Fördert das kollektive Handeln.	
Spezialisierte medizinische Klinik mit niederschwelligem Zugang	Prohibitionsistische oder reglementaristische Länder, in denen die Migrationsbevölkerung keinen Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung hat.	Kostenloser, vertraulicher und bedarfsgerechter Zugang für Sexarbeiterinnen, auch mit illegalem Status. Diagnose und effizientere Behandlung von STI.	Zusätzliche Stigmatisierungsgefahr infolge eines Segregationseffekts.

Verzeichnis von Vertrauenssätzen/-rechtsanwälten	Überall	Möglichkeit für die Sexarbeiterinnen, ohne Diskriminierungsgefahr einen Arzt/Rechtsanwalt innerhalb des öffentlichen Gesundheits-/Rechtssystems zu konsultieren.	
Zusammenarbeit mit der Polizei	Überall empfohlen	Sensibilisierung der Polizei für die spezifischen Fragen der Sexarbeit. Reduktion der polizeilichen Gewalt. Forderung der Bereitschaft, Anzeigen von Sexarbeiterinnen ernst zu nehmen. Reduktion von Gewalt gegen Sexarbeiterinnen.	
Selbstverteidigungskurse sowie Verteilung von Reizsprays und Alarmgeräten	Kontext mit hoher Prävalenz von Gewalt gegen Sexarbeiterinnen (insbesondere auf der Strasse).	Möglichkeit für Sexarbeiterinnen, gewalttätige Kunden zu meiden. Stärkung der Solidarität über Forderung des Informationsaustausches. Sensibilisierung der Behörden dank der erfassten Gewaltergebnisse.	Verbindung mit anderen Aktionen (Zusammenarbeit mit Polizei), ansonsten besteht die Gefahr, dass die Verantwortung ausschließlich bei den Sexarbeiterinnen bleibt.
Sammlung und Verbreitung von Informationen über gewalttätige Kunden	Kontext mit hoher Prävalenz von Gewalt gegen Sexarbeiterinnen.		
Rechtsberatung und -begleitung	Unkenntnis der Sexarbeiterinnen in Bezug auf ihre Rechte. Schwierigkeiten, Anzeige zu erstatten.	Förderung der Advocacy unter Sexarbeiterinnen. Forderung der Bereitschaft, Anzeigen von Sexarbeiterinnen ernst zu nehmen.	Geringe Wirksamkeit ohne Unterstützung durch die lokalen Behörden und namentlich durch die Polizei.
Entwicklung von Nebenkompetenzen (Schulwissen, Finanzkenntnisse, Handwerk, Fremdsprachen usw.)	Überall empfohlen, insbesondere in Ländern mit einem schwachen Sozialsystem.	Verringerung der Abhängigkeit der Sexarbeiterinnen vom Einkommen aus der Prostitution und ihrer Vulnerabilität für die damit zusammenhängenden Gesundheitsrisiken. Erschließung alternativer Erwerbsmöglichkeiten für aussteigewillige Sexarbeiterinnen. Stärkung der Selbstachtung der Sexarbeiterinnen.	
Lobbyarbeit bei Regierungseinrichtungen	Im Falle diskriminierender öffentlicher Prostitutionspolitiken	Änderung der Haltung des Staates gegenüber Sexarbeiterinnen, indem er zur Schaffung von Rahmenbedingungen bewegt wird, der das Empowerment der Sexarbeiterinnen begünstigt.	Erfordert gut organisierte Vereine, die sich über Pressesprecher bei den Medien Gehör verschaffen können.
Lobbyarbeit bei Medien	Bei ausgeprägter öffentlicher Stigmatisierung der Sexarbeit.	Abbau der Stigmatisierung über die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Fragen der Sexarbeit.	Erfordert gut organisierte Vereine, die sich über Pressesprecher bei den Medien Gehör verschaffen können.

