



# Armuts- oder Arbeitsmigration Übertragbare Infektionen bei Sexarbeiterinnen



---

# ARMUTS- ODER ARBEITSMIGRATION ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN BEI SEXARBEITERINNEN

## Impressum

### Autorin

Felicitas Jung

*AIDS/STD Beratung, Kommunale Gesundheitsberichterstattung*

### Redaktion

Winfried Becker

*Kommunale Gesundheitsberichterstattung*

### Verantwortlich

Dr. Monika Lelgemann

*Kommissarische Amtsleitung*

Dr. Günter Tempel

*Kommunale Gesundheitsberichterstattung*

### Herausgeber

Gesundheitsamt Bremen

Horner Straße 60-70

28203 Bremen

### Kontakt

[Felicitas.Jung@Gesundheitsamt.Bremen.de](mailto:Felicitas.Jung@Gesundheitsamt.Bremen.de)

Internet: <http://www.gesundheitsamt.bremen.de>

### Erscheinungsdatum

Juni 2016



---

# ARMUTS- ODER ARBEITSMIGRATION ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN BEI SEXARBEITERINNEN



---

## Inhalt

Kurzfassung	5
Vorwort	7
Einführung	9
Sexarbeiterinnen im Gesundheitsamt	10
Diagnosen sexuell übertragbarer Infektionen bei Sexarbeiterinnen	12
Fazit und Handlungsempfehlungen	19
Literatur und Hinweise	22
Anhang	24
Glossar	26





## Kurzfassung

In der vorliegenden Untersuchung wurde vor allem der Frage nachgegangen: Wie wirken sich Migrationsbewegungen auf das Infektionsgeschehen bei Sexarbeiterinnen aus? Ausgewertet wurden Diagnosen im Zeitraum 2009 bis 2015.

In diesem Zeitraum nahm der Anteil deutscher Sexarbeiterinnen kontinuierlich ab. Mit Beginn der Arbeitnehmerfreizügigkeit für die EU-8 Länder (Baltische Staaten, Polen, Ungarn, Tschechien) im Jahr 2011 sank der Anteil der Frauen aus diesen Ländern. Leichte Zunahmen sind für Polen seit 2014 und für Ungarn seit 2015 wieder zu beobachten. Die Mehrheit der Sexarbeiterinnen in der AIDS/STD Beratung bilden seit 2011 Frauen aus den EU-2 Staaten (Bulgarinnen und Rumäninnen). Anders als bei Frauen aus den EU-8-Ländern, die mit der Öffnung des Arbeitsmarktes aus der Sexarbeit abwandern, ist bei dem größeren Teil der Frauen aus EU-2-Ländern davon auszugehen, dass sie aufgrund geringerer Chancen auf dem Arbeitsmarkt weiter in der Prostitution arbeiten werden, obwohl auch hier mit dem freien Zugang zum Arbeitsmarkt eine Trendwende zu sehen ist.

Sexarbeiterinnen sind nicht grundsätzlich häufiger von sexuell übertragbaren Infektionen betroffen als vergleichbare Bevölkerungsgruppen. Bei unterschiedlichen Herkunftsregionen zeigen sich allerdings deutlich unterschiedliche Prävalenzen. Im Zeitraum 2012 bis 2015 waren Bulgarinnen und Rumäninnen besonders häufig von STIs betroffen. Dies spricht vor allem für eine besondere gesundheitliche Gefährdung dieser Frauen. Gleichzeitig können sie ihre Infektionen an Freier, die keine Schutzmaßnahmen anwenden, weitergeben. Daher sind Präventions- und Behandlungsangebote – wie sie die AIDS/STD Beratung im Gesundheitsamt Bremen anbietet – für diese Frauen ebenso wie für den Schutz der Bevölkerung besonders wichtig. Zumal sexuell übertragbare Infektionen in der Regel gut behandelbar sind und Schutzmaßnahmen kostengünstig zur Verfügung stehen.

Chlamydien-Infektionen verlaufen anders als beispielsweise Gonorrhoe häufig symptomarm oder symptomlos. Sie können unbehandelt aber bei Frauen wie bei Männern Unfruchtbarkeit verursachen. Zudem erhöhen sie das Infektionsrisiko für HIV.

Ein Angebot, das sich nur an besonders betroffene Gruppe zielt, ist im Sinne erfolgreicher Prävention nicht effektiv. Eine nur auf einzelne Zielgruppen fokussierte Prävention wird als Diskriminierung erlebt und ist in ihrer Wirkung kontraproduktiv. Zugleich ist davon auszugehen, dass Frauen in der Sexarbeit grundsätzlich Infektionsrisiken für sexuell übertragbare Erkrankungen ausgesetzt sind. Sich ständig verändernde Migrationsbewegungen und steigende Flüchtlingsströme führen kontinuierlich zu neu einsteigenden Sexarbeiterinnen aus den verschiedensten Herkunftsländern. Diese haben vor allem, wenn sie neu in die Sexarbeit einsteigen, wenig Erfahrung im Umgang mit angemessenen Schutzmaßnahmen gegen sexuell übertragbare Infektionen. Daher ist auch zukünftig Aufklärung und Beratung ebenso wie niedrigschwellige Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten kontinuierlich notwendig, wie dies bislang im Gesundheitsamt Bremen geschieht. Zum einen um Sexarbeiterinnen zu befähigen, sich vor sexuellen Infektionen zu schützen, zum anderen aber, um erworbene Infektionen zu behandeln und deren Verbreitung zu stoppen.



---

Ein niedrigschwelliger und anonymer Zugang wird seit mehr als zwei Jahrzehnten seitens der AIDS/STD Beratung erfolgreich angeboten. Dolmetscherinnen, die die jeweiligen Sprachen der Herkunftsländer beherrschen, gehören unabdingbar zu dieser Angebotsstruktur.

Darüber hinaus sind selbstverständlich weitere Angebote außerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes notwendig, die Sprachkenntnisse vermitteln und die Weiterbildung und Zugang zu anderen Arbeitsmöglichkeiten bieten, sowie Maßnahmen, die die Arbeitssituation in der Prostitution verbessern und die Interessen von Sexarbeiterinnen stärken.



## Vorwort

In den letzten Jahren verstärkte sich die Zuwanderung nach Deutschland erheblich. Laut Angaben der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) ist Deutschland nach den USA mittlerweile zum zweitwichtigsten Zielland der Zuwanderung geworden. 2014 immigrierten 1,34 Millionen ausländische Staatsbürgerinnen und -bürger nach Deutschland, per Saldo ergab sich ein Wanderungsüberschuss von 550.000 Personen.<sup>1</sup>

Ein Teil der einwandernden Personen bedarf besonderer gesellschaftlicher Unterstützung und Betreuung. Das Gesundheitsamt Bremen übernimmt hier Aufgaben im Rahmen der Vorsorge und der Gesundheitsversorgung. In die Zuständigkeit des Bremer Gesundheitsamtes fallen beispielsweise die medizinische Erstuntersuchung und Erstversorgung ankommender Flüchtlinge, die Überwachung der hygienischen Gegebenheiten in Flüchtlingsunterkünften oder Interventionen bei gesundheitsgefährdenden Wohnverhältnissen. Auch die medizinische Versorgung von Menschen mit einem höheren Risiko für sexuell übertragbare Infektionen, die anonym im Gesundheitsamt Bremen in Anspruch genommen werden kann, gehört dazu. Diese Aufgaben sind gesetzlich festgeschrieben und basieren weitgehend auf dem Gedanken der Vermeidung weiterer Infektionen.

Die Menschen, die zurzeit nach Deutschland kommen, bilden eine ausgesprochen heterogene Gruppe. Sie kommen aus sehr unterschiedlichen Kulturkreisen und aus unterschiedlichen Beweggründen. Es sind Bürgerinnen und Bürger der Europäischen Union, die in Deutschland arbeiten wollen, Kriegsflüchtlinge, die eine neue Heimat suchen, Menschen aus Armutsregionen, die sich in Deutschland ein besseres Leben erhoffen, Verfolgte, die ins Exil gehen mussten, sowie Menschen, die von ihren in Deutschland lebenden Familienangehörigen aufgenommen werden. Nicht alle Immigranten wollen und können dauerhaft bleiben. Einige sind als Angestellte international agierender Firmen nur für begrenzte Zeit in Deutschland, einige arbeiten saisonal hier, andere wollen eine Ausbildung absolvieren; nicht alle die Asyl beantragen werden anerkannt.

Im Jahr 2014 kamen rund 62% der ausländischen Zuwanderinnen und Zuwanderer aus Ländern der Europäischen Union. Die mit Abstand häufigsten Herkunftsländer waren Polen und Rumänien, aus denen jeweils rund 191.000 Personen zuwanderten.<sup>2</sup> Gleichzeitig nehmen die Zahl und der Anteil der Zuwandernden, die einen Antrag auf politisches Asyl stellen, immer weiter zu. Von 2010 bis 2014 stieg unter den Zuwandernden der Anteil der Personen, die einen Antrag auf Asyl stellen, von 6% auf fast 13%.<sup>3</sup> 2014 stellten 202.834 Asylsuchende einen Antrag in Deutschland.<sup>4</sup> Im Jahr 2015 wurden im EASY System bundesweit etwa 1,1 Millionen Zugänge von Asylsuchenden registriert. Das EASY-System ist eine IT-Anwendung zur Erstverteilung der Asylberechtigenden auf die Bundesländer. Die Zahl der Asylanträge liegt mit 476.649 deutlich darunter.<sup>5</sup> Wichtig anzumerken, dass bei Geflüchteten der Gesundheitszustand nicht allein vom Herkunftsland abhängt sondern wesentlich von den Fluchtbedingungen und in der Folge von der Art der Unterbringung hier in Deutschland.

<sup>1</sup> Statistisches Bundesamt 2015

<sup>2</sup> Statistisches Bundesamt 2015

<sup>3</sup> Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2015

<sup>4</sup> Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2016

<sup>5</sup> Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2016



---

Zu den klassischen Aufgaben der Gesundheitsämter zählt die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Infektionskrankheiten wie die Tuberkulose, die in Deutschland kaum noch auftritt, oder die in Deutschland ausgerottete Kinderlähmung (Polio) kommen in vielen anderen Ländern relativ häufig vor.

Es stellt sich daher die Frage, inwieweit sich die Fallzahlen solcher Krankheiten durch die gestiegene Zahl an zuwandernden Personen verändern und ob sich diese Krankheiten in Deutschland ausbreiten.

Die vorliegende Arbeit befasst sich aus der Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) mit dem Thema "Zuwanderung" und den möglicherweise resultierenden gesundheitlichen Risiken.

Konkret legen wir hier eine Auswertung der Entwicklung sexuell übertragbarer Infektionen (STI) unter den zumeist ausländischen Prostituierten (Sexarbeiterinnen) der Stadt Bremen vor. Dabei handelt es sich zu einem großen Teil um Frauen aus den jüngsten EU-Beitrittsstaaten Bulgarien und Rumänien. Häufig sind die Bedingungen, unter denen diese Sexarbeiterinnen tätig sind, prekär. Nicht zuletzt deshalb tragen sie ein vergleichsweise hohes Infektionsrisiko.

Dr. Monika Lelgemann

Kommissarische Amtsleitung



## Einführung

Die AIDS/STD Beratung im Gesundheitsamt Bremen bietet auf der Basis des § 19 des Infektionsschutzgesetzes Beratung und Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen vorrangig für Sexarbeiterinnen an. Sexarbeiterinnen werden aufgrund ihrer Tätigkeit als eine besonders gefährdete Gruppe angesehen, sich mit sexuell übertragbaren Erregern zu infizieren. Um die Zielgruppe anzusprechen ist das Angebot niedrigschwellig zugänglich und es wird durch aufsuchende Sozialarbeit unterstützt.

Bei der Versorgung dieser Zielgruppe stellten sich im Zusammenhang von Migrationsbewegungen insbesondere auch innerhalb der EU-Osterweiterung folgende Fragen:

- Wie wirken sich veränderte Zugangsvoraussetzungen zum Arbeitsmarkt innerhalb der Europäischen Union (EU) auf die Nutzerinnen des Beratungs- und Behandlungsangebots des Gesundheitsamtes Bremen aus?
- Wie wirken sich Migrationsbewegungen auf das Infektionsgeschehen in der Beratungsstelle aus?
- Können trotz der eher kleinen Zahlen Prognosen daraus abgeleitet werden?

Sexarbeit ist eine Möglichkeit ohne Ausbildung relativ viel Geld in geringer Zeit zu verdienen. Sexarbeit wird in legalen oder in weniger legalen Beschäftigungsverhältnissen und in selbstständiger Tätigkeit geleistet. Für EU-Angehörige mit eingeschränktem Zugang zum Arbeitsmarkt in Deutschland ist die Tätigkeit als selbstständige Sexarbeiterin eine legale Möglichkeit der Beschäftigung. Staatsangehörige der EU-Ost-Erweiterung hatten, um den Zustrom billiger Arbeitskräfte zu begrenzen, zeitweise einen eingeschränkten Zugang zum Arbeitsmarkt: Für Polen und andere EU-8-Länder<sup>6</sup> galten solche Einschränkungen bis zum 30.04.2011, für Bulgaren und Rumänen (EU-2) noch bis zum 31.12.2013.

Vor allem Frauen, selten Männer, aus wirtschaftlich schwachen und aus Ländern ohne legalen oder mit eingeschränktem Zugang zum Arbeitsmarkt in Deutschland arbeiten hier in der Prostitution. Migrationsbewegungen in der Sexarbeit sind immer auch Wanderungsbewegungen Arbeitssuchender auf einem Markt beschränkter Zugangsmöglichkeiten. Hintergründe sind Wünsche wie sich selbst, Kindern und der zurückbleibenden Familie ein besseres Leben zu sichern. Dass sich dies nicht immer realisieren lässt, ist teilweise auf illegale und ausbeuterische Beschäftigungsverhältnisse zurückzuführen, in denen diese Frauen, die selten ausreichend über ihre Rechte informiert sind, arbeiten.

Seit 1. Januar 2014 sind innerhalb der EU auch die Beschränkungen zum Arbeitsmarktzugang für Staatsangehörige aus Bulgarien und Rumänien (EU-2) aufgehoben, wie dies für Angehörige aus den EU-8-Ländern bereits seit 1. Mai 2011 galt. Seitdem besteht für diese Länder vollständige Freizügigkeit, das heißt ein uneingeschränkter Zugang zum Arbeitsmarkt innerhalb der EU. Dieser freie Zugang zum Arbeitsmarkt bleibt allerdings für Staatsangehörige außerhalb der EU wie beispielsweise für Staatsangehörige aus Russland oder der Kontinente Afrika, Asien und Lateinamerika beschränkt.

---

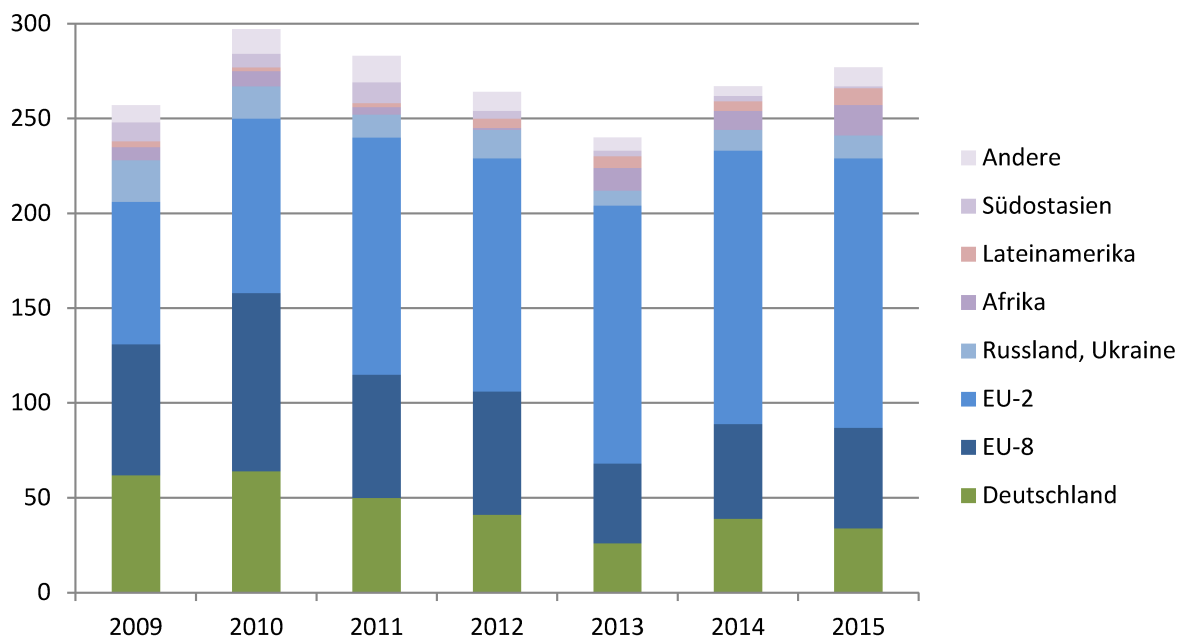
<sup>6</sup> Estland, Lettland, Litauen, Polen, Slowenien, Slowakei, Tschechien und Ungarn



Um zu präziseren Aussagen über die Migrationsbewegungen in der Sexarbeit und zum Infektionsgeschehen zu gelangen, wurden zunächst über die Jahre 2009 bis 2015 die häufigsten Herkunftsregionen der Nutzerinnen der Beratungsstelle ausgewertet. In einem weiteren Schritt wurden für denselben Zeitraum Diagnosen ausgewählter sexuell übertragbarer Infektionen zusammengestellt. Anschließend wurden diese Diagnosen für den Zeitraum 2012 bis 2015 den jeweiligen Herkunftsländern der Sexarbeiterinnen zugeordnet.

## Sexarbeiterinnen im Gesundheitsamt

Im Zeitraum 2009 bis 2015 zeichnet sich in der Beratungsstelle insgesamt ein relativ kontinuierlicher Rückgang deutscher Sexarbeiterinnen ab (siehe Abbildung 1). Ab 2011, seit Beginn der Arbeitnehmerfreizügigkeit für die EU-8 Staaten, sinkt die Zahl der Sexarbeiterinnen aus diesen Ländern zunächst kontinuierlich. Eine leichte Steigerung ist seit 2014 für das Herkunftsland Polen und seit 2015 für Ungarn zu beobachten (siehe Abbildung 2a). Insgesamt handelt es sich hierbei jedoch um zahlenmäßig geringfügige Veränderungen.



**Abbildung 1: Zahl der Sexarbeiterinnen pro Jahr aus den verschiedenen Herkunftsregionen, die im Zeitverlauf 2009 bis 2015 in der AIDS/STD Beratung beraten oder behandelt wurden, nach Jahren gruppiert**  
Quelle: Daten des Gesundheitsamtes

Bei Sexarbeiterinnen aus den EU-2 Ländern, Bulgarien und Rumänien, finden sich in dieser Zeit unterschiedliche Entwicklungen. Die Zahl bulgarischer Sexarbeiterinnen blieb in etwa konstant, nimmt allerdings nach der Öffnung des Arbeitsmarktes geringfügig ab, während die Zahl rumänischer Sexarbeiterinnen auch nach der Öffnung weiter ansteigt, wenn auch in geringerem Maß (siehe Abbildung 2b).

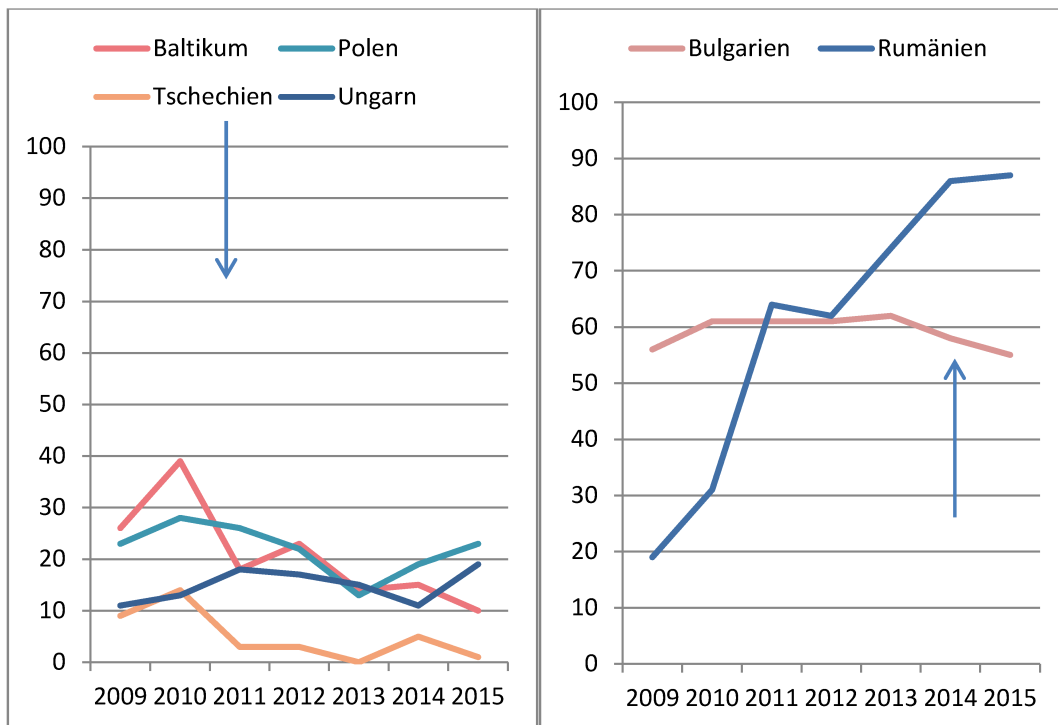


Abbildung 2a und Abbildung 2b: Zahl der Sexarbeiterinnen pro Jahr aus EU-8 und EU-2-Ländern, die zwischen 2009 und 2015 in der AIDS/STD Beratung beraten oder behandelt wurden. Der Pfeil zeigt den Zeitpunkt der Öffnung des Arbeitsmarkts für die jeweiligen Herkunftsländer.

Quelle: Daten des Gesundheitsamtes

Wäre die Entwicklung der EU-8-Länder richtungsweisend, würde auch für die beiden EU-2 Staaten ein Rückgang von Sexarbeiterinnen für die kommenden Jahre zu erwarten sein. Die Entwicklung in diesen beiden Ländern scheint jedoch nicht denselben Regeln zu folgen. Ausschlaggebend für Migrationsbewegungen sind nicht alleine Zugangsmöglichkeiten zum deutschen Arbeitsmarkt, sondern auch wirtschaftliche Entwicklungen in den Heimatländern sowie wirtschaftliche und institutionelle Bedingungen in anderen Zielländern der Migration. Eine weitere Rolle spielen reale Chancen auf den jeweiligen Arbeitsmärkten. Welche Qualifikationen bringen die Zuwandernden mit und welche Arbeitsplätze, höher oder niedrig qualifizierte, stehen ihnen offen. So führte die wirtschaftliche Krise in Spanien und Italien dazu, dass bulgarische und rumänische Saisonarbeiter eher in Deutschland Arbeit suchen. Daten des Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) zeigen, dass sich vor allem unter den Zuwandernden aus Bulgarien und Rumänien ein relativ hoher Anteil gering Qualifizierter findet, deren Zugangschancen auf dem Arbeitsmarkt und vor allem deren Verdienstmöglichkeiten eingeschränkt sind. Das IAB gibt an, dass 35% der zugewanderten Rumänen und Bulgaren keine abgeschlossene Berufsausbildung hatten. Schlechtere Zugangsbedingungen zum allgemeinen Arbeitsmarkt führen dazu, dass Sexarbeiterinnen aus diesen Ländern auch zukünftig eher in der Sexarbeit bleiben als Frauen mit höheren Qualifikationen aus anderen EU-8-Ländern. Den Unterschied bei der Entwicklung zwischen bulgarischen und rumänischen Sexarbeiterinnen erklärt dies jedoch nicht.



Bei fast allen anderen Herkunftsländern ist bis 2014 ein Rückgang auf einem niedrigen Niveau zu sehen (siehe Abbildung 1). 2015 finden sich dagegen bei den meisten Herkunftsländern oder -regionen geringe Zuwächse. Diese Veränderungen sind nur zum geringen Teil auf die wachsenden Flüchtlingsströme zurückzuführen. Sich verschlechternde Wirtschaftssituationen in den Herkunftsregionen oder in anderen Zielländern der Arbeitsmigration könnten hierfür Ursache sein.

## Diagnosen sexuell übertragbarer Infektionen bei Sexarbeiterinnen

Diagnosen sexuell übertragbarer Infektionen (STI) bei Sexarbeiterinnen in der Beratungsstelle (siehe Abbildung 3 und Tabelle 1) sind durch vielfältige Faktoren beeinflusst: durch die Verbreitung im Heimatland und/oder im Aufenthaltsland, durch den Zugang zu rechtzeitiger und angemessener medizinischer Behandlung, aber auch vom Wissen zu Übertragungswegen und der Möglichkeit präventive Maßnahmen durchsetzen zu können. Hinzu kommt, dass sich die Diagnosen innerhalb der Beratungsstelle auf eine relativ kleine Population (circa 200 bis 300 Personen pro Jahr) beziehen, so dass einzelne positive Diagnosen relative Schwankungen verursachen können.

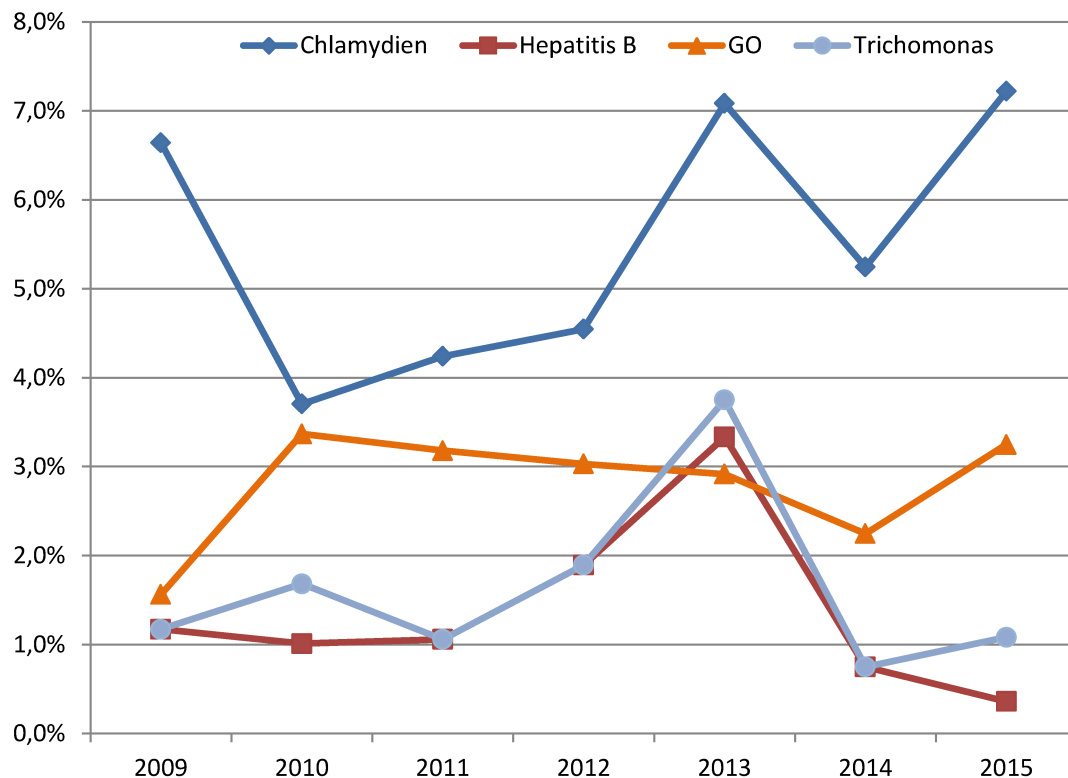


Abbildung 3: Überblick zu ausgewählten sexuell übertragbaren Infektionen bei Sexarbeiterinnen im Verlauf 2009 bis 2015, prozentuale Anteil pro Jahr

Quelle: Daten des Gesundheitsamtes





**Tabelle 1: Diagnosen STI Anzahl und Prozentanteile bei Sexarbeiterinnen  
in der Beratungsstelle 2009 bis 2015**

Quelle: Daten des Gesundheitsamtes

Erreger	Diagnosen															
	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
HIV	2	0,8	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,4	2	0,7	0	0,0	6	0,3
Syphilis	1	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,8	3	1,3	1	0,4	0	0,0	7	0,4
Hepatitis B	3	1,2	3	1,0	3	1,1	5	1,9	8	3,3	2	0,7	1	0,4	25	1,3
Hepatitis C	4	1,6	2	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,4	0	0,0	8	0,4
Chlamydien	17	6,6	11	3,7	12	4,2	12	4,5	17	7,1	14	5,2	20	7,2	103	5,5
GO	4	1,6	10	3,4	9	3,2	8	3,0	7	2,9	6	2,2	9	3,3	53	2,8
Trichomonas	3	1,2	5	1,7	3	1,1	5	1,9	9	3,8	2	0,7	3	1,1	30	1,6
Untersuchte Sexarbeiterinnen	257	100	297	100	283	100	264	100	240	100	267	100	277	100	1885	100



Über die beobachteten Jahre sind HIV<sup>7</sup> mit 0,3% sowie Syphilis und Hepatitis C mit jeweils 0,4% eher seltene Diagnosen innerhalb der Gruppe der Sexarbeiterinnen (siehe Tabelle 1). Diese Diagnosen wurden daher in Abbildung 3, die nur einen Überblick über die Gesamtentwicklung der häufigen Diagnosen innerhalb der Beratungsstelle gibt, nicht gesondert aufgeführt. Chlamydien und Gonorrhoe (GO) treten am häufigsten und kontinuierlich auf, in etwas geringerem Maß *Trichomonas vaginalis*. Diagnosen bei Hepatitis-B-Infektionen beziehen sich in der Regel auf chronische Verläufe, akute Hepatitis-B-Infektionen sind die Ausnahme.

Zum Vergleich HIV in Deutschland: Für Frauen lag 2014 und 2015 die Inzidenz bei 1,6 und 1,8 Fällen auf 1000.000 Einwohnerinnen, im Land Bremen lag sie in dieser Zeit etwas höher bei 3,6 und 4,2 Fällen.<sup>8</sup> Bei den Daten, die im Rahmen der AIDS/STD Beratung bei HIV erhoben werden, handelt es sich nicht um Neuinfektionen, sondern um Prävalenzen. Diagnostiziert werden neue sowie länger zurückliegende Infektionen. Trotz der relativ seltenen Diagnosen innerhalb der Sexarbeiterinnen ist im Vergleich zu Bevölkerungsdaten davon auszugehen, dass diese von HIV-Infektionen etwas häufiger betroffen sind. Neben höheren Infektionsraten in den Heimatländern könnten besonders riskante sexuelle Praktiken oder Drogenkonsum diese Infektionen begünstigen.

Akute und chronische **Hepatitis-B-Infektionen** sind in der deutschen und auch in der Bevölkerung des Landes Bremen eher selten. Die *Inzidenz* für Frauen lag in Deutschland 2014 und 2015 bei 0,6 beziehungsweise 1,4 Fällen auf 100.000 Einwohnerinnen, im Land Bremen bei 0,6 beziehungsweise 0,3 Fällen.<sup>9</sup> Die *Prävalenz* wird in Deutschland auf weniger als 1% in der Allgemeinbevölkerung geschätzt.<sup>10</sup> Deutschland gehört zu den Ländern mit einer geringen Prävalenz im Gegensatz zum osteuropäischen Raum, aus dem viele Sexarbeiterinnen kommen. Dort wird die Hepatitis-B-Prävalenz auf 2% bis 9% geschätzt.<sup>11</sup> Alle Hepatitis-B-Infektionen bis auf eine Ausnahme wurden in den Jahren 2012 bis 2015 bei Rumäninnen oder Bulgarinnen festgestellt (siehe Abbildung 4). Die Prävalenz in diesen Herkunftsgruppen lag damit bei 1,9% beziehungsweise bei 3,4%, also noch in der Spanne der Herkunftsländer. Da es sich überwiegend um chronische Infektionen handelt, sind diese mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Infektionen in den Herkunftsländern zurückzuführen. Fehlende Immunisierung durch Impfung sowie fehlende Schutzmaßnahmen bei Sexualpraktiken können die Infektionsraten selbstverständlich weiter erhöhen. Da der Hepatitis-B-Status in der Beratungsstelle regelmäßig erfasst wird, ist hier von einer hohen Zuverlässigkeit auszugehen. Bei fehlender Immunität wird eine Impfung empfohlen, mit dem Einverständnis der Frauen kann diese in der Beratungsstelle erfolgen. Sofern kein Impfpass vorhanden ist, wird ein solcher ausgestellt. Bei einer akuten oder chronischen Hepatitis B wird eine weitere Beobachtung oder Behandlung durch niedergelassenen Ärzte in Deutschland oder im Heimatland empfohlen.

**Hepatitis-C-Infektionen** waren in den vergangenen Jahren bei Sexarbeiterinnen deutlich seltener als Hepatitis-B-Infektionen, obwohl in Deutschland und in Bremen die Inzidenz von Hepatitis

<sup>7</sup> Im Glossar werden die Begriffe für die verschiedenen Infektionen und deren Krankheitsfolgen erklärt.

<sup>8</sup> (24.05.2016)

<sup>9</sup> Robert Koch-Institut. SurvStat-Abfrage. <https://survstat.rki.de/Content/Query/Create.aspx> [24.05.2016]

<sup>10</sup> Robert Koch-Institut 2014a

<sup>11</sup> Ott et al. 2012; Hope et al. 2014



C über der von Hepatitis B liegt.<sup>12</sup> Soweit Daten aus den Herkunftsländern vorhanden sind, ist dort die Prävalenz bei Hepatitis C ebenso wie bei Hepatitis B deutlich höher (Prävalenz Hepatitis C: Deutschland 0,4%<sup>13</sup>; Ausland >2%).<sup>14</sup> Eine Untererfassung ist nicht auszuschließen, da Hepatitis C nicht zur Standarddiagnostik in der Beratungsstelle gehört.

**Syphilis-Infektionen** waren 2012 und 2013 höher als in den vorangegangenen Jahren und auch als in den folgenden Jahren (siehe Tabelle 1). Der steigende Trend scheint sich in Bremen nicht fortzusetzen. Vergleichsdaten aus dem Kölner Gesundheitsamt<sup>15</sup>, das Sexarbeiterinnen in ähnlicher Weise medizinisch behandelt wie Bremen, zeigen für den Zeitraum 2002 bis 2012 eine Rate von 0,7% positiven Syphilisbefunden. Daten des Robert Koch-Instituts (RKI)<sup>16</sup> weisen seit 2010 eine ansteigende Tendenz von Syphilis-Infektionen bei Männern wie bei Frauen auf. Frauen sind allerdings deutlich seltener als Männer betroffen. In Deutschland geht der größte Teil der Syphilis-Infektionen auf Kontakte zwischen Männern, die Sex mit Männern haben, zurück. 2015 betrug die Inzidenz für Syphilis bei Frauen 1,0 Fälle und in Bremen 1,2 Fälle auf 100.000 Einwohnerinnen.<sup>17</sup> Bremen gehört neben Berlin und Hamburg zu den am stärksten betroffenen Bundesländern. Daten zur Inzidenz von Syphilis aus den Herkunftsländern der Sexarbeiterinnen sind lückenhaft und variieren auch innerhalb der zentral- und osteuropäischen Länder stark. So bezifferte die Weltgesundheitsorganisation (WHO)<sup>18</sup> für das Jahr 2010 Syphilis-Inzidenzen für Rumänien auf 10,8 Fällen und für Polen auf 2,43 Fälle pro 100.000 Einwohner und Einwohnerinnen. Daten zu Bulgarien fehlen. Sexarbeiterinnen, bei denen im Gesundheitsamt eine akute Syphilis diagnostiziert wurde, kamen in den Jahren 2012 bis 2015 mit einer Ausnahme aus Rumänien und Bulgarien (siehe Abbildung 4). Auch wenn Syphilis bei Sexarbeiterinnen eher selten diagnostiziert wird, liegen die Inzidenzraten der rumänischen Sexarbeiterinnen in der AIDS/STD Beratung innerhalb der Jahre 2012 bis 2015 mit 1,0% deutlich über denen ihrer Herkunftsländer und auch geringfügig über denen, die Köln für Sexarbeiterinnen angibt. Beim Vergleich zwischen Köln und Bremen können jedoch die relativ kleinen Zahlen schnell zu veränderten Daten führen. Dass auch bulgarische Sexarbeiterinnen höhere Infektionsraten (0,8% Inzidenz) aufweisen als sich in ihren Herkunftsländern zeigen, ist zu vermuten. Entsprechende Daten aus dem Herkunftsland liegen allerdings nicht vor. Die hohe Infektiosität der Syphilis begünstigt diese Infektionen. Aber auch Unkenntnis über die Symptomatik und ihre Folgen sowie ein nicht selbstverständlicher Zugang zur Gesundheitsversorgung und ein häufig nicht ausreichender Krankenversicherungsschutz tragen hierzu bei. Wie weit solche Infektionen im Heimatland erworben sind, kann nicht schlüssig beantwortet werden. Eine Behandlung, die wie in der AIDS/STD Beratung kostenlos und unbürokratisch durchgeführt wird, trägt wesentlich zur Verhinderungen weiterer Infektionen bei.

<sup>12</sup> In Deutschland betrug 2014 und 2015 die Inzidenz für Frauen bei Hepatitis C 5,0 beziehungsweise 3,9 Fälle auf 100.000 Einwohnerinnen; in Bremen 2,7 beziehungsweise 1,5 Fälle. C

<sup>13</sup> Robert Koch-Institut 2013a

<sup>14</sup> Negro, Alberti 2011; Hope et al. 2014

<sup>15</sup> Nitschke 2014

<sup>16</sup> Robert Koch-Institut 2013b

<sup>17</sup> Robert Koch-Institut. SurvStat-Abfrage. <https://survstat.rki.de/Content/Query/Create.aspx> [25.05.2016]

<sup>18</sup> WHO 2014



**Chlamydien-Infektionen** sind die am häufigsten diagnostizierte STI bei Sexarbeiterinnen im Gesundheitsamt. Gleichzeitig ist es aber auch die häufigste STI bei Frauen in Deutschland. Chlamydien-Infektionen sind in den letzten Jahren besonders in den Blick gerückt, da sie anders als beispielsweise Gonorrhoe häufig symptomarm oder symptomlos verlaufen mit durchaus ernstzunehmenden gesundheitlichen Folgen, wenn sie nicht behandelt werden. Sie können bei Frauen wie bei Männern Unfruchtbarkeit verursachen, und sie erhöhen das Infektionsrisiko für HIV.

Im Gesundheitsamt Bremen schwanken in den Jahren 2009 bis 2015 die Infektionsraten bei Sexarbeiterinnen zwischen 4% und 7% (siehe Tabelle 1 und Abbildung 3). Bei Rumäninnen und Bulgarinnen wurden im Zeitraum 2012 bis 2015 überproportional häufig Chlamydien-Infektionen diagnostiziert (siehe Abbildung 4). 44 von 61 Chlamydien-Infektionen (72%) gingen auf diese Personengruppen zurück, bei einem gleichzeitigen Anteil dieser Nationalitäten von 52%. Die Prävalenz bei Sexarbeiterinnen dieser Herkunftsregionen betrug zwischen bei Rumäninnen 6% und bei Bulgarinnen 11%. Von Chlamydien-Infektionen betroffen sind allerdings auch Sexarbeiterinnen anderer Herkunftsregionen, insbesondere auch deutsche Sexarbeiterinnen mit 5%.

Das Gesundheitsamt Köln<sup>19</sup> kommt für die Jahre 2002 bis 2012 auf insgesamt 11% Chlamydien-Infektionen. Eine Studie des Robert Koch-Instituts (RKI)<sup>20</sup>, bei der Mitarbeiterinnen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Sexarbeiterinnen an ihren Arbeitsstätten aufsuchten, nennt noch höhere Raten von 20%. Die in der Studie des RKI erreichte Population ist in der Zusammensetzung der Nationalitäten der im Gesundheitsamt Bremen ähnlich, allerdings mit einem deutlich höheren Anteil von 39,5% an Bulgarinnen (in Bremen 24%).

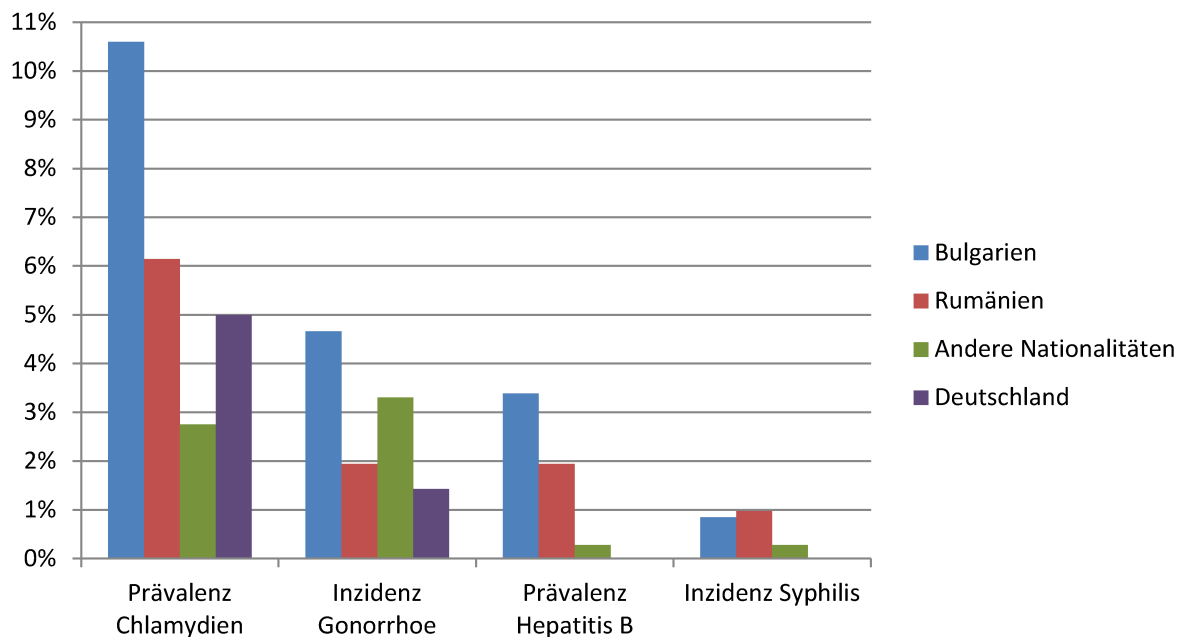
Das Robert Koch-Institut fand mittels einer Laborsentinel-Studie<sup>21</sup> aber auch bei Frauen der Allgemeinbevölkerung verhältnismäßig hohe Infektionsraten von 3,9%. In dieser Studie wurden sowohl Frauen innerhalb des kassenärztlich finanzierten Chlamydien-Screenings (20 bis 25 Jahre) erfasst, wie bei Schwangerschaftsuntersuchungen und bei Verdacht auf eine Chlamydien-Infektion. Frauen der Altersgruppe 20 bis 24 Jahre waren mit 6% besonders häufig infiziert. Diese Altersgruppe entspricht in etwa der der Sexarbeiterinnen im Gesundheitsamt Bremen.

---

<sup>19</sup> Nitschke 2014

<sup>20</sup> Robert Koch-Institut 2014b

<sup>21</sup> Robert Koch-Institut 2013c



**Abbildung 4: Prävalenzen beziehungsweise Inzidenzen ausgewählter STI im Vergleich verschiedener Herkunftsländer für die Jahre 2012 bis 2015, den jeweiligen Anteil bezogen auf die verschiedenen Herkunftsregionen berechnet**

Quelle: Daten des Gesundheitsamtes

Daten der WHO<sup>22</sup> aus Zentral- und Osteuropa geben ein sehr uneinheitliches Bild. Die gemeldeten Inzidenzen liegen deutlich unter den in Deutschland ermittelten Daten, die Qualität dieser Daten bleibt jedoch offen (Für 2010: Rumänien 0,6 Fälle auf 100.000 Einwohner und Einwohnerinnen; Polen 1,4; Bulgarien keine Daten).

Im Vergleich der verschiedenen Daten lässt sich festhalten, dass Sexarbeiterinnen im Gesundheitsamt Bremen häufig von Chlamydien betroffen sind, allerdings nicht unbedingt häufiger als deutsche Frauen im vergleichbaren Alter. Im Vergleich mit der Studie des Robert Koch-Instituts zum Chlamydien-Screening bei Sexarbeiterinnen stellt sich allerdings die Frage, ob ein aufsuchendes Screening weitere Infektionen entdecken würde und besonders gefährdete Sexarbeiterinnen erreichen würde als das bisherige Angebot der Beratungsstelle.<sup>23</sup>

Ähnlich wie bei den anderen STI ist zu vermuten, dass Sexarbeiterinnen aus Rumänien und Bulgarien bei denen Chlamydien-Infektionen überproportional häufig auftreten, diese teilweise aus ihren Heimatländern mitbringen. Anzunehmen ist aber auch, dass diese Frauen häufiger ungeschützten Sexualverkehr haben. Sei es, dass sie dies aktiv anbieten; sei es, dass sie weniger durchsetzungsfähig sind, Schutzmaßnahmen gegenüber Freiern einzufordern. Mangelnde Kenntnisse über die Wirksamkeit von Schutzmaßnahmen ebenso wie besonders prekäre Arbeitssituationen wirken sich hier besonders negativ aus. Hinzu können noch Infektionen im Privatbereich kommen, die fälschlicherweise als nicht risikoreich eingeschätzt werden.

<sup>22</sup> WHO 2014

<sup>23</sup> Vergleiche hierzu Bergmiller, Jung 2016



Die Infektionsraten zu **Gonorrhoe (GO)** bei Sexarbeiterinnen bewegen sich seit 2010 auf einem relativ gleichbleibenden Niveau von 3% (siehe Tabelle 1 und Abbildung 3). Das Gesundheitsamt Köln gibt für den Zeitraum von 2002 bis 2012 eine ähnliche Rate von 3,5% an.<sup>24</sup> Die bereits oben erwähnte RKI-Studie<sup>25</sup>, die Sexarbeiterinnen an ihren Arbeitsstätten aufsuchte, kommt auch hier zu einer höheren Rate von 6% positiven Gonokokkenbefunden. Verlässliche Daten zur Inzidenz der Gonorrhoe innerhalb der Allgemeinbevölkerung fehlen für Deutschland. Daten der WHO<sup>26</sup> aus Zentral- und Osteuropa zur Inzidenz bei Gonorrhoe sind ebenfalls uneinheitlich (Für 2010: Rumänien 2,4 Fälle auf 100.000; Polen 0,8 Fälle; Bulgarien fehlt).

Die Diagnosen im Gesundheitsamt zu Gonorrhoe entfallen auf ein relativ breites Spektrum von Herkunftsländern. Bulgarinnen sind mit 5% Infektionen besonders häufig betroffen, Rumäninnen dagegen sogar etwas seltener als Sexarbeiterinnen anderer Herkunftsländer (siehe Abbildung 4). Wie dieser Unterschied auch im Verhältnis zu den anderen Infektionen zustande kommt, kann nicht ausreichend erklärt werden. Denkbar wäre, dass einzelne Freier oder Zuhälter diese Infektionen innerhalb bestimmter Communities weitergeben.

---

<sup>24</sup> Nitschke 2014

<sup>25</sup> Robert Koch-Institut 2014b

<sup>26</sup> WHO 2014



## Fazit und Handlungsempfehlungen

Sexarbeiterinnen insgesamt sind nicht grundsätzlich häufiger von sexuell übertragbaren Infektionen betroffen als vergleichbare Bevölkerungsgruppen. Als vergleichbare Bevölkerungsgruppen sind hier die jeweiligen Herkunftsländer zu sehen, soweit hierzu entsprechende Daten vorliegen. Syphilis und HIV scheinen bei Sexarbeiterinnen etwas häufiger aufzutreten als im Vergleich zu den entsprechenden Bevölkerungsgruppen, sie wurden in der AIDS/STD Beratung jedoch relativ selten diagnostiziert (<0,5%).

Bei unterschiedlichen Herkunftsregionen zeigen sich deutlich unterschiedliche Prävalenzen. Im Zeitraum 2012 bis 2015 waren Bulgarinnen und Rumäninnen besonders häufig von STIs betroffen. Nur mit Gonorrhoe waren Rumäninnen etwas seltener als andere Herkunftsregionen infiziert. Dies spricht für eine besondere gesundheitliche Gefährdung dieser Frauen.

Bei der Frage nach der möglichen Herkunft der Infektionen, ist für die Hepatitis B, bei der es sich überwiegend um chronische Infektionen handelt, davon auszugehen, dass sie größtenteils im Herkunftsland erworben werden. Bei anderen STI wie Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydien lassen sich keine solch klaren Schlüsse ziehen. Zu vermuten ist, dass es rumänischen und bulgarischen Frauen zum einen seltener gelingt, ausreichende Schutzmaßnahmen von Freiern einzufordern, zum anderen, dass diese Infektionen auch über private Kontakte, das heißt über Freunde oder Ehemänner, erworben werden. Bei Verhandlungen mit Freiern sind geringe Sprachkenntnisse ein Hemmnis. Zudem sind Bulgarinnen und Rumäninnen nicht selten sehr patriarchalisch orientiert. Männern werden direkte Rechte zugestanden und Frauen wenig Selbstwertgefühl vermittelt. Außerdem fehlen bei einem gleichzeitig geringen Bildungsstand grundlegende Kenntnisse über körperliche Funktionen, so dass ein ausreichendes Verständnis für Empfängnisverhütung und für den Infektionsschutz fehlt. Da dieses Wissen fehlt, ist oft die Motivation gering, sich selbst ausreichend zu schützen oder ärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Anders als bei Frauen aus den EU-8-Ländern, die sobald sie Chancen auf angemessene Arbeitsplätze haben, aus der Sexarbeit abwandern, ist bei dem größeren Teil der Frauen aus EU-2-Ländern davon auszugehen, dass sie aufgrund geringerer Chancen auf dem Arbeitsmarkt weiter in der Prostitution arbeiten werden, obwohl auch hier mit dem freien Zugang zum Arbeitsmarkt eine Trendwende zu sehen ist. Auf dem Hintergrund hoher Flüchtlingszahlen ist darüber hinaus davon auszugehen, dass zukünftig Frauen aus verschiedenen anderen Herkunftsregionen in die Prostitution einsteigen werden, um ihren und den Lebensunterhalt ihrer Familien zu erwirtschaften oder aufzubessern. Zu vermuten ist außerdem, dass es gerade diejenigen sind, die nur über geringe Sprachkenntnisse und über ungenügendes Wissen zum Schutzverhalten verfügen.

### **Welche Handlungsoptionen sind auf diesem Hintergrund weiter zu verfolgen oder auszubauen?**

Da davon auszugehen ist, dass aufgrund der Migrationsbewegungen in der Sexarbeit immer wieder Menschen aus Herkunftsländern mit höheren Infektionsraten bei STI arbeiten werden, die sich zudem aufgrund mangelnder Durchsetzungsfähigkeit und fehlendem Wissen eher Infektionsrisiken aussetzen, müssen auch zukünftig niedrigschwellige Behandlungsmöglichkeiten sowie aufsuchende Präventionsangebote, wie sie die Bremer AIDS/STD Beratung leistet, auf-



rechterhalten werden. Dies gilt gerade auch vor dem Hintergrund der aktuellen Flüchtlingsströme.

Sexuell übertragbaren Infektionen sind in der Regel gut behandelbar. Ein niedrigschwelliger Zugang zu medizinischer Diagnostik und Behandlung schützt die Sexarbeiterinnen und die Bevölkerung. Zudem stehen Schutzmaßnahmen kostengünstig zur Verfügung. Um diese sachgerecht einsetzen zu können, benötigen gerade neu einsteigende Sexarbeiterinnen entsprechende Informationen. Eine kontinuierliche Unterstützung von außen trägt außerdem mit dazu bei, verantwortlich für sich und andere handeln zu können. Teil der täglichen Arbeit von Sexarbeiterinnen ist es, Freier zu einem angemessenen Schutzverhalten zu motivieren.

Effektive Präventionsangebote im Bereich der Sexarbeit können nicht auf einzelne Herkunftsländer eingeschränkt werden. Diese Offenheit ist notwendig,

- um Diskriminierungen, die jegliche Präventionsbemühungen zum Scheitern verurteilen, zu vermeiden;
- um gegenüber sich verändernden Herkunftsregionen offen zu bleiben;
- vor allem aber, um ein möglichst breites Spektrum an Frauen in der Sexarbeit zu erreichen.

Prostitution ist nach wie vor stark tabuisiert – oft sind weder Angehörige noch Freunde über die tatsächliche Erwerbsquelle informiert –, zugleich bewegt sie sich im legalen wie im illegalen Rahmen, dies werden auch zukünftige Gesetze nicht grundsätzlich verändern. Angebote müssen vor diesem Hintergrund leicht zugänglich und anonym nutzbar sein und sie müssen Zugang zu Beratung, Aufklärung, zu Diagnostik und Behandlung ermöglichen. Im Gesundheitsamt Bremen wird eine solche Angebotsstruktur seit langem auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes § 19 erfolgreich umgesetzt. Unterstützt wird das stationäre Angebot der Beratungsstelle sehr effektiv durch "Streetwork". Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes suchen seit vielen Jahren gemeinsam mit Dolmetscherinnen Sexarbeiterinnen direkt an ihren Arbeitsstätten auf. Sie informieren dort über Schutzmöglichkeiten, beraten über weitergehende Hilfen und motivieren die Sexarbeiterinnen vertiefende Beratungen, zu Diagnostik und Behandlung in der Beratungsstelle in Anspruch zu nehmen. Da die Streetworkerinnen und die Dolmetscherinnen auch während der Sprechstunden der Beratungsstelle anwesend sind, sind sie vertraute Ansprechpartnerinnen.<sup>27</sup> Seit Ende 2014 wird beim Streetwork auch ein Screening auf Chlamydien und Gonorrhoe angeboten.<sup>28</sup> Diese Kombination von Angeboten trägt wesentlich zur Reduktion von STI bei.

Über diese seitens des Gesundheitsamts bereitgestellten Angebote hinaus, könnten weitere Angebote anderer Einrichtungen auf verschiedenen Ebenen wirkungsvoll sein.

Eine Kooperation mit Niedersachsen bei der Angebotsstruktur und der Gestaltung struktureller Rahmenbedingungen wäre wünschenswert. Ein restriktiveres Vorgehen der Polizei in Bremen gegenüber gesetzwidrigen sexuellen Dienstleistungen hat dazu geführt, dass solche Dienstleistungen vermehrt außerhalb der Bremer Landesgrenzen angeboten werden. Die Arbeitsrisiken in der Prostitution sind nicht alleine Thema der gesundheitlichen Versorgung. Die Arbeitssituation in sogenannten "Lovemobilen" an Rändern von Landstraßen ist für die Frauen in mehrfacher

---

<sup>27</sup> Paul, Jung 2010

<sup>28</sup> Bergmiller, Jung 2016





Weise riskant, da sie anders als in Stadt-Appartements alleine arbeiten ohne direktes soziales Umfeld, das sie in Notfällen aktivieren können.

Angebote, die das Selbstwertgefühl der Sexarbeiterinnen stärken, ihr Wissen erweitern, können ihnen andere Arbeitsmarktchancen eröffnen. Dazu gehören die Verbesserung ihrer Sprachkenntnisse und die Vermittlung von Bildung, zunächst von Grundinformationen zu Körperfunktionen und zum Infektionsgeschehen, aber auch Unterstützung zum Ausstieg. In Einzelfällen gelingt die Organisation solcher Angebote in der Vernetzung mit Selbsthilfeorganisationen wie Nitribitt Bremen, mit Weiterbildungseinrichtungen wie Paritätisches Bildungswerk Bremen oder der Volkshochschule Bremen (VHS). Institutionalisierte Organisationsstrukturen dafür existieren bislang in Bremen nicht.

Möglich sind auch Kooperationen mit den Heimatländern zur Verbesserung des Bildungsstandes der dort lebenden Frauen, zur Information über die Arbeit im Sexarbeitsgewerbe sowie das Unterbinden von "Vermittlerkontakten", die Frauen unfreiwillig in die Prostitution zwingen. Teilweise – wenn auch keineswegs ausreichend – werden Kontakte mit den Heimatländern bereits aufgebaut, wie in Einzelfällen von der Kriminalpolizei Bremen oder als europäisches Angebot von Organisationen wie Tampep European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers.

Generell wünschenswert sind alle Maßnahmen, die die Arbeitssituation von Sexarbeiterinnen verbessern und die ihre Interessen stärken.



## Literatur und Hinweise

- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015). Schlüsselzahlen Asyl 1. Halbjahr 2015. Nürnberg
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016). Das Bundesamt in Zahlen 2015. Asyl. Nürnberg
- Bergmiller S, Jung F (2016). Streetwork-Studie Bremen: Chlamydien und Gonorrhö bei Sexarbeiterinnen. Gesundheitsamt Bremen
- Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.) (2013). Sexuell übertragbare Infektionen. 5. überarbeitete Auflage. Berlin
- Hope VD, Eramova I, Capurro D and Donoghoe MC. (2014). Prevalence and estimation of hepatitis B and C infections in the WHO European Region: a review of data focusing on the countries outside the European Union and the European Free Trade Association. In: *Epidemiology and Infection*. Volume 142/Issue 02. February 2014, pp 270-286 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3891474/>) [23.03.2016]
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2013). IAB-Kurzbericht 16/2013. Brücker H, Hauptmann A, Vallizadeh E. Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Zuwanderer aus Bulgarien und Rumänien. Arbeitsmigration oder Armutsmigration? <http://doku.iab.de/kurzber/2013/kb1613.pdf> [08.07.2014]
- Negro F, Alberti A. The global health burden of hepatitis C virus infection. *Liver Int.* 2011 Jul;31(2 Suppl):1–3. Data used with permission from John Wiley and Sons. Zitiert nach: <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2014/chapter-3-infectious-diseases-related-to-travel/hepatitis-c> [29.07.2014]
- Nitschke H (2014). Sexarbeit und sexuelle Gesundheit – Erkenntnisse und blinde Flecken. In: *Forschung zur Sexarbeit und STI-Forschung*. Eine Veranstaltung der Sektion "Sexuelle Gesundheit" und "STI-Forschung" der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG) – Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit. 8. und 9. November 2013. Köln
- Ott JJ, Stevens GA, Groeger J, Wiersma ST (2012). Global epidemiology of hepatitis B virus infection: new estimates of age-specific seroprevalence and endemicity. *Vaccine*. 2012.30(12):2212 Zitiert nach Center for Disease Control and Prevention <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2014/chapter-3-infectious-diseases-related-to-travel/hepatitis-b> [28.07.2014]
- Paul S, Jung F (2010). Zugangsschwellen senken – Sexarbeiterinnen auf dem Weg ins Gesundheitsamt Bremen. Gesundheitsamt Bremen
- Robert Koch-Institut. SurvStat-Abfrage. <https://survstat.rki.de/Content/Query/Create.aspx>
- Robert Koch-Institut (2013a). Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland. Virushepatitis C im Jahr 2012. In: *Epidemiologisches Bulletin* 30/2013, Seite 274
- Robert Koch-Institut (2013b). Syphilis in Deutschland 2012. In: *Epidemiologisches Bulletin* 46/2013, Seite 449ff
- Robert Koch-Institut (2013c). Chlamydia trachomatis – Laborsentinel. In: *Epidemiologisches Bulletin* 46/2013, Seite 473
- Robert Koch-Institut (2014a). Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland. Virushepatitis B und D im Jahr 2013. In: *Epidemiologisches Bulletin* 30/2014, Seite 259
- Robert Koch-Institut (2014b). Untersuchungen auf STI bei Sexarbeiterinnen im Rahmen aufsuchender Arbeit durch den ÖGD 2011/2012. In: *Epidemiologisches Bulletin* 9/2014, Seite 78



Statistisches Bundesamt (2015). Vorläufige Wanderungsergebnisse 2014. Wiesbaden

WHO Centralized Information System for Infectious diseases – Sexually Transmitted diseases

<http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=342982> [30.07.2014]

## AUSGEWÄHLTE BERICHTE DES GESUNDHEITSAMTES

- Streetwork-Studie Bremen: Chlamydien und Gonorrhö bei Sexarbeiterinnen.

*GBE Praxisbericht05/2016*

- Meldepflichtige sexuell übertragbare Infektionen (STI) in Bremen 2015.

*GBE INFO 03/2016*

- Geschlecht oder Zielgruppe? Prävention sexuell übertragbarer Infektionen.

*GBE-Bericht 04/2013*

- Zugangsschwellen senken – Sexarbeiterinnen auf dem Weg ins Gesundheitsamt Bremen

*GBE-Praxisbericht 09/2010.*

Die Berichte stehen alle auf der Homepage des Gesundheitsamtes unter Publikationen zur Verfügung: [Gesundheitsamt Bremen | Publikationen](#)



## Anhang

### Arbeitnehmerfreizügigkeit

Die Freizügigkeit von Arbeitnehmern ist ein in Artikel 45 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union verankerter Grundsatz, dessen Umsetzung durch abgeleitetes EU-Recht und die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs gewährleistet wird. EU-Bürgern steht es demnach zu,

- in einem anderen EU-Land Arbeit zu suchen,
- dort zu arbeiten, ohne dass eine Arbeitserlaubnis erforderlich wäre,
- zu diesem Zweck dort zu wohnen,
- selbst nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses dort zu bleiben,
- hinsichtlich Zugang zu Beschäftigung, Arbeitsbedingungen und aller anderen Sozialleistungen und Steuervorteile genauso behandelt zu werden wie die Staatsangehörigen des Aufnahmelandes.

Bei EU-Bürgern können bestimmte Ansprüche des Kranken- und Sozialversicherungsschutzes auf die Systeme des Landes übertragen werden, in dem sie Arbeit suchen (siehe Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit).

### Gesetz über die allgemeine Freizügigkeit von Unionsbürgern

#### § 2 Recht auf Einreise und Aufenthalt

(1) Freizügigkeitsberechtigte Unionsbürger und ihre Familienangehörigen haben das Recht auf Einreise und Aufenthalt nach Maßgabe dieses Gesetzes.

(2) Unionsrechtlich freizügigkeitsberechtigt sind:

1. Unionsbürger, die sich als Arbeitnehmer, zur Arbeitssuche oder zur Berufsausbildung aufhalten wollen,
2. Unionsbürger, wenn sie zur Ausübung einer selbständigen Erwerbstätigkeit berechtigt sind (niedergelassene selbständige Erwerbstätige),
3. Unionsbürger, die, ohne sich niederzulassen, als selbständige Erwerbstätige Dienstleistungen im Sinne des Artikels 57 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union erbringen wollen (Erbringer von Dienstleistungen), wenn sie zur Erbringung der Dienstleistung berechtigt sind,
4. Unionsbürger als Empfänger von Dienstleistungen,
5. nicht erwerbstätige Unionsbürger unter den Voraussetzungen des § 4,
6. Familienangehörige unter den Voraussetzungen der §§ 3 und 4,
7. Unionsbürger und ihre Familienangehörigen, die ein Daueraufenthaltsrecht erworben haben.

(3) Das Recht nach Absatz 1 bleibt für Arbeitnehmer und selbständig Erwerbstätige unberührt bei

1. vorübergehender Erwerbsminderung infolge Krankheit oder Unfall,



2. unfreiwilliger durch die zuständige Agentur für Arbeit bestätigter Arbeitslosigkeit oder Einstellung einer selbständigen Tätigkeit infolge von Umständen, auf die der Selbständige keinen Einfluss hatte, nach mehr als einem Jahr Tätigkeit,

3. Aufnahme einer Berufsausbildung, wenn zwischen der Ausbildung und der früheren Erwerbstätigkeit ein Zusammenhang besteht; der Zusammenhang ist nicht erforderlich, wenn der Unionsbürger seinen Arbeitsplatz unfreiwillig verloren hat.

Bei unfreiwilliger durch die zuständige Agentur für Arbeit bestätigter Arbeitslosigkeit nach weniger als einem Jahr Beschäftigung bleibt das Recht aus Absatz 1 während der Dauer von sechs Monaten unberührt.

(4) Unionsbürger bedürfen für die Einreise keines Visums und für den Aufenthalt keines Aufenthaltstitels. Familienangehörige, die nicht Unionsbürger sind, bedürfen für die Einreise eines Visums nach den Bestimmungen für Ausländer, für die das Aufenthaltsgesetz gilt. Der Besitz einer gültigen Aufenthaltskarte, auch der eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, entbindet nach Artikel 5 Abs. 2 der Richtlinie 2004/38/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 über das Recht der Unionsbürger und ihrer Familienangehörigen, sich im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten frei zu bewegen und aufzuhalten und zur Änderung der Verordnung (EWG) Nr. 1612/68 und zur Aufhebung der Richtlinien 64/221/EWG, 68/360/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG und 93/96/EWG (ABl. EU Nr. L 229 S. 35) von der Visumpflicht.

(5) Für einen Aufenthalt von Unionsbürgern von bis zu drei Monaten ist der Besitz eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses ausreichend. Familienangehörige, die nicht Unionsbürger sind, haben das gleiche Recht, wenn sie im Besitz eines anerkannten oder sonst zugelassenen Passes oder Passersatzes sind und sie den Unionsbürger begleiten oder ihm nachziehen.

(6) Für die Ausstellung des Visums werden keine Gebühren erhoben.

(7) Das Nichtbestehen des Rechts nach Absatz 1 kann festgestellt werden, wenn feststeht, dass die betreffende Person das Vorliegen einer Voraussetzung für dieses Recht durch die Verwendung von gefälschten oder verfälschten Dokumenten oder durch Vorspiegelung falscher Tatsachen vorgetäuscht hat. Das Nichtbestehen des Rechts nach Absatz 1 kann bei einem Familienangehörigen, der nicht Unionsbürger ist, außerdem festgestellt werden, wenn feststeht, dass er dem Unionsbürger nicht zur Herstellung oder Wahrung der familiären Lebensgemeinschaft nachzieht oder ihn nicht zu diesem Zweck begleitet. Einem Familienangehörigen, der nicht Unionsbürger ist, kann in diesen Fällen die Erteilung der Aufenthaltskarte oder des Visums versagt werden oder seine Aufenthaltskarte kann eingezogen werden. Entscheidungen nach den Sätzen 1 bis 3 bedürfen der Schriftform.



## Glossar

### **Chlamydien<sup>29</sup>**

Chlamydien (Bakterien) gehören zu den häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen (STI) in Deutschland. Die Infektion erfolgt meist symptomlos oder symptomarm. Unerkannte oder unzureichende Infektionen können bei Männern und bei Frauen zu Unfruchtbarkeit führen. Außerdem können sie das HIV-Übertragungsrisiko erhöhen.

### **Freier**

Männer, die zu weiblichen oder männlichen Prostituierten gehen.

### **Gonorrhoe**

Gonorrhoe, auch Tripper genannt, sind Bakterien. Es handelt sich dabei um eine der weltweit häufigsten STI. Symptome sind beim Mann morgendlicher Ausfluss, bei der Frau Juckreiz, Brennen und Ausfluss. Genitale Infektionen führen bei knapp der Hälfte der Frauen und bei 90% der Männer zu Symptomen. Unbehandelt können sie das HIV-Übertragungsrisiko erhöhen.

### **Hepatitis B**

Hepatitis-Viren können Leberentzündungen hervorrufen. Der Hauptübertragungsweg ist sexueller Kontakt. Bei Erwachsenen haben 5% bis 10% der Infektionen einen chronischen Verlauf. Mehr als die Hälfte der chronischen Infektionen verlaufen mild. Bei einem aggressiven Verlauf kann sich nach langer Zeit Leberkrebs entwickeln. Schätzungsweise 5% bis 10% aller HIV-Infizierten haben eine chronische Hepatitis B

### **Hepatitis C**

Hepatitis-Viren werden überwiegend durch Blut übertragen. Es handelt sich daher nicht um eine klassische STI. Die meisten Infektionen verlaufen symptomlos, drei Viertel entwickeln sich zu chronischen Infektionen. Bei 20% der chronisch Infizierten führt dies nach Jahren oder Jahrzehnten zu einem zunehmenden Verlust der Leberfunktion. Auch hier besteht ein erhöhtes Risiko für Leberkrebs.

### **HIV**

Human Immunodeficiency Virus = menschliches Abweherschwäche Virus. Die Übertragung erfolgt überwiegend über sexuelle Kontakte. Der Virus kann die Krankheit AIDS verursachen. Es gehört zur Klasse der Retroviren. Eine Infektion führt unbehandelt nach einer unterschiedlich langen, meist mehrjährigen symptomfreien Phase zu AIDS einer zwar behandelbaren, aber bislang unheilbaren Immunschwächekrankheit.

---

<sup>29</sup> Alle Informationen zu STI sind dem Band der Deutsche AIDS-Hilfe 2013 entnommen.



## **Infektiosität**

Ansteckungsfähigkeit

## **Inzidenz**

Anzahl der Neuerkrankungen einer Krankheit in einer Population (beispielsweise die Bevölkerung in Deutschland, in der Regel pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) während eines definierten Zeitraums. In der Regel wird ein Jahr als Bezug genommen.

## **Prävalenz**

Epidemiologisches Maß für die Häufigkeit einer Krankheit. Die Prävalenz gibt an, wie viele Personen in einer definierten Bevölkerungsgruppe (Population) zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder innerhalb eines Zeitraums (Periodenprävalenz) an einer bestimmten Krankheit leiden.

## **STI**

STIs ist die Abkürzung für sexual transmitted infection. Die Übersetzung lautet: Sexuell übertragbare Ansteckungen, früher auch Geschlechtskrankheiten genannt.

## **Syphilis**

Syphilis (auch Lues, Lues venerea, harter Schanker oder Franzosenkrankheit genannt) ist eine bakterielle STI. Sie verläuft in mehreren Stadien und betrifft den gesamten Organismus. Unbehandelt kann sie schwerwiegende zum Teil lebensbedrohliche Folgen haben. Syphilis begünstigt die HIV-Übertragung.

## **Trichomoniasis**

*Trichomonas vaginalis* oder *urogenitalis* ist ein einzelliges Geißeltierchen. Es handelt sich dabei um eine der häufigsten STI. Es betrifft Frauen und Männer. Bei Männern ist der Verlauf meist symptomlos, bei Frauen treten bei ungefähr einem Viertel keine Symptome auf. Bei Frauen kann eine unbehandelte Infektion Unfruchtbarkeit verursachen, bei Männern in seltenen Fällen chronische Entzündungen der Prostata oder der Nebenhoden. Das Risiko einer HIV-Infektion wird erhöht.