

Checklisten zur Infektionsprävention bei der Sexarbeit

Checkliste für Sexarbeiterinnen

**Eine Checkliste für Paysex-Kunden ist
abrufbar unter:**

<http://freepdfhosting.com/dc3a6c94a9.pdf>

Basierend auf den

**„Empfehlungen zur Infektionsprävention bei der
Sexarbeit“:**

<http://freepdfhosting.com/9d0efc57cc.pdf>

Da dies aber eine sehr umfangreiche Abhandlung ist, gibt es auch Kurzfassungen:

Kurzfassung für Sexarbeiterinnen:

<http://freepdfhosting.com/f2aa6824cb.pdf>

Kurzfassung für Freier:

<http://freepdfhosting.com/5415dbe400.pdf>

Wichtiger Hinweis für Deutschland (ab 1.7.2017):

Die Checkliste schließt auch Sexpraktiken ein, die ab 1.7.2017 in Deutschland nach dem Prostituierten-Schutzgesetz nicht mehr zulässig sind.

Mit Inkrafttreten des Prostituiertenschutzgesetzes besteht in Deutschland Kondompflicht bei Vaginalverkehr, Analverkehr sowie beim Oralverkehr am Mann (Fellatio beim Mann). Das Kondom ist in allen Fällen „am Körper des Mannes“ anzuwenden.

Da die vorliegende Checkliste auch auf ungeschützten Oralverkehr, seine Risiken, aber auch risikoreduzierende Maßnahmen eingeht und ungeschützten Oralverkehr nicht als grundsätzlich unzulässig ablehnt, sondern als eine individuelle und situationsbezogene Frage des sexuellen Selbstbestimmungsrechtes der *informierten* Sexarbeiterin betrachtet, wird diese Abhandlung aus formalen und rechtlichen Gründen ab 1.7.2017 als für das Gebiet Deutschlands ungültig erklärt.

Sie ist dennoch weiterhin relevant für deutschsprachige Länder außerhalb Deutschlands sowie für Sexarbeiterinnen oder Freier, die ihren Paysex-Aktivitäten außerhalb der Grenzen der Bundesrepublik Deutschland nachgehen.

CHECKLISTE für Sexarbeiterinnen

Vorwort

Jede Berufstätigkeit unterliegt spezifischen gesundheitlichen Risiken. Sexarbeit unterscheidet sich damit nicht grundsätzlich von anderen Tätigkeiten. Die unmittelbaren *körperlichen* Risiken der Sexarbeit liegen im Bereich der Infektionsmedizin; in anderen Berufen geht es vielleicht eher um Unfälle, körperliche Überlastung bei Schwerstarbeitern, Schad- oder Giftstoffe oder auch die Risiken von Bewegungsmangel und Stillsitzen. Man kann daher auch nicht pauschal sagen, dass Sexarbeit „besonders gefährlich“ oder „gefährlicher als andere Berufe“ wäre. Dieser Eindruck wird eher dadurch hervorgerufen, dass die an der Sexarbeit Beteiligten – ob Kunde oder Dienstleisterin – ständig an das Gefahrenpotential erinnert werden: bei jedem Kondomauziehen, bei jedem Herausziehen des gummierten Penis aus der Scheide (*ist es intakt?*) usw. In anderen Berufen erleben die Betroffenen ihre berufsspezifischen Gefährdungen nicht so direkt und werden auch nicht ständig mittelbar oder unmittelbar damit konfrontiert. Nicht zu unterschätzen sind allerdings auch die psychischen Belastungen bzw. die Risiken für die psychische Gesundheit, die mit Sexarbeit verbunden sind.

Kritischer und schwieriger zu beherrschen, und teilweise mit den psychischen Belastungen und Risiken der psychischen Gesundheit überschneidend, sind da schon die Risiken, die mit dem Umfeld der Sexarbeit verbunden sein können, z.B. Risiken von körperlicher Gewalt, Abhängigkeiten oder das Abdriften in Süchte wie Alkohol, Drogen und vor allem das Rauchen, das in vielerlei Hinsicht eine erhebliche Bedrohung der Gesundheit darstellt. Das Rauchen bedeutet ein viel größeres Gesundheitsrisiko als die STIs, die sich eine Sexarbeiterin bei normaler, standardmäßiger Sexarbeit in Deutschland, West- oder Mitteleuropa einfangen kann. Lebenslanges Rauchen kostet inzwischen im Durchschnitt sogar mehr an Lebenserwartung als eine gut behandelte HIV-Infektion.

Die Gefahr, durch Sexarbeit dauerhaft und lebenslang dem Rauchen zu verfallen, stellt daher das größte Gesundheitsrisiko der Sexarbeit dar, und lässt die Risiken durch STIs weit hinter sich.

Eine Einsteigerin in die Tätigkeit der Sexarbeit sollte daher alles daran setzen, von vornherein nicht dem Rauchen zu verfallen. Hat sie erst einmal damit begonnen, ist es in einem Umfeld, in dem viel geraucht wird (Kolleginnen, Freier) und die Luft oft rauchverpestet ist, extrem schwierig, das Rauchen wieder aufzugeben.

Es liegt also ganz entscheidend an der Sexdienstleisterin selbst, ob sie ihre Arbeit eher „gefährlich“ oder „ungefährlich“ gestaltet. Von wenigen Ausnahmen wie z.B. Kondomunfällen abgesehen hat sie ihr Schicksal in ihrer eigenen Hand. Dies ist ein großer Vorteil gegenüber vielen anderen Berufen, in denen man nicht in diesem Umfang die Möglichkeit hat, sein berufliches Gesundheitsrisiko maßgeblich zu beeinflussen und selbst zu gestalten!

In Australien erfreuen sich die meisten Sexarbeiterinnen inzwischen einer besseren sexuellen Gesundheit als die weibliche Allgemeinbevölkerung. Dies zeigt, was sich erreichen lässt, wenn Sexarbeit *nicht* kriminalisiert wird (weder aufseiten der Sexarbeiterinnen noch der Kunden), sondern Sexarbeit als eine normale Arbeit/Dienstleistung respektiert wird, und die Gesellschaft Verantwortung für gesundheitliche Aufklärung und Prävention auf diesem Gebiet übernimmt.

Eine SDL (Abk. für *Sexdienstleisterin*), die sich streng an die Prinzipien des Safer Sex hält, darüber hinaus weitere Schutzmaßnahmen (z.B. in Hinblick auf HPV) ergreift, insgesamt vorsichtig, umsichtig, gesundheits- und risikobewusst handelt, sich ein mit niedrigem Risiko verbundenes Setting (Location) für ihre Tätigkeit aussucht, nicht ausnahmslos jeden Kunden/Kundenwunsch akzeptiert, sich trotz ihres vergleichsweise niedrigen Risiko-Levels infektionsmedizinisch überwachen lässt, um im Falle eines Falles die Infektion rasch zu bekämpfen und zu beseitigen (wissend, dass Kondome keinen 100 %-Schutz bieten, vor allem auch nicht vor HPV und verschiedenen bakteriellen Erregern, die auch durch Schmierinfektionen außerhalb des eigentlichen GV übertragen werden können), an der Krebsvorsorge beim Frauenarzt regelmäßig teilnimmt und gegen Hepatitis B und (möglichst rechtzeitig) gegen HPV geimpft ist sowie **nicht raucht**, ist gut aufgestellt.

Ein Null-Risiko gibt es dennoch nicht – aber das gibt es auch in keinem anderen Beruf. Viel größer sind dann die schon erwähnten gesundheitlichen Gefahren, die sich aus Verführungen ergeben, denen SDLs im Rahmen ihrer Tätigkeit ausgesetzt sein können, also Gefahren, die nicht direkt dem Gebiet der Infektionsmedizin zuzurechnen sind. Immerhin: Alkohol und Drogen erhöhen

Infektionsrisiken durch Kontrollverlust und größere Risikobereitschaft, Rauchen durch Schwächung der Immunabwehr und vermehrte Eintrittspforten für bestimmte STI-Erreger.

- SDLs stellen in Deutschland keine Risikogruppe für HIV/AIDS dar (sofern nicht spezielle Risiken bestehen, die außerhalb der Sexarbeit liegen)
- Viele SDLs sind „Expertinnen“ in Sachen STDs und STI-Prävention, was ihnen – im Vergleich zur weiblichen Allgemeinbevölkerung – auch ein erhöhtes Risikobewusstsein bei nicht-beruflichen Sexkontakten erlaubt.
- Die sexuelle Gesundheit von SDLs wird – Studien zufolge jedenfalls in Deutschland, aber auch in vielen anderen Ländern – auch stark von privaten Sexkontakten mit festen oder nicht-festen Partnern beeinflusst; ein wichtiges Indiz, dass die Risiken aus der Sexarbeit offenbar nicht so groß sind, dass sie privat eingegangene STI-Risiken (die Nicht-Sexarbeiterinnen ebenso eingehen könnten) überdecken.

Allerdings ist die Empfänglichkeit für STIs im Genitaltrakt von SDLs auch erhöht, was sie bei privaten Kontakten (vor allem ungeschützten) im Vergleich zu Frauen der Allgemeinbevölkerung tatsächlich höheren Infektionsrisiken aussetzt. Mikroverletzungen durch häufigen GV, Fingern oder Sextoys, Reizungen der Schleimhäute durch Gleitmittel und Kondombeschichtungen, Verschiebungen der natürlichen (vor STI-Infektionen relativ gut schützenden) Genitalflora (Mikrobiom) in eine eher ungünstige Richtung (Abnahme von Laktobazillen, Entwicklung einer Mischflora oder bakteriellen Vaginose) erhöhen Infektionsrisiken auch bei privaten Sexkontakten und dürften daher die große Rolle privater Sexkontakte/Partnerschaften für das STI-Risiko von SDLs mit erklären.

- Aus Ländern mit hoch entwickelter STI-Prävention bei der Sexarbeit wie z.B. Australien (sehr hohe Kondomnutzungsraten; Aufklärungsbücher für SDLs; monatliche STI-Untersuchung; Untersuchung der Kunden durch die SDL in einem hellen Raum vor dem Sex usw.) wird dennoch berichtet, dass SDLs sexuell gesünder sind als die weibliche Allgemeinbevölkerung gleichen Alters!

Fazit: Tatsache ist also, dass die SDL ihr (gesundheitliches/infektionsmedizinisches) Schicksal weitestgehend in der eigenen Hand hat und selbst darüber bestimmt, wie hoch ihr Gefährdungsniveau liegt – von „minimal“ bis „sehr gefährlich“. Im Idealfall kann sie ihr STD-Risiko unter dasjenige ihrer nicht-sexarbeitenden Altersgenossinnen senken – z.B. indem sie ihr Wissen und ihre Erfahrung auch bei privaten Sexkontakten nutzt und umsetzt.

Hinweis für Deutschland: Ab 1.7.2017 besteht Kondompflicht bei Vaginal-, Anal- und Oralverkehr, wobei die Anwendung des Kondoms am Körper des Mannes vorgeschrieben ist. Daraus folgt, dass Femidome der Kondompflicht nicht genügen, während ungeschütztes Lecken (Cunnilingus) an SDLs (sei es durch Kunden, sei es durch Kolleginnen z.B. im Rahmen von Lesbenspielen) weiterhin erlaubt sein dürfte, weil Cunnilingus von einer Kondompflicht, die konkret auf die Anwendung des Kondoms am Körper des Mannes abstellt, nicht erfasst wird.

Die vorliegende Checkliste umfasst (realitätsorientiert) nur „Basismaßnahmen“ für einen „mittleren“ Sicherheitsstandard, also Maßnahmen der Risikoverminderung, die aber nicht zur fast kompletten Risikofreiheit ausreichen.

Ein **sehr hoher Sicherheitsstandard** setzt beispielsweise ausnahmslos geschützten Oralverkehr (Blasen, Lecken, auch im Rahmen von Lesbenspielen) voraus, zusätzlich die HPV- und HBV-Impfung (trotz im Einzelfall eingeschränkter Effektivität der HPV-Impfung bei „zum richtigen Zeitpunkt verpasster“ und deshalb später nachgeholter Impfung).

Die Checkliste stellt somit nur eine Kompromisslösung dar, die nicht auf maximale Sicherheit abstellt, sondern die Realität in der Sexarbeit und das Angebotsspektrum seitens der SDLs als gegeben hinnimmt, **wie es bis zur Einführung des Prostituiertenschutzgesetzes in Deutschland bestand**. Darauf aufbauend (!) versucht die Checkliste risikoreduzierende Maßnahmen abzufragen und lediglich von Handlungen mit sehr hohem Risiko abzuraten.

Dies ändert nichts an der infektionsmedizinisch begründeten Tatsache, dass Lecken und Blasen bei der Sexarbeit „eigentlich“ (*auch außerhalb des Gültigkeitsbereiches des*

Prostituiertenschutzgesetzes) nur geschützt erfolgen sollten. Ein hoher Standard an Infektionsschutz ist nur unter strenger Einhaltung dieser Empfehlung denkbar.

Die Checkliste bringt aber auch Verständnis dafür auf, dass sich SDLs im Rahmen ihres sexuellen Selbstbestimmungsrechtes (*außerhalb des Gültigkeitsbereiches des Prostituiertenschutzgesetzes, das dieses Recht einschränkt*) aus unter Umständen wohl überlegten und sorgfältig abgewogenen Gründen für Praktiken entscheiden, die nicht den höchsten Sicherheitsstandard bieten (z.B. FO, ungeschütztes Lecken bei Kolleginnen). Diese Abweichungen vom „Präventionsoptimum“ werden respektiert und akzeptiert, und es werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie man die damit verbundenen Risiken zwar nicht eliminieren, aber doch verringern kann.

Aspekte der allgemeinen Körper- und Intimhygiene – die für SDLs, aber auch ihre Kunden selbstverständlich von besonderer Bedeutung sind – werden in den Checklisten nicht abgehandelt.

Es ist hervorzuheben, dass diese Checkliste nicht auf die Rechtslage in Deutschland ab 1.7.2017 abstellt und daher formal in Deutschland nicht gültig ist, auch wenn an einigen Stellen auf das Prostituiertenschutzgesetz informell hingewiesen wird.

Eine an die Rechtslage in Deutschland adaptierte Checkliste müsste wichtige Bereiche der Sexarbeit (wie ungeschütztes Blasen) ausklammern – darunter „Kernleistungen der Sexarbeit“ wie FO (= *Blasen ohne Kondom*), von denen man annehmen muss, dass sie außerhalb der Grenzen Deutschlands weiterhin unvermindert üblich sein werden oder sogar noch an Bedeutung gewinnen, wenn „Sextouristen“ aus Deutschland in angrenzenden Ländern verstärkt jene Praktiken nachfragen, die in Deutschland bußgeldbedroht und nicht mehr zulässig sind.

Die hohe Anzahl von ca. 125 Fragen sollte nicht abschrecken – diese beziehen sich schließlich auf alle infektionsrelevanten mehr oder weniger häufig angebotenen Sexpraktiken. Wenn nicht das „ganze Spektrum“ angeboten wird, erledigt sich ein Teil der Fragen von selbst. Dies gilt zum Beispiel auch für Fragen, die sich auf ungeschütztes Blasen „am Mann“ beziehen (FO / FA / FT), das ab 1.7.2017 in Deutschland nicht mehr zulässig ist.

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen:

SDL = Sexarbeiterin, Sexdienstleisterin

STI = sexually transmitted infections (sexuell übertragene Infektionen)

(nicht jede Infektion führt auch zu einer Erkrankung, also zu einer STD)

STD = sexually transmitted diseases (Geschlechtskrankheiten im engen und weiteren Sinne: alle Krankheiten, die auch durch sexuelle Akte übertragen werden können, selbst wenn dies nicht der einzige oder wichtigste Infektionsweg ist)

GV = vaginaler Geschlechtsverkehr

GVM = vaginaler Geschlechtsverkehr mit Kondom

GVO = vaginaler Geschlechtsverkehr ohne Kondom

AV = Analverkehr

AO = alles ohne = mindestens GV und OV ohne Kondom (evtl. auch AV ohne Kondom)

OV = Oralverkehr (sowohl Fellatio wie Lecken) (also Überbegriff)

FM = Fellatio mit Kondom („Französisch mit“)

FO = Fellatio ohne Kondom („Französisch ohne“)

ZK = Zungenküsse

Lecken = Cunnilingus

CHX = Chlorhexidin-Lösung (wird in der Regel als Mundspüllösung verkauft; bis 0,2 %)

OCT = Octenisept (Haut- und Schleimhautantiseptikum)

PVP-Jod = Povidon-Jod (als Mundspüllösung: Betaisodona Mund Antiseptikum)

HBV = Hepatitis-B-Virus

HPV = Humanes Papilloma-Virus

HSV = Herpes Simplex Virus (HSV-2 : Herpes simplex Typ 2)

CHECKLISTE (Sexarbeiterinnen)

Sondersituation Deutschland (Prostituiertenschutzgesetz ab 1.7.2017)

ja nein entfällt (betrifft mich nicht, z.B. weil ich dies nicht anbiete)

▼ ▼ ▼

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich weiß, dass der Freier beim Vaginal- und Analverkehr, aber auch beim Oralverkehr am Mann (Blasen beim Mann) ein Kondom benutzen muss. Erfolgt dies nicht, handelt es sich um eine Ordnungswidrigkeit seitens des Freiers, die mit einem Bußgeld von bis zu 50.000 Euro geahndet (bestraft) werden kann (für den Freier). |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|

Auch als SDL bin ich nach diesem Gesetz verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass der Freier ein Kondom nutzt.

Da das Kondom ausdrücklich am Körper des Mannes zur Anwendung kommen muss, erfüllt ein Femidom (Frauenkondom) die gesetzliche Kondompflicht nicht.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Ich weiß, dass ich mich jährlich (für unter 21-Jährige: halbjährlich) beim Gesundheitsamt oder einer anderen dafür in der Region vorgesehenen Behörde gesundheitlich beraten lassen muss (Ausnahme: bei erstmaliger Anmeldung von ab 21-Jährigen bis zum 31.12.2017 ist die erste Folgeberatung erst innerhalb von 24 Monaten erforderlich, danach gilt auch für diese SDLs die 12-Monats-Frist. Für SDLs unter 21 Jahren gilt die 6-Monats-Frist ausnahmslos). |
|--------------------------|--------------------------|--|---|

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Ich weiß, dass ich die Bescheinigung über die erfolgte gesundheitliche Beratung (ebenso wie die Anmeldebescheinigung) bei Ausübung der Sexarbeit immer bei mir führen muss. |
|--------------------------|--------------------------|--|---|

A. Allgemeines: Impfungen

ja nein entfällt (betrifft mich nicht, z.B. weil ich dies nicht anbiete)

▼ ▼ ▼

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich bin gegen Hepatitis B (HBV) geimpft (► Kap. I.1.1.1). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja: ich habe den Impfschutz überprüfen lassen und der Schutz (d.h. Antikörpertiter) ist noch ausreichend hoch (► Kap. I.1.1.1). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich bin bereits gegen HPV (Humane Papilloma Viren) geimpft
(einzige zurzeit verfügbare Impfstoffe:
<u>Gardasil</u> – schützt auch vor Genitalwarzen und sieben krebserregenden HPV-Typen)
<u>Cervarix</u> – schützt nicht vor Genitalwarzen und nur vor den beiden „gefährlichsten“ krebserregenden HPV-Typen 16 und 18, führt aber zu durchschnittlich höheren Antikörpertitern) (► Kap. I.1.1.2). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn nein: ich habe mich über die Möglichkeit einer nachträglichen Impfung informiert / ärztlich beraten lassen (► Kap. I.1.1.2.2) |

Hinweis: Die maximale Schutzwirkung der Impfung wird erreicht, wenn sie vor Aufnahme sexueller Aktivität erfolgt. Hat man sich dagegen schon vor der Impfung mit impfpräventiblen HPV-Typen infiziert, nimmt der Nutzen (d.h. die Schutzwirkung) der Impfung ab. Wurde die Infektion aber überwunden und hat keine oder nur niedrige Antikörpertiter hinterlassen, ist der Schutzeffekt der Impfung weiterhin sehr hoch. Auf eine zum Impfzeitpunkt aktuell bestehende Infektion hat die Impfung keinen oder nur noch einen geringen günstigen Einfluss.

Angesichts ihres hohen HPV-Risikos kann eine Impfung daher auch für aktive SDLs noch eine **Risikominderung** bieten, wobei folgende Kriterien eher zugunsten einer Impfung sprechen:

- junges Alter (bis „Anfang 20“) / geringe sexuelle Erfahrung / geringe Partnerzahl
- Berufsanfängerin (als SDL) besonders in Kombination mit „jungem Alter“
- häufiger ungeschützter Oralverkehr (FO, auch Lecken/Lesbenspiele) (Risiko der Aufnahme von HPV in die Mund-/Rachen-Region) **(Ein gute Schutzwirkung der Impfung mit Cervarix auch nach Aufnahme sexueller Aktivität bei jungen erwachsenen Frauen ist bereits nachgewiesen, und für Gardasil zeigte sich ein sehr guter Schutz vor persistierenden Infektionen mit den impfpräventiblen HPV-Typen selbst bei Impfung im fortgeschrittenen Erwachsenenalter).**

Wegen des hohen genitalen HPV-Infektionsrisikos bei SDLs müssen Lesbenspiele mit Kolleginnen als besonders hohes Risiko für die Aufnahme von HPV in den Mund-Rachen-Raum angesehen werden.

- wenn am Gebärmutterhals im Rahmen eines HPV-Tests kein HPV-16 nachweisbar ist

- Rauchen (erhöht Risiko persistierender und damit „gefährlicherer“ HPV-Infektionen)
- nach/bei Behandlung einer Cervix-Dysplasie (Impfung verkleinert das Risiko eines Rezidivs, also der Entstehung einer erneuten Dysplasie)

Hinweis 2: SDLs sollten sich nicht von den hohen Kosten der Impfung abschrecken lassen. Auch wenn der Impfzyklus offiziell 3 Impfungen innerhalb von 6 Monaten umfasst, bieten bereits zwei Spritzen für einen Zeitraum von ca. 3 bis 4 Jahren einen Impfschutz, der demjenigen eines kompletten Impfzyklus mit 3 Spritzen fast gleichwertig ist (jedenfalls bei Cervarix) – immerhin besser, als aus Kostengründen ganz auf die Impfung zu verzichten. Allerdings dürfte der Impfschutz dann langfristig gesehen weniger lange anhalten; die dritte Impfdosis dient bei Erwachsenen der langfristigen Sicherung des Impferfolges. Besser sind daher drei Spritzen (Impfdosen), wobei die dritte Impfdosis dann aber auch noch später nachgeholt werden kann.

Der beste Impfschutz für SDLs dürfte erreicht werden in der Kombination aus 3 Dosen Gardasil 9 (Schutz vor Genitalwarzen und breites Spektrum zervikal krebserregender HPV-Typen), gefolgt von einer Dosis Cervarix (zur Sicherung hoher Antikörpertiter gegen HPV 16, wie sie wahrscheinlich für einen guten Schutzeffekt vor potenziell krebserregenden HPV-16-Infektionen im Mund-Rachen erforderlich sind, da die Antikörperkonzentration in der Mundflüssigkeit nur bei 0,1 % bis 1 % derjenigen im Blut liegt). Ein solches Impfschema entspricht zurzeit aber nicht den Empfehlungen der Hersteller oder anderer offizieller Stellen.

Hinweis 3: Mögliche vorübergehende Nebenwirkungen, wie sie immer nach Impfungen vorkommen können (wie z.B. Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, leichtes Fieber, Schmerzen an Einstichstelle), könnten bei der Terminierung der Impfungen berücksichtigt werden (z.B. nicht vor Tagen mit hohen Belastungen/Anstrengungen).

Hinweis 4: Weitere Informationen unter folgendem Link:

<http://freepdfhosting.com/76654add31.pdf>

(Auf diesen Link kann auch ggf. verwiesen werden, wenn eine Sexarbeiterin die Kostenübernahme durch eine gesetzliche oder private Krankenkasse beantragt, denn die Krankenkassen sind bei Erwachsenen nicht zur Kostenübernahme verpflichtet. Es handelt sich um eine Kulanzleistung, die argumentativ gut untermauert sein sollte. Manche Krankenkassen zahlen aber freiwillig bis zum Alter von 26 Jahren, auch ohne sich als SDL erkennen zu geben müssen – dies nennt sich dann „Satzungsleistung“).

Für HPV-Geimpfte:

- ☐ ☐ ☐ Ich weiß, dass ich trotz HPV-Impfung die **jährliche Krebsvorsorge** beim Frauenarzt (oder ggf. Gesundheitsamt) durchführen lassen soll, da die HPV-Impfung nicht vor allen gefährlichen HPV-Typen schützt und durch „verspätete Impfung“ der Schutzeffekt der Impfung weiter vermindert werden kann. Die Impfung bietet daher keinen absoluten Schutz gegen HPV-verursachte genitale Dysplasien (mögliche Krebsvorstadien) oder Krebse, sondern nur eine Risikoreduktion, deren Umfang individuell sehr unterschiedlich ausfallen kann

und nicht absehbar ist.

(Je nach Alter, Ergebnis eines cervikalen HPV-Tests und HPV-Impfstatus kann das Untersuchungsintervall in Absprache mit dem Frauenarzt aber möglicherweise über ein Jahr hinaus verlängert werden).

(► Kap. I.1.1.2, I.3.3, I.3.4).

B. Allgemeines: Materialien

Ich habe in meinen Utensilien vor Ort:

- ☐ ☐ ☐ begrenzt viruzides **Hautdesinfektionsmittel**
(*muss für die Haut geeignet sein!*) (► Kap. I.8)
- ☐ ☐ ☐ (begrenzt) viruzide / bakterizide Desinfektionstücher zur „Penisantisepsis“ z.B. vor FO (*in Deutschland verboten*) oder zur Reinigung der vom Kondom nicht geschützten Penisbasis beim Kondomwechsel im Rahmen eines Dreiers (Kunde mit 2 SDLs), wo der Kunde sich beim Wechsel vom GV mit einer Frau zur anderen nicht selbst reinigen (duschen, waschen) kann
(► Kap. I.9)
- ☐ ☐ ☐ ggf. Desinfektionsmittel für Dildos (Problem: HPV-Wirksamkeit)
- ☐ ☐ ☐ • **Alkoholfreies Chlorhexidin (CHX) 0,2 %, PVP-Jod oder Octenisept** (für **besondere Risikosituationen** beim ungeschützten Oralsex, *aber – ggf. mit Ausnahme von verdünntem PVP-Jod - nicht zum täglichen Dauergebrauch geeignet*)
 - **alkoholfreies CHX 0,05 oder 0,06 %** (z.B. GUM Paroex 0,06 % oder Perio Aid Maintenance oder ähnliche) (*für täglichen Dauergebrauch, ggf. auch mehrfach täglich, grundsätzlich geeignet, allerdings je nach individueller Neigung zu Verfärbungen an Zungenrücken und Zähnen*)
für antiseptische Spülungen im Mund-/Rachenraum vor allem nach Situationen mit erhöhtem Risiko (Lecken bei Kolleginnen, versehentliche oder fragliche Aufnahme, Aufnahme eines Lusttropfens, FO bei Risikokandidaten, Deep Throat).

Hinweis für den Einsatz im Zusammenhang mit Oralsex:

Alkoholfreies CHX 0,2 %, PVP-Jod oder Octenisept nur nach seltenen Situationen mit besonders hohem Risiko (wegen stärkerer Verfärbungstendenz für Zungenrücken und Zähne beim CHX sowie anhaltendem bitteren Geschmack beim Octenisept; PVP-Jod ist angenehmer im Geschmack); **alkoholfreies CHX 0,05 oder 0,06 %** kann dagegen häufiger (täglich 1 x und bei manchen Personen auch öfter als 1 x pro Tag) angewandt werden.

Die stärkste STI-Wirksamkeit dürften PVP-Jod und Octenisept aufweisen (außer HPV im Falle von Octenisept), beide Präparate sind aber nur zur seltenen, gelegentlichen Anwendung geeignet – PVP-Jod je nach Verdünnung. HIV-Wirksamkeit ist nach Labordaten ab 0,5 % PVP-Jod gegeben.

Listerine (mit Alkohol) kommt nach Risikosituationen ebenfalls infrage, danach sollten dann aber mehrere Stunden keine Risikosituationen (mit potenziellem HIV-Risiko) mehr eingegangen werden (Alkoholkontakt erhöht für einige Stunden die Empfänglichkeit der Mundschleimhaut für HIV).

Grundsätzlich sollten alkoholhaltige Spülungen höchstens (!) 2x am Tag erfolgen, besser seltener; dies gilt ganz besonders für Raucher. Für die Routineanwendung in der Sexarbeit sind solche alkoholhaltigen Lösungen daher kaum geeignet.

Gegenüber CHX sind in seltenen Fällen Allergien möglich; in diesen Fällen darf es auf keinen Fall weiterhin verwendet werden (► Kap. I.10.2, I.10.3)

- ☐ ☐ ☐ **Wenn ich öfters am Tag FO* betreibe:** da so häufige Spülungen mit CHX (wegen Verfärbungstendenz) oder alkoholhaltigem Listerine (wegen der Risiken des Alkoholgehaltes) nicht möglich sind, kann es notwendig sein, für Situationen mit geringerem Risiko mildere (d.h. CHX- und alkoholfreie) Mundspüllösungen dabei zu haben, z.B. auf der Basis ätherischer Öle wie z.B. Listerine Zero. (Notfalls mit Leitungswasser spülen: wirkt zwar nicht antiseptisch, führt aber durch Gurgeln, Spülen und Ausspucken rein mechanisch zu einer Keimreduktion). (* in Deutschland verboten)

- ☐ ☐ ☐ **Wenn ich nicht gegen HPV geimpft bin:** selbst hergestellte Carrageen-Lösung (Carrageen-Pulver, am besten iota-Carrageen, in Wasser geben und schütteln; keine weiteren Zusätze zugeben) als experimentelle Spüllösung gegen oral aufgenommenes HPV (besonders vor und nach dem Lecken bei Kolleginnen, aber auch bei FO). Carrageen wirkt auch gegen andere Viren (wie HIV), nicht aber gegen STI-Bakterien (außer Chlamydien). Wenn Carrageen im Zusammenhang mit einer anderen antiseptischen Spüllösung (die antibakteriell wirkt) angewandt werden soll, einige Minuten Zeitabstand einhalten, damit Carrageen nicht durch Bestandteile der anderen Spüllösung inaktiviert wird. Carrageen-Pulver nicht in eine andere antiseptische Spüllösung geben (Risiko der Inaktivierung).

- Das Carrageen-Verfahren im Zusammenhang mit Oralsex ist eine experimentelle Notlösung für Ungeimpfte, wobei der höchste Effekt im Rahmen einer Periexpositionsprophylaxe erzielt werden dürfte, d.h. Spülen/Gurgeln/Rachenspray mit Carrageen-Lösung vor dem Oralsex und erneut direkt danach.
(► Kap. I.10.2 bis I.10.4)

- ☐ ☐ ☐ ggf. Fingerlinge (vaginales/anales Fingern durch den Kunden; anaales Fingern beim Kunden) (► Kap. III.12.2)

- ☐ ☐ ☐ wasserdichte Pflaster zur Abdeckung von Wunden oder entzündlichen Hautstellen, die ggf. mit Sperma benetzt werden könnten (falls Körperbesamung angeboten wird oder versehentlich erfolgt) (Sperma auf intakter Haut stellt dagegen kein Risiko dar)

- ☐ ☐ ☐ Lippenpflegestift/Lippenbalsam (Vermeidung rissiger Lippen / Mundwinkel (falls nach frischem Lippeneinfetten FM erfolgt: Kondom vor GV/AV wechseln!). Hohes Risiko für rissige Lippen und Mundwinkelrhagaden vor allem bei häufigen Zungenküssen, daher Lippenpflege sehr wichtig.
(► Kap. I.11.4)

- ☐ ☐ ☐ öl- und fettfreies Gleitmittel (Kondomschutz!) (wasser- oder silikonbasiert; da silikonbasiertes Gleitmittel nicht mit Sexspielzeug aus Silikon in Kontakt geraten darf, ist ggf. wasserbasiertes Gleitmittel wegen seiner universelleren Verwendbarkeit vorzuziehen). Die Verwendung wasser- oder silikonbasierter Gleitmittel reduziert das Risiko von Kondomrissen, während öl- oder fetthaltiges Gleitmittel Kondome porös macht (►Kap. I.7.1)
Hinweis: Es gibt spezielle Gleitmittel, die auch für Massagen geeignet und kondomkompatibel gegenüber Latexkondomen sind.
- ☐ ☐ ☐ Femidome oder Lecktücher (zum geschützten Lecken oder geschützten 69) (manche Kunden wollen von sich aus nur geschützt lecken) (►Kap. I.7.2)
- ☐ ☐ ☐ ich verwende nur geprüfte Markenkondome (Aufdruck DIN EN ISO 4074:2002), achte auf richtige Lagerung (kühl, trocken) und das Ablaufdatum und vermeide Beschädigungen z.B. durch Fingernägel, Scheren, Schmuck oder Zähne (►Kap. I.7.1)
- ☐ ☐ ☐ für Kunden mit (angeblicher) Latexallergie halte ich einige Polyurethan-Kondome bereit (►Kap. I.7.1) (Latexallergie ist kein Grund für kondomfreien Sex)
- ☐ ☐ ☐ beim FM sind latexfreie Kondome zu bevorzugen (Risiko der Freisetzung/ Verschlucken gesundheitsschädlicher Nitrosamine aus Latexkondomen, je nach Details beim Herstellungsverfahren der Kondome, die für den Endverbraucher nicht immer erkennbar sind). Starker unangenehmer Geschmack beim Blasen könnte ein Indiz für ein Nitrosamine und nitrosierbare Substanzen freisetzendes Kondomfabrikat sein. Solche Kondome sollten nicht zum FM benutzt werden.
Hochwertige geschmacksfreie/-arme Latexkondome oder – besser noch – latexfreie Kondome sollten daher zum Blasen bevorzugt werden.
- ☐ ☐ ☐ Kondome für FM sollten vom Hersteller als für die Anwendung beim OV geeignet deklariert sein
- ☐ ☐ ☐ für Kunden mit ungewöhnlichen Penisdicken (sehr dick/sehr dünn) halte ich Kondome in Sondergrößen bereit (Risikoreduktion von Kondomversagen durch Abrutschen von zu dünnem Penis oder Reißen/Platzen bei zu dickem Penis. (Penislänge spielt dagegen eine untergeordnete Rolle). (►Kap. I.7.1)
(Googeln: "Kondometer")
- ☐ ☐ ☐ **nur falls AV angeboten wird:** Abführzäpfchen für den Fall von Kondomversagen mit Ejakulation in den Enddarm (►Kap. II.6)

C. Allgemeines: Verhaltensgrundsätze

- ☐ ☐ ☐ Ich tue nichts, was mich ekelt oder wovor ich Angst habe.
- ☐ ☐ ☐ Ich bin mir meines sexuellen Selbstbestimmungsrechts bewusst; mein Körper gehört mir.
- ☐ ☐ ☐ Ich trinke vor oder während der Sexarbeit keinen Alkohol oder höchstens sehr geringe Mengen, um einen „klaren Kopf“ und die Kontrolle über die Situation zu behalten; ich weiß, dass Alkoholkonsum die Risikobereitschaft fördert und zu Kontrollverlust führen kann.

Außerdem erhöht Alkoholkontakt der Mundschleimhaut (durch Getränke oder Mundspülungen) für einige Stunden die Aufnahme von HIV in Mundschleimhautzellen, so dass nach Alkoholkontakt Praktiken mit potenziellem oralen HIV-Risiko mit einem erhöhten Risiko verbunden sein können (ob mit dem Alkoholkontakt aber tatsächlich ein erhöhtes Infektionsrisiko über die Mundschleimhaut einhergeht, ist nicht gesichert).

- ☐ ☐ ☐ Ich weiß, dass Rauchen ein sehr hohes Gesundheitsrisiko darstellt und lebenslanges starkes Rauchen etwa 10 Lebensjahre kostet. Rauchen schwächt auch das Immunsystem und erhöht die Risiken, sich eine STI einzufangen. Rauchen verringert auch die Chance, dass bestimmte STIs (wie HPV) von selbst wieder ausheilen und fördert deren Chronifizierung.
- ☐ ☐ ☐ Bei der Auswahl der Arbeitsstelle achte ich darauf, dass dort ein vergleichsweise hoher Hygiene- und Sicherheitsstandard herrscht und das sexuelle Selbstbestimmungsrecht respektiert wird. Ich weiß, dass ich mich einem erhöhten Risiko aussetze, wenn ich an einer Arbeitsstelle arbeiten würde, an der „GVO/AO“ häufig oder üblich ist, selbst wenn ich selbst „safer“ arbeiten würde – erhöhte Risiken z.B. beim Blasen ohne, Lecken ohne, Zungenküssen oder bei Kondomversagen (► Kap. I.4).
(in Deutschland sind derartige Arbeitsbedingungen ab 1.7.2017 untersagt)
- ☐ ☐ ☐ Ich weiß, dass auch ein frischer negativer HIV-Test keinen Beweis dafür darstellt, dass die betreffende Person HIV-frei ist (z.B. ein Kunde, der mit Vorlage eines aktuellen negativen HIV-Tests kondomfreien Sex wünscht). Bei Frischinfizierten, die noch keine Antikörper gebildet haben und bei denen der HIV-Test daher noch negativ ausfällt, ist das Infektionsrisiko für den anderen Partner/in sogar besonders hoch (extrem hohe Viruslast z.B. im Sperma). Daher lasse ich mich nie auf kondomfreien GV/AV ein, selbst wenn mir ein negatives HIV-Test-Ergebnis gezeigt wird (► Kap. I.15, II.7).
- ☐ ☐ ☐ Ich kenne die sichtbaren Haut-/Schleimhauterscheinungen oder sonstigen Symptome (z.B. Art und Beschaffenheit des Ausflusses) von STDs bei Männern und Frauen (z.B. durch Recherchen im Internet oder aus Büchern) (z.B. Google-Bildersuche; ► Kap. I.6)
- ☐ ☐ ☐ Sofern ich Praktiken aus dem Bereich des ungeschützten Oralverkehrs und/oder Zungenküsse anbiete, Sorge ich durch regelmäßige antiseptische Spülungen und Gurgeln (alkoholfrei) dafür, dass ich im Mund möglichst wenige Entzündungen (z.B. von Zahnfleisch, Mandeln, Rachen) habe, die als Eintrittspforten für Krankheitserreger dienen könnten. Ich spüle und gurgle daher täglich mit einer antiseptischen Mundspüllösung (sog. **routinemäßige Spülung**).
(Bei längeren Pausen der Sexarbeit, z.B. Urlaub, kann ich diese Spülungen aber unterbrechen, damit die normale Mundflora wieder regenerieren kann; wenige Tage vor Wiederaufnahme der Sexarbeit beginne ich dann wieder mit der täglichen antiseptischen Spülung) (► Kap. I.10.2.1)
- ☐ ☐ ☐ **kein** Zähneputzen/Zahnseidefädeln im zeitlichen Zusammenhang mit ungeschütztem FO/Lecken (ggf. Zahnpflegekaugummis nutzen) (► Kap. I.11.2)
- ☐ ☐ ☐ An Arbeitstagen führe ich vor Arbeitsaufnahme oder nach dem ersten ungeschützten OV oder den ersten ZK eine antiseptische Mundspülung (mit Gurgeln) durch; ideal ist CHX (0,05 oder 0,06 %) auch wegen des mehrstündigen Depoteffektes von CHX aufgrund der guten Haftkraft an der Mundschleimhaut (sofern die tägliche CHX-Anwendung auch in dieser niedrigen Dosierung nicht zu störenden Zahn-/Zungenverfärbungen

führt, was individuell unterschiedlich ist)

- ☐ ☐ ☐ Ich weiß, dass ich im zeitlichen Zusammenhang mit der CHX-Spülung keine Zahnpasta verwenden darf (Tenside oder bestimmte Fluoridverbindungen in Zahnpasta können CHX inaktivieren). Zahnpasta könnte auch den durch CHX zuvor aufgebauten „Depoteffekt“ zerstören.
(► Kap. I.10.2.1) .
- ☐ ☐ ☐ Ich weiß, dass zuckerhaltige Speisen und Getränke (Saccharose) die antimikrobielle Wirksamkeit von CHX beeinträchtigen. Daher im zeitlichen Zusammenhang mit CHX-Anwendung nichts Zuckerhaltiges konsumieren. Ein ggf. vorhandener Depoteffekt aus einer vorausgehenden CHX-Spülung kann dadurch verloren gehen.
- ☐ ☐ ☐ Ich achte auf Textilhygiene (frisch gewaschene Betttücher/große Handtücher oder Ähnliches als Unterlagen bei jedem Kundenwechsel), da manche STD-Keime auch über Wäsche, Handtücher usw. übertragen werden können
- ☐ ☐ ☐ Ich trinke vor und während der Sexarbeit viel (alkoholfrei), damit ich nach GV bzw. Lecken (passiv) urinieren kann. Das Urinieren spült in die Harnwege eingedrungene/einmassierte Keime aus und reduziert dadurch das Risiko aufsteigender Infektionen in den Harnwegen
- ☐ ☐ ☐ Ich weiß, dass Intimirasur das Risiko für manche STIs erhöht, besonders für solche, die auch durch Haut-zu-Haut- bzw. Haut-zu-Schleimhaut-Kontakt übertragen werden können, und vor denen Kondome weniger gut schützen (wie Herpes simplex, HPV, Syphilis). Ursachen sind Mikroverletzungen beim Rasieren, die dann als Eintrittspforten für Viren oder Bakterien dienen.
Aus diesem Grund achte ich auf möglichst schonende Rasur und rasiere mich in möglichst großem zeitlichen Abstand zum nächsten Einsatz in der Sexarbeit, damit sich Mikrowunden bis dahin oberflächlich schließen können.

D. Vaginaler Geschlechtsverkehr (GV) und Analverkehr (AV)

- ☐ ☐ ☐ **vaginalen / analen** Geschlechtsverkehr im Rahmen der Sexarbeit und mit nicht-festen Partnern betreibe ich immer – ohne Ausnahmen (!) – mit **Kondomschutz** (► Kap. II.4, II.5)
(in Deutschland ab 1.7.2017 Kondompflicht im Paysex!)
- ☐ ☐ ☐ Kein Coitus interruptus (ohne Kondomschutz), der Penis muss schon beim ersten Kontakt mit weiblicher Genitalschleimhaut kondomiert sein (Risiko von Schmierinfektionen sowie Kontakt mit Lusttropfen)
- ☐ ☐ ☐ Aus diesem Grund sollte auch zur „Schlittenfahrt“ (Pussy Sliding) immer ein Kondom verwendet werden, da hier ein intensiver Kontakt zwischen Penishaut/-schleimhaut und weiblichen Genitalschleimhäuten (Schamlippen) stattfindet und Infektionserreger übertragen werden können. Auch ein Kontakt mit Lusttropfen und ein versehentliches Eindringen des Penis in die Scheide sind dabei nicht auszuschließen.

- ☐ ☐ ☐ Kein Verzicht auf Kondom „bei guten Stammkunden“, „gegen Extrageld“, bei „kritischen“/nicht-festen privaten Partnern:
Das Risiko für eine Sexarbeiterin, sich bei kondomfreiem Sex eine STI einzufangen, ist höher als bei Frauen der Allgemeinbevölkerung, da durch häufigen Sex, häufige Verwendung von Kondomen (mit Beschichtungen), Gleitmitteln oder Speichel als Gleitmittlersatz die Genitalschleimhäute aus verschiedenen Gründen empfindlicher und empfänglicher für STIs sind. Daher ist die konsequente, korrekte, ausnahmslose Kondomanwendung so wichtig – auch mit „kritischen“ Partnern außerhalb des Paysex
- ☐ ☐ ☐ Die richtige Handhabung der Kondome ist mir bekannt und geübt,
• einschließlich der unbeschädigten Entnahme aus der Packung (►Kap. I.7.1),
• dass der Ring nach außen gehört,
• und des Zudrückens des Reservoirs beim Aufsetzen (►Kap. I.7.1)
(siehe nächste Seite)
- ☐ ☐ ☐ Ich beachte: Gleitmittel müssen bei Verwendung von Latexkondomen öl- und fettfrei sein. Sie müssen entweder wasser- oder silikonbasiert sein. Bei latexfreien Kondomen auf der Packungsbeilage nachlesen, welche Gleitmittel verwendet werden dürfen (►Kap. I.7.1)
- ☐ ☐ ☐ Ich weiß: trockene Scheide erhöht das Risiko für Kondomversagen (Reißen, Platzen) und verwende daher generell oder bei nicht optimaler Feuchtigkeit geeignete (auf Kondome abgestimmte) Gleitmittel (►Kap. I.7.1)
- ☐ ☐ ☐ Ich beachte: Latex-Kondome dürfen nicht mit Massageöl, Babyöl, Vaseline, Sonnencreme usw. in Kontakt geraten (Vorsicht bei Ölmassage vor GV!). Dies gilt auch für mit Massageöl benetzte Haut am Körper oder Finger (►Kap. I.7.1) (Ausnahme: latexfreie Kondome bzw. spezielle Gleit- und Massagegele mit Doppelfunktion, die kondomverträglich sind)
- ☐ ☐ ☐ Ich achte auf das rechtzeitige Herausziehen des kondomgeschützten Penis nach der Ejakulation, damit sich nicht das spermagefüllte Kondom vor oder beim Herausziehen vom erschlafften Penis ablöst. Kondom beim Herausziehen des Penis aus der Scheide mit der Hand festhalten
- ☐ ☐ ☐ Mindestens nach ausgedehntem Blasen mit Kondom (FM) oder nach Blasen mit Einsatz der Zähne wechsele ich das Kondom vor dem GV/AV (idealerweise sollte das Kondom immer nach FM vor GV/AV gewechselt werden:
„für jede Körperöffnung ein eigenes Kondom!“
(►Kap. III.8)
- ☐ ☐ ☐ Wenn ich mit latexfreiem Kondom geblasen habe, wechsele ich das Kondom vor GV oder AV immer. Bei latexfreien Kondomen ist das Risiko für ein Kondomversagen höher als bei Latexkondomen; das Risiko steigt weiter an, wenn das Kondom schon durch andere Praktiken wie FM „vorbelastet“ ist.
- ☐ ☐ ☐ Wenn ich mit frisch eingefetteten Lippen geblasen habe (FM, d.h. mit Kondom), wechsele ich ebenfalls vor GV/AV das Kondom (►Kap. I.7.1).
- ☐ ☐ ☐ Wenn sich im Kondom nach dem FM bereits deutlich sichtbar Flüssigkeit angesammelt hat, wechsele ich ebenfalls vor GV/AV das Kondom (►Kap. III.8).

- ☐ ☐ ☐ Bei sehr lang andauerndem oder besonders heftigem GV/AV wechsele ich zwischendurch das Kondom; ansonsten prüfe ich zwischendurch mit der Hand den richtigen Sitz des Kondoms, vor allem nach Stellungswechsel (► Kap. I.7.1).
- ☐ ☐ ☐ Ich weiß, dass ich nicht zwei Kondome übereinander benutzen darf (erhöhtes Risiko von Kondomversagen). Ob die dickeren Analverkehr-Kondome mehr Sicherheit bieten, ist aber fraglich (► Kap. I.7.1).
- ☐ ☐ ☐ Bei Gruppensexsituationen / Dreier muss der Kunde beim Übergang von einer Frau auf die andere unbedingt das Kondom wechseln.
- ☐ ☐ ☐ Da der Kunde sich beim „Frauenwechsel“ nicht waschen kann, sollte beim Kondomwechsel der Penis (vor allem die vom Kondom nicht geschützte Penisbasis) mit einem Hände-/Hautdesinfektionstuch gereinigt werden (Einwirkzeit von meistens einer Minute beachten!), um eine direkte Keimverschleppung über die basale (vom Kondom nicht geschützte) Penishaut (Schmierinfektion) von einer Frau auf die andere zu vermeiden. Die Verschleppung von Vaginalsekret zwischen zwei Frauen geht mit einem erhöhten Risiko für bakterielle Vaginosen einher.

Korrekte Anwendung des Kondoms:

1. Prüfung der Verpackung: ist ein kleines Luftpolster zu spüren? Ablaufdatum? Passende Größe? (z.B. Kondometer nutzen)

Jedes Kondom wird mit einer kleinen Menge Luft eingeschweißt. Ist kein Luftpolster mehr tastbar, könnte die Verpackung und damit auch das Kondom beschädigt sein. Ein Kondom aus einer luftleeren Verpackung sollte daher nicht mehr verwendet werden!

2. Verpackung vorsichtig öffnen, um das Kondom nicht zu beschädigen (an der gezackten Kante vorsichtig einreißen). Es empfiehlt sich, vorher das Kondom von der Ecke wegzuschieben, an der man die Packung öffnen wird.

3. Kondom aus der Folie herausschieben/-drücken (nicht ziehen oder zerren – Beschädigung mit Fingernägeln möglich)

4. Sichtprüfung: das Kondom nicht verwenden, wenn es ein Loch hat, spröde oder ungewöhnlich klebrig oder verfärbt ist, selbst wenn das Ablaufdatum noch nicht erreicht ist (eventuell falsch gelagert worden; Kondome sollten kühl und trocken gelagert werden)

5. Der Penis sollte zum Aufsetzen des Kondoms bereits steif sein

2. Vorhaut (sofern vorhanden) zurückstreifen, Eichel muss freiliegen

7. Die Rolle des Kondoms muss nach außen zeigen. Bei Bedarf das Kondom vorsichtig mit den Fingern hin- und herbewegen, um die richtige Seite zu erkennen, mit der das Kondom auf die Penisspitze aufgesetzt werden muss

2. Wurde das Kondom versehentlich falsch herum aufgesetzt (es lässt sich dann nicht abrollen), darf es nicht mehr herumgedreht, sondern muss verworfen werden (es könnten sich bereits Lusttropfen und Krankheitserreger an seiner Außenseite befinden)

3. Den Zipfel des Kondoms (Reservoir) mit zwei Fingern zusammendrücken, um die Luft herauszudrücken, und so zugedrückt auf den steifen Penis setzen. Im Reservoir darf kein Luftpolster entstehen (sonst Risiko des Platzens während der Ejakulation)

4. Das Kondom über den ganzen Penis nach unten abrollen, wobei es oben am Reservoir weiterhin festgehalten werden muss. Nicht ziehen oder zerren. Nicht vor dem Aufsetzen auf den Penis das Kondom komplett entrollen. Das Kondom langsam entrollen, so dass überschüssige Luft am unteren (offenen) Ende entweichen bzw. herausgedrückt werden kann.

5. Gleitmittel (öl- und fettfrei; wasser- oder silikonbasiert; unparfümiert) applizieren (auch bei Nutzung von bereits mit Gleitmitteln imprägnierten Kondomen). Bei latexfreien Kondomen können auch andere Gleitmittel zum Einsatz kommen (Packungsbeilage beachten).

6. Während des GV richtigen Sitz des Kondoms zwischendurch mit der Hand prüfen, vor allem auch bei Stellungswechsel. Bei Bedarf (für das Kondom zu kleiner Penis oder nicht ausreichende Erektion) Kondom mit der Hand festhalten, vor allem auch bei Stellungswechseln. Bei lang anhaltendem GV ggf. erneut Gleitmittel hinzugeben oder sogar das Kondom wechseln.

7. Nach der Ejakulation: Penis aus der Scheide herausziehen, bevor er erschlafft. Anderenfalls kann seitlich Sperma herausfließen. **Dabei muss das Kondom am Ring (Penisansatz) festgehalten werden, um zu vermeiden, dass es abrutscht, in der Scheide bleibt und Sperma in die Scheide fließt**

8. Danach Hände und Penis waschen.

Besondere Applikationstechniken (z.B. mit dem Mund beim Blasen) können die Akzeptanz des Kondoms bei Kunden erhöhen und eignen sich vor allem bei kondomkritischen Kunden oder solchen mit Erektionsstörungen bei/nach der Kondomapplikation. Allerdings müssen diese Techniken eingeübt werden; ggf. von erfahrenen Kolleginnen vorführen lassen.

Das Verfahren eignet sich auch bei nicht voll erigiertem Penis (in diesem Fall mit dem oval angespitzten Mund – nicht mit den Zähnen (!) – das Kondom aufsetzen, das Kondom mit dem Mund an der Penisspitze festhalten, mit den Fingern sanft abrollen).

- ☐ ☐ ☐ Ich kenne die Verhaltensmaßnahmen beim Kondomversagen bei GV:
- Keine Scheidenspülung [wegen Gefahr von Mikroverletzungen, die als Eintrittspforten für Viren dienen können]; außerdem könnte Sperma noch höher in den Genitaltrakt und in die für Infektionen besonders anfällige Cervixregion gespült werden
 - vorsichtig pressen und Sperma herauslaufen lassen;
 - austropfendes Sperma vorsichtig mit lauwarmem Wasser abwaschen. Keine Desinfektionsmittel oder Seifenlösungen ins Scheideninnere einbringen (zerstören die schützend wirkende normale Scheidenflora!)
 - urinieren (► Kap. II.4, III.9)
- ☐ ☐ ☐ **Schwangerschaftsverhütung:**
- Ich weiß, dass wegen der Möglichkeit von Kondomunfällen das Kondom als alleinige Verhütungsmethode nicht ausreicht, und benutze zusätzlich ein weiteres Verfahren (z.B. Pille, Diaphragma)
- ☐ ☐ ☐ Wenn die Pille für mich nicht infrage kommt und ich mich beim Frauenarzt über Alternativen beraten lasse, muss der Frauenarzt wissen, dass ich im Paysex arbeite, um eine risikoangemessene Beratung vornehmen zu können. Bestimmte Verhütungsverfahren (z.B. Dreimonatsspritze je nach Zusammensetzung; Spiralen) sind bei SDLs weniger gut geeignet, weil sie Infektionsrisiken (Dreimonatsspritze) oder das Aufsteigen von STD-Keimen im Genitaltrakt (Spirale) erhöhen bzw. erleichtern können.
- ☐ ☐ ☐ Außerdem weiß ich über die „Pille danach“ Bescheid und weiß, wie/wo ich im Bedarfsfall daran komme (ideales Zeitfenster: 12 bis 24 Stunden nach Risikoereignis, maximal 120 Stunden je nach Präparat)
- ☐ ☐ ☐ **Intimhygiene:** ich weiß, dass SDLs auf Scheidenspülungen/-waschungen/-duschen verzichten sollen, weil sie Infektionsrisiken und das Risiko für bakterielle Vaginose erhöhen und außer eventueller Geruchsminderung keine Vorteile bieten (Ausnahme: auf ärztliches Anraten). Sie beeinträchtigen die normale Scheidenflora, die durch hohen Laktobazillenanteil, hohen Säuregrad und wasserstoffperoxidbildende Laktobazillen selbst einen erheblichen Schutz vor STI-Erregern bietet, und erhöhen den pH-Wert (was ungünstig ist). (► Kap. I.10.1)

zusätzlich bei AV (falls AV angeboten wird):

- ☐ ☐ ☐ Ich nehme zum AV immer ein neues Kondom. Auch nach FM wechsele ich das Kondom. Da Latexkondome eine etwas höhere Sicherheit bieten als latexfreie Kondome, nutze ich zum AV immer ein neues Latexkondom.
- ☐ ☐ ☐ Ich verwende zum AV immer reichlich öl-/fettfreies Gleitmittel (► Kap. II.5)
- ☐ ☐ ☐ Ich wechsele das Kondom beim Übergang vom AV zum GV (oder FM) und auch vom GV (oder FM) zum AV
- ☐ ☐ ☐ Falls ich AV anbiete, habe ich rasch wirksame Abführmittel (Zäpfchen) für Notfälle (Kondomversagen mit Ejakulation) dabei (► Kap. II.6)

☐ ☐ ☐ Ich kenne die Verhaltensmaßnahmen beim Kondomversagen bei AV:

- **mit Ejakulation:** Sperma herauslaufen lassen, dann falls möglich vorsichtiger Stuhlgang ohne zu pressen [beim Pressen Risiko der Entstehung von Rissen am After! – Eintrittspforten für Erreger!]
- Austropfendes Sperma vorsichtig abwaschen, danach Benetzen der *äußeren*, gut erreichbaren Analregion mit 0,2 % CHX, Octenisept oder PVP-Jod
(Grund: in diesem Bereich ist das Risiko von Rissen/Mikroverletzungen besonders hoch, d.h. viele potenzielle Eintrittspforten für STD-Erreger)
- Danach Anwendung eines Abführzäpfchens (von Vaseline oder Gleitmittel ummantelt, um keine Mikroverletzungen beim Einführen zu verursachen), um eine rasche und vollständige, weiche oder flüssige Darmentleerung herbeizuführen;
danach äußere Analregion nochmals mit 0,2 % CHX, PVP-Jod oder Octenisept benetzen
(aber nicht im Inneren des Analkanals mit Antiseptika hantieren, das Risiko von Verletzungen z.B. durch Fingernägel ist dabei zu groß) (► Kap. II.6)
- **ohne Ejakulation:** äußere, gut erreichbare Analregion vorsichtig mit lauwarmem Wasser abwaschen; danach Benetzen der *äußeren*, gut erreichbaren Analregion mit 0,2 % CHX, Octenisept oder PVP-Jod

☐ ☐ ☐ Ich weiß, dass bei **hohem Risiko** für eine HIV-Infektion die Möglichkeit einer Postexpositionsprophylaxe (PEP) besteht; dazu müsste ich innerhalb von 24 (bis spätestens 72) Stunden (am besten und mit den höchsten Erfolgsaussichten aber in den ersten 2 Stunden) einen insoweit erfahrenen Arzt (am besten HIV-Ambulanz, HIV-Schwerpunktpraxis, Krankenhaus mit immunologischer Ambulanz o.Ä.) aufsuchen. Das Zeitfenster für eine erfolgreiche PEP nach AV könnte kürzer sein als nach GV, weil sich Infektionen nach AV schneller im Körper auszubreiten scheinen (► Kap. I.16)

Liste der Deutschen AIDS-Hilfe über die Kliniken, die nach Kenntnis der AIDS-Hilfe in Deutschland einen 24-Stunden-Service zur Beratung und ggf. Durchführung einer Postexpositionsprophylaxe anbieten (mit Suchfunktion):

<https://www.aidshilfe.de/adressen?f-type=11>

(Hinweis: die PEP (= Postexpositionsprophylaxe) hat ggf. Nebenwirkungen, die dazu führen können, dass vorübergehend nicht der Sexarbeit oder einer anderen beruflichen Tätigkeit nachgegangen werden kann. Wegen Risiken, Nebenwirkungen und Kosten kommt eine PEP daher nur nach **extremen Risikosituationen** im Paysex infrage und stellt keine Lösung für den „unkomplizierten Kondomunfall“ dar, auch nicht anal.

Bei Kondomversagen bei Analverkehr mit Ejakulation könnte sich allerdings eine Situation ergeben, wo eine PEP erwägenswert werden könnte, wenn es sich bei dem betreffenden Kunden um eine Risikoperson mit hohem Risiko für eine HIV-Infektion handelte. Bevor man sich auf den ggf. weiten Weg in eine geeignete Klinik macht, kann es sinnvoll sein, sich dort erst einmal telefonisch beraten zu lassen, ob eine Vorstellung in der Klinik zwecks näherer Abklärung der PEP überhaupt sinnvoll ist).

E.1 Lecken/Cunnilingus aktiv (Lesbenspiele, ggf. Kundinnen) (►Kap. II.3)

- ☐ ☐ ☐ Ich lecke nur mit Lecktuch (notfalls auch Frischhaltefolie) oder Femidom und habe immer solche dabei und bin auch mit der Anwendung vertraut (**Idealfall**)
- ☐ ☐ ☐ **Falls nicht:** ich lecke nur bei einer (oder einigen sehr wenigen) festen Freundin(nen) und wir lassen uns regelmäßig infektionsmedizinisch untersuchen und teilen uns die Untersuchungsergebnisse gegenseitig mit
- ☐ ☐ ☐ Nach ungeschütztem Lecken spucke ich aus/spüle mit Wasser und führe eine antiseptische Mundspülung (mit Gurgeln im Hals!) mit einer stark wirksamen Spüllösung durch. Mittel der Wahl ist bei seltener Anwendung CHX 0,2 %, PVP-Jod oder ggf. Octenisept (Geschmack!), bei häufigerer Anwendung CHX 0,05/0,06 % oder stärker verdünntes PVP-Jod (0,5 – 1 %).
- ☐ ☐ ☐ **Wenn ich nicht HPV-geimpft bin**, umrahme ich das ungeschützte Lecken mit Spülung/Gurgeln mit Carrageen-Lösung (iota-Carrageen in Wasser ohne weitere Zusätze); Anwendung vor und nach dem Lecken. Experimentelles Verfahren zur Inaktivierung aufgenommenen HPV, darüber hinaus weitere antivirale Wirkungen (aber nicht gegen Bakterien – außer Chlamydien). Daher sollte einige Minuten später dann noch mit CHX oder PVP-Jod gespült und gegurgelt werden (um auch STD-Bakterien inaktivieren zu können). Einige Minuten Abstand zwischen Carrageen- und CHX-/PVP-Jod-Spülung einhalten!

Ausdrücklich nur als *experimentelles* Verfahren zu sehen; die HPV-Impfung ist der bessere und einfachere Weg, sich vor dem Risiko von möglicherweise krebserregenden HPV-Infektionen im Rachenraum beim ungeschützten Oralsex zu schützen.

E.2 Lecken/Cunnilingus passiv: Geleckt-Werden durch Kunden / Kolleginnen

- ☐ ☐ ☐ Ich lasse nur mit Lecktuch (notfalls auch Frischhaltefolie) oder Femidom bei mir lecken und habe immer solche dabei und bin auch mit der Anwendung vertraut (**Idealfall**)
- ☐ ☐ ☐ **Falls nicht:** ich lasse den Kunden nur ungeschützt lecken, wenn er keine verdächtigen Veränderungen an Lippen, Mundwinkeln und (sofern erkennbar) an der Zunge aufweist und keine extremen Defizite der Mundhygiene zu bemerken sind
- ☐ ☐ ☐ Ich lasse den Kunden kurz/unmittelbar vor dem Lecken mit einer antiseptischen Mundspüllösung spülen und gurgeln (danach aber gründlich ausspucken)
- ☐ ☐ ☐ Nach dem Geleckt-Werden versuche ich zeitnah zu urinieren (Ausspülen von Keimen, die in die Harnröhre einmassiert wurden: sowohl Fremdkeime aus dem Mund des Leckenden wie Keime aus der eigenen Genitalflora, daher macht das Urinieren auch nach geschütztem Geleckt-Werden Sinn).

- ☐ ☐ ☐ Sofern ich häufig an genitalen Pilzinfektionen oder bakteriellen Vaginosen leide (kann beides durch häufiges Geleckt-Werden gefördert werden), verzichte ich darauf, mich *ungeschützt* lecken zu lassen (es sei denn, die Ursache für die Pilzinfektionen oder Vaginosen ist bekannt, hat nichts mit dem Lecken zu tun, und wird durch präventive oder therapeutische Maßnahmen „beherrscht“).

F. Dildos (► Kap. III.12)

- ☐ ☐ ☐ Ich verwende bei mir nur eigene Dildos, die glatt und gut zu reinigen sind. Ich wische sie vor und/oder nach Anwendung mit Desinfektionslösung ab. Ideal: zusätzliches Überziehen mit einem Kondom.
- ☐ ☐ ☐ Sollten sie doch einmal bei einer anderen Person zur Anwendung kommen, wasche ich sie sehr gründlich mit Seife, überziehe sie auf jeden Fall (!) mit einem Kondom. Gängige Desinfektionsmittel wirken nicht gegen HPV, daher kommt der mechanischen Reinigung durch gründliches Waschen eine besondere Bedeutung zu.
- ☐ ☐ ☐ Defekte Dildos, die zu Mikroverletzungen der Schleimhaut führen können (z.B. bei schadhaftem Kunststoff), verwende ich nicht. Dildos aus Silikon sind sicherer (keine scharfen Kanten, keine Absplitterungen), dürfen aber nicht zusammen mit Gleitmitteln auf Silikonbasis verwendet werden.

-

G. Oralverkehr beim Mann (Blasen, Französisch) (► Kap. II.2)

- ☐ ☐ ☐ Ich weiß, dass die offizielle Empfehlung und der beste Schutz darin besteht, stets nur mit Kondomschutz zu blasen! Im Idealfall sollten hierzu latexfreie Kondome verwendet werden (wegen möglicher Nitrosaminfreisetzung aus minderwertigen Latexkondomen).
Im Falle von Latexkondomen nehme ich nur solche Produkte, die keinen ausgeprägten unangenehmen Geschmack hinterlassen (der ein Indiz für die Freisetzung von Nitrosaminen und nitrosierbaren Substanzen beim Lutschen darstellen könnte). Außerdem sollen die Kondome zum Blasen „trocken“ sein (also nicht feucht beschichtet).
- ☐ ☐ ☐ **für Deutschland:** Ich weiß, dass die Verwendung von Kondomen beim Blasen beim Mann ab 1.7.2017 vorgeschrieben ist (**Die Kondompflicht des Prostituiertenschutzgesetzes gilt auch für Oralverkehr!**)

Falls ich (außerhalb Deutschlands) dennoch ohne Kondom blase (► Kap. II.2.2):

- ☐ ☐ ☐ Ich weiß, dass die Infektionsrisiken für die „Blasende“ im Falle von Deep Throat höher sind als beim Blasen mit Lippen, Wange und Zunge, weil sich die meisten STD-Erreger bevorzugt oder ausschließlich im Rachenraum ansiedeln, so dass das Übertragungsrisiko beim Kontakt der Eichelspitze (Harnröhrenaussgang) mit der Rachenregion besonders hoch ist (z.B. auch durch Lusttropfen).
Deep Throat spielt also für die SDL (ebenso wie für den Freier) in einer wesentlich höheren Risikoliga als sanftes Anblasen mit Lippen und Zungenspitze (*das Prostituiertenschutzgesetz verlangt aber in jedem Fall die Anwendung eines Kondoms!*)
- ☐ ☐ ☐ Ich schaue mir den Penis vorher genau an und achte auch auf eventuellen Ausfluss. Kein ungeschütztes Blasen bei Hautveränderungen am Penis aller Art (z.B. Bläschen, Geschwüre, Verletzungen, Warzen, Herpes) und auch nicht bei verdächtigem Ausfluss.
- ☐ ☐ ☐ Ich blase nie ohne Kondom, wenn der Kunde mir in irgendeiner Weise „krank“ oder „verdächtig“ erscheint (Hautausschlag, dicke Lymphknoten am Hals, im Nacken, in der Leistengegend) oder wenn er aus einem Land kommt, in dem HIV/AIDS sehr verbreitet ist, denn selbst wenn ich es nicht beabsichtige, könnte es ja versehentlich zu einer Aufnahme oder einem großen Lusttropfen kommen
- ☐ ☐ ☐ Ich blase nie ohne Kondom, wenn bei mir selbst Wunden, Entzündungen, Bläschen, Geschwüre an den Lippen oder im Mund sind; auch nach blutigen Zahnbehandlungen (z.B. Zahn ziehen; professionelle Zahnreinigung; Zahnfleischbehandlungen).
- ☐ ☐ ☐ Ich blase nie ohne Kondom, wenn mir der Kunde aus welchen Gründen auch immer als „Risikokandidat“ erscheint – und sei es nur aufgrund meiner Intuition.
- ☐ ☐ ☐ Ich putze mir nicht in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit ungeschütztem Oralverkehr die Zähne (Mikroverletzungen des Zahnfleisches!). Stattdessen kann ich Zahnpflegekaugummi verwenden - oder spezielle Mundpflegemittel gegen Mundgeruch. Zeitabstand zum Zähneputzen mindestens eine Stunde, besser 2 Stunden (► Kap. I.11.2)
- ☐ ☐ ☐ Vor FO wische ich den Penis gründlich unter Einhaltung der angegebenen Einwirkzeit mit einem „Desinfektionstuch“ (zur Hautantisepsis) ab. Ich weiß, dass dies aber nur eine Risikoreduktion und keinen vollständigen Schutz darstellt, da von diesen Tüchern keine Wirkung gegen HPV erwartet werden kann und diese Maßnahme auch nicht vor Keimen schützt, die mir beim FO durch Lusttropfen aus der Harnröhre in den Mund gelangen.
Alternativ:
Als Mindestforderung sollte der Penis vor FO mit fließendem Wasser und Seife gewaschen sein (reduziert die äußere Keimbelastung ebenfalls erheblich; Vorhaut beim Waschen zurückziehen) (► Kap. I.9)
- ☐ ☐ ☐ Ich spüle und gurgle vor Arbeitsbeginn oder nach dem ersten ungeschützten OV oder ZK und direkt nach Arbeitsende bzw. dem letzten OV/ZK mit antiseptischer Mundspüllösung (siehe oben, Wiederholungsfrage).
(bei längerer Pause der Sexarbeit sollte man aber mit den Spülungen

pausieren, sofern sie nicht aus anderen z.B. zahnmedizinischen Gründen weiter erforderlich sein sollten) (►Kap. I.10.2.1.1)

- ☐ ☐ ☐ Nach einem Zimmer mit ungeschütztem Blasen führe ich ebenfalls eine Keimreduktion im Mund durch: Ausspucken, mit Wasser spülen, anschließend Spülen und Gurgeln mit antiseptischer Mundspüllösung (►Kap. I.10.2.1.2)

Hinweis: Infrage kommen dafür CHX-reduzierte Spüllösungen mit 0,05 oder 0,06 % CHX, die auch für die Daueranwendung (täglich) geeignet gelten. Ob sie jedoch mehrfach täglich angewandt werden können, ohne dass es zu nennenswerten Nebenwirkungen (Verfärbungen am Zungenrücken und Zähnen) kommt, muss individuell ausprobiert werden. Bei manchen Menschen mag das funktionieren, bei anderen nicht. Vorteilhaft ist auch der Depoteffekt von CHX an der Mundschleimhaut (aufgrund guter Haftkraft) über mehr als 12 Stunden, der allerdings durch Tenside in Zahnpasten oder Saccharose in zuckerhaltigen Speisen und Getränken beeinträchtigt werden kann.

Sehr wichtig ist neben dem Mundspülen auch das intensive Gurgeln im Rachenraum (ideal: Spray!)

Wegen des guten Depoteffektes von CHX ist es daher möglicherweise ausreichend, zu Beginn der täglichen Sexarbeit einmal mit einer CHX-Lösung (0,05 – 0,06 %) zu spülen/gurgeln und dann im weiteren Verlauf des Tages nur noch mit Wasser zu spülen/gurgeln, sofern der schützende CHX-Film auf der Schleimhaut nicht durch Tenside aus Zahnpasten oder Zuckerkonsum (auch zuckerhaltige Getränke) zwischenzeitlich inaktiviert wurde.

Kommt niedrig dosiertes CHX nicht infrage, bietet hoch verdünntes PVP-Jod (wie Betaisodona Mundantiseptikum) eine Alternative mit einer PVP-Jod-Konzentration um 1 % (die Originallösung hat einen PVP-Jod-Gehalt von 7,5 %). Kommt auch das nicht infrage, bleiben „milde“ (CHX- und alkoholfreie) Mundspüllösungen als Alternative, oder man spült wenigstens gründlich mit Wasser aus, um eine weitgehende Keimelimination auf mechanischem Wege zu erreichen. Das Ausspülen, Gurgeln und Ausspucken mit Wasser sollte ohnehin immer der erste Schritt sein (d.h. vor der Anwendung von antiseptischen Mundspüllösungen), um schon mal die größte Menge der aufgenommenen Keime auf direktem Wege wieder zu entfernen.

CHX schützt aber nicht vor HPV. Oralen HPV-Infektionen kann vermutlich (experimentell) durch das Carrageen-Verfahren vorgebeugt werden: eine Periexpositionsprophylaxe mit einer selbst hergestellten wässrigen Carrageenlösung (iota-Carrageen-Pulver in Wasser auflösen und schütteln); vor und nach dem ungeschützten OV (Lecken bei Lesbenspielen, Blasen beim Kunden) mit dieser Lösung spülen und vor allem intensiv gurgeln.

Carrageen hat ein antivirales, aber kein antibakterielles Potenzial. Daher kann dann einige Minuten später (nach der letzten Carrageen-Spülung) noch mit CHX gespült/gegurgelt werden. Carrageen und CHX sollten nicht zusammengemischt werden, weil nicht klar ist, ob sie sich in ihrer antiviralen bzw. antimikrobiellen Wirksamkeit gegenseitig beeinträchtigen. Daher ist ein Zeitabstand einzuhalten.

Bei HPV-Geimpften ist die Periexpositionsprophylaxe mit Carrageen-Lösung überflüssig. Unabhängig vom HPV-Impfstatus eignet sich eine Carrageen-Lösung aufgrund ihrer antiviralen Wirksamkeit auch für Spülung/Gurgeln nach ungeschütztem OV, wenn man aus welchen Gründen auch immer auf eine antiseptische Spülung verzichten möchte (Carrageen ist kein Antiseptikum). Man hat damit ein gewisses antivirales Potenzial, aber ohne die möglichen Nebenwirkungen antiseptischer Lösungen.

Französisch mit Aufnahme ? (►Kap. I.12) (in Deutschland ab 1.7.2017 unzulässig)

- ☐ ☐ ☐ Ich vermeide konsequent die Aufnahme von Sperma in den Mund (►Kap. I.12).
- ☐ ☐ ☐ Ich weiß, dass Aufnahme keine Safer-Sex-Praktik ist und deutlich riskanter als ungeschütztes Blasen ohne Aufnahme. Auch eine HIV-Infektion ist durch Aufnahme möglich (wenn auch selten, aber wissenschaftlich unstrittig dokumentiert); das Risiko für HPV- und Chlamydieninfektionen im Rachen steigt ebenfalls an (►Kap. I.12).
- ☐ ☐ ☐ Sollte es doch einmal (*absichtlich, versehentlich*) zu einer Aufnahme (auch fraglicher/möglicher Aufnahme einer kleinen Menge Spermas) gekommen sein (►Kap. II.2.4, III.6.3):
Ich weiß, wie ich dann vorzugehen habe, um das Risiko gering zu halten:

- Nicht sprechen, nicht schlucken!
- darauf achten, dass kein Sperma in den Rachen gerät!
- Sperma vorn im Mund behalten und sofort ausspucken (Tuch); zum Ausspucken keine Zeit verschwenden (nicht erst ins Bad laufen)
- schnellstmöglich (Wasserglas, nächst erreichbarer Wasserhahn) mit kleinen Wasserportionen den Mund jeweils ca. 15 Sekunden lang spülen und dann gleich wieder ausspucken; diese kurzen Spülvorgänge mehrfach wiederholen (dabei nicht gleich gurgeln, sondern nur den Mund ausspülen, um keine Spermareste auf die Mandeln zu verschleppen)
- erst nach einigen Mundspülungen mit dem Gurgeln beginnen
- dann antiseptische Spülung (ideal: PVP-Jod, Octenisept oder CHX 0,2 %; sonst: Listerine unverdünnt oder hochprozentiger Alkohol) des Mundes sowie langes intensives Gurgeln (Rachenspülung), um die antiseptische Spüllösung auch in den Bereich der Mandeln zu bringen, wo sich besonders viele Eintrittsmöglichkeiten für HIV und andere Keime befinden. Mehrfaches ausdauerndes Gurgeln! (Noch besser wäre Rachenspray, weil dies den tieferen Rachenbereich und die Mandeln besser erreicht als Gurgeln).

Bei häufig praktizierter Aufnahme (*sollte unbedingt vermieden werden!*) sind Octenisept, CHX 0,2 %, PVP-Jod oder Alkohol leider wegen der Nebenwirkungen bei häufiger Nutzung (CHX: Verfärbungen, ggf. Schleimhaut-Erosionen; Octenisept: anhaltender bitterer Geschmack) nicht anwendbar, so dass man sich dann auf ggf. weniger stark HIV-wirksame Präparate wie CHX- reduzierte Lösungen (mit 0,05 % oder 0,06 % CHX) beschränken muss. Ein Kompromiss wäre in diesen Fällen, CHX 0,05/0,06 in Routinefällen einzusetzen, und PVP-Jod, Octenisept, CHX 0,2 % oder notfalls hochprozentigen Alkohol in den Fällen, wo der Eindruck besteht, dass merkliche Mengen Sperma in den Rachen gelangt sind, weil dann ein erhöhtes Infektionsrisiko unter anderem für HIV (und andere Infektionen) besteht und daher stärker anti-HIV- und antibakteriell wirksame Mittel zum Spülen und Gurgeln zum Einsatz kommen sollten (Kompromisslösung!).

Alkoholhaltiges Listerine (oder Ähnliches) sollte wegen des mit dem Alkoholgehalt verbundenen Krebsrisikos nicht regelmäßig häufiger als 1 - 2 x am Tag (vor allem von Rauchern) verwendet werden. Alkoholkontakt (auch durch alkoholische Getränke) erhöht außerdem für einige Stunden die Empfänglichkeit der Mundschleimhaut für HIV. Daher sollten nach einer alkoholhaltigen Mundspülung einige Stunden lang keine HIV-relevanten Risikosituationen mehr eingegangen werden.

Octenisept kann ebenfalls nur für seltene Ausnahmefällen empfohlen werden. Es ist zwar ein stark wirksames Antiseptikum (stärker und schneller wirksam als CHX 0,2 %), hinterlässt

aber für Stunden einen unangenehmen, bitteren Geschmack und führt nach tiefem Gurgeln ggf. zu Reizungen im tiefen Rachen- und Kehlkopfbereich (mit Räusperzwang oder Hustenreiz), wenn etwas Flüssigkeit in Richtung auf den Kehlkopf gelangt. Es ist auch vom Hersteller nur zur kurzfristigen Anwendung vorgesehen und kann daher im Paysex nur für gelegentliche (seltene) Situationen mit besonders hohem Infektionsrisiko empfohlen werden. PVP-Jod ist in der Anwendung vergleichsweise angenehmer (schmeckt wie Kräuterschnaps), darf aber auf keinen Fall verschluckt werden. HIV-Wirksamkeit bis hinab zu einer Verdünnung von 0,5 %.

Keines der Antiseptika und handelsüblichen Hautdesinfektionsmittel wirkt gegen HPV (eventuell mit Ausnahme von PVP-Jod); da PVP-Jod in höheren Konzentrationen aber nicht nur routinemäßigen Anwendung bei jedem Oralsex geeignet ist, ist keine „Chemoprophylaxe“ gegen HPV möglich, sondern allenfalls eine „biologische Inaktivierung“ durch Carrageen.

Alle Verfahren der Antisepsis im Mund-/Rachen-Raum im Zusammenhang mit Oralsex sind als *experimentell* zu bezeichnen. Die Annahme, dass dies etwas nutzt, beruht weitgehend auf Labordaten. Am sichersten ist es also, auf riskante Praktiken wie ungeschütztes Lecken und FO – vor allem Deep Throat und ganz besonders FO mit Aufnahme oder gar Schlucken – von vornherein zu verzichten.

Niemand sollte sich aufgrund dieser antiseptischen Maßnahmen zu Praktiken (wie z.B. ungeschütztes Lecken oder Aufnahme) verleiten lassen, die er ohne diese antiseptischen Maßnahmen sich nicht zutrauen würde.

Wer diese Praktiken aber *ohnehin* betreibt und sie – auch im Rahmen seines sexuellen Selbstbestimmungsrechts und in einvernehmlicher Abstimmung mit dem/der Sexpartner/in – für sich nicht grundsätzlich infrage stellen möchte, hat durch antiseptische Maßnahmen eine Chance, die damit verbundenen Risiken zu verkleinern – im Sinne einer „experimentellen Notlösung“.

Die antiseptischen Spülungen (einschl. Gurgeln/Spray) verstehen sich *ohnehin* nur als eine **zusätzliche risikoreduzierende Maßnahme nach dem Ausspülen/Gurgeln/Ausspucken mit Leitungswasser** (direkt bzw. zeitnah nach Risikoereignissen/Risikoverhalten), um auf diese Weise schon einmal auf mechanischem Wege einen Teil der aufgenommenen Keime und Viren zu eliminieren. Die antiseptischen Maßnahmen schließen sich danach an, um jene Keime zu inaktivieren, die bereits an Zelloberflächen oder in Nischen haften und daher durch einfaches Spülen, Gurgeln und Ausspucken nicht mehr zu beseitigen sind.

Risikoabstufung für die SDL beim Blasen von niedrig (kein Risiko) bis (relativ) hoch:

Blasen mit Kondom (kein Risiko)

^

Blasen mit Kondom, aber einschl. nicht kondomierter Penisabschnitte, Hodensack

^

Kurzes „Anblasen“ ungeschützt (bis zum Erreichen der Erektion, dass z.B. das Kondom einfacher appliziert werden kann)

^

kurzes Blasen nach Erreichen der Erektion (Lusttropfenrisiko noch gering)

^

längeres Blasen ungeschützt ohne Aufnahme (Lusttropfenrisiko größer)

^

Deep Throat ungeschützt ohne Aufnahme

^

Blasen mit Aufnahme (danach Ausspucken), Rachenbereich möglichst nicht benetzen

^

Deep Throat mit Aufnahme (Benetzung des Rachenbereiches), danach Ausspucken

^

Aufnahme mit Schlucken / Spermaspiele im Mund / Spermazungenküsse (höchstes Risiko)

H. Körperbesamung, Gesichtsbesamung (►Kap. I.8.2, III.3)

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich vermeide Körperbesamung bei offenen Wunden, entzündlich veränderter Haut, Ekzemen, Pickeln usw. (oder decke die betreffenden Stellen mit wasserdichtem Pflaster ab, sofern es sich nur um kleine Stellen handelt) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Da es immer – auch versehentlich – zum Kontakt zwischen Sperma und insoweit „gefährdeten“ Hautarealen kommen kann, führe ich immer ein (begrenzt) viruzides Hautdesinfektionsmittel bei mir. (Erst Sperma mit Seife/Duschgel usw. abwaschen, dann Hautdesinfektionsmittel auf die Stelle geben). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich vermeide Gesichtsbesamung u.a. wegen des Risikos, dass Sperma ins Auge gelangt (►Kap. I.14). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich weiß, dass ich mich durch Spermaspritzer ins Auge mit verschiedenen STIs infizieren kann, auch HIV, Hepatitis B, Gonorrhoe, Chlamydien, Herpes abgesehen von brennenden Schmerzen im Auge (►Kap. I.14). |

- ☐ ☐ ☐ Falls doch einmal Sperma (oder Vaginalflüssigkeit einer Kollegin) ins Auge gelangt, wasche ich das Auge vorsichtig (ohne zu reiben!) gründlich (im Sinne von langanhaltend: einige Minuten lang) mit Wasser aus. Antiseptische Mundspülungen wie CHX, Listerine, Alkohol oder alkoholhaltiges PVP-Jod darf ich am Auge nicht anwenden.
(► Kap. I.14)
- ☐ ☐ ☐ Wenn versehentlich Sperma z.B. auf die Schamlippen oder angrenzende Regionen und/oder den After gelangt, wasche ich das Sperma vorsichtig, aber gründlich ab (ohne zu reiben!). Nach dem vorsichtigen Trockentupfen benetze ich diese Stelle mit Octenisept, PVP-Jod oder 0,2 % CHX.
Diese Antiseptika dürfen aber nur „außen“ angewandt werden und nicht in die Scheide gelangen, wo sie die natürliche Flora schädigen.
(► Kap. I.10.1) .

[Hinweis: Octenisept, PVP-Jod und Chlorhexidin haben Laborversuchen zufolge eine gute Wirksamkeit u.a. gegen HIV, Herpes simplex, Hepatitis B, Gonorrhoe-Erreger, Chlamydien; PVP-Jod wohl auch gegen HPV].

Sperma auf intakter Haut stellt kein HIV-Risiko dar!

I. Zungenküsse (► Kap. II.1)

- ☐ ☐ ☐ Falls Zungenküsse geplant sind, ggf. dem Kunden antiseptische Spüllösung reichen und spülen/gurgeln lassen
- ☐ ☐ ☐ Nach Zungenküssen mit Wasser ausspülen/gurgeln (mechanische Keimreduktion), ggf. zusätzliche milde antiseptische Mundspülung oder Wasser mit Iota-Carrageen-Zusatz (antivirales Potenzial).
STI-Risiko von ZK viel geringer als bei FO oder Lecken.

J. Fingern (► Kap. III.12.2)

- ☐ ☐ ☐ Ich weiß, dass die Intaktheit der genitalen Schleimhäute für mich von großer Wichtigkeit ist (z.B. bei Kondomversagen). Mikroverletzungen z.B. durch Fingernägel, schadhafte Dildos usw. sind daher unbedingt zu vermeiden.
- ☐ ☐ ☐ Ich lasse daher, wenn überhaupt, nur geschützt (Fingerling, Handschuh, Kondom) fingern; die Fingernägel des Fingernden müssen kurz geschnitten und abgerundet sein. Dies gilt auch bei Kolleginnen (Lesbenspiele).
- ☐ ☐ ☐ Beim Wechsel des Fingerns von anal nach vaginal und auch umgekehrt sind Handschuhe/Fingerlinge zu wechseln

- ☐ ☐ ☐ **Falls doch ungeschützt gefingert wird:** zuvor Hände/Finger waschen oder (besser) desinfizieren, idealerweise mit flüssigem Hautdesinfektionsmittel, zumindest aber mit einem viruziden Desinfektionstuch gründlich abreiben (Risiko der Keimverschleppung und von Schmierinfektionen). Ebenso beim Wechsel von analem zu vaginalem Fingern und umgekehrt.
Alternativ: für vaginales und anales Fingern unterschiedliche Hände nehmen.

K. Untersuchungen sowie Nachsorge nach Aufgabe der Sexarbeit (► Kap. I.3; III.13)

- ☐ ☐ ☐ Ich gehe regelmäßig zur STI-Untersuchung zum Gesundheitsamt oder zum Frauenarzt (oder ähnliche Einrichtung) (Dies gilt auch, wenn ich konsequent Safer Sex betreibe, da Kondome keinen 100 % sicheren Schutz bieten!)
- ☐ ☐ ☐ Als junge Berufsanfängerin weiß ich, dass mein STI-Risiko besonders hoch ist und ich daher im eigenen Interesse (!) einer besonders engmaschigen Untersuchungsroutine bedarf.
- ☐ ☐ ☐ Dies schließt Syphilis- und HIV-Tests in sinnvollen, risikoadaptierten, mit der Untersuchungsstelle vereinbarten Intervallen ein.
SDLs gelten in Deutschland allerdings nicht als HIV-Risikogruppe, es sei denn, sie haben Risiken, die außerhalb der eigentlichen Sexarbeit liegen. Demgegenüber besteht ein reales, wenn auch kleines, aber nicht vernachlässigbares Risiko für Syphilis-Infektionen.
- ☐ ☐ ☐ Bei verdächtigen Symptomen (Veränderungen, Brennen, Schmerzen, Ausfluss usw.) im Genital- oder Analbereich gehe ich unverzüglich zum Frauenarzt oder zur STD-Beratungsstelle (Gesundheitsamt) (► Kap. I.3.1)
- ☐ ☐ ☐ Ich achte auf Veränderungen im Mund oder an den Lippen (Selbstinspektion, ggf. Kollegin bitten), wenn ich ungeschützten Oralsex oder Zungenküsse betreibe (► Kap. III.14).
- ☐ ☐ ☐ Bei Bläschen, Geschwüren usw. im Mund, im Rachen und an den Lippen, für die es keine plausible Erklärung gibt, wende ich mich ebenfalls an einen Arzt, Frauenarzt, STD-Beratungsstelle, Hautarzt/Venerologen, Zahnarzt, HNO-Arzt
- ☐ ☐ ☐ Ich achte auf die Gesundheit der Scheidenflora (des vaginalen Mikrobioms). Bei Störungen (z.B. Mischflora, Vaginose, zu wenig Laktobazillen) lasse ich diese behandeln bzw. lasse mich beraten, wie ich diese selbst behandeln kann (z.B. Laktobazillenpräparate).
- ☐ ☐ ☐ Da Störungen des vaginalen Mikrobioms nicht immer mit Beschwerden verbunden sind, überprüfe ich den Zustand des Mikrobioms selbst (entsprechende Selbsttests z.B. als pH-Wert-Messung sind in Apotheken erhältlich) („vaginales Mikrobiom-Management“)
- ☐ ☐ ☐ Das Risiko für eine Entgleisung der Scheidenflora ist besonders hoch während einer Antibiotika-Therapie (unabhängig davon, ob diese wegen einer STI oder aus ganz anderen Gründen erfolgt), so dass ich mich anlässlich einer solchen Therapie vom verordnenden Arzt, vom Frauenarzt oder in der Apotheke beraten lasse, was ich tun kann, um meine Scheidenflora zu schützen

(das Risiko einer Pilzinfektion – Candidose – ist dann nämlich besonders hoch).
(Bei Präparaten, die in die Scheide eingeführt werden, ist auf Kondom-
Verträglichkeit bzw. Zeitabstand zur Sexarbeit zu achten).

- ☐ ☐ ☐ Wenn bei mir eine genitale Infektion festgestellt wird, halte ich die mir vom Arzt vorgegebene Arbeitspause ein und Sorge dafür (falls notwendig, z.B. bei Gonorrhoe, Chlamydien, Syphilis, Trichomonaden), dass sich auch mein privater Partner zum Arzt begibt und bei Bedarf behandeln lässt, um Ping-Pong-Effekte zu vermeiden (private Sexkarenz beachten) (► Kap. 13).
- ☐ ☐ ☐ Ich informiere dann auch meine Kollegin(nen), mit denen ich Lebensspiele praktiziert habe (bei ihnen ist eine Infektion im Rachen möglich!)
- ☐ ☐ ☐ Ich weiß, dass Kondome das HPV-Risiko zwar reduzieren, aber nicht beseitigen, und daher trotz Safer Sex bei SDLs ein erhöhtes Risiko für eine genitale HPV-Infektion beispielsweise am Gebärmutterhals besteht. Ich weiß, dass Rauchen das Risiko anhaltender, d.h. nicht (wie meist üblich) spontan abheilender HPV-Infektionen erhöht – und damit das Risiko für Dysplasien am Gebärmutterhals, die wieder abheilen können, aber in manchen Fällen auch im Laufe von vielen Jahren zum Krebs auswachsen können (► Kap. I.1.1.2.1).
Ich gehe daher jährlich zur Krebsvorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt (wird auch in manchen Gesundheitsämtern angeboten).
(► Kap. I.3.3, I.3.4)
- ☐ ☐ ☐ Ab einem Alter von spätestens 30 Jahren (ggf. etwas früher) kombiniere ich diese Krebsvorsorge wenigstens einmal mit einem HPV-Test. (Bei negativem Testergebnis sind weitere Tests erst in mehrjährigen Abständen erforderlich). Die Kombination aus PAP-Abstrich und HPV-Test bzw. (bei Bedarf) Risikomarker-Test erhöht den Vorhersagewert der Krebsvorsorge erheblich (► Kap. I.3.4). (Die gesetzliche Krankenkasse in Deutschland bezahlt HPV-Tests im Rahmen der Krebsvorsorge erst ab einem Alter von 35 Jahren).
- ☐ ☐ ☐ Nach Beendigung der Sexarbeit lasse ich eine abschließende infektionsmedizinische Untersuchung durchführen, u.a. weil Chlamydien und andere Keime später Probleme bei einer evtl. Schwangerschaft machen könnten (► Kap. III.16)
- ☐ ☐ ☐ Nach Aufgabe der Sexarbeit gehe ich weiterhin zur Krebsvorsorge. (Zeitintervalle abhängig von Befund/HPV-Test) (► Kap. I.3.3, I.3.4, III.16)
- ☐ ☐ ☐ Etwa zwei Jahre nach Aufgabe der Sexarbeit (ansonsten ab einem Alter von knapp 30 Jahren oder darüber) ist ein HPV-Test im Rahmen der Krebsvorsorge beim Frauenarzt sinnvoll, denn bis dahin müssten alle passageren (vorübergehenden) HPV-Infektionen, die ich mir im Rahmen der Sexarbeit geholt habe, abgeheilt sein. Werden jetzt noch Infektionen gefunden, kann es sich um „persistierende Infektionen“ handeln, die der weiteren Überwachung durch den Frauenarzt bedürfen (die aktuellen Infektionen können natürlich auch vom privaten Sex nach Aufgabe der Sexarbeit stammen – der Test kann nicht zwischen persistierenden und aktuellen Infektionen unterscheiden) (► Kap. I.3.3, I.3.4, III.16).
- ☐ ☐ ☐ Wird bei mir im Rahmen der Krebsvorsorge eine Dysplasie (CIN) festgestellt, sollte ich mich umfassend beraten lassen (z.B. in speziellen Dysplasie-Sprechstunden). Nicht jede Dysplasie muss gleich operiert werden. Niedriggradige Dysplasien heilen oft von selbst wieder aus. Für höhergradige Dysplasien stehen neuerdings Risiko- oder Progressions-

markertests zur Verfügung, die bei der Entscheidung helfen, ob man abwarten und beobachten kann oder die Dysplasie besser doch zeitnah beseitigen sollte. Außerdem befinden sich verschiedene medikamentöse Verfahren in Entwicklung, die die Chancen auf eine Abheilung von Dysplasien erhöhen können. Auch Rauchstopp und konsequente (ausnahmslose) Kondomnutzung auch mit dem privaten Partner erhöhen die Abheilungschancen.

Es gibt aber auch Dysplasien, bei denen zur sofortigen/zeitnahen Entfernung (Konisation) keine vertretbare Alternative bleibt.

L. Schwangerschaft während oder nach Sexarbeit

- ☐ ☐ ☐ Im Falle einer Schwangerschaft (**auch nach Aufgabe der Sexarbeit**) weiß ich, dass ich (als SDL) ein höheres Risiko für Herpes genitalis als andere Frauen habe; ich muss mich in der Schwangerschaft regelmäßig untersuchen und falls erforderlich antiviral behandeln lassen (auch in der Schwangerschaft möglich), um eine Infektion des Kindes während der Geburt (für das Kind sehr gefährlich) zu vermeiden! (► Kap. I.13).
- ☐ ☐ ☐ Aus diesem Grund sollte der Frauenarzt, der die Schwangerschaft betreut, auf jeden Fall informiert sein, **wenn aktuell Sexarbeit betrieben wird oder bis zum Eintritt der Schwangerschaft betrieben wurde**.
- ☐ ☐ ☐ Wurde die Sexarbeit schon längere Zeit vor Eintritt der Schwangerschaft aufgegeben, sollte im Interesse des Kindes sicherheitshalber auf die frühere Sexarbeit hingewiesen werden (s.o., z.B. erhöhtes Herpes-Risiko). Dies besonders dann, wenn nach Aufgabe der Sexarbeit keine infektionsmedizinische Abschlussuntersuchung (wie oben empfohlen) erfolgt ist. Möchte die Frau dennoch nicht auf ihre frühere Sexarbeit hinweisen (was nachvollziehbar ist), sollte sie zumindest alle angebotenen STD-Checks wahrnehmen und vor allem dem nach Sexarbeit stark erhöhten genitalen Herpes-Risiko während der Schwangerschaft Beachtung schenken.
- ☐ ☐ ☐ Ich weiß, dass eine Schwangerschaft **während der Sexarbeit (!)** – in verstärktem Umfang in den ersten Jahren der Sexarbeit – mit erhöhten (Infektions-)Risiken für das Kind verbunden ist, unter Umständen sogar mit dem Risiko schwerer Schädigungen (wie durch für Erwachsene meist harmlose Viren, vor allem das CMV – Zytomegalievirus). Daher ist eine enge infektionsmedizinische Kontrolle/Überwachung bei fortgesetzter Sexarbeit während der Schwangerschaft erforderlich, um Risiken für das Kind zu minimieren.
- ☐ ☐ ☐ Auch wenn dies nicht zur regelhaften Mutterschaftsvorsorge gehört, lasse ich mich im Falle einer *während der Sexarbeit* aufgetretenen Schwangerschaft dabei gezielt in Sachen CMV untersuchen, beraten und überwachen, auch damit erfolversprechende Präventionsmöglichkeiten (wie CMV-Hyper-Immunglobuline) nicht verpasst werden. (► Kap. I.22).

- ☐ ☐ ☐ Ich weiß, dass Sexarbeit während der Schwangerschaft *kritisch* zu sehen ist und dass ich mich hierzu engmaschig mit dem Frauenarzt meines Vertrauens abstimmen und eingehend beraten lassen sollte, der über meine Sexarbeit informiert sein muss. Ggf. können Einschränkungen bei bestimmten Sexpraktiken oder GV-Positionen notwendig werden.

Auswertung:

Die Fragen sind so formuliert, dass die „**JA-Antwort**“ immer die Antwort mit dem - vergleichsweise - **größeren infektionsvorbeugenden Nutzen**, also dem **geringeren Risiko** ist.

Es gibt bei manchen Fragen kein echtes „richtig“ oder „falsch“, aber wenn die Fragen mit „ja“ beantwortet sind, ist dies aus infektionspräventiver Sicht besser, als wenn sie mit „nein“ beantwortet wurden.

Wer einzelne Fragen mit „nein“ beantwortet hat, sollte diesen Fragen nachgehen und sich überlegen:

- Bin ich mir des Risikos überhaupt bisher bewusst?
- Wenn ja, bin ich bereit, dieses Risiko einzugehen?
- Kann ich eventuell sich daraus ergebende Konsequenzen tragen?
- *in Deutschland*: ist die betreffende Praktik in Deutschland im Paysex überhaupt zulässig? (Prostituiertenschutzgesetz)
- Um diese Entscheidungen zu treffen, muss ich gut informiert sein. Bin ich in dieser Frage gut informiert?
- Wenn nicht, kann ich in den „Empfehlungen zur Infektionsprävention“ (s. Verweise auf einzelne Abschnitte oder Kapitel)* nachschlagen.

<http://freepdfhosting.com/9d0efc57cc.pdf>

(Langversion – sehr umfangreich)

oder (für SDLs empfehlenswerter):

Kurzfassung für Sexarbeiterinnen:

<http://freepdfhosting.com/f2aa6824cb.pdf>

Zur schnellen Orientierung ist die Kurzfassung zu empfehlen, zur eingehenderen Recherche zu Spezialfragen eher die Langfassung.

***Die Verweise beziehen sich auf die Langversion.**

ANHANG 1

CHECKLISTE PRÄVENTION DES KONDOMVERSAGENS

- Markenkondome verwenden (Aufdruck DIN EN ISO 4074 : 2002)
- keine abgelaufenen Kondome! (Haltbarkeitsdatum beachten!)
- richtige Lagerung der Kondome (keine Hitze, Sonne, große Kälte); ideal: kühl, bis 22 Grad; wichtig: trockene Lagerung!
- SDLs sollten auf eigenen Kondomen bestehen, da sie nicht wissen, ob ihr Kunde die Kondome in der Vergangenheit richtig gelagert hat
- vorsichtig aus der Packung nehmen, ohne sie zu beschädigen (keine Schere, nicht mit den Zähnen aufreißen); nicht mit scharfkantigem Schmuck oder Fingernägeln beschädigen
- bei Bedarf (ungewöhnliche Penisgrößen) Sondergrößen dabei haben und verwenden; dies gilt vor allem bei abweichender Penisdicke (Länge ist nicht so relevant wie der Penisumfang).
Unpassende Kondomgrößen erhöhen das Risiko für Reißen, Abrutschen, Erektionsprobleme, Penis-Irritationen, reduzierten Genuss usw.
- bei Latexallergie Kondome aus Polyurethan verwenden; kleines Depot von Polyurethan-Kondomen für Männer, die vorgeben, gegen Latex allergisch zu sein
- keine Milchsäurezäpfchen oder anderen Medikamente kurz vor dem GV vaginal einführen
- nie 2 Kondome übereinander
- Kondom auf keinen Fall vor dem Aufsetzen auf den Penis entrollen!
- falls vorhanden, Vorhaut zurückziehen
- Reservoir (Spitze des Kondoms) mit zwei Fingern zusammendrücken, **Gummiring nach außen**, vorsichtig abrollen, nicht ziehen!
- darauf achten, dass das Reservoir schlaff ist und keine Luft enthält, sonst kann das Kondom später platzen (deshalb muss das Reservoir beim Aufsetzen zusammengedrückt werden)
- beim Aufsetzen des Kondoms mit dem Mund keine Zähne dazu einsetzen (Gefahr der Beschädigung des Kondoms!)
- nicht mit Fett oder Öl berühren (auch nicht Sonnencreme!)
- trockene Scheide vermeiden; Gleitgel nutzen, dies muss aber öl- und fettfrei sein, d.h. auf Wasser- oder Silikonbasis. Trockene Scheide ist ein Risikofaktor für einen Kondomriss!
Vor allem kurz nach der Menstruation kann die Scheide trockener sein als sonst üblich.
Niemals Gleitmittel innen ins Kondoms; niemals Penis vor dem Aufsetzen des Kondoms mit Gleitmittel anfassen oder einreiben!
- neues Kondom nehmen zum GV, wenn vorher intensives FM (vor allem mit Einsatz der Zähne) (*eigentlich sogar nach jeder Form von FM: „je Körperöffnung ein eigenes Kondom“*)

- richtigen Sitz des Kondoms während des GVs mit der Hand prüfen; der Hinweis, noch Gleitgel zu benötigen, kann als Anlass (oder Vorwand) genommen werden, den GV kurz zu unterbrechen und den Sitz und Zustand des Kondoms zu prüfen
- bei langem oder besonders intensivem GV zwischendurch Kondom wechseln (auch die Verwendung von sexuellen Stimulanzien durch Kunden stellt einen Risikofaktor dar, weil der Sex dann länger dauert, roher oder heftiger erfolgt)
- Kondom wechseln, wenn dieses innen schon sehr feucht ist (Lusttropfen, Prostatasekret)
- beim Übergang von vaginal nach anal (und erst recht umgekehrt) Kondom wechseln
- wenn der Kunde merkt, dass das Kondom in der Scheide fest steckt und er sich nur noch im Kondom bewegt: GV unterbrechen, neues Kondom
- rechtzeitiges Herausziehen des Penis (zusammen mit dem Kondom, indem man dieses mit der Hand umfasst und festhält) aus der Scheide nach der Ejakulation, vor der Erschlaffung des Penis
- viel „Handarbeit“ zwischen GV-Phasen vermeiden, oder Kondom wechseln
- Kondome bieten keine ausreichende Sicherheit unter Wasser, z.B. beim Sex in der Badewanne oder im Whirlpool
- „Flügelkondome“ können helfen, Anwendungsfehler zu vermeiden; da sie dünner gestaltet sind als herkömmliche Kondome, bieten sie auch eine Chance auf moderat verbesserte Gefühlsechtheit

Anwendungsfehler vermeiden!

Richtig ist:

- der abzurollende Teil muss sich außen befinden!
- wurde das Kondom zunächst falsch herum aufgesetzt, ist es zu verwerfen und ein neues Kondom zu nehmen; nicht umdrehen! (Es kann bereits mit einem Lusttropfen benetzt sein, der dann nach außen gedreht würde und später in die Scheide gerät!)
- Luftreservoir mit einer Hand zusammendrücken; mit der anderen Hand das Kondom abrollen
- Kondom möglichst nicht mit Fingernägeln, Schmuck, Piercings berühren

(Abweichendes Vorgehen bei Flügelkondomen:

- Flügel mit dem Logo nach oben anfassen; Reservoir *nicht* zusammendrücken
- beide Flügel gleichzeitig herunterbewegen; dies erfolgt ohne direkte Berührung des Kondoms
- Flügel entfernen)
- „Galactic Caps“ dienen lediglich der Schwangerschaftsverhütung und bieten (außer den Effekten, die mit dem Zurückhalten von Sperma verbunden sind) keinen Infektionsschutz! Für die Sexarbeit kommen sie daher nicht infrage.

