



## **Positionspapier zu der Diskussion um die Wiedereinführung der Pflichtuntersuchung auf STI für Prostituierte (Stand: September 2014)**

### **Zusammenfassung**

Im Zusammenhang mit der Diskussion um das Prostitutionsgesetz wird zusätzlich eine Wiedereinführung der Pflichtuntersuchung auf sexuell übertragbare Infektionen (STI) für Prostituierte ins Spiel gebracht, die mit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) 2001 in ganz Deutschland endgültig abgeschafft wurde.

Für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) insgesamt ist diese Diskussion sehr bedeutsam, da sie das an den Gesundheitsämtern angesiedelte, anonyme, leicht zugängliche Angebot von Beratung und Untersuchung, welches auf Vertrauen und der Eigenverantwortung der Betroffenen basiert, unmittelbar berührt. Daher werden die Sinnhaftigkeit einer Wiedereinführung der Pflichtuntersuchung auf STI für Prostituierte unter gesundheitspolitischen Aspekten einer Überprüfung unterzogen und zusätzlich die Situation vor 2001 sowie unter IfSG-Bedingungen noch einmal kritisch gewürdigt.

Die Ergebnisse dieser Analyse lauten:

1. Eine Untersuchungspflicht für Prostituierte ist **keine geeignete** Maßnahme zur Eindämmung der Ausbreitung von STI!
2. Eine Untersuchungspflicht ist **nicht notwendig**, um die Verbreitung von STI zu verhindern!
3. Eine Untersuchungspflicht ist auch **nicht angemessen**, d.h. sie schadet mehr als dass sie nützt!

4. Die geforderte Untersuchungspflicht und die weiteren in diesem Zusammenhang geforderten Maßnahmen stehen **nicht in Übereinstimmung mit geltenden Rechtsnormen!**
5. Die Ziele einer Pflichtuntersuchung liegen **außerhalb des Infektionsschutzes!**
6. Eine Wiedereinführung der Pflichtuntersuchung ist **mit den vorhandenen Personalressourcen in den Gesundheitsämtern nicht leistbar.**

**Aus all diesen Gründen hält der BVÖGD die Rückkehr zu der Untersuchungspflicht auf sexuell übertragbare Infektionen (STI) für Prostituierte nicht für sinnvoll.**

## **Vorbemerkung**

Der Untersuchungspflicht unterlagen bis zum Inkrafttreten des IfSG bis auf wenige Ausnahmen ausschließlich Frauen und auch die aktuelle Forderung nach ihrer Wiedereinführung bezieht sich nur auf Frauen. Aus diesem Grund werden im folgenden Text auch nur diese erwähnt, sofern sich die Aussagen nicht ausdrücklich auch auf Männer beziehen.

## **Hintergrund**

Im Zusammenhang mit der Diskussion um das Prostitutionsgesetz wird zusätzlich eine Wiedereinführung der Pflichtuntersuchung auf STI für Prostituierte gefordert, die mit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) 2001 abgeschafft wurde.

Begründet wird diese Forderung mit

- einer quantitativen Ausweitung des Angebotes an sexuellen Dienstleistungen im Zuge der EU-Osterweiterung
- der Vermutung einer Zunahme der Zahl ungeschützter kommerzieller Sexualkontakte („immer mehr Frauen arbeiten ohne Kondom“) und daraus folgend einem Anstieg der Zahl von STI
- der Behauptung, insbesondere Migrantinnen würden anders keine Untersuchungsangebote wahrnehmen
- der Behauptung, mit einer Pflichtuntersuchung ließen sich auch Frauen erreichen, die nicht freiwillig in der Prostitution arbeiten (Opfer von Menschenhandel)
- der Vorstellung, die Untersuchungspflicht würde dazu beitragen, Opfer von Menschenhandel zu Aussagen und zum Ausstieg zu bewegen.

Diese Argumente müssen unter gesundheitspolitischen Aspekten einer Überprüfung unterzogen und zusätzlich die Situation vor 2001 sowie unter IfSG-Bedingungen noch einmal kritisch gewürdigt werden.

Im Einzelnen sind folgende Fragen zu beantworten:

1. Ist eine Untersuchungspflicht für Prostituierte eine geeignete Maßnahme zur Eindämmung der Ausbreitung sexuell übertragbarer Infektionen (STI)?

2. Ist eine Untersuchungspflicht notwendig, um die Verbreitung von STI zu verhindern?
3. Ist die Untersuchungspflicht angemessen, d.h. nützt sie mehr als dass sie schadet?
4. Stehen die geforderte Untersuchungspflicht und die weiteren in diesem Zusammenhang geforderten Maßnahmen in Übereinstimmung mit geltenden Rechtsnormen?
5. Welche der Ziele liegen außerhalb des Infektionsschutzes?
6. Ist die Wiedereinführung einer Untersuchungspflicht mit den vorhandenen Personalressourcen im ÖGD leistbar?

## **Rückblick**

Bis 2001 stellte das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (GeschlKrG) die Grundlage für das Handeln des ÖGD hinsichtlich der Prostitution dar, obwohl weder im Gesetz selbst noch in den Ausführungsbestimmungen Prostituierte ausdrücklich benannt wurden. De facto mussten unter Berufung auf das GeschlKrG Prostituierte den Gesundheitsämtern Nachweise über regelmäßige Untersuchungen auf vier Erreger von STI (Gonorrhoe, Syphilis, Ulcus molle, Lymphogranuloma venereum) vorlegen. Diese Untersuchungspflicht wurde fast ausschließlich auf weibliche Prostituierte angewendet.

Dabei wurde regelmäßig in wesentliche Grundrechte eingegriffen:

- Betreiber von Bordellen lieferten Listen der Zimmermieterinnen mit persönlichen Daten unter Verletzung der informationellen Selbstbestimmung und des Datenschutzes an Polizei bzw. Ordnungsbehörden, diese leiteten sie an die Gesundheitsbehörden weiter und umgekehrt.
- Daten und auch Befunde wurden unter Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht über die Betreiber an Polizei, Ordnungs- und Gesundheitsbehörden weitergegeben und umgekehrt.

- Frauen, deren Sexualleben den Nachbarn suspekt erschien, wurden den Gesundheitsbehörden gemeldet und diese gaben dann ihrerseits die Daten an andere Behörden weiter.
- Wechselte eine Frau, die beim Gesundheitsamt als Prostituierte gemeldet war, den Wohnort, wurde dies über das Melderegister nachverfolgt und die Frau wurde dem Gesundheitsamt am neuen Wohnort als Prostituierte gemeldet.
- Prostituierte, die keinen Gesundheitsnachweis besaßen, wurden mit Bußgeldern belegt, ggf. bundesweit zur Fahndung ausgeschrieben, von der Polizei in Gewahrsam genommen und zur Zwangsuntersuchung vorgeführt.
- Die persönlichen Daten der nach dem GeschlKrG erfassten Frauen dienten in fast allen Kommunen dazu, Frauen unter Strafandrohung auch zur Kontrolle auf HIV-Antikörper zu verpflichten – obwohl HIV niemals in das GeschlKrG oder das Bundesseuchengesetz aufgenommen worden war.

Die Handhabung der Pflichtuntersuchung war von Kommune zu Kommune sehr unterschiedlich. Dies betraf

- Untersuchungsintervalle (von einer Woche bis zu vier Wochen),
- Umfang und die Qualität der Labordiagnostik (meist nur Gonorrhoe und Syphilis),
- Übernahme der Kosten für die Untersuchungen,
- Durchführung der Untersuchungen (in den Gesundheitsämtern selbst, in Praxen oder private „Vertragsärzte“ in den Prostitutionsbetrieben),
- die Fachkunde der Ärzte, die sie durchführten,
- die Kontrolle der Untersuchungsnachweise (teilweise durch die Gesundheitsbehörde selbst, teilweise durch Ordnungsbehörden oder Polizei).

Betreiber von Prostitutionsbetrieben, aber auch viele Prostituierte selbst stützten diese Praxis sogar. Sie konnten so ihre Betriebe als „staatlich geprüft und sauber“ bewerben. Kunden sahen sich ermutigt, bei den regelmäßig untersuchten Frauen auf ungeschützten sexuellen Dienstleistungen als „risikofrei“ bestehen zu können. Allerdings war es sowohl in der Szene wie in den Behörden ein offenes Geheimnis,

dass die Untersuchungen oft gar nicht vorgenommen, sondern gegen ein Honorar von sogenannten Vertragsärzten lediglich bescheinigt wurden.

Diese Praxis wurde schon lange vor dem Inkrafttreten des IfSG im Jahre 2001 kritisiert<sup>1,2,3,4</sup> und in einigen Großstädten auch bereits aufgegeben. Anknüpfend an die Erfahrungen der erfolgreichen Aidsprävention setzte das Infektionsschutzgesetz ab 2001 auf Information, Aufklärung und leicht zugängliche Beratungs- und Untersuchungsangebote.

Entsprechend findet das Infektionsschutzgesetz auch international Anerkennung.

Die Umsetzung in den Gesundheitsämtern weist allerdings bis heute Defizite auf. Nur in einzelnen Städten wurden Angebote bedarfsgerecht erweitert. In verschiedenen Kommunen und Kreisen wurden Personal abgebaut und Angebote für Prostituierte reduziert oder sogar völlig eingestellt<sup>5</sup>. Öffnungszeiten und Umfang der Angebote sind begrenzt durch geringe Ressourcen und deswegen oft wenig attraktiv<sup>6</sup>. Gebühren für diagnostische Leistungen, wie sie manche Kommunen erheben, schrecken gerade Menschen ab, für die ein öffentliches Angebot den einzigen Zugang zur Gesundheitsversorgung darstellt. Vor diesem Hintergrund werden besonders vulnerable Populationen teilweise nur schwer erreicht.

Beratungsstellen, die systematisch aufsuchende Arbeit in schwer erreichbaren Szenen mit einem angemessenen Sprechstundenangebot kombinieren, erreichen diese Populationen dagegen gut und stellen entsprechend auch mehr STI-Diagnosen<sup>7,8,9</sup>.

### **Zu 1. Ist eine Untersuchungspflicht für Prostituierte eine geeignete Maßnahme zur Eindämmung der Ausbreitung sexuell übertragbarer Infektionen?**

Durch epidemiologische Daten ist nicht belegbar, dass

- Prostituierte per se mehr an sexuell übertragbaren Erkrankungen leiden als andere Personen in vergleichbaren Lebenssituationen,
- durch eine Untersuchungspflicht für Prostituierte die Ausbreitung sexuell übertragbarer Erkrankungen eingedämmt wird<sup>10</sup>.

Ein höheres Risiko, sich mit STI zu infizieren, haben junge Prostituierte, Prostituierte mit unzureichenden Deutschkenntnissen und Prostituierte, die auf der Straße arbeiten<sup>11</sup>.

Diese Gruppen werden jedoch von einer Untersuchungspflicht eher abgeschreckt.

Die Übertragung von sexuell übertragbaren Infektionen vollzieht sich in einer intimen Situation, die staatlicher Kontrolle nicht zugänglich ist. Bei freiwilligen sexuellen Kontakten zwischen mündigen erwachsenen Personen sind diese in gleichem Maße für deren Gestaltung – d.h. die Art der Praktiken und die Anwendung von Schutzmaßnahmen zur Vermeidung einer Ansteckung – verantwortlich. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um einen bezahlten oder einen nicht-bezahlten Sexualkontakt handelt. Der Kunde einer Prostituierten ist kein unmündiges Opfer, das ein besonderes Anrecht auf behördlichen Schutz hat.

Die Anwendung von Schutzmaßnahmen und professionelles Verhalten in bezahlten Sexualkontakten hängen davon ab, wie informiert und selbstbewusst Prostituierte sind, ob sie über Perspektiven verfügen oder ob sie unter Diskriminierung leiden und Verfolgung fürchten. Wenn Migrantinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus oder abhängigkeitskranke Prostituierte bereit sind, höhere Risiken einzugehen, hat dies mehr mit deren Lebensbedingungen als mit fehlender Kontrolle zu tun.

Jede Maßnahme, welche die Rechte der Prostituierten stärkt, wirkt sich deswegen positiv auch auf die Vermeidung von STI aus. Eine Untersuchungspflicht trägt dagegen zu einer vermehrten Stigmatisierung<sup>1</sup> der Prostituierten bei („Seuchenschleudern“) und schwächt deren Selbstwertgefühl und Durchsetzungsvermögen. Der durch die Untersuchungspflicht überprüfbare vermeintliche „Gesundheitsnachweis“ suggeriert die Vorstellung, regelmäßig untersuchte Prostituierte seien „frei von einer Infektion“ und schmälert so deren Verhandlungsposition gegenüber den Kunden, wenn es um die Durchsetzung von Schutzmaßnahmen geht.

Für die Prävention ist dies nicht nur wenig effektiv, sondern sogar gefährlich, angesichts der Tatsache, dass eine STI in der Zeit der höchsten Infektiosität durch Laboruntersuchungen oft noch nicht nachweisbar ist.

Somit kann eine Untersuchungspflicht nicht als geeignete Maßnahme zur Eindämmung der Ausbreitung sexuell übertragbarer Infektionen angesehen werden.

## **Zu 2. Ist eine Untersuchungspflicht notwendig, um die Verbreitung von STI zu verhindern?**

Jede ärztliche Untersuchung oder Blutentnahme, die nicht mit ausdrücklichem Einverständnis eines/r Patienten/in stattfindet, stellt eine Körperverletzung dar. Allein schon die Weitergabe der Information, dass eine Person ärztlich untersucht worden ist, stellt einen Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung dar. Damit sind an die Anordnung der Untersuchung extrem strenge rechtliche Anforderungen zu stellen. Selbst wenn man davon ausgeht, dass eine Untersuchungspflicht eine geeignete Maßnahme wäre, die Ausbreitung von STI einzudämmen, wäre sie nicht zulässig, wenn der Gesetzgeber dieses Ziel mit Maßnahmen erreichen könnte, die weniger in die Grundrechte der betroffenen Personengruppen eingreifen<sup>12</sup>.

Geeignete und notwendige Maßnahmen, um die Ausbreitung von STI zu verhindern und individuelle Folgen einer Ansteckung zu minimieren, sind dagegen:

- allgemein zugängliche Information und Aufklärung
- freier Zugang zu Schutzmitteln
- Zugang zu kostenloser und ggf. anonymer Beratung
- freier Zugang zu kostenloser Diagnostik und Therapie<sup>13</sup>.

Öffentliche Aufgabe ist es, sicher zu stellen, dass diese Angebote für jeden Menschen erreichbar sind – unabhängig von Geschlecht, sexueller Orientierung, sozialer Situation und finanziellen Möglichkeiten.

Wo solche Angebote nicht zugänglich sind, findet sich auch eine deutlich höhere STI-Rate. Die im internationalen Vergleich niedrige Rate an HIV-Infektionen in Deutschland zeigt dagegen eindrucksvoll, dass die auf Freiwilligkeit und Angeboten beruhende Strategie erfolgreich ist. Sie verursacht auch keine Mehrkosten, die die Leistungsfähigkeit der öffentlichen Kassen deutlich übersteigen würden. Auch Kontrollen und Zwangsmaßnahmen benötigen erhebliche Mittel.



Angesichts dieser vielfältigen wissenschaftlich gesicherten Möglichkeiten<sup>14</sup>, die Verbreitung von STI zu verhindern, ist eine Untersuchungspflicht für Prostituierte nicht sinnvoll.

### **Zu 3. Ist eine Untersuchungspflicht angemessen, d.h. nützt sie mehr, als dass sie schadet?**

Wenn Prostituierte zum Aufsuchen einer Beratungsstelle verpflichtet sind und/oder sich auf behördliche Anordnung hin einer Untersuchung unterziehen müssen, kann kein vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis zustande kommen. Dies gilt ganz besonders für die Intimität einer Untersuchung der Geschlechtsorgane. Wenn eine solche Untersuchung erzwungen wird, erschwert dies – ganz abgesehen von der rechtlichen Fragwürdigkeit – die Annahme präventiver Botschaften und verringert die für die Prävention unerlässliche Selbstachtung und Selbstbestimmung.

Einrichtungen mit einem freiwillig wahrzunehmenden anonymen Beratungs- und Untersuchungsangebot erreichen viele Menschen, deren Hemmschwelle für das Aufsuchen eines Arztes (u.a. wegen fehlender Krankenversicherung, unsicheren Aufenthaltsstatus, Sprachproblemen, Angst vor Diskriminierung) groß ist<sup>15</sup>. Wenn diese fürchten, dass Erkenntnisse aus Beratung und Untersuchung an die Polizei oder andere Behörden weiter gegeben werden, wird gerade dann, wenn dies am dringendsten nötig wäre, das Aufsuchen einer Beratungsstelle und damit die Annahme von Beratung, Diagnostik und eventuell Behandlung unterbleiben. Auch bei Beschwerden werden Arztbesuche vermieden und stattdessen die Selbstbehandlung mit unbefugt erworbenen Medikamenten veranlasst. Dies fördert Resistenzen und ist aus epidemiologischer Sicht gefährlich.

Eine Untersuchungspflicht für bestimmte Gruppen ist deswegen epidemiologisch kontraproduktiv. Geschichte und Gegenwart bieten hierfür zahlreiche Beispiele<sup>10</sup>.

Die Berechtigung der Untersuchungspflicht zeigt sich auch nicht darin, dass sie von manchen Prostituierten selbst gefordert wird. Neben fehlendem Wissen über epidemiologische Zusammenhänge drückt sich in dieser Haltung vor allem die Konkurrenz im Milieu aus. Die kritiklose Übernahme dieser Argumente durch staatliche Stellen und medizinische Fachorgane beweist wenig Souveränität und Kompetenz im Umgang mit Prostitutionsszenen.

#### **Zu 4. Stehen die geforderte Untersuchungspflicht und die weiteren in diesem Zusammenhang geforderten Maßnahmen in Übereinstimmung mit geltenden Rechtsnormen?**

An Zwangsmaßnahmen sind extrem strenge rechtliche Anforderungen zu stellen, wenn sie andere geltende Rechtsnormen berühren (siehe auch Punkt 2).

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ärztlich geleiteter Beratungsstellen unterliegen nicht nur einem Zeugnisverweigerungsrecht in Straf- und Zivilprozessen, sondern als Angehörige von Heil- und Heilhilfsberufen auch der strafbewehrten Schweigepflicht. Diese gilt auch gegenüber Jugend-, Sozial-, Ordnungs- und Ausländerbehörden.

Die Erhebung, Nutzung und Weitergabe von personenbezogenen Daten, die von Ärzten oder Gesundheitsbehörden zum Zwecke des Infektionsschutzes erhoben worden sind, zu anderen Zwecken als denen des Infektionsschutzes (z. B. für die Bekämpfung von Menschenhandel, Gewerberecht) verstößt gegen den im Strafrecht und im ärztlichen Standesrecht verankerten besonderen Vertrauensschutz des Arzt-Patient-Verhältnisses. Allein schon die Weitergabe der Information, dass eine Person ärztlich untersucht worden ist, stellt einen Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung dar.

Ein Austausch von Daten zwischen Gesundheitsämtern und Polizei steht außerdem dem Inhalt des IfSG konträr gegenüber und gefährdet alle Erfolge der auf Vertrauen beruhenden Präventionsarbeit der Gesundheitsämter, wie sie das IfSG vorgibt.

Verpflichtende Untersuchungen für Prostituierte sind zudem unverhältnismäßig. Als verfassungsrechtliches Gebot ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gem. Art. 1 Abs. 3 und Art. 20 Abs. 3 GG verbindlich. Das Verhältnismäßigkeitsprinzip gebietet grundsätzlich die Wahl des geringstmöglichen staatlichen Eingriffs. Das Ziel Prostituierte und Freier vor Infektionen zu schützen, kann mit freiwilligen Angeboten und aufsuchender Betreuung erreicht werden. Eine darüber hinaus gehende generelle Verpflichtung zur Untersuchung aller Prostituierten stellt sich schon aus diesem Grunde als unverhältnismäßig dar.

Die geforderte Untersuchungspflicht und die weiteren in diesem Zusammenhang geforderten Maßnahmen stehen somit nicht in Übereinstimmung mit den geltenden Rechtsnormen.

## **Zu 5: Welche der Ziele liegen außerhalb des Infektionsschutzes?**

Aus Punkt 1 bis 4 ergibt sich, dass eine Untersuchungspflicht nicht als eine epidemiologisch begründbare Maßnahme des Infektionsschutzes angesehen werden kann. Die epidemiologische Lage wird durch die nicht-namentliche Meldepflicht gemäß § 7 Abs. 3 IfSG sowie durch Sentinelerhebungen des RKI in Schwerpunktpraxen bereits hinreichend abgebildet. Ebenso wenig kann eine Untersuchungspflicht ohne Einschränkung wesentlicher Grundrechte, wie der Freizügigkeit, der körperliche Unversehrtheit und der informationellen Selbstbestimmung durchgesetzt werden. Dies gilt ganz besonders, wenn sich der gesetzlich generalisierende Verdacht auf eine Ansteckung nur auf die Zugehörigkeit zu der Gruppe der Prostituierten stützt, die als solche weder klar definierbar noch in der Praxis sicher identifizierbar ist.

Aktuell werden weitere Argumente für die Untersuchungspflicht angeführt. Unter anderem soll sie

- a) es erleichtern, Prostituierte zum Ausstieg zu bewegen bzw. an Hilfsangebote heranzuführen,
- b) die Ermittlungsarbeit der Polizei erleichtern und verbessern,
- c) zur Bekämpfung des Menschenhandels beitragen.

Polizei und Ordnungsbehörden haben ein legitimes Interesse an der Bekämpfung krimineller Strukturen im Kontext von Prostitution. Es lässt sich jedoch nicht belegen, dass eine Untersuchungspflicht dazu beitragen könnte, Prostituierte in schwierigen Lebenssituationen zu unterstützen bzw. sie vor Zwang und Gewalt zu schützen. Die Benutzung von personenbezogenen Informationen, die von Ärzten oder Gesundheitsbehörden für Zwecke des Infektionsschutzes erhoben wurden, oder gar die Instrumentalisierung einer medizinischen Untersuchung für Ziele der Strafverfolgung oder der Ordnungspolitik stellt hingegen einen erheblichen und nicht zu rechtfertigenden Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht und die körperliche Unversehrtheit gemäß Artikel 1 und 2 Grundgesetz dar.

Zu a)

Eine Untersuchungspflicht hält keine Frau und keinen Mann in einer schwierigen ökonomischen Situation davon ab, sich in der Prostitution ein (zusätzliches)

Einkommen zu suchen. Sie führt lediglich dazu, dass die Betroffenen, die – aus welchem Grund auch immer – Angst haben, dass ihre Tätigkeit als Prostituierte öffentlich bekannt wird, jeglichen Kontakt mit offiziellen Stellen vermeiden, sich weder Ärzten noch Beratungsstellen gegenüber offenbaren und damit für Unterstützungsangebote und gesundheitliche Prävention unerreichbar sind. Dies gilt für deutsche Gelegenheitsprostituierte ebenso wie für Migrantinnen in schwierigen Lebenssituationen. Der Ausstieg aus der Prostitution ist überdies für die meisten Prostituierten ein längerer Prozess und vor allem daran gekoppelt, dass der eigene Lebensunterhalt (und oft auch der der Familie) langfristig anderweitig gesichert ist.

Zu b)

Erst die Sicherheit, dass Ärzte und Beratungsstellen von sich aus keine Daten an Polizei und Ordnungsbehörden weitergeben, ermöglicht, dass sich Prostituierte in Notsituationen offenbaren. Ganz besonders gilt dies für Frauen, die Strafverfolgung oder andere behördliche Sanktionen fürchten – ganz gleich, ob berechtigt oder unberechtigt. Dies wird unter anderem durch die Erfahrungen derjenigen STI-Beratungsstellen, die seit vielen Jahren anonyme Angebote machen, belegt. Die Ansprache problematischer Arbeits- und Lebensverhältnisse und die Vermittlung in weitergehende Unterstützung – auch mit Mitteln des Polizei- und Ordnungsrechts – setzen gewachsene Vertrauensverhältnisse voraus.

Zu c)

Die Ursachen des hohen Anteils von Migrantinnen in der Prostitution sind überaus vielfältig. Wie viele von ihnen sich in Zwangsverhältnissen befinden, wird von unterschiedlichen Stellen unterschiedlich eingeschätzt. Wenn Frauen vor Zwangssituationen geschützt und zur Erstattung von Anzeigen motiviert werden sollen, setzt dies Vertrauen, langfristigen Schutz und dauerhafte Lebensperspektiven auch in Deutschland voraus. Etwaige Straftaten im Rotlichtmilieu – insbesondere Menschenhandel – können durch Pflichtuntersuchungen nicht wirksam verhindert werden. Im Gegenteil: Werden bestehende anonyme und kostenfreie Angebote der Gesundheitsämter von Opfern der Zwangsprostitution oder des Menschenhandels als Teil staatlicher Zwangs- und Kontrollbehörden wahrgenommen, entfällt für diese Personen nicht nur der meist einzige Zugang zu ärztlicher Versorgung, sondern auch

oft die einzige Beratungsstelle, wo sie ihre Situation schildern können, ohne Angst vor unmittelbar negativen Konsequenzen.

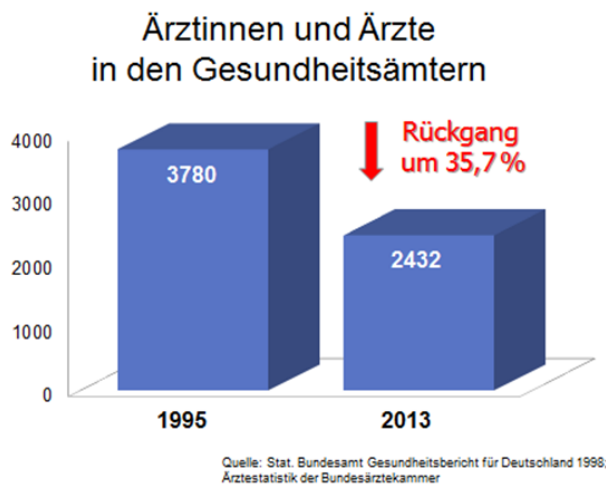
### **Zu 6: Ist die Wiedereinführung einer Untersuchungspflicht mit den vorhandenen Personalressourcen im ÖGD leistbar?**

In den Gesundheitsämtern arbeiten multiprofessionelle Teams, die sich aus vielen Berufsgruppen zusammensetzen. Die Ausstattung ist jedoch kommunal sehr unterschiedlich und hängt von der Aufgabenstellung ab, mit der das Gesundheitsamt befasst ist. Neben Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten finden sich viele Gesundheitsfachberufe in den Gesundheitsämtern, aber auch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und spezielle Berufsgruppen wie z. B. Gesundheitsaufseher und Hygieneinspektoren, sozialmedizinische Angestellte oder Pflegefachkräfte u.a.. Auch wenn die exakte Zahl der an den Gesundheitsämtern insgesamt beschäftigten Personen nicht bekannt ist, gehen Schätzungen des Statistischen Bundesamts für das Jahr 2009 davon aus, dass ca. 17.000 Fachkräfte an den ca. 400 bundesdeutschen Gesundheitsämtern beschäftigt sind. Dies wären weniger als 0,5 Prozent aller im Gesundheitswesen beschäftigten Personen.

Im Öffentlichen Gesundheitsdienst der Bundesrepublik arbeiten nach der erstmaligen separaten statistischen Erfassung durch die Bundesärztekammer Ende 2013 ca. 2.430 Ärztinnen und Ärzte, überwiegend mit den Facharztqualifikationen für Öffentliches Gesundheitswesen, Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Psychiatrie. Daneben arbeiten eine im Rahmen dieser Statistik nicht erfasste Zahl von Zahnärztinnen und Zahnärzten im zahnheilkundlichen Bereich der Gesundheitsämter.

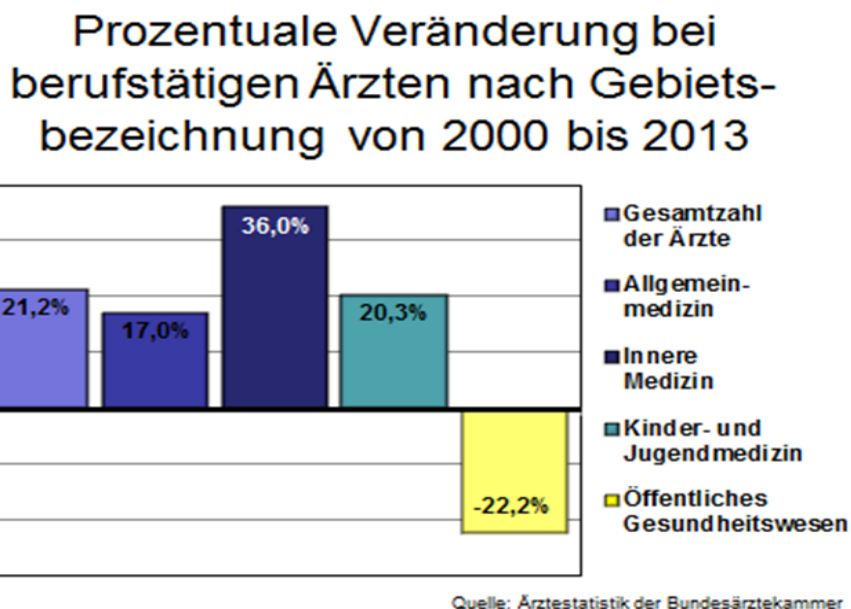
Auch wenn die Datenlage bei der Erfassung im ÖGD tätigen Ärztinnen und Ärzte bislang unbefriedigend und verbesserungsbedürftig war, geht aus längeren Zeitreihen der Ärztestatistik der Bundesärztekammer hervor, dass die Zahl der berufstätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen als nahezu einziger Facharztgruppe in den letzten Jahren deutlich rückläufig ist

verbunden mit einem erheblichen Nachwuchsmangel und einer hohen Zahl unbesetzter Stellen bei den Gesundheitsämtern.(Bundesärztekammer)



**Grafik 1:** „Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern“

In den letzten 13 Jahren ist die Zahl der berufstätigen Fachärzte für öffentliches Gesundheitswesen um rund 22 Prozent gesunken. Im gleichen Zeitraum ist die Gesamtzahl der Ärzte um 21 Prozent gestiegen.



**Grafik 2:** „Prozentuale Veränderung berufstätiger Ärzte“

Leider wird die Gesundheitsberichterstattung des Bundes über den ÖGD insgesamt seit 1998 nicht mehr fortgeführt. Insofern gibt es keine neuen statistischen Zahlen

vom Bundesamt für Statistik. Aus den negativen Entwicklungen für berufstätige Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen ist jedoch realistischer Weise ableitbar, dass als Folge der Finanzschwierigkeiten auf kommunaler Ebene (und auch auf Landesebene) die Ausstattung mit anderen professionellen Kompetenzen im ÖGD in gleicher Weise ungünstig beeinflusst worden ist.

Eine Wiedereinführung der Pflichtuntersuchung für Prostituierte im Sinne einer Vermehrung der Pflichtaufgaben für den kommunalen ÖGD würde demnach auf eine deutlich verschlechterte Personalstruktur treffen. In der Konsequenz wird es mit Ausnahme einiger weniger Großstadtgesundheitsämter dem ÖGD in der Fläche nicht möglich sein, diese zusätzliche Aufgabe ohne deutliche Kostenzuwendungen und Neueinstellungen abarbeiten zu können bzw. – sofern die Wiedereinführung der Untersuchungspflicht für Prostituierte ohne entsprechende personelle Kompensation erfolgen sollte - anderer für die Arbeit der Gesundheitsämter bedeutsame Aufgaben adäquat und ohne Vernachlässigung wahrzunehmen.

**Aus all diesen Gründen hält der BVÖGD die erneute Einführung der Untersuchungspflicht auf sexuell übertragbare Infektionen (STI) für Prostituierte nicht für sinnvoll**

## Referenzen und Literatur

<sup>1</sup> Endbericht der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages zu Aids (1990)

<sup>2</sup> Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Erlass vom 24.03.1997, Az. V A 4)

<sup>3</sup> Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen oder Kontrolle der Prostituierten und "Geschlechtskranken"? Eine exemplarische, epikritische Untersuchung in Bremen. *Gesundh. Wes.* 1993, 55:179-184

<sup>4</sup> Umlaufbeschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 04. Mai 2006: Stellungnahme zur IMK-Forderung monatlicher Pflichtuntersuchungen von Prostituierten durch die Gesundheitsämter.

<https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?uid=3&jahr=2006&search=Prostitution>.

Aufgesucht am 13.03.2014

<sup>5</sup> Gesundheitsämter im Wandel, Die Arbeit der Beratungsstellen für STDs und AIDS vor dem Hintergrund des neuen Infektionsschutzgesetzes (IfSG), Abschlussbericht des Sozialpädagogischen Institutes Berlin, Berlin

<sup>6</sup> M Altmann, S Nielsen, O Hamouda, V Bremer. Angebote der Beratungsstellen zu sexuell übertragbaren Infektionen und HIV und diesbezügliche Datenerhebung in deutschen Gesundheitsämtern im Jahr 2012, *Bundesgesundheitsbl*\_2013 · 56:922–929

<sup>7</sup> Zugangsschwellen senken - Sexarbeiterinnen auf dem Weg ins Gesundheitsamt Bremen, Gesundheitsamt Bremen, 2010

[http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2\\_HIV\\_STD\\_Bericht\\_Zugangsw ege.pdf](http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2_HIV_STD_Bericht_Zugangsw ege.pdf)

<sup>8</sup> Sexarbeit und sexuelle Gesundheit – Erkenntnisse und blinde Flecken

<http://www.dstig.de/images/Mediathek/sexarbeit%20und%20sexuelle%20gesundheit%20fac htag%202013.pdf>



<sup>9</sup> H Nitschke, B Ludwig-Diouf, S Kirsch, A Knappik, Anonyme Untersuchungsangebote versus Untersuchungspflicht für Prostituierte – was ist effektiv in der STD-Prävention? Das Gesundheitswesen, Stuttgart 2006; 68 - A28

<sup>10</sup> Brandt, A.M.: No magic bullet: A social history of venereal disease in the United States since 1880. Oxford University Press Inc., New York, 1985

<sup>11</sup> RKI: Epidemiologisches Bulletin Nr. 03/2010.  
[http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/03\\_10.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/03_10.pdf?__blob=publicationFile)

<sup>12</sup> Zu diesen und den folgenden rechtlichen Abwägungen: Flügge, S. Kontrolle der Sexarbeit durch „Bockscheine“ – Fragen der Verhältnismäßigkeit, Vortrag bei der Fachtagung: Forschung zur Sexarbeit und STI-Forschung der Deutschen Gesellschaft Sexuell übertragbare Krankheiten (DSTIG), Köln 2013,  
[http://www.dstig.de/images/Mediathek/vortr%20dstig%20bockscheine%2011-13\\_pub.pdf](http://www.dstig.de/images/Mediathek/vortr%20dstig%20bockscheine%2011-13_pub.pdf)

<sup>13</sup> BMJ supplement: Global Sexual Health: prioritising the challenges and identifying the solutions, Sexually Transmitted Infections, 2011 [http://sti.bmj.com/content/87/Suppl\\_2.toc](http://sti.bmj.com/content/87/Suppl_2.toc)

<sup>14</sup> Dokumentation RKI-Workshop 2011  
[http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/S/STI/Studien/KABPsurvSTI/KABPsurvSTI\\_Bericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/S/STI/Studien/KABPsurvSTI/KABPsurvSTI_Bericht.pdf?__blob=publicationFile)

<sup>15</sup> H Nitschke 1, F Oliveira 1, A Knappik 1 Seismograph für Migration und Versorgungsdefizite – STD-Sprechstunde im Gesundheitsamt, Gesundheitswesen 2011; 73 - V20