

Zwölfmal erhöhte Sterblichkeit bei Sexarbeiterinnen?

Vorwort

Verfechter des Nordischen Modells erwähnen gern, dass Prostituierte eine um den Faktor 12 erhöhte Sterblichkeit im Vergleich zu (gleich alten Frauen?) der Allgemein-Bevölkerung hätten.

Angenommen, dies würde tatsächlich zutreffen: selbst dann stellt sich die Frage, in wieweit ein Verbot des Kaufes sexueller Dienstleistungen diesen Umstand ändern würde, wenn sich Sexarbeit zukünftig im „Verborgenen“, heimlich, „im Untergrund“, „im Dunkelfeld“ abspielt, statt wie bisher in öffentlich als solche erkennbaren Einrichtungen einer mehr oder weniger hoch entwickelten prostitutiven Infrastruktur, mit ihren zuverlässigkeitsgeprüften und bußgeldbedrohten Betreibern und von Behörden u.a. auf Qualitäts- und Sicherheitsstandards geprüften Betrieben?

Es besteht schließlich allgemeiner Konsens, dass das Nordische Modell die Prostitution nicht tatsächlich und vollständig ausrottet (*Männer lassen sich Sex nicht einfach verbieten*), sondern vor allem unsichtbar macht („*spatial displacement*“), und so zeigen es auch die Erfahrungen aus den Ländern, in denen bisher das Nordische Modell eingeführt wurde. „Bestenfalls“ kommt es zu einem kleinen Rückgang der Anzahl der Freier (wie um 10 bis 11 % in Nord-Irland bzw. der Republik Irland) – dies aber dann in dem Sinne, dass die angenehmen, rücksichtsvollen, von den Sex Workern geschätzten Freier aus Angst vor Verfolgung und Strafe und der damit verbundenen „Öffentlichkeit“ fernbleiben und eben gerade nicht die unangenehmen oder rücksichtslosen (vgl. ELLISON et al. 2019). Wer ohnehin Gesetzesbrecher, also *Täter* ist, der hat ja bereits Grenzen überschritten ...

Legt man die bisher gemachten Erfahrungen mit dem Nordischen Modell zugrunde, so ist eher zu befürchten, dass sich die gesundheitliche Lage und dadurch mittelbar auch das Sterblichkeitsrisiko von Sex Workern unter den Bedingungen des Sexkaufverbots erhöht, vgl. hier:

<http://freepdfhosting.com/d59ef8598a.pdf>

Die Studie der „12-fachen Sterblichkeit“

Es existiert tatsächlich eine Studie aus Europa und aus unserem Kulturbereich, die von einer 12-fach erhöhten Sterblichkeit von weiblichen Sex Workern berichtete. Dies ist die Studie, auf die sich die Verfechter des Nordischen Modells gern beziehen.

Es geht dabei um Sex Worker (Abk.: SW) aus West-London, die zwischen 1985 und 1993 rekrutiert wurden für eine Kohorte, die man über längere Zeit beobachten wollte (d.h. im Sinne einer prospektiven Kohortenstudie) – ein zwar sinnvoller, in einer SW-Population aber auch sehr schwieriger Ansatz mit vielen methodischen Limitationen.

Eine erste Publikation erschien im Jahr 1999:

Risky business: health and safety in the sex industry over a 9 year period

Ward H, Day S, Weber J; Sexually Transmitted Infections 1999; 75 (5): 340 – 343

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1758230/>

Die Veröffentlichung aus dem Jahr 1999 stellt den **Auswertungsstand von 1994** dar.

Zu diesem Zeitpunkt waren 402 SWs zwischen 1985 und 1991 rekrutiert worden, und 320 von ihnen konnten für insgesamt 675 Personnjahre (bis 1994) weiter verfolgt werden.

4 der beobachteten SWs waren verstorben - zwei an AIDS, zwei wurden ermordet. Daraus errechnete sich eine Mortalität von 5,93/1000 Personnjahre, und das erwies sich damals als das 12-Fache derjenigen Sterberate, die man normalerweise für Frauen dieser Altersgruppe erwarten würde.

Eine weitere Auswertung kam im Jahr 2006 heraus:

What happens to women who sell sex? Report of a unique occupational cohort

Ward H, Day S; Sexually Transmitted Infections 2006; 82 (5): 413 - 417

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563855/>

In den Jahren 1997 bis 2000 hatte man versucht, Frauen aus der initialen Kohorte, die man zwischen 1986 und 1993 rekrutiert hatte (insgesamt 354 Frauen; im Jahr 1985 rekrutierte Frauen blieben unberücksichtigt), erneut zu kontaktieren. Gelang dies nicht, wurden Informationen von Kolleginnen oder Familienmitgliedern eingeholt, vor allem um eventuelle Todesfälle zu erfassen. Die 2006er Veröffentlichung bezieht sich damit auf den **Auswertungsstand von 2000**.

Es gelang, 130 SWs zu kontaktieren bzw. Informationen zu Todesfällen für sie zu generieren, wobei diese 130 SWs (einschl. der Verstorbenen bis zu ihrem Tod) eine Beobachtungszeit von insgesamt 1247 Jahren absolviert hatten.

In dieser Kohorte fanden sich sechs Todesfälle; die vier bereits oben genannten (2x AIDS, 2x Ermordung), hinzu kam jeweils ein Todesfall an alkoholischer Lebererkrankung (Alter: Mitte 30) und ein Todesfall durch Drogen-Überdosis in den frühen 40ern.

Die Mortalitätsrate lag jetzt bei 4.8/1000 Personenjahre statt 5.93/1000 im Zwischenbericht von 1999 (der aber in der Regel von Befürwortern des Nordischen Modells zitiert wird). Also nicht mehr beim 12-Fachen, sondern beim knapp 10-Fachen - aber immer noch "zu viel".

Diskussion der Mortalitätsdaten

Wenn man sich die Todesursachen der sechs Todesfälle der West-Londoner Kohorte anschaut: sind diese ein Anlass, Freier zu bestrafen und dadurch die Sexarbeit aus der (behördlich genehmigten) prostitutiven Infrastruktur im „Hellfeld“ ins Verborgene zu verdrängen?

Wer zu viel Alkohol trinkt, kann eine Fettleber bekommen, und wer potenziell lebensgefährliche Drogen nimmt, geht das Risiko einer Überdosis ein. 11 % der Frauen der lange beobachteten (130er) Kohorte hatten irgendwann in ihrem Leben Drogen injiziert (aktuell oder früher). Und sind der Alkohol- und Drogenkonsum zwangsläufig die Folge der Sexarbeit, oder kann es nicht auch sein, dass ein bereits bestehender Alkohol- und Drogenkonsum und damit verbundener Geldbedarf oder Arbeitslosigkeit erst in die Sexarbeit führten? Was ist hier Ursache, was ist Folge? Die Londoner Studie beantwortet diese wichtige Frage nach dem Kausalitätsbezug nicht.

Hinzu treten Methodenfragen (Bias): Nur ein Bruchteil der ursprünglich rekrutierten 402 (1985-1991) bzw. 354 (1986 – 1993) Frauen konnten re-kontaktiert werden, bzw. es konnten (in „Abwesenheit“ von Kontakten) Informationen über ihr Schicksal gewonnen werden.

Das galt schon für die 1999er Studie und erst recht für die 2006er Studie mit nur noch 130 Frauen von ursprünglich 354. Es ist zumindest naheliegend, dass sich Todesfälle (sei es durch AIDS, Mord oder andere Gründe) eher in der Szene herumsprechen und damit im Rahmen der Studie erfasst wurden, als Frauen, die nicht mehr nachverfolgbar waren, weil sie "unspektakulär" ausgestiegen waren. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang aber folgender Satz aus der 2006er Publikation: "*Mortality data are based on reports from other sex workers or family members.*"

Angenommen, eine Frau A ist gestorben, eine Frau B. ist ausgestiegen, aber nicht gestorben. Beide Frauen können die Forscher nicht mehr kontaktieren, weil sie nicht mehr für sie mit ihren Methoden oder Kontaktdaten erreichbar sind: die eine (A), weil sie tot ist, die andere (B), weil sie ausgestiegen ist und ihr "Netzwerk" verlassen hat. Ein Tod einer SW (oder ehemaligen SW) ist spektakulär und spricht sich in der Szene herum, außerdem fragten die Forscher bei anderen SWs und sogar bei Familienmitgliedern gezielt nach Todesfällen nach (s. Zitat).

Also wird die verstorbene Frau A mit hoher Wahrscheinlichkeit erfasst und geht in die Studie ein, und zwar (a) mit einer definierten Beobachtungszeit (Rekrutierung bis Todeszeitpunkt) und (b) als Todesfall.

Die Frau B, die unspektakulär "verschwunden/ausgestiegen" ist und von der daher keiner etwas weiß, geht dagegen nicht in die Studie ein. Sie ist zwar "Überlebende", bei den 130 ausgewerteten Frauen der Kohorte nimmt sie aber nicht teil.

Die Erhebungsmethode führt daher zwangsläufig zu einer Verzerrung *zugunsten der Erfassung von Todesfällen*; dies gilt sowohl für die 1999er wie für die 2006er Publikation. Diese Verzerrung ergibt sich zwangsläufig aus der zugrunde liegenden Methodik der Nachverfolgung: nicht-kontaktierbare Frauen, die verstorben sind, haben eine größere Chance, in die Studie einzufließen, als nicht-kontaktierbare Frauen, die „ausgestiegen“ oder trotz weiterer Sexarbeit „unbekannt verzogen“, aber noch am Leben sind. Ein typischer Bias, der bei dieser Methodik unvermeidbar ist.

Hätte man aber auf die gezielte Recherche (bei Kolleginnen und Familienmitgliedern) in Hinblick auf mögliche Todesfälle verzichtet, hätte es einen Bias in umgekehrter Richtung gegeben: da verstorbene Frauen nicht mehr kontaktierbar wären, hätten sie dann nicht erfasst werden können, d.h. die Mortalität wäre dann methodenbedingt *unterschätzt* worden.

Egal wie man es bei einer solchen Kohortenstudie anstellt: fragt man nicht nach Verstorbenen, unterschätzt man die Sterblichkeit, fragt man gezielt (bei Kolleginnen oder Familienmitgliedern) nach Verstorbenen, überschätzt man die Sterblichkeit. Die Methode ist daher von vornherein ungeeignet, Aussagen zur Mortalität zu treffen.

Dies wäre nur möglich gewesen, wenn die Autoren Zugang zu den amtlichen Todesursachenstatistiken/-bescheinigungen gehabt hätten, und von den rekrutierten SWs ausreichende Daten, um entsprechende individuelle Zuordnungen vornehmen zu können, um Todesfälle zu identifizieren. Das war aber nicht der Fall, wie die Autoren selbst berichteten, und dürfte angesichts der Überregionalität bzw. Internationalität der Sexarbeit auch praktisch gar nicht umsetzbar sein.

Aufgrund der oben dargelegten gravierenden methodischen Verzerrung zugunsten der Erfassung von Todesfällen ist die Studie zwar formal (rechnerisch) richtig, sie berechtigt aber nicht, SWs eine 12-fach erhöhte Sterblichkeit zu unterstellen.

Diskussion der einzelnen Todesursachen der West-Londoner Kohorte

Trotz dieser methodischen Mängel sei hier auf die Todesursachen in den sechs Todesfällen eingegangen. Zwei Fälle (Fettleber, Drogenüberdosis) waren bereits oben andiskutiert worden.

Für solche Todesursachen kann es auch eine **"umgekehrte Kausalität"** geben: dass nicht Sexarbeit zum Tod führte, sondern "ungesunde" Lebensbedingungen (wie Alkoholsucht, Drogensucht, oder ein Leben in Verhältnissen und in Kreisen, wo solche Konsumgewohnheiten, aber auch ein Mord nicht so extrem unwahrscheinlich sind) die Sexarbeit verursachten oder den Einstieg in sie förderten, die Todesfälle aber nicht der Sexarbeit angelastet werden können. Sexarbeit und Tod sind in diesem Fall zwei unterschiedliche, voneinander unabhängige Auswirkungen derselben zugrunde liegenden ("ungesunden") Problemlage oder Lebensverhältnisse.

AIDS

Was die beiden AIDS-Todesfälle anbetrifft, ist zu berücksichtigen, wann die Frauen für die Studie rekrutiert wurden (ab 1985 für die 1999er Veröffentlichung und ab 1986 für die 2006er Veröffentlichung)? Ende der 80er Jahre war AIDS bei SWs keine extreme Seltenheit. Erstens muss die Infektion keine Folge der Sexarbeit sein; 11 % der Frauen injizierten schließlich Drogen, oder hatten dies in der Vergangenheit getan. Die Verwendung sterilen Injektionsmaterials, das ggf. sogar kostenfrei ausgegeben wurde, war damals noch nicht so etabliert wie heutzutage.

Verschiedene Studien aus Deutschland und anderen europäischen Ländern aus den 80er und frühen 90er Jahren fanden oft eine sehr enge Assoziation zwischen Drogenkonsum und HIV-Positivität bei SWs. Aber natürlich könnte es sich auch um sexuell erworbene Infektionen handeln, die in der Vor- oder Früh-AIDS-Zeit erworben worden waren, als noch kein Safer Sex (wegen AIDS) so konsequent praktiziert wurde wie später dann üblich.

Wie aus der 1999er Studie der West-Londoner Kohorte hervorgeht, waren vier von 402 SW HIV-infiziert (Quote: 1,3 % von 312 auf HIV untersuchten FSW; 90 ohne Angaben):

3 waren i.v.-Drogennutzerinnen, eine Frau war wahrscheinlich von einem nicht-zahlenden (privaten) Sexpartner infiziert worden (davon 2 Todesfälle im Studienzeitraum an AIDS).

Beide AIDS-Sterbefälle erfolgten vor/bis 1994. Die 2006er Studie (mit Rekontaktierung/ Nachforschung zwischen 1997 und 2000) fand keine weiteren Todesfälle durch AIDS. Bis einschließlich 1994 gab es aber keine gut wirksame Therapie.

Mit anderen Worten: die beiden AIDS-Todesfälle haben mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nichts mit sexuell übertragbaren Infektionen, sondern mit unsterilen Drogeninjektionen zu tun, und sind auch unabhängig davon auf die heutige Zeit nicht mehr übertragbar (Verfügbarkeit von kostenlosem sterilen Injektionsmaterial; Safer Sex, Kondompflicht des ProstSchG; HIV-infizierte Personen sind unter korrekter Therapie nicht infektiös;

Behandelbarkeit einer HIV-Infektion bei normaler Lebenserwartung).

Aus Deutschland wurden im Rahmen der letzten größeren bundesweiten Studie zur sexuellen Gesundheit von weiblichen SWs (FSWs) vom Robert-Koch-Institut sehr niedrige Infektionsraten mit HIV berichtet (0,2 %) (BREMER et al. 2016; KABP-Surv-STI-Studie).

Aus Nordrhein-Westfalen wurde im Jahr 2012 eine HIV-Prävalenz von 0,14 % bei 1440 Untersuchungen erwähnt (LUCHT 2013). Sexarbeit *in Deutschland* gilt daher nicht (mehr) als Risikofaktor für HIV, sofern nicht Risiken außerhalb der Sexarbeit (z.B. eigener i.v.-Drogenkonsum oder HIV-infizierter privater Partner ohne adäquate Therapie) hinzutreten. Es ist daher nicht einmal klar, ob diese wenigen Infektionen aus den genannten Studien im Rahmen der Sexarbeit in Deutschland erworben wurden; sie können auch aus dem Ausland (z.B. Afrika) eingeschleppt worden sein oder durch i.v.-Drogenkonsum zustande gekommen sein.

Da sich die Zusammensetzung der SW-Population zwischen Deutschland und den Niederlanden nicht sehr unterscheidet und auch manche SWs zwischen beiden Ländern pendeln, ist auch ein Blick in das Nachbarland hilfreich:

In eine sehr umfangreiche Studie aus den Niederlanden gingen die Untersuchungsergebnisse *aller* FSWs (ab 18 Jahre) *aller* STI-Kliniken in den Niederlanden ein (Jahre 2006 – 2013); es handelt sich also nicht nur um eine Stichprobe (VERSCHEIJDEN et al. 2015). Die Studie ist somit repräsentativer als die aus Deutschland vorliegenden Daten (wie BREMER et al. 2016; LUCHT 2013), wobei keine Gründe ersichtlich sind, weshalb sich die epidemiologische Situation in den Niederlanden grundlegend von jener in Deutschland unterscheiden sollte, zumal auch in den Niederlanden inzwischen FSWs aus Osteuropa eine große Rolle spielen.

HIV fand sich in 0,13 % von 34.012 Untersuchungen, ebenfalls mit einer rückläufigen Tendenz im Untersuchungszeitraum 2006 - 2013 (durchschnittliche Abnahme um den Faktor 0.93 pro Jahr). Der HIV-Nachweis erfolgte durch einen modernen Kombinationstest (Test der 4. Generation), Bestätigung durch Western Blot. Einheimische FSWs wiesen eine HIV-Prävalenz von 0,07 % auf. Auch für **Hepatitis B** (1,0 % von 11.983 Untersuchungen) fand sich eine rückläufige Tendenz im Untersuchungszeitraum, die knapp Signifikanz verfehlte (Faktor 0.93 pro Konsultationsjahr). Die Prävalenz von **infektiöser Syphilis** (Stadium I, II oder Frühlatenz) lag bei den FSWs im Durchschnitt des Untersuchungszeitraumes bei 0,2 % (35.485 Untersuchungen zwischen 2006 und 2013) bei rückläufiger Tendenz, die sogar Signifikanz erreichte (2006: 0,6 %; 2013: 0,1 %).

Auch in England/London hat sich die gesundheitliche Lage der SWs inzwischen wegweisend verbessert:

Wurden in der oben erwähnten 1999er Studie aus West-London (Stand 1994) noch

- HIV: 1,3 % (4/312)
- Hepatitis C: 6,7 % (15 / 225) (i.v.-Drogen: 12 / 15; 2 x Bluttransfusion; 1 x Herkunft aus Südamerika) (ELISA-Test)
- Hepatitis B: 6,6 % (21/329) (Korrelation mit i.v.-Drogen mit einer Odds Ratio von 7,7 sowie einer Herkunft von außerhalb von UK mit einer OR von 3,57) (Antikörper gegen Core-Antigen)
- Syphilis: 2,3 % (9/390) (Tests: TPHA, VDRL, FTA)

angetroffen,

lagen diese Quoten bei FSWs aus englischen GUM-Kliniken (GUM-Klinken = Kliniken für urogenitale Medizin) (überwiegend aber auf FSWs spezialisierte Kliniken in London) im Jahr 2011 (publiziert durch McGRATH-LONE et al. in 2014) bei:

- HIV: 0,0 % bei einheimischen FSWs und 0,3 % bei migrantischen FSWs (zum Vergleich: nicht sexarbeitende Besucherinnen von GUM-Kliniken: 0,2 %)
- Hepatitis C: 0,5 % bei einheimischen FSWs, 0,1 % bei migrantischen FSWs (zum Vergleich: in der deutschen Gesamtbevölkerung wurde die Hepatitis-C-Prävalenz vor einigen Jahren auf ca. 0,5 bzw. 0,4 - 0,8 % geschätzt; aktuellste Zahlen des RKI gehen dank der seit einigen Jahren sehr guten Heilungsmöglichkeiten jetzt nur noch von 0,3 % aus)
- Hepatitis B: 0,1 % bei einheimischen FSWs, 0,7 % aus migrantischen FSWs (darunter aus Ländern, in denen Hepatitis B viel verbreiteter ist als in Deutschland oder England); zum Vergleich: 0,1 % bei anderen weiblichen Besuchern von GUM-Kliniken; Allgemeinbevölkerung in Deutschland laut RKI: 0,3 % infektiöse Hepatitis B.
- Syphilis: 0,1 % bei einheimischen FSWs, 0,1 % bei migrantischen FSWs (zum Vergleich: 0,1 % bei anderen weiblichen Besuchern des GUM-Kliniken)

Wie man erkennt, hat sich die infektiologische Situation der FSWs in London (1999er Studie: West-London; Erhebungszeitraum: 1985 – 1991; 2014er Studie: England, aber schwerpunktmäßig ebenfalls London; Erhebungszeitraum: 2011) innerhalb von 20 – 25 Jahren wegweisend verbessert.

Es ist daher in keinsten Weise gerechtfertigt, die aus heutiger Sicht längst veralteten Daten der West-Londoner Kohorte noch heranzuziehen – nicht nur was Mortalität betrifft, sondern STI-relevante Infektionen und daraus resultierend gesundheitliche Konsequenzen überhaupt.

Außerdem konnte am Beispiel von London gezeigt werden, dass FSWs, die sich freiwillig untersuchen lassen bzw. von Outreach-Aktivitäten erreicht werden, eine bessere sexuelle Gesundheit aufweisen (PLATT et al. 2011): ein Hinweis darauf, wie wichtig es ist, dass Sexarbeit legal und auch *sichtbar* stattfindet und nicht im „Untergrund“, „Geheimen“, „Privaten“ verschwindet – nur so können auch die freiwilligen, anonymen Beratungs- und Untersuchungsangebote des § 19 IfSG in Deutschland weiterhin greifen.

Wenn Freier bestraft werden, wird sich keine Frau mehr öffentlich oder bei Behörden als SW exponieren wollen (selbst wenn sie selbst weiter „legal“ bleibt) – weil jeder Mann, der mit ihr gesehen oder in Verbindung gebracht würde, als Freier verdächtigt werden könnte.

Die Unsichtbarkeit der (legalen) FSWs im Nordischen Modell resultiert daher aus dem Schutzbedürfnis der (illegalen) Freier und dient mittelbar der Sicherung der Lebensgrundlage der FSWs, die nun mal die Freier darstellen.

Bremer V et al. (2016): STI tests and proportion of positive tests in female sex workers attending local public health departments in Germany in 2010/11. BMC Public Health 2016; 16: 1175

Lucht A (2013): HIV- und Syphilisdaten von Sexarbeiterinnen in NRW. Vortrag, Arbeitskreis Sexuelle Gesundheit in NRW, 16.4.2013

Mc Grath-Lone L et al. (2014): The sexual health of female sex workers compared with other women in England: analysis of cross-sectional data from genitourinary medicine clinics. Sex Transm Infect. 2014; 90 (4): 344 – 350

Platt L et al. (2011): Risk of sexually transmitted infections and violence among indoor-working female sex workers in London: the effect of migration from Eastern Europe. Sex Transm Infect. 2011; 87 (5): 377 – 384

Verscheijden M et al. (2015): Sexually transmitted infections among female sex workers tested at STI clinics in the Netherlands, 2006-2013. Emerg Themes Epidemiol. 2015; 12: 12

Wie stark das STI-Risiko von SWs vom eigenen (Schutz-)Verhalten abhängig ist und reduziert werden kann, zeigen Erfahrungen aus dem australischen Raum.

Neuseeland gab im Jahr 2004 ein in diesem Umfang und Detailgenauigkeit wohl weltweit einmaliges Handbuch für Sicherheit und Gesundheitsschutz für SWs heraus, nachdem im Jahr 2003 Sexarbeit dort vollständig dekriminalisiert worden war (*Occupational Safety and Health Service, New Zealand: A Guide to Occupational Health and Safety in the New Zealand Sex Industry*).

Im Jahr 2012 wurde aus Australien berichtet: „... *the prevalence of four common STIs is now equal to or lower than rates for the general population*“ (nach DONOVAN et al. 2012, zitiert in: BATES und BERG 2014).

Bereits 2003 hatte John GODWIN im Artikel “Two Steps Back?” in “HIV Australia” (Ausgabe April/Mai 2003) festgestellt:

„Australian sex workers have very low rates of STIs and HIV, and most enjoy better sexual health than the general community. There is a strong culture of safe sex in the industry and condom use is now an almost universal practice. Excellent sexual health standards have been developed voluntarily, without criminalising the involvement of sex workers with STIs or HIV in the industry.“

Eine im Jahr 2013 publizierte Studie aus Melbourne zeigte, dass FSWs eine geringere Belastung mit Chlamydien und Gonokokken aufwiesen als Frauen, die nicht der Sexarbeit nachgingen. Dies galt sogar für FSWs, die aus „Hochprävalenzländern“ stammten. Und bei den wenigen FSWs, bei denen doch Chlamydien oder Gonokokken angetroffen wurden, korrelierte dies mit privaten (nicht-zahlenden) Partnern (TANG et al. 2013).

Bates J, Berg R (2014): Sex workers as safe sex advocates: Sex workers protect both themselves and the wider community from HIV. *AIDS Education Prev* 2014; 26 (3): 191 – 201

Tang H et al. (2013): The prevalence of sexually transmissible infections among female sex workers from countries with low and high prevalences in Melbourne. *Sex Health* 2013; 10 (2): 142 – 145

Zudem gibt es verschiedene Ansätze und Entwicklungen, die dazu beitragen werden, dass sich die sexuelle Gesundheit von SWs in der Zukunft weiter verbessern wird bzw. dass die verbleibenden Restrisiken weiter reduziert werden können. So wächst beispielsweise eine Generation in die Sexarbeit hinein, die die Gelegenheit zur rechtzeitigen Hepatitis-B- und HPV-Impfung hatte. Sofern noch ungeimpft, könnten nachträgliche Impfungen Risiken senken. Mittel- bis langfristig könnten auch HBV- und HPV-bedingte Risiken durch Effekte der Herdenimmunität abnehmen, so dass auch nicht geimpfte SWs profitieren. Positive Auswirkungen von Herdenimmunität auf Sexarbeit könnten beschleunigt werden, wenn man sexuellen Risikogruppen (wie FSWs, MSWs, bestimmten Gruppen von Freiern und anderen) eine Nachimmunisierung im Erwachsenenalter empfehlen würde.

Es wird intensiv an neuen Kondomen gearbeitet, die mehr Sicherheit, Komfort und Gefühl versprechen, u.a. unterstützt durch die GATES-Stiftung. Impfstoffe gegen Chlamydien, Gonokokken und Herpes simplex Typ II befinden sich in Entwicklung. Für einen bereits etablierten Meningokokken-Impfstoff konnte nachträglich eine partielle Wirksamkeit gegen Gonokokken nachgewiesen werden, was grundsätzlich das Potenzial aufzeigt, dass ein Impfstoff gegen Gonokokken machbar ist. Gonokokken stehen wegen der in letzten Jahren gelegentlich beobachteten Multiresistenzen ohnehin im besonderen Fokus der Forschung.

Die zirkulierende Viruslast von HIV, Hepatitis B und Hepatitis C auf Bevölkerungsebene (*sensu* „population viral load“) nimmt in Deutschland und anderen entwickelten Ländern ab – bei HIV durch PrEP und viruslastsenkende Therapie, bei Hepatitis B durch Impfung und ebenfalls viruslastsenkende Therapie, bei Hepatitis C durch Heilung durch Eradikation. Hier sei dennoch betont, dass heterosexuelle Sexarbeit zurzeit in Deutschland keinen eigenständigen Risikofaktor für HIV und Hepatitis C darstellt.

In der Gesamtschau ist somit festzustellen, dass sich die sexuelle Gesundheit von FSWs in Deutschland und Nachbarländern (wie NL) bereits jetzt – gemessen an internationalen,

weltweiten Vergleichsdaten – als vergleichsweise sehr günstig darstellt, besonders in Bezug auf HIV. Daten aus den Niederlanden, die die Entwicklung im Zeitverlauf über acht Jahre sehr präzise widerspiegeln, bestätigen den Trend abnehmender STI-Prävalenz bei FSWs von Jahr zu Jahr.

Zudem zeigen die vorstehend genannten Entwicklungen ein erhebliches Potenzial, dass sich die sexuelle Gesundheit von SWs in Deutschland und anderen Ländern in der Zukunft weiter verbessern wird bzw. dass verbliebene STI-(Rest-)Risiken weiter minimiert werden können, *sofern* sich die äußeren Rahmenbedingungen, unter denen Sexarbeit in Deutschland (und anderen Ländern) praktiziert werden kann, nicht verschlechtern, sondern mindestens konstant bleiben oder sich – im Idealfall – sogar verbessern.

Morde

Bemerkenswert sind auch zwei Morde in der recht kleinen Kohortenstudie aus West-London. Wäre das repräsentativ für Deutschland?

Es gibt eine Internetseite, die alle Prostituiertenmorde verzeichnet, mit zunehmender "Intensität" auch Mordversuche. Da die Mordversuche anfangs aber nicht erfasst wurden, lassen diese sich allerdings nicht im Zeitverlauf auswerten, sondern nur die Prostituiertenmorde.

<https://www.sexindustry-kills.de/doku.php?id=prostitutionmurders:de>

Jeder Fall ist ein Fall zu viel, grundsätzlich lässt sich aber eine abnehmende Tendenz erkennen (nicht berücksichtigt wurden: "unbekannt verschwunden" und "Überdosis Drogen").
Basis: Deutschland

1990er Jahre (1990 - 1999): 62 Fälle

2000er Jahre (2000 - 2009): 49 Fälle

2010er Jahre (2010 - jetzt): 40 - 41 Fälle (ein Fall unklar)

Gliedert man die letzten 10 Jahre nochmals auf, ergeben sich 23 Fälle in den fünf Jahren 2010 bis 2014 und 17-18 Fälle in den fünf Jahren 2015-2019 (ein Fall unklar).

Somit lag man in den 90er Jahren bei ca. 6 Fällen pro Jahr und in den letzten 5 Jahren bei 3-4 Fällen pro Jahr. Dies sind durchgängig deutlich weniger als 1 % aller Morde in Deutschland. Diese Zahlen muss man dann aber auch in Beziehung setzen zu der Gesamtanzahl der Prostituierten in Deutschland, die in den 90er Jahren sicherlich viel niedriger war als nach 2000, und insbesondere nach dem Beitritt verschiedener osteuropäischer Länder zur EU im ersten Jahrzehnt. Ein deutlicher Rückgang der SW-Zahl scheint sich erst jetzt nach tatsächlicher Etablierung/Umsetzung des ProstSchG abzuzeichnen.

Mordversuche wurden nicht ausgewertet, da diese offenbar nicht im Zeitverlauf mit einheitlicher Qualität und Vollständigkeit dokumentiert wurden.

Jeder Fall ist ein Fall zu viel, aber die Zahlen sind stetig rückläufig (von 6/a auf 3-4/a), und diese Tendenz wäre noch deutlicher ausgeprägt, wenn man die geschätzten Anzahlen von Prostituierten (mehr in 2000-2019 im Vergleich zu 1990-1999) berücksichtigt.

So erschreckend diese Zahlen auch sein mögen: die 2 Mordfälle unter den 130 SWs in der "Langzeit-Kohorte" aus West-London sind auf Deutschland damit auf gar keinen Fall übertragbar. Was wiederum zugunsten der oben beschriebenen methodischen Schwäche (Bias/Verzerrung zugunsten zur Erfassung von Todesfällen) spricht.

Fazit

Was bleibt also von der 12-fach erhöhten Mortalität in der 1999er Auswertung der Londoner SW-Kohorte übrig?

- Die Methodik war grundsätzlich höchstgradig ungeeignet, um überhaupt repräsentative Aussagen zur Mortalität treffen zu können – es gab eine erhebliche Verzerrung (Bias) zugunsten der Erfassung von Todesfällen, und in der weiteren Beobachtung der Kohorte nahm die Todesrate trotz weiter bestehender Verzerrung ab
- AIDS-Tod - passt in dieser Art und Weise überhaupt nicht mehr in die heutige Zeit und ist mit der aktuellen Epidemiologie von HIV bei FSWs in Deutschland, England und den Niederlanden überhaupt nicht vereinbar!
- Morde - drei bis vier p.a. in ganz Deutschland statt zwei in einer Kohorte aus 130 SWs im London der späten 80er/frühen 90er Jahre
- Leberversagen bei alkoholbedingter Fettleber oder Drogenüberdosis bei Drogenkonsum - das kann immer und überall passieren, wenn man diese ungesunden Konsumgewohnheiten hat. Solche ungesunden Konsumgewohnheiten müssen nicht die Folge der Sexarbeit sein, sondern können auch den Grund für den Einstieg geliefert haben oder aus derselben Lebenssituation/Problemlage resultieren, die sowohl zum ungesunden Konsum wie zur Sexarbeit führten

Sind das Gründe, Freier zu Tätern zu erklären und zu bestrafen?

Und auch wenn diese beiden Studien aus West-England von Befürwortern des Sexkaufverbots gern wegen der behaupteten zwölffach erhöhten Mortalität herangezogen werden, weisen sie auch noch auf andere gesundheitliche Probleme der SWs hin. Diese sollen hier nicht eingehend diskutiert werden, weil sie über das beliebte „Mortalitätsthema“ weit hinausgehen, es sei jedoch auf folgende Aspekte hingewiesen:

Die Rekrutierung der Studie begann zu Beginn der AIDS-Ära, und viele SWs dürften in die Sexarbeit eingestiegen sein, bevor AIDS bekannt bzw. bewusst war und sich der Kondomschutz als „überlebenswichtig“ etablierte. Ohne konsequentem Safer Sex waren die SWs natürlich auch vielen anderen Risiken sexuell übertragbarer Krankheiten ausgesetzt, und

damit auch deren Folgeerscheinungen wie z.B. Beckenentzündungen und anderen klinischen Symptomen. Beispiele für den Rückgang anderer STIs (neben HIV) wurden bereits oben genannt.

Das alles lässt sich auf die heutige Zeit daher nicht mehr übertragen, und schon gar nicht auf Deutschland unter den Bedingungen des Prostituiertenschutzgesetzes mit seiner Kondompflicht. Abschließend sei nochmals darauf verwiesen, dass sich in Australien die sexuelle Gesundheit von FSWs inzwischen als gleichwertig oder sogar besser darstellt als von Frauen der Allgemeinbevölkerung. *Das alles ist erreichbar – wenn man Sexarbeit nicht kriminalisiert, weder auf der Seite der Anbieter noch der Kunden.*

Frei verwendbar – kein Urheberrecht – kein Copyright!

Stand 01.01.2020

Kontakt:

nordisches.modell2@t-online.de