

Tötungsdelikte – über die im Rahmen dieses Artikels diskutierten hinaus – sinnvoll sein mögen, sollte der Reformeifer nicht so weit gehen, eine völlig neue Systematik der vorsätzlichen

Tötungsdelikte zu installieren und der Rechtsprechung damit in diesem vielleicht zentralsten Bereich des Strafrechts gleichsam „den Boden unter den Füßen wegzuziehen“.

Positionspapier zu der Diskussion um die Wiedereinführung der Pflichtuntersuchung auf STI für Prostituierte

Amtsleiterinnen und Amtsleiter folgender Großstadtgesundheitsämter: Aachen, Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf, Berlin Friedrichshain-Kreuzberg, Berlin Lichtenberg, Berlin Marzahn-Hellersdorf, Berlin Mitte, Berlin Neukölln, Berlin Spandau, Berlin Steglitz-Zehlendorf, Berlin Tempelhof-Schöneberg, Berlin Trepow-Köpenick, Bielefeld, Bremen, Dresden, Düsseldorf, Frankfurt, Hamburg (Centrum für AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten in Altona (CASA blanca)/Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz), Hannover, Köln, Leipzig, München, Nürnberg und der Fachausschuss Infektionsschutz des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD e.V.) vom 25. Mai 2014

Hintergrund

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

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

Damit wird es notwendig, diese Argumente unter gesundheitspolitischen Aspekten einer Überprüfung zu unterziehen und zusätzlich die Situation vor 2001 noch einmal kritisch zu würdigen.

Im Einzelnen sind folgende Fragen zu beantworten:

1. Ist eine Untersuchungspflicht für Prostituierte eine **geeignete** Maßnahme zur Eindämmung der Ausbreitung sexuell übertragbarer Infektionen?
2. Ist eine Untersuchungspflicht **notwendig**, um die Verbreitung von STI zu verhindern?
3. Ist die Untersuchungspflicht **angemessen**, d.h. nützt sie mehr als dass sie schadet?

4. Stehen die geforderte Untersuchungspflicht und die weiteren in diesem Zusammenhang geforderten Maßnahmen in **Übereinstimmung mit geltenden Rechtsnormen**?
5. Welche der Ziele liegen **außerhalb des Infektionsschutzes**?

Rückblick

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

Bei der Durchsetzung der Untersuchungspflicht wurde regelmäßig in wesentliche Grundrechte eingegriffen, ohne dass es dafür eine gesetzliche Legitimation gab:

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

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

- Untersuchungsintervalle (von einer Woche bis zu vier Wochen),
- Umfang und die Qualität der Labordiagnostik (meist nur Gonorrhoe und Syphilis, obwohl beide Infektionen spätestens ab Mitte der 70er Jahre kaum eine Rolle mehr spielten),
- Übernahme der Kosten für die Untersuchungen
- Durchführung der Untersuchungen (in den Gesundheitsämtern selbst, durch niedergelassene Ärzten oder private „Vertragsärzte“ in den Prostitutionsbetrieben)
- die Fachkunde der Ärzte, die sie durchführten
- die Kontrolle der Untersuchungsnachweise (teilweise durch die Gesundheitsbehörde selbst, teilweise durch Ordnungsbehörden oder Polizei.)

Betreiber von Sexarbeitsbetrieben, aber auch viele Prostituierte stützten diese Praxis sogar. Sie konnten so ihre Betriebe als „staatlich geprüft und sauber“ bewerben. Kunden sahen sich ermutigt, bei den regelmäßig untersuchten Frauen auf ungeschützten sexuellen Dienstleistungen als „risikofrei“ bestehen zu können. Allerdings war es sowohl in der Szene wie in den Behörden ein offenes Geheimnis, dass die Untersuchungen oft gar nicht vorgenommen, sondern gegen ein Honorar von sogenannten Vertragsärzten lediglich bescheinigt wurden.

Diese Praxis wurde schon lange vor dem Inkrafttreten des IfSG im Jahre 2001 kritisiert und in einigen Großstädten auch bereits aufgegeben. Dabei spielte auch eine Rolle, dass gerade bei HIV deutlich wurde, dass die höchste Infektiosität in einem Zeitraum besteht, in dem die Infektion durch Laboruntersuchungen noch nicht nachweisbar ist, ein negativer Befund die Betroffenen also in falscher Sicherheit wiegt.

Ab 2001 setzte das Infektionsschutzgesetz auf Aufklärung über die Möglichkeiten, sich vor Infektionen zu schützen und leicht zugängliche Beratungs- und Untersuchungsangebote. Dieser Weg hat sich als erfolgreich bei der Bekämpfung von STI erwiesen und entsprechend findet das Infektionsschutzgesetz auch international Anerkennung.

Die Umsetzung in den Gesundheitsämtern weist allerdings bis heute vielerorts erhebliche Defizite auf. Nur in einzelnen Städten wurden bestehende Angebote bedarfsgerecht erweitert. In zahlreichen Kommunen und Kreisen wurden vielmehr Personal abgebaut, Angebote reduziert oder sogar völlig eingestellt.

Das Untersuchungsangebot wird oft nur durch Ärzte sichergestellt, die für diese Tätigkeit unzureichend weitergebildet sind. Speziell gynäkologische Untersuchungen sind bis heute nur in 13% aller Gesundheitsämter möglich. Öffnungszeiten sind begrenzt durch geringe Ressourcen und deswegen oft wenig attraktiv. Gebühren für diagnostische Leistungen, wie sie manche Kommunen erheben, schrecken gerade Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter ab, für die ein öffentliches Angebot den einzigen Zugang zur Gesundheitsversorgung darstellt. Vor diesem Hintergrund werden besonders vulnerable Populationen teilweise nur schwer erreicht.

Beratungsstellen, die systematisch aufsuchende Arbeit in schwer erreichbaren Szenen mit einem angemessenen Sprechstundenangebot kombinieren, erreichen diese Populationen dagegen gut und stellen entsprechend auch mehr STD-Diagnosen.

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

Durch epidemiologische Daten ist nicht belegbar, dass

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

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

Jede Maßnahme, welche die Rechte der Prostituierten stärkt, wirkt sich deswegen positiv auch auf die Vermeidung von STI aus. Eine Untersuchungspflicht trägt dagegen zu einer vermehrten Stigmatisierung der SexarbeiterInnen bei („Seuchenschleudern“) und schwächt deren Selbstwertgefühl und Durchsetzungsvermögen. Der durch die Untersuchungspflicht überprüfbare vermeintliche „Gesundheitsnachweis“ schmälert zudem die Verhandlungsposition gegenüber den Kunden, wenn es um die Durchsetzung von Schutzmaßnahmen geht.

Eine Untersuchungspflicht und gar die Ausstellung von „Gesundheitsnachweisen“ für eine bestimmte Gruppe suggeriert die Vorstellung, regelmäßig untersuchte Personen aus dieser Gruppe seien „frei von einer Infektion“ und verleitet andere zur Vernachlässigung von Schutzmaßnahmen. Für die Prävention ist sie nicht nur wenig effektiv, sondern sogar gefährlich, angesichts der Tatsache, dass eine STI in der Zeit der höchsten Infektiosität durch Laboruntersuchungen oft noch nicht nachweisbar ist.

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

Jede ärztliche Untersuchung oder Blutentnahme, die nicht mit ausdrücklichem Einvernehmen eines/r Patienten/in stattfindet, stellt eine Körperverletzung dar. Allein schon die Weitergabe der Information, dass eine Person ärztlich untersucht worden ist, stellt einen Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung dar. Damit sind an die Anordnung der Untersuchung extrem strenge rechtliche Anforderungen zu stellen. Selbst wenn man davon ausginge, dass eine Untersuchungspflicht eine geeig-

nete Maßnahme wäre, die Ausbreitung von STI einzudämmen, wäre sie nicht zulässig, wenn der Gesetzgeber dieses Ziel mit Maßnahmen erreichen könnte, die weniger in die Grundrechte der betroffenen Personengruppen eingreifen.

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

- allgemein zugängliche Information und Aufklärung
- freier Zugang zu Schutzmitteln
- Zugang zu kostenloser und ggf. anonymer Beratung
- freier Zugang zu kostenloser Diagnostik und Therapie.

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

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

Angesichts dieser vielfältigen wissenschaftlich gesicherten Möglichkeiten, die Verbreitung von STI zu verhindern, ist eine Untersuchungspflicht für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter nicht legitimierbar.

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

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

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

Eine Untersuchungspflicht für bestimmte Gruppen ist deswegen epidemiologisch kontraproduktiv. So leisten seuchenrechtliche Maßnahmen repressiver und dirigistischer Art letztlich der Weiterverbreitung sexuell übertragbarer Infektionen Vorschub. Die Geschichte und die Gegenwart bieten hierfür zahlreiche Beispiele.

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

Grundsätzlich stellt jede ärztliche Untersuchung oder Blutentnahme, die nicht mit ausdrücklichem Einverständnis eines/r Patienten/in stattfindet, eine Körperverletzung dar. Damit sind an ihre Anordnung extrem strenge rechtliche Anforderungen zu stellen. Da andere weit wirksamere Maßnahmen zur Verfügung stehen (siehe Punkt 2), lassen sich Zwangsmaßnahmen zur Verringerung der Ausbreitung von STI nicht rechtfertigen. Bei Verdacht auf eine STI liegt auch kein Notstand vor, der anders nicht abgewendet werden kann.

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

Die Erhebung, Nutzung und Weitergabe von personenbezogenen Daten, die von Ärzten oder Gesundheitsbehörden zum Zwecke des Infektionsschutzes erhoben worden sind, zu anderen Zwecken als denen des Infektionsschutzes (z. B. für die Bekämpfung von Menschenhandel, Gewererecht) verstößt gegen den im Strafrecht und im ärztlichen Standesrecht verankerten besonderen Vertrauensschutz des Arzt-Patient-Verhältnisses.

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

Zu 5: Welche der Ziele liegen außerhalb des Infektionsschutzes?

Aus Punkt 1 bis 4 ergibt sich, dass eine Untersuchungspflicht nicht als eine epidemiologisch begründbare Maßnahme des Infektionsschutzes angesehen werden kann. Ebenso wenig kann sie ohne Einschränkung wesentlicher Grundrechte, wie der Freizügigkeit, der körperliche Unversehrtheit und der informationellen Selbstbestimmung durchgesetzt werden. Dies gilt ganz besonders, wenn sich der gesetzlich generalisierende Verdacht auf eine Ansteckung, der die Untersuchungspflicht legitimieren soll, nur auf die Zugehörigkeit zu der Gruppe der Prostituierten stützt, die als solche weder klar definierbar noch in der Praxis sicher identifizierbar ist.

Aus diesem Grund werden weitere Argumente für die Untersuchungspflicht angeführt. Unter anderem soll sie

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

Polizei und Ordnungsbehörden haben ein legitimes Interesse an der Bekämpfung krimineller Strukturen im Kontext von Prostitution. Die Benutzung von personenbezogenen Informationen, die von Ärzten oder Gesundheitsbehörden für Zwecke des Infektionsschutzes erhoben wurden, zu diesem Zweck ist jedoch nicht nur eindeutig rechtswidrig. Eine Vermischung von ärztlicher Versorgung und Beratung mit Ermittlungs- oder Straf-

verfolgungsaufgaben würde die Möglichkeiten einer wirksamen Bekämpfung von Straftaten gegen Frauen sogar eher schmälern.

Ebenso wenig lässt sich belegen, dass eine Untersuchungspflicht dazu beitragen könnte, Prostituierte in schwierigen Lebenssituationen zu unterstützen bzw. sie vor Zwang und Gewalt zu schützen. Das Gegenteil ist der Fall.

Zu a) Eine Untersuchungspflicht hält keine Frau in einer schwierigen ökonomischen Situation davon ab, sich in der Prostitution ein zusätzliches Einkommen zu suchen. Sie führt lediglich dazu, dass Frauen, die – aus welchen Grund auch immer – Angst haben, dass ihre Tätigkeit als Prostituierte öffentlich bekannt wird, jeglichen Kontakt mit offiziellen Stellen vermeiden, sich weder Ärzten noch Beratungsstellen gegenüber offenbaren und damit für Unterstützung beim Ausstieg und gesundheitliche Prävention unerreichbar sind. Dies gilt für deutsche Gelegenheitsprostituierte ebenso wie für Migrantinnen in schwierigen Lebenssituationen. Der Ausstieg aus der Prostitution ist überdies für die meisten Frauen ein längerer Prozess und vor allem daran gekoppelt, dass der eigene Lebensunterhalt (und oft auch der der Familie) langfristig anderweitig gesichert ist.

Zu b) Erst die Sicherheit, dass Ärzte und Beratungsstellen von sich aus keine Daten an Polizei und Ordnungsbehörden weitergeben, ermöglicht, dass sich Frauen in Notsituationen offenbaren. Ganz besonders gilt dies für Frauen, die eine Strafverfolgung oder andere behördliche Sanktionen fürchten – ganz gleich, ob berechtigt oder unberechtigt. Dies wird unter anderem belegt durch die Erfahrungen derjenigen STI-Beratungsstellen, die seit vielen Jahren anonyme Angebote machen. Problematische Arbeitsbedingungen können unter der Bedingung eines gewachsenen Vertrauens zur Beraterin angesprochen werden, die die Betroffenen auf ihre Rechte und auf Möglichkeiten der Unterstützung – auch mit Mitteln des Polizei- und Ordnungsrechts – aufmerksam machen kann.

Zu c) Die Ursachen des hohen Anteils von Migrantinnen in der Prostitution sind überaus vielfältig. Wie viele von ihnen sich in Zwangsverhältnissen befinden, wird von unterschiedlichen Stellen unterschiedlich eingeschätzt. Wenn Frauen vor Zwangssituationen geschützt und zur Erstattung von Anzeigen motiviert werden sollen, setzt dies Vertrauen, langfristigen Schutz und dauerhafte Lebensperspektiven auch in Deutschland voraus. Dies belegen die Erfahrungen aller im Bereich Frauenhandel tätigen Beratungsstellen sowie der einschlägigen Forschung. Werden bestehende anonyme und kostenfreie Angebote der Gesundheitsämter von Opfern der Zwangsprostitution oder des Menschenhandels von diesen als Teil staatlicher Zwangs- und Kontrollbehörden wahrgenommen, entfällt für diese Personen in vielen Kommunen nicht nur der einzige Zugang zu ärztlicher Versorgung, sondern auch die einzige Beratungsstelle, wo sie ihre Situation schildern können, ohne Angst vor unmittelbar negativen Konsequenzen. Damit würde die Wahrscheinlichkeit sinken, dass Opfer sich der Polizei offenbaren und in einem Strafverfahren als Zeugin zur Verfügung stellen. Das gleiche gilt für Kunden der Zwangsprostitution, die zuweilen bei geeigneter Ansprache für eine Unterstützung zu mobilisieren sind.

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

All dies ist historisch nicht neu.

Die Pflichtuntersuchung wurde immer auch dazu genutzt, Prostitution als ein gesellschaftlich kontrovers bewertetes Phänomen zu bekämpfen oder zumindest bestimmte Aspekte davon. Medizin- und sozialhistorische Forschungen belegen ganz eindeutig, dass die Pflichtuntersuchung im Wesentlichen als ein Instrument von Disziplinierung, gesellschaftlicher Diskriminierung und individueller Erniedrigung von (überwiegend weiblichen) Prostituierten diente. Sexarbeiter, die mann-männliche Kontakte anbieten, welche für die Epidemiologie der STI eine weit größere Bedeutung haben, und die sich teilweise ebenfalls in sehr schwierigen sozialen Situationen befinden, werden in der aktuellen Debatte nicht erwähnt. Gesundheitsbehördliche Auflagen stigmatisieren und demütigen daher überwiegend Frauen. Sie verfestigen die immer noch herrschende Vorstellung, dass es sich bei ihnen um potentielle gefährliche Infektionsquellen handelt. Darin liegt ein Verstoß gegen die Menschenwürde und zugleich auch ein Verstoß gegen das Diskriminierungsverbot.

Aus all diesen Gründen sollte der öffentliche Gesundheitsdienst Forderungen nach einer erneuten Einführung der Untersuchungspflicht eindrücklich zurückweisen.

Referenzen und Literatur

- Gesundheitsämter im Wandel, Die Arbeit der Beratungsstellen für STDs und AIDS vor dem Hintergrund des neuen Infektionsschutzgesetzes (IfSG), Abschlussbericht des Sozialpädagogischen Institutes Berlin, Berlin
- BRANDT, A.M.: No magic bullet: A social history of venereal disease in the United States since 1880. Oxford University Press Inc., New York, 1985
- Endbericht der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages zu Aids (1990)
- Evaluation Straßenstrich Geestemünder Straße, Sozialpädagogisches Institut Berlin Endbericht 2004
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Erlass vom 24.03.1997, Az. V A 4)
- Flügge, S. Kontrolle der Sexarbeit durch „Bockscheine“ – Fragen der Verhältnismäßigkeit, Vortrag bei der Fachtagung: Forschung zur Sexarbeit und STI-Forschung der Deutschen Gesellschaft Sexuell übertragbare Krankheiten (DSTIG), Köln 2013
- H Nitschke, B Ludwig-Diouf, S Kirsch, A Knappik, Anonyme Untersuchungsangebote versus Untersuchungspflicht für Prostituierte – was ist effektiv in der STD-Prävention? Das Gesundheitswesen, Stuttgart 2006; 68 – A28