

Ein Blick auf Deutschland

Nach unseren Schätzungen sind in Deutschland mindestens 50% der Prostituierten Migrantinnen – dies konnte durch eine erneute Befragung 1999 bestätigt werden.

1997

Erste Evaluation

TAMPEP hat 1997 erstmals eine bundesweite Befragung zu den Lebens- und Arbeitsbedingungen von migrierten Sexarbeiterinnen durchgeführt.

Unseren Beobachtungen zufolge ist die Mobilität der Zielgruppe auch innerhalb Deutschlands sehr hoch. Daher konzentrierte sich die Befragung zunächst auf die genauere Erforschung des bundesweiten medizinischen Angebots. Es wurde ein Überblick von solchen medizinischen Angeboten zusammengestellt, die sich an Personen ohne reguläre Krankenversicherung und/oder die in isolierten und abhängigen Situationen lebten und aus diesen Gründen nur geringe Zugangsmöglichkeiten zur medizinischen Vorsorge hatten, richtete.

Befragt wurden die Beratungsstellen der Gesundheitsämter. Diese Dienststellen richten ihre Untersuchungs- und Behandlungsangebote im Bereich HIV und STD vorwiegend an SexarbeiterInnen, sind aber auch für die allgemeine Bevölkerung zugänglich.

Beratungsstellen in 30 Städten beantworteten die Fragebögen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und einhergehend mit den bundesweit sehr unterschiedlichen Regelungen für Personen, die in der Sex-Industrie arbeiten, wurde die Auswertung in drei Regionen (Nord, Mitte, Süd) eingeteilt.

Die Erfahrungen in den Dienststellen und aus der Streetwork waren eindeutig¹:

Trotz lokaler quantitativer Unterschiede waren schon 1997 mindestens 50% der Sexarbeiterinnen in Deutschland Migrantinnen. Folgende Herkunftsregionen waren prozentual vertreten:

Mittel- und Osteuropa	Afrika	Lateinamerika	Südostasien
50%	20%	15%	15%

Von den Sexarbeiterinnen, die diese Beratungsstellen besuchten, waren 46,5% Migrantinnen.

Die rechtlichen Regelungen in den einzelnen Bundesländern unterscheiden sich dahin gehend, dass im Norden die Mehrheit der Beratungsstellen ihre Dienstleistungen anonym und freiwillig anbieten, wohingegen im Süden in der Regel Pflichtuntersuchungen für Sexarbeiterinnen existieren. Pflichtuntersuchung bedeutet, dass die Sexarbeiterinnen alle 14 bis 30 Tage bestimmte STD-Untersuchungen durchführen lassen und sich ausweisen müssen, um den sogenannten „Bockschein“ zu erhalten, mit dem sie arbeiten können. In der Region Mitte sind Untersuchungen teilweise verpflichtend, teilweise freiwillig.

¹ *Final Report TAMPEP III*, Oktober 1996 – September 1997, Bericht TAMPEP-Germany, Seiten 43 bis 98.

Als Konsequenz dieser Regelung ergab sich folgender Anteil an migrierten Sexarbeiterinnen in den AIDS/STD-Beratungsstellen:

Nord	Mitte	Süd
73%	41%	31%

Damit konnte deutlich gezeigt werden:

Pflichtuntersuchungen führen - ebenso wie jede andere Art von repressiven sozialen Maßnahmen gegen gesellschaftlich marginalisierte Gruppen - dazu, dass die Zielgruppe stärker in schwer zu erreichende Bereiche abgedrängt wird bzw. sich „versteckt“, um risikoreichen Situationen zu entgehen. Gesundheitsprävention wird für eine solche Zielgruppe sehr erschwert. Repressive Maßnahmen mögen auf der Ebene von rechtlicher Verfolgung viel bewirken, aber für die Stärkung der Frauen und für ihr Selbstbewußtsein - der erste Schritt für eine erfolgreiche Primärprävention von HIV/STD – sind sie kontraproduktiv.

1999

Erweiterte Evaluation

Zur Aktualisierung der Daten von 1997 und insbesondere zur Analyse der Veränderungen in der Szene hat TAMPEP 1999 eine weitere Umfrage durchgeführt. Neben Gesundheitsbehörden wurde erstmalig auch NGOs angeschrieben:

Der Fragebogen wurde an 65 Anlaufstellen in 49 Städte geschickt.

Der Fragebogen wurde gezielt an folgende Anlaufstellen gesendet:

AIDS/STD-Beratungsstellen, die bei Gesundheitsämtern angegliedert sind. Der Mehrheit dieser Beratungsstellen war TAMPEP aus der vorherigen Befragung und/oder durch verschiedene Veranstaltungen bekannt. Weiterhin arbeiteten einige der Beratungsstellen bereits mit den von TAMPEP entwickelten Informationsmaterialien.

Verschiedene NGOs, die mit Migrantinnen und teilweise auch migrierten Sexarbeiterinnen arbeiten.

Rücklauf:

46 Anlaufstellen in 39 Städten haben ihn beantwortet. Dies ist ein repräsentativer Rücklauf von 70%.

Art der Anlaufstellen: 32 von 40 angeschriebenen AIDS/STD-Beratungsstellen haben den Fragebogen beantwortet, sowie 14 von 25 NGOs.

Geographische Verteilung: 12 von 14 im Norden; 16 von 20 von der Region Mitte; und 11 von 15 in der Region Süd. Diese Einteilung orientierte sich (wie oben) an den unterschiedlichen Regelungen in Deutschland bezüglich der Ausübung von Prostitution.

Ziele der Umfrage

1. Aktuelle Evaluation der Lebens- und Arbeitsbedingungen der Zielgruppe und Analyse der Veränderungen im Vergleich zu 1997. Die Fragen berücksichtigten folgende Themen:

- Änderungen der Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie jegliche Art von Verhaltensveränderung
- die häufigsten Arbeitsplätze von migrierten Sexarbeiterinnen

- den Anteil von Personen mit regulärer Krankenversicherung
- Vernetzung von GOs (Gesundheitsämter, Beratungsstellen, andere Behörden) und NGOs (Nicht-Regierungs-Organisationen für Migrantinnen und/oder Sexarbeiterinnen)
- die Mobilität innerhalb und außerhalb Deutschlands
- den Drogenkonsum innerhalb der Zielgruppe

2. Auswertung der Materialien, die von TAMPEP produziert wurden und bereits von 24 befragten Anlaufstellen eingesetzt werden. 17 von 40 Gesundheitsämtern (HIV/STD-Beratungsstellen), sowie 7 von 25 NGOs (für Migrantinnen und/oder Sexarbeiterinnen) verwenden die TAMPEP-Materialien regelmäßig in der Beratungsstelle selbst und/oder bei der Streetwork. Folgende Themen sollten evaluiert werden:

- Wo werden die Materialien verwendet?
- Bedürfnisse der Benutzerinnen für neue Materialien?
- Bemerkungen bezüglich Inhalt und Form der bestehenden TAMPEP-Materialien.

Zusätzlich zum Einsatz der Materialien wurde der Kontext abgefragt:

- Wie werden Kontakte zu der Zielgruppe hergestellt?
- Arbeiten die Anlaufstellen mit Dolmetscherinnen und/oder kulturellen Mediatorinnen?

**Übersicht über
die geographische
Verteilung des
Rücklaufs**

Auswertung der Regionen

Die folgenden Tabellen beinhalten eine Zusammenfassung der am häufigsten erwähnten Fakten zu den o.g. Themen. Es folgen Bemerkungen und Auswertungen, die sich zunächst auf die allgemeinen Fakten beziehen und dann nach Regionen (Nord, Mitte, Süd) unterschieden werden.

Direkt zitierte Kommentare aus den Fragebögen sind durch Unterstreichung der entsprechenden Stadt gekennzeichnet (z.B., Berlin).

Hauptveränderungen in den letzten drei Jahren (1997-1999)

NORD	MITTE	SÜD
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mehr Migrantinnen ■ Mehr Frauen aus Mittel- und Osteuropa (Baltikum, Polen und Tschechische Republik) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mehr Frauen aus Osteuropa, aber auch aus Afrika 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mehr Migrantinnen ■ Mehr Frauen aus Osteuropa, aber auch aus Afrika und Thailand
<ul style="list-style-type: none"> ■ Große Fluktuation wegen repressiver Maßnahmen (Razzien und Abschiebungen) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Große Fluktuation wegen repressiver Maßnahmen (Razzien und Abschiebungen) 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Zunahme der Zahl von migrierten Mädchen in den Grenzgebieten 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zunahme der Zahl von migrierten Kindern und Jugendlichen, hauptsächlich in den Grenzgebieten. 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Zunahme der Zahl der osteuropäischen Frauen, die verheiratet mit deutschen Männern sind 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zunehmende Fälle von HIV+ unter migrierten Sexarbeiterinnen 	

■ Obwohl bundesweit stärker mit repressiven Maßnahmen gegen migrierte Prostituierte vorgegangen wurde, konnte eine Zunahme von migrierten Sexarbeiterinnen mit entsprechender Fluktuation in der gesamten Bundesrepublik festgestellt werden. Das kann verschiedene Ursachen haben:

- Die Situation in den Heimatländern hat sich weiter verschlechtert. Frauen entscheiden sich wegen der schwindenden Arbeitsmöglichkeiten in den Herkunftsländern und der gleichzeitig steigenden Verantwortung für die Existenzsicherung der Familie zur Migration.

- Die Strukturen (Vernetzung der einzelnen Nationalitätengruppen, der Beratungsangebote, der Schlepper/Zuhälterorganisation), die diese Frauen während der Migrationswege und in den Zielländern unterstützen (oder ausbeuten), haben sich etabliert und ausdifferenziert. Dadurch finden migrierende Sexarbeiterinnen, auch wenn sie in irgendeiner Form in Abhängigkeit von dritten Personen stehen, leichter eine Arbeit in Deutschland.

- Der Bedarf für migrierte Sexarbeiterinnen ist gewachsen.

- Prostitution ist für einige Migrantinnen eine der wenigen Arbeitsmöglichkeiten. Daher ist es notwendig, diese Arbeitsform zu entkriminalisieren und als rechtlich geregeltes Arbeitsverhältnis zu etablieren, um angemessene Arbeitsbedingungen bieten zu können.

■ Der Fakt, dass migrierte Kinder und Jugendliche in der Sexarbeit zu finden sind, meistens aus Mittel- und Osteuropa (wie in den Grenzgebieten Anklam, Halberstadt und Adorf nachgewiesen wurde), zeigt, dass die soziale und wirtschaftliche Situation in diesen Ländern sich zunehmend verschlimmert. Intervention auf anderen Ebenen (Kinderrechtsorganisationen, Jugendämter etc.) ist hier dringend erforderlich.

NORD

■ Der Anteil von Migrantinnen in dieser Region ist schon seit einigen Jahren höher als der von deutschen Prostituierten. Dies hängt u.a. mit den o.g. Strukturen zusammen. Auch bieten die rechtlichen Regelungen, die von einer Registrierung absehen, den Prostituierten geschützter Arbeitsverhältnisse, denn die Zugangsschwelle für medizinische Vorsorge ist z.B. bei dem Angebot anonymer HIV- und STD-Untersuchungen wesentlich geringer. Die erhöhte Zahl der Migrantinnen beim Klientel der HIV- und STD- Beratungsstellen ist ein gutes Zeichen für regelmäßige Streetwork und verstärkter Mund-zu-Mund-Propaganda, wobei sich die hohe Mobilität der Zielgruppe positiv auswirkt.

■ Der Fakt, dass mehr Migrantinnen deutsche Männer heiraten, hat zwei Konsequenzen: Einerseits zeigt es, dass Frauen andere Wege suchen und auch finden, um in Deutschland und in anderen EU-Staaten rechtlich gesichert leben und arbeiten zu können. Andererseits bedeutet dies aber, dass ihr Status in Deutschland und in der EU vier Jahre lang abhängig vom Fortbestand der Ehe ist.²

MITTE

■ Obwohl die Zunahme von HIV-positiven migrierten Sexarbeiterinnen nur von einer STD-Beratungsstelle angesprochen wurde (Marl), wirft dies ein neues Licht auf die Situation. Nach unseren Erfahrungen waren bisher die meisten HIV-Infizierten in der Szene migrierte Transvestiten/Transsexuelle (hauptsächlich aus Lateinamerika und Thailand), die wegen verschiedener sozialer und psychologischer Faktoren risikoreichere Praktiken eingehen, wenn sie in der Prostitution arbeiten.

Es zeigt auch nochmals deutlich, dass migrierte Sexarbeiterinnen allgemein mehr Primärprävention benötigen, d.h. mehr Aufklärung und Information durch

² § 19 Ausländergesetz

kontinuierlich aufsuchende Arbeit, und dass migrierte Prostituierte unter größerem psychischen und/oder physischen Druck stehen, was die Bereitschaft erhöht, auf Safer-Sex-Praktiken zu verzichten.

SÜD

■ Neu in dieser Region ist die Tatsache, dass der Anteil von Migrantinnen angestiegen ist, obwohl dort die repressivsten Maßnahmen gegenüber Prostituierten herrschen (Registrierung und regelmäßige medizinische Pflichtuntersuchungen). Dies könnte andeuten, dass die Nachfrage parallel zu den (versteckten) Arbeitsmöglichkeiten für migrierte Sexarbeiterinnen steigt.

Arbeitsbedingungen

NORD	MITTE	SÜD
<ul style="list-style-type: none"> ■ Isoliert ■ Abhängig ■ Konkurrenz unter migrierten Sexarbeiterinnen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schwer erreichbar ■ Sprachprobleme ■ Angst, Unsicherheit ■ Somatische Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Isoliert ■ Konkurrenz zwischen deutschen und migrierten Sexarbeiterinnen

■ Die Situation, in der die meisten migrierten Sexarbeiterinnen leben und arbeiten, ist ganz klar durch die Stichworte *Isolation* und *Abhängigkeit* beschrieben. Die Konsequenzen wurden bereits erwähnt : *Schwierigkeit die Frauen zu erreichen*, weil sie sich in sehr versteckter Umgebung aufhalten. Auch *Sprachprobleme* erschweren den Zugang. Viele migrierte Sexarbeiterinnen haben kein großes Interesse, sich sprachlich zu integrieren. Sie wollen lediglich vorübergehend arbeiten, kaum Zeit (d.h. Freier) verlieren oder es ist ihnen verboten, den Arbeitsplatz zu verlassen. *Somatische Erkrankungen*, *Angst* und *Unsicherheit* sind klare Symptome einer solchen Lebensweise.

Ursachen für die bestehende Lebens- und Arbeitssituation liegen auch in den Gesetzen selbst, die Migration verhindern wollen und Sexarbeit kriminalisieren. Diese Gesetze führen dazu, dass Frauen/migrierte Sexarbeiterinnen rechtlos werden, und sich nicht genügend gegen Gewalt, Ausbeutung und andere Arten von unwürdiger Behandlung wehren können.

■ Stichwort *Konkurrenz*: Dies ist, wie in jedem anderen Beruf, eine ganz normale Situation. In der Nordregion, wo es mehr Migrantinnen gibt, ist die Konkurrenz unter ihnen selbst größer, und im Süden, wo der Anteil von Deutschen höher liegt, bezieht sich die Konkurrenz eher auf das Verhältnis zwischen Migrantinnen und Deutschen. In allen Regionen kann die Diskriminierung jeweils anderer nationaler Gruppen bis zu rassistischem Verhalten gehen.

Einzelne Bemerkungen der Beratungsstellen :

NORD

Hannover: mehr Gewaltbereitschaft der Freier, mehr Abhängigkeit von Zuhältern.

Münster: wegen des Konkurrenzdrucks wird weniger mit Kondomen gearbeitet.

MITTE

Bochum: Situation hat sich verschlechtert. Ungeschützte Arbeitsverhältnisse.

Duisburg: Migrantinnen haben fast nur Kontakte zu Frauen gleicher Herkunft. Sie haben große Behördenängste und sind somit für Gesundheitsämter schwer zu erreichen,

zumindest wenn nur mit deutschsprachigen SozialarbeiterInnen gearbeitet wird (d.h., ohne kulturelle Mediatorinnen oder zumindest Übersetzerinnen).

SÜD

Freiburg: mehr Konkurrenz, d.h. weniger Einnahmen, d.h. mehr Zugeständnisse an die Forderungen der Freier (ohne Kondom) und längere Arbeitszeiten.

Furth am Wald (Grenzgebiet zwischen Deutschland und der Tschechischen Republik): Tschechische Frauen (50% der Frauen) haben bessere Arbeitsbedingungen, d.h. sie erhalten mehr Geld, haben kürzere Arbeitszeiten, etc. Die Migrantinnen (40% aus der Ukraine und 10% aus anderen GUS Ländern) bekommen 20-30% des Geldes, müssen längere Arbeitszeiten in Kauf nehmen.

Verhaltensveränderungen

NORD	MITTE	SÜD
■ Selbstbewußter und aufgeklärter geworden	■ Selbstbewußter geworden, aber nicht integriert	■ Selbstbewußter geworden

■ Es ist sehr ermutigend zu sehen, dass ein großer Teil der Migrantinnen sich trotz aller hier schon erwähnten Schwierigkeiten mehr emanzipiert. Als Frau, als Migrantin und als Sexarbeiterin werden viele selbstbewußter, sicherer und selbständiger und sind so besser in der Lage, ihre Rechte einzufordern.

Diese Situation könnte langfristig auch dazu führen, dass sie ihre Migrations- und Arbeitswege selbständiger in die Hand nehmen können. Leider stellen jedoch solche Frauen noch nicht die Mehrheit. Der unsichere soziale Status und die hohe Mobilität machen eine kontinuierliche Arbeit, im Sinne einer solidarischen Zusammenarbeit zur Stärkung dieser Frauen, sehr schwierig.

NORD

Berlin: teilweise bessere Kenntnisse über Arbeitsbedingungen und rechtliche Situation, teilweise gar nicht.

Rostock: selbstbewußter, aufgeklärter, suchen ihre eigenen Lösungsmöglichkeiten.

MITTE

Gera: stark isoliert, von allein suchen diese Frauen die (STD) Beratungsstelle nicht auf.

Gütersloh: sie sind gegenüber „staatlichen Stellen“ sehr zurückhaltend.

SÜD

Heidelberg: mehr Solidarität zwischen den Frauen, mehr Austausch von Informationen. Größere Akzeptanz bei deutschen Prostituierten gegenüber migrierten Sexarbeiterinnen.

München: Konkurrenz zwischen deutschen und migrierten Sexarbeiterinnen.

Arbeitsplatz

	NORD	MITTE	SÜD
Apartments	30%	27%	60%
Clubs	30%	33%	20%
Anderer*	40%	40%	20%

* Bars, Straße, Escort Services, Hausbesuche, Bordelle, Eroscenter

■ Die Zahlen bestätigen, dass die meisten migrierten Sexarbeiterinnen sich in Deutschland solche Arbeitsplätze suchen, wo sie wenig auffallen oder sich gut „verstecken“ können, weil ihre rechtlose Lage und/oder bestimmte Personen (ZuhälterInnen und andere) sie dazu zwingen. Diese verdeckte Situation ist ein gravierendes Problem bei der Erreichbarkeit für Primärprävention. Außerdem sind sie in der Isolation leichter unter Druck zu setzen.

Die Rechtlosigkeit führt auch zu überhöhten Mietforderungen (bis zu DM 200,- pro Tag) von Seiten der Apartmentanbieter. Gegen die Forderungen kann von den Sexarbeiterinnen keine Klage erhoben werden. Wegen der hohen Mieten arbeiten und wohnen die meisten an demselben Ort.

Clubs bieten den Frauen außerdem die Möglichkeit, als Animierdame und/oder Tänzerin zu arbeiten. Hier liegen die Probleme beim wachsenden und teilweise erzwungenen Alkoholkonsum, denn die prozentuale Verdiensteilnahme wird durch den Konsum mit dem Kunden geregelt.

Bars und Straßen sind unsicherer, weil Sexarbeiterinnen sich offener zeigen müssen.

Escort Services, Hausbesuche, Bordelle und Eroscenter sind für illegalisierte migrierte Sexarbeiterinnen fast unerreichbar, weil sie in den meisten Lokalen einen legalen Status benötigen sowie Sprachkenntnisse haben müssen und/oder die Umgebung kennen müssen, um sich frei bewegen zu können.

Krankenversicherung

	NORD	MITTE	SÜD
JA	3	3	6
NEIN	10	13	1

■ Die Aussagen beziehen sich auf die Sexarbeiterinnen, die in der Mehrzahl die Beratungsstellen aufgesucht haben.

Da in der Region Süd Pflichtuntersuchungen die Regel sind, können auch nur solche Frauen die Angebote wahrnehmen, die eine in Deutschland gültige Krankenversicherung haben. Pflichtuntersuchung bedeutet: Name (durch Ausweis oder Paß) und Adresse müssen vorlegt werden, um den Stempel auf den sogenannten *Bockschein* zu erhalten. Dieser ermöglicht den Frauen zu arbeiten. Falls die Sexarbeiterin nicht zur regelmäßigen Untersuchung kommt, ist es dem Gesundheitsamt gestattet, die Frau zu Hause aufzusuchen und rechtliche Schritte einzuleiten.

Hier stellt sich die Frage, wie illegalisierte migrierte Sexarbeiterinnen medizinisch versorgt werden.

■ Die meisten Frauen, die krankenversichert sind, sind es durch die Ehe mit deutschen Männern.

NORD

Die große Mehrheit der STD-Beratungsstellen (von denjenigen, die den Fragebogen beantwortet haben) bieten kostenlose, anonyme und freiwillige Dienste an: HIV-Test, Beratung, Untersuchungen und Behandlung auf STD sowie Hepatitis B-Impfung, Schwangerschaftstest und Verhütungsberatung.

In dieser Region ist Braunschweig die einzige Ausnahme, wo Sexarbeiterinnen alle 14 Tage zur STD-Untersuchung verpflichtet sind und für die Behandlung bezahlen müssen. Berlin, Bremen und Hamburg arbeiten mit regelmäßigen Dolmetscherinnen und/oder kulturellen Mediatorinnen.

MITTE

Von denjenigen, die den Fragebogen beantwortet haben, bieten alle STD-Beratungsstellen kostenlose, anonyme und freiwillige Dienste an: HIV-Test, Beratung, Untersuchungen und Behandlung auf STD sowie Hepatitis B-Impfung, Schwangerschaftstest und Verhütungsberatung.

Die STD-Beratungsstellen in Frankfurt/Main und Köln sind die einzigen, die regelmäßig mit Dolmetscherinnen und/oder kulturellen Mediatorinnen arbeiten.

SÜD

In dieser Region bestehen die schon erwähnten Pflichtuntersuchungen. Allein in Bamberg, Heidelberg, München und Saarbrücken werden die Untersuchungen kostenlos angeboten, wobei in den anderen Städten nicht krankenversicherte Sexarbeiterinnen für die Dienste bezahlen müssen.

Keine von den STD-Beratungsstellen, die den Fragebogen beantwortet haben, arbeiten mit Dolmetscherinnen und/oder kulturellen Mediatorinnen.

Vernetzung

Hier wurde gefragt, ob eine Vernetzung zwischen GOs (Gesundheitsämter, STD-Beratungsstellen) und NGOs (für Migrantinnen und/oder (migrierten) Sexarbeiterinnen) existiert und wie sie funktioniert.

Ziel war es festzustellen, wie im sozialen Bereich (der nicht durch die Gesundheitsberatungsstelle, sondern meist durch NGOs abgedeckt ist) die Unterstützung für (illegalisierte) migrierte Sexarbeiterinnen durch eine Zusammenarbeit von Regierungs- und Nicht-Regierungs-Organisationen gewährleistet ist.

■ Die meisten STD-Beratungsstellen und/oder Gesundheitsämter sind untereinander vernetzt, d.h. sie stehen in Kontakt mit anderen STD-Beratungsstellen des gleichen Landkreises, Bundeslandes oder der benachbarten Region. So existiert beispielsweise der *Arbeitskreis Nord*, in dem sich die Dienststellen von Hamburg, Lübeck, Kiel, Rostock, Bremen und Hannover regelmäßig treffen. Die meisten haben jedoch wenig oder gar keinen Kontakt zu NGOs, die mit Migrantinnen und/oder migrierten Sexarbeiterinnen arbeiten. Das kann erklären, warum so wenige STD-Beratungsstellen mit Dolmetscherinnen und/oder kulturellen Mediatorinnen arbeiten, obwohl der Bedarf immer größer wird.

■ Die meisten NGOs für Migrantinnen sind mit STD-Beratungsstellen vernetzt, unabhängig davon, ob sich die Organisation auf Sexarbeiterinnen spezialisiert hat, denn meist sind solche Dienststellen auch für andere illegalisierte und/oder nicht-krankenversicherte Personen die einzige Möglichkeit zur medizinischen Versorgung. Kontakte bestehen hauptsächlich mit denen, die anonyme, aber auch kostenlose Dienste anbieten. Wenn die NGO sich auch mit migrierten Sexarbeiterinnen beschäftigt und Streetwork macht, ist die Vernetzung enger.

NGOs, die mit und für Migrantinnen arbeiten, sind meistens auf nationaler Ebene vernetzt, aber auch mit anderen NGOs in den Heimatländern, deren Zielgruppe Schwerpunkt für sie ist, d.h. NGOs arbeiten auch mit einer internationalen Dimension.

Mobilität

Übereinstimmend wurde in allen drei Regionen festgestellt, dass die Mobilität von migrierten Sexarbeiterinnen in den letzten drei Jahren stark zugenommen hat. Die

häufigere Ortsverlagerung der Frauen könnte mit den steigenden repressiven Maßnahmen erklärt werden.

Länder, in denen schon gearbeitet wurde oder am meistens gearbeitet wird

Deutschland	35%
Niederlande	22%
Spanien	11%
Andere*	32%

* Italien, Griechenland, Schweiz, Frankreich, Österreich, Belgien, Polen, in der Heimat.

Dieses Ergebnis zeigt drei Hauptaspekte:

- Deutschland ist in Europa ein sehr wichtiges Zielland für migrierte Frauen, die in der Sexindustrie arbeiten wollen (oder dazu gezwungen werden). Deutschland ist gleichzeitig ein Transitland für diejenigen, die weiter nach Westen gehen wollen.
- In Deutschland besteht ein großer Bedarf an migrierten Sexarbeiterinnen und es existiert eine etablierte und reichlich entwickelte Sex-Industrie, die die Frage von Angebot und Nachfrage regelrecht ordnet.
- Trotz der Repressionen bleiben viele migrierten Sexarbeiterinnen in Deutschland.

Regionen, in der migrierte Sexarbeiterinnen sich am meisten aufhalten

- Das sind die Städte und deren Umgebungen mit den meisten NGOs für Migrantinnen. Hier befinden sich die Etabliertesten kultur- oder nationalitätenspezifischen Gemeinden. Hier existieren die besten und fürsorglichsten medizinischen Angebote für migrierte Sexarbeiterinnen (anonym, kostenlos und freiwillig, mit der Unterstützung von Übersetzerinnen und/oder kulturellen Mediatorinnen) sowie die Strukturierteste Sex-Industrie für migrierte Sexarbeiterinnen.

Drogenkonsum

Unter migrierten Sexarbeiterinnen ist der Konsum von harten Drogen noch nicht sehr verbreitet, d.h. in der Beschaffungsprostitution arbeiten noch vorwiegend deutsche Frauen. Aber auch unter Migrantinnen beginnt sich die Beschaffungsprostitution zu vergrößern. In diesen Fällen ist die Hauptkonsumdroge Kokain.

Deutlich zugenommen haben der Alkoholkonsum und die entsprechende Abhängigkeit. Als einer der Gründe wurde bereits die Arbeitssituation in Bars oder Clubs erwähnt, die Alkoholkonsum als « Tätigkeit » beinhaltet.

NORD

Hamburg: Einige osteuropäische Frauen beginnen auf dem Drogenstrich in St. Georg zu arbeiten.

MITTE

Adorf (Grenzgebiet mit der Tschechischen Republik): Gearbeitet wird eher auf der tschechischen Seite, weil dort mehr Betrieb ist (Straßenstrich, Bordelle und Discos). Die

meisten Frauen sind Tschechinnen oder kommen aus der Slowakei und Ukraine. Von ihnen sind 99% drogenabhängig. Harte Drogen bekommen sie von Zuhältern oder Kunden. So werden die Abhängigkeit und der Arbeitseinsatz gesichert, unter Dorgeneinfluss stehen die Frauen beispielsweise im Winter stundenlang, fast nackt, auf der Straße.

Frankfurt/Main: 95% der drogenabhängigen Sexarbeiterinnen sind Deutsche, 5% Migrantinnen, hauptsächlich Asiatinnen.

Auswertung der TAMPEP-Materialien

Neben der Befragung zu veränderten Arbeits- und Lebensbedingungen von migrierten Sexarbeiterinnen wurde auch die Arbeit mit den bestehenden TAMPEP-Materialien evaluiert.

Zu den Materialien gehören Faltblätter in neun verschiedenen Sprachen für Frauen (Englisch, Spanisch, Portugiesisch, Polnisch, Russisch, Bulgarisch, Tschechisch, Ungarisch und Thailändisch) und in drei Sprachen für Transvestiten/Transsexuelle (Englisch, Spanisch und Portugiesisch). Die Faltblätter behandeln folgende Themen: HIV/AIDS & Hepatitis B, STD, Kondome & Gleitmittel, Schwangerschaft & Verhütung, Sicherheit in der Arbeit, Was tun, wenn ein Kondom platzt oder rutscht, HIV/AIDS & STD für Transvestiten/Transsexuelle, Hormon-Behandlung, Silikon, Brust-Implantate, etc. für Transvestiten/Transsexuelle.

Institutionen, die TAMPEP-Materialien benutzen

		NORD	MITTE	SÜD
Gesundheitsämter	17 von 40 Befragten	6 Anklam, Bremen, Hamburg, Lübeck, Münster, Rostock	9 Chemnitz, Düsseldorf, Euskirchen, Frankfurt/Main, Gera, Gütersloh, Köln, Marl, Wuppertal	2 Augsburg, Saarbrücken
NGOs	7 von 25 Befragten	5 Berlin (3), Frankfurt/Oder, Hannover	2 Adorf, Bochum	

Im Durchschnitt werden die Materialien von diesen Institutionen seit zwei Jahren eingesetzt.

Die Materialien werden überwiegend *in* den Beratungsstellen verwendet, weil nur ca. die Hälfte der MitarbeiterInnen Streetwork macht.

Die Kontakte zwischen Zielgruppe und Institutionen werden hauptsächlich durch Streetwork und Mund-zu-Mund-Propaganda erreicht. Das zeigt einerseits die Wichtigkeit von aufsuchender Arbeit für die mobile Zielgruppe, die „versteckt“ lebt und andererseits belegt es die Notwendigkeit der TAMPEP-Methodologie von *peer education*, d.h. die Ausbildung von Sexarbeiterinnen als Multiplikatorinnen der Information. Dies ist einer der Hauptwege, Information zu verbreiten.

Die meisten STD-Beratungsstellen arbeiten nicht mit Dolmetscherinnen und/oder kulturellen Mediatorinnen. Nach der Verteilung von landessprachlich spezifischen Informationsmaterialien ist eine weitergehende Beratung meist nicht möglich. Eine seriöse und umfassende Primärprävention für migrierte Sexarbeiterinnen ist mit bloßem Verteilen von Faltblättern und Kondomen jedoch noch nicht gewährleistet.

Bedürfnisse

Drei Bereiche wurden überwiegend nachgefragt:

Informationen, die mit der sozialen und rechtlichen Situation der Frauen direkt zu tun haben: Ausländerrecht, Aufenthaltsrecht, Familienrecht, Arbeitsrecht, Asylrecht, soziale und gesundheitliche Hilfeleistung, Versicherung (hauptsächlich Krankenversicherung)

Mehr direkte Tipps für die Professionalisierung der Arbeit, um das Selbstbewußtsein der Frauen zu stärken. Dies könnte auch durch direktere Arbeit mit der Zielgruppe, wie z.B. mit Durchführung von spezifischen Workshops, erreicht werden. Weiterhin wurden Hinweise zu folgenden Themen nachgefragt: Verhalten bei Polizeirazzien, Verhalten bei Zwangs-HIV-Test und gynäkologischen Untersuchungen.

Mehr Information über Schwangerschaft, Verhütung und Schwangerschaftsabbruch. Obwohl TAMPEP ein Faltblatt zum Thema anbietet, ist diese Problematik größer als erwartet und benötigt ausführlichere Informationen.

Bemerkungen über Inhalt & Form

Obwohl die TAMPEP-Materialien im Durchschnitt als sehr gut bewertet werden, haben wir diejenigen, die schon länger mit den Materialien arbeiten, um gezielte Kritik und Verbesserungsvorschläge gebeten, um eine Rückmeldung darüber zu erhalten, wie sie bei der Zielgruppe ankommen.

Der Inhalt

Anklam: mehr Krankheitsbilder zu HIV, AIDS und STD, wie z.B. Ausbruch der Krankheiten, Infektionsrisiken

Bremen: für manche ist das Sprachniveau zu hoch

Frankfurt/Oder: mehr umgangssprachliche Informationen sowie Tipps für die Arbeit, wie z.B. Freierverhandlungen

Rostock: weniger Schrift und mehr Bilder

Adorf: etwas verkürzter Text oder überhaupt weniger Text

Düsseldorf: Erwähnung der Präventionsmöglichkeit durch Nutzung von *Dental Dams* (bzw. aufgeschnittenen Kondomen) bei *Cunilingus*

Gütersloh: ausführliches Eingehen auf Prävention und Symptome sowie Folgen der Erkrankungen

Köln: detailliertere Informationen zu Hepatitis-B-Impfung, mehr über Vaginalhygiene. Es fehlen Informationen zu HPV-Infektion (Herpes-Virus)

Furth am Wald (Grenzgebiet zur Tschechischen Republik): Benötigt werden mehr Informationen über Sicherheitsaspekte in der Arbeit und klarere Informationen über die Situation in der BRD. Denn für viele Migrantinnen ist ihre rechtliche Situation in Deutschland nicht einschätzbar. Teilweise wirkt eine vereinfachende Beschreibung als Anreiz, nach Deutschland weiter zu reisen. Dazu noch: Die TAMPEP-Materialien sind zu sehr bezogen auf die Situation in Deutschland.³

³ Es könnte sein, dass hier die Arbeitsbedingungen und die Realität gemeint sind.

Saarbrücken: mehr persönliche Ansprache sowie Hinweise, dass die Zielgruppe den Arzt/die Ärztin, die SozialarbeiterInnen und die Beratungsstelle aufsuchen sollen, wo sie sich über gewisse Probleme aussprechen und ihr medizinisches Wissen erweitern können.

Die Form

Frankfurt/Oder: Das Format A4 mit zwei Falten ist zu groß für den Straßenstrich. Für diese spezifische Zielgruppe werden kleine Infoblätter benötigt, damit die Papiere (kleine Karten sind noch besser) in die Hosentasche gesteckt werden können.

Adorf: Die Faltblätter sollten kleiner sein, eine handlichere Form haben

Euskirchen: Die Titel sollten auf Deutsch auf jedem Prospekt zusätzlich angegeben werden, weil es sehr verwirrend ist, die Prospekte auseinanderzuhalten.

Gütersloh: Es sollte deutsche Übersetzungen für die Verteiler geben.⁴

Köln: mehr graphische Arbeit.

Nützliche und wichtige Hinweise für TAMPEP. Aber auch für alle diejenigen, die in diesem Bereich neue Informationsmaterialien entwickeln, oder die schon existierenden verändern wollen.

⁴ Eine Übersetzung ins Deutsche sowie ins Französische wurde vom Gesundheitsamt Köln 1998 und 1999 angefertigt und TAMPEP kostenlos zur Verfügung gestellt. Diese deutsche Fassung wurde an alle entsprechenden Anlaufstellen weitergegeben.