

# Psychosoziale Belastungen, Schwangerschaftsverlauf und -outcome im Kontext sexueller Dienstleistungen

## Psychosocial Stress, Course of Pregnancy and Pregnancy Outcomes in the Context of the Provision of Sexual Services

### Autoren

Elisabeth Simoes<sup>1,2,3</sup>, Johannes Gostomzyk<sup>4</sup>, Sara Yvonne Brucker<sup>1,2</sup>, Joachim Graf<sup>1,2</sup>

### Institute

- 1 Department für Frauengesundheit, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen
- 2 Forschungsinstitut für Frauengesundheit, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen
- 3 Stabsstelle Sozialmedizin, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen
- 4 Gesundheitsamt Augsburg, Ltd. Medizinaldirektor a. D.

### Schlüsselwörter

Prostitution, Prostituiertenschutzgesetz, Risikoschwangerschaft, sexuelle Gewalt, Frühgeburtlichkeit

### Key words

prostitution, Prostitute Protection Act, high-risk pregnancy, sexual violence, preterm birth

eingereicht 25. 8. 2016  
revidiert 15. 11. 2016  
akzeptiert 16. 12. 2016

### Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-124045>  
Geburtsh Frauenheilk 2017; 77: 366–376 © Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York | ISSN 0016-5751

### Korrespondenzadresse

Joachim Graf, M.A.  
Department für Frauengesundheit, Universitätsklinikum Tübingen  
Calwerstraße 7, 72076 Tübingen  
joachim.graf@med.uni-tuebingen.de

### ZUSAMMENFASSUNG

**Einleitung** Schwangerschaft im Kontext von Prostitution gehört zu den bisher kaum fokussierten Forschungsthemen der Frauenheilkunde, obwohl hier Gesundheitsrisiken bspw. durch Gewaltexposition oder Drogenabusus für Mutter und Kind vorliegen. Ziel der Arbeit ist es, den (inter-)nationalen Wissensstand zusammenzutragen, um Eckpunkte für die Gesundheitsförderung in Richtung eines einheitlichen Gesundheitsschutzniveaus in der Schwangerschaft zu identifizieren.

**Material und Methoden** Eine selektive Literaturrecherche erfolgte in PubMed und Livivo/Medpilot sowie zu den Einflussfaktoren von Frühgeburtlichkeit über die Datenbanken NIH, Cochrane, DARE, NHSEED und HTA.

**Ergebnisse** Systematische Studien zu den Schwangerschaftsrisiken im Kontext sexueller Dienstleistungen fehlen. Wohl bestehen aber Erkenntnisse zu einzelnen gesundheitsgefährdenden Faktoren z.B. einem erhöhten Frühgeburtsrisiko durch sexuelle/physische Gewalt (OR = 1,28–4,7). Die Möglichkeiten zum Schutz von Betroffenen im Rahmen des Prostituiertenschutzgesetzes sind begrenzt, auch die Wirkungen des gesetzlichen Mutterschutzes, da ein formales Dienstverhältnis Voraussetzung ist, das auch bei legalisierter Prostitution i. d. R. nicht vorliegt.

**Schlussfolgerung** Etwa 400 000 Frauen sind in der BRD in der Prostitution tätig. Die Dunkelziffer ist hoch. Dennoch fehlt konkretes Wissen zu den gesundheitlichen Gefährdungen im Fall einer Schwangerschaft. Bisherige Schutzregelungen greifen zu kurz. Forschungsbedarf besteht mit Blick auf die zukünftige Umsetzung des Prostituiertenschutzgesetzes bezüglich Gesundheitsberatung, -förderung und erweiterter Schutzregelungen. Chancen bieten niedrigschwellige Angebote im Rahmen der Schwangerenvorsorge.

### ABSTRACT

**Introduction** There has been very little medical research into pregnancies which occur in the context of prostitution, even though the associated health risks for mother and child, e.g. violence or maternal drug abuse, are well known. The aim of this study was to compile and summarize what is known (inter-)nationally about this topic and identify key points of support as part of a uniform standard of healthcare in pregnancy.

**Material and Methods** A selective search of the literature was done in Pubmed and Livivo/Medpilot and in the databases NIH, Cochrane, DARE, NHSEED and HTA on the factors influencing preterm delivery.

**Results** There are no systematic studies on pregnancy risks in the context of sexual services. But there is data available on specific risk factors, for example the increased risk of prematurity associated with sexual/physical violence (OR = 1.28–4.7). The Prostitute Protection Act provides only limited protection for affected women, and statutory maternity protection regulations also have little impact as they require a formal contract of employment which rarely exists even in the context of legal prostitution.

**Conclusion** Approximately 400 000 women are currently working as prostitutes in the Federal Republic of Germany. The number of unreported cases is high. Nevertheless, there is little concrete data available on the probable health risks if these women become pregnant. The existing laws that should offer protection fall short of the mark. There is a need for more research into the future implementation of the Prostitute Protection Act which should focus on health counseling, health promotion and additional protective legislation. Low-threshold healthcare services offered in the context of prenatal care could be an opportunity to improve care.

► **Tab. 1** Recherche zu Schwangerschaftsverlauf und -outcome im Umfeld sexueller Dienstleistungen.

Suchterm	Treffer	verwertbare Ergebnisse
<b>PubMed (12.05.2016; keine Einschränkung des Recherchezeitraums)</b>		
preterm birth/premature birth/preterm delivery AND prostitution	2	1
(prostitution[Title/Abstract]) AND pregnancy[Title/Abstract]	81	2
rape AND premature delivery	6	3
sexual violence AND premature delivery	21	7
rough intercourse AND premature delivery	0	0
sexually transmitted diseases AND pregnancy	21 218	
▪ (sexually transmitted diseases[MeSH Terms]) AND pregnancy[MeSH Terms]	18 590	
▪ ((prostitution[MeSH Terms]) AND sexually transmitted diseases[MeSH Terms]) AND pregnancy[MeSH Terms]	176	
▪ ((prostitution[MeSH Terms]) AND sexually transmitted diseases[MeSH Terms]) AND unborn child[MeSH Terms]	0	
▪ ((prostitution[MeSH Terms]) AND sexually transmitted diseases[MeSH Terms]) AND risk for pregnancy[MeSH Terms]	100	
<b>Livivo/Medpilot (12.05.2016; keine Einschränkung des Recherchezeitraums)</b>		
Frühgeburt AND Prostitution	6	5
brutaler Geschlechtsverkehr AND Frühgeburt	0	0
Vergewaltigung AND Frühgeburt	3	1
sexuelle Gewalt AND Frühgeburt	21	5

## Einleitung

Schwangerschaft im Kontext von Prostitution gehört bisher zu den kaum fokussierten Forschungsthemen. Wissenschaftliche Erkenntnisse bestehen hinsichtlich einer Vielzahl von Faktoren und Bedingungen, die sich einzeln und/oder im Zusammenwirken ungünstig auf den Verlauf einer Schwangerschaft auswirken. Viele dieser Faktoren kennzeichnen in unterschiedlichem Maß auch den Bereich sexueller Dienstleistungen. Dazu zählen nicht zuletzt psychosoziale Belastungen und Gewaltexposition. Die Diskussion um das Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG) für Deutschland [1] lenkt den Blick auf diese Schwangerschaften sowie deren Verlauf. Welches Wissen zur Thematik Schwangerschaft im Kontext von Prostitution besteht im nationalen und internationalen Kontext? Dieser Frage soll – mit Fokus auf die Risiken für den Schwangerschaftsverlauf sowie die für Schwangere geltenden Schutzregelungen – die vorliegende Arbeit aus frauenärztlicher und sozialmedizinischer Perspektive nachgehen, um *Eckpunkte* für die Gesundheitsförderung für Mutter und Kind zu identifizieren. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass Schwangerschaften im Zusammenhang mit sexuellen Dienstleistungen nicht selten sind: So bestand nach Feldblum et al. bei 250 von 935 Prostituierten innerhalb des Beobachtungszeitraums von 18 Monaten eine Schwangerschaft, die in 51 % bis zur Geburt ausgetragen wurde [2]. Duff et al. berichten von einer tätigkeitsbedingten Schwangerschafts-Lebenszeitprävalenz bei drogenabhängigen Prostituierten von im Durchschnitt 4 Schwangerschaften je Frau. 45% der untersuchten Frauen erlitten mindestens eine Fehlgeburt [3]. Zudem ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen [4, 5]. Aus Perspektive der Frauengesundheitsforschung sind vor allem die vielfältigen Gesundheitsrisiken von Prostitution während der Schwangerschaft

von Interesse, die aus dem Umfeld resultieren, dem im Falle einer Schwangerschaft sowohl die Mutter als auch das Ungeborene ausgesetzt sein können. Es stellt sich die Frage, ob konkrete Risiken für den Schwangerschaftsverlauf aus einer erhöhten Infektionsgefährdung, insbesondere durch HIV, HCV, HPV und bakterielle Infektionen, infolge von Drogenabusus oder durch Geschlechtsverkehr unter Gewaltanwendung beziffert werden können. Darüber hinaus interessiert, ob Erkenntnisse zu einem Zusammenhang von häufigem Geschlechtsverkehr im Rahmen von Prostitution und Frühgeburtlichkeit vorliegen und ob Untersuchungen dabei nach Schwangerschaftswochen differenzieren.

## Material und Methoden

Um den aktuellen Forschungsstand zur Thematik Schwangerschaftsverlauf und -outcome im Umfeld sexueller Dienstleistungen darstellen zu können, wurde eine selektive Literaturrecherche in Pubmed und Livivo/Medpilot durchgeführt (Stand: 12.05.2016; ► **Tab. 1**). Außerdem erfolgte eine Recherche zu den Einflussfaktoren von Frühgeburtlichkeit als einem in hohem Maß mit kindlicher Morbidität assoziierten ungünstigen Schwangerschaftsoutcome, vorrangig über die MEDLINE-Datenbank des NIH (PubMed), die Cochrane-Datenbank sowie die Datenbanken DARE (The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness/ Abstracts of quality assessed systematic reviews), NHSEED (NHS Economic evaluation database/Economic evaluations of health care interventions) und HTA (Health technology assessment database/Publications and projects by INAHTA and other HTA organizations). Manuelle Erweiterungen der Suche auf der Basis bereits identifizierter Arbeiten wurden über Google, über Internetseiten von Fachzeitschriften etc. durchgeführt. Ferner fand eine web-

basierte Recherche zu den rechtlichen Vorgaben das Umfeld sexueller Dienstleistungen betreffend statt. Zusätzlich erfolgte eine Recherche in den juristischen Regelwerken zu Mutterschutz und sozialer Sicherung im Umfeld einer Schwangerschaft. Der Begriff Schwangerschaftsrisiken schließt alle anamnestischen Risiken und besondere Befunde gemäß der Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien (Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung) des Gemeinsamen Bundesausschusses mit ein.

## Ergebnisse

### Sexuelle Dienstleistungen und Gefährdung einer Schwangerschaft

Einstellige Ergebnisse bei der Suche nach wissenschaftlichen Publikationen zum Gefährdungspotenzial für eine Schwangerschaft im Kontext der Erbringung von sexuellen Dienstleistungen weisen auf eine bisherige Vernachlässigung der Thematik im internationalen Forschungskontext hin. Studien, welche die Auswirkungen einer Erbringung sexueller Dienstleistungen während einer Schwangerschaft im **Erwachsenenalter** auf Verlauf und Ergebnis dieser Schwangerschaft für Mutter und Kind untersuchen, fehlen international. Hierzu besteht vorrangig Forschungsbedarf.

Die Ausübung von Prostitution ist in Deutschland für Frauen vor dem vollendeten 18. Lebensjahr untersagt.

Zu Jugendlichen, die illegal zu sexuellen Dienstleistungen herangezogen wurden, berichten lediglich Studien aus dem Ausland, so Deisher aus den USA (1991, ▶ **Tab. 2**). Diese Studien beschreiben eine Kumulation von Risiken wie *mangelnde medizinische Versorgung, Ernährung und soziale Einbindung, Gewalterleben, Alkoholabusus, Drogenkonsum, Medikamentenmissbrauch, rezidivierend sexuell übertragbare Erkrankungen*. Für diese jugendlichen Risikoschwangeren (Alter: 14–20 Jahre) berichten die Autoren von erhöhten Raten an Frühgeburtlichkeit (22%), Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht (24%) oder niedrigem Apgar-Score  $\leq 7$  (35%).

Eine vergleichbare **Kumulation von Risiken**, von denen jedes einzelne bereits eine nennenswerte Gefährdung für eine Schwangerschaft beinhaltet, ist auch bei volljährigen Prostituierten anzunehmen. Es fehlen allerdings systematische Erhebungen zu Schwangerschaftsrisiken und deren Auswirkungen für die Gruppe erwachsener Prostituiertes.

Für eine Einschätzung der potenziellen Gefährdung bleibt daher nur der Blick auf **verschiedene Faktoren und Bedingungen**, von denen bekannt ist, dass sie sich negativ auf den Schwangerschaftsverlauf auswirken. Bedingungen, die in besonderem Maß im Umfeld sexueller Dienstleistung anzutreffen sind, werden im Folgenden hinsichtlich ihrer Auswirkungen orientierend beleuchtet, wobei sich die Angaben nicht ausschließlich auf die Gruppe von in der Prostitution tätigen Frauen beziehen.

### Mangelnde medizinische Versorgung und soziale Einbindung

Perinataldaten belegen, dass unzureichende Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge nicht nur die Frühgeburtlichkeit (Geburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche), sondern

auch die kindliche Morbidität und die Rate geburtshilflicher Komplikationen (schwere Blutung, Hysterektomie post partum) erhöhen. Gerade Schwangere mit (psycho)sozialen Belastungen nehmen Vorsorge unzureichend wahr. Das im Mutterpass erfasste Schwangerschaftsrisiko „besondere soziale Belastung“ bspw. erhöht nach Untersuchungen auf der Basis von baden-württembergischen Perinataldaten das relative Risiko für eine fehlende Inanspruchnahme (Vorsorgefrequenz 0–1) auf 11,69 (95%-Konfidenzintervall [95%-KI] 8,77–15,58), der Status der Ausländerin (unverheiratet) auf RR 5,12 (95%-KI 3,11–8,46) [6].

Ungünstige sozioökonomische Lebensbedingungen, wie ein geringer Bildungsgrad (OR 1,75; 95%-KI 1,65–1,86), der Status als alleinlebende Mutter (OR 1,61; 95%-KI 1,26–2,07) und auch jugendliches Alter (< 18 Jahre, OR 1,70; 95%-KI 1,02–3,08) erhöhen das Frühgeburtsrisiko [7]. Selbst Unsicherheit zur sozioökonomischen Lage kann mit einer intrauterinen Mangelentwicklung des Kindes assoziiert sein [8]. Ist der rechtliche Status bezogen auf den Aufenthaltsstatus bei werdenden Müttern im Umfeld von sexuellen Dienstleistungen ungeklärt, kann sich diese existenzielle Unsicherheit negativ auf deren psychische Gesundheit auswirken, bei ohnehin hohem Anteil an psychischen Erkrankungen (z. B. Depression) bei im Bereich der Prostitution Tätigen [9]. (Psycho-)Soziale Faktoren beeinflussen Schwangerschaftsverlauf, Geburtskomplikationen und gehen auch in die Kaiserschnittraten ein [10]. Angst ist dabei als ein zentraler Faktor zu bewerten [11–13]. Nach einer Fallkontrollstudie von Zhao und Chen ist bei Kaiserschnittentbindungen der Anteil an Frauen, die an einer Depression leiden, mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen mit vaginaler Entbindung (36,8 vs. 18,07%,  $p < 0,005$ ). Ferner wurden im erstgenannten Kollektiv häufiger ungünstige sozioökonomische Bedingungen angetroffen (z. B. Armutgefährdung: 13,3 vs. 3,4%,  $p < 0,005$ ). Bei Vorliegen einer Angststörung konnte ein OR für eine Sectio von 34,8 ermittelt werden [13]. Bis weit in das nachgeburtliche Leben des Kindes und seine kognitive Entwicklung hinein reichen die Auswirkungen von mütterlicher Angst und Stress während der Schwangerschaft (z. B. [14–16]).

### Gewalterleben, Angst, Stress

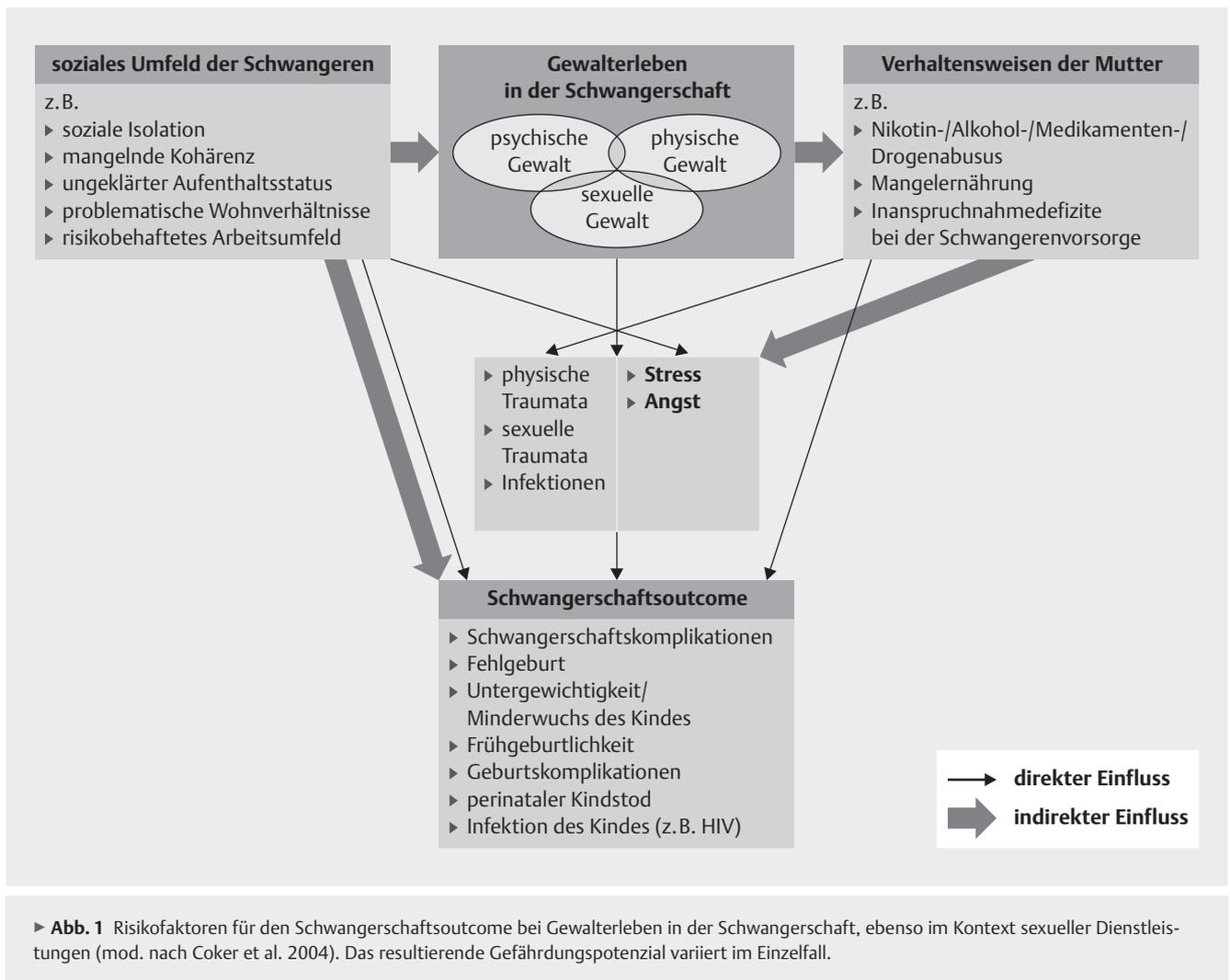
Gewaltanwendung gegen die Mutter kann direkt über mechanische Einflüsse und indirekt über die Auslösung von Stress und körperlichen Stressreaktionen zu Gefährdungen der Schwangerschaft führen (z. B. [17, 18]). So beträgt Neggers et al. folgend das OR nach physischer Gewalteinwirkung für Frühgeburtlichkeit 1,6 und für ein geringes Geburtsgewicht 1,8 [17]. Tätigkeitsassoziiertes Stress kann sich in vielfältiger Weise negativ auf den Schwangerschaftsverlauf auswirken, da sich das Risiko für Frühgeburtlichkeit und geringem Geburtsgewicht bei *übermäßiger* physischer und psychischer Beanspruchung im beruflichen Kontext erhöht [19]. Sexuelle und körperliche Gewalt – welcher Frauen im Zusammenhang mit sexuellen Dienstleistungen in unterschiedlicher Form ausgesetzt sein können [20, 21], auch in Deutschland [22] – erhöhen das Frühgeburtsrisiko. Auch hier fehlen zwar schwangerschaftsbezogene Studien, die sich *explizit* mit dem Feld von Prostitution auseinandersetzen. Untersuchungen bestehen aber zu Frauen, die während der Schwangerschaft Gewalterfahrungen (z. B. durch ihren Partner) ausgesetzt waren, die wiewegleich aus unterschiedlichen Ländern stammend, gleichge-

► **Tab. 2** Gewalt und Schwangerschaftsoutcome. Die Tabelle gibt eine Übersicht zum durch (sexuelle/physische) Gewalt des Partners gegen Schwangere erhöhten Risiko für einen ungünstigen Schwangerschaftsverlauf und -outcome, ausgedrückt in Chancenverhältnissen (Odds Ratio) und relativen Risiken, auf der Basis von Untersuchungen in verschiedenen Ländern. Frühgeburt: vor vollendeter 37. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburt: vor vollendeter 24. Schwangerschaftswoche.

Quelle	Henriksen et al. (2014) [44]	Nur (2014) [45]	McDougal et al. (2013) [46]	Stockl et al. (2012) [47]	Sanchez et al. (2013) [48]	Johri et al. (2011) [49]	Sarkar (2008), Metaanalyse [50] Silverman et al. (2007) [51]	Kaye et al. (2006) [52]	Coker et al. (2004) [53]	Satin et al. (1992) (Abstract) [54]	Deisher et al. (1991) [55]
Untersuchungsort/Staat	Norwegen	Türkei	Mexiko	Tansania	Peru	Guatemala	Bangladesch	Uganda	USA	USA	USA
Fallzahl	n = 76870	n = 1221	n = 582	n = 2492	n = 959	n = 1897	n = 2677	n = 612	n = 755	n = 2404	n = 54
Altersverteilung	< 20: 1,5%; 20–24: 12,2%; 25–29: 36,2%; 30–34: 35,7%; > 35: 14,4%	Einschluss: 15–49-jährige Frauen; 15–24: 12,4%; 25–34: 28,5%; > 35: 59,0%	Einschluss: Frauen > 18 Jahre; Durchschnittsalter: 33	15–19: 6,1%; 20–34: 61,96%; 35+: 31,94%	Fallgruppe: < 20: 8,8%; 20–29: 49%; 30–34: 19,6%; > 35: 22,7%	15–47-jährige Frauen	13–40-jährige Frauen	n. a.	18–65-jährige Frauen	n. a.	14–20-jährige Frauen
Studiendesign	Kohortenstudie	longitudinale Kohortenstudie	Verhaltens-Interventionsstudie	Kohortenstudie	Fallkontrollstudie	Querschnittstudie	longitudinale Kohortenstudie	prospektive Kohortenstudie	Querschnittstudie (retrospektiv)	n. a.	retrospektive Studie auf Basis von Patientendaten
Kollektiv	schwängere Frauen	verheiratete Frauen aus der türkischen Region Sivas	drogenabhängige Prostituierte	schwängere Frauen	Frauen mit lebend-geborenem Kind	schwängere Frauen	verheiratete Frauen	schwängere Frauen im 3. Trimester	Frauen, die 1997–1998 hausärztlich versorgt wurden	Frauen im Wochenbett	Prostituierte mit Entbindung 1987–1989 in Seattle
Studienziele	Einfluss von leichter, mittlerer und schwerer Gewalt auf Schwangerschaftsoutcome (IPV)	Zusammenhang zwischen häuslicher Gewalt und Fehlgeburt	Prävalenz von Fehlgeburt bei drogenabhängigen Prostituierten	Einfluss von sexueller Gewalt (IPV) auf Schwangerschaftsoutcome	Einfluss von IPV auf Frühgeburtsrisiko	Einfluss von IPV auf Fehlgeburt	Einfluss von IPV auf Schwangerschaftsoutcome	Einfluss von IPV auf Risiko für Untergewicht und Schwangerschaftskomplikation	Zusammenhang zwischen IPV (physisch und psychisch) und Schwangerschaftsoutcomes	Einfluss von sexueller Gewalt (Lebenszeitprävalenz) auf Schwangerschaftsoutcome	Beschreibung von die Schwangerschaft beeinflussenden Faktoren und der neonatalen Outcomes
Art der untersuchten Gewalteinwirkung	sexuelle Gewalt	sexuelle und/oder physische Gewalt	sexuelle Gewalt	sexuelle und/oder physische Gewalt	physische Gewalt	sexuelle und/oder physische Gewalt	sexuelle und/oder physische Gewalt	häusliche Gewalt	physische Gewalt	sexuelle Gewalt	sexuelle und/oder physische Gewalt

Fortsetzung nächste Seite





richtet ein hohes Gefährdungspotenzial aufweisen (▶ **Tab. 2**). Sind die Frauen während der Schwangerschaft emotionaler und körperlicher Gewalt ausgesetzt, ist das Frühgeburtlichkeitsrisiko um den Faktor 4,7 erhöht (Sanchez et al. 2013, ▶ **Tab. 2**). Studienergebnisse liegen auch zum Risiko für eine Fehlgeburt (Verlust der Schwangerschaft innerhalb der ersten 24 Schwangerschaftswochen) und der Häufigkeit von Risikoschwangerschaften vor. Die Wahrscheinlichkeit, eine Fehlgeburt zu erleiden, steigt bei sexueller Gewalterfahrung an, wie Studien aus mehreren Ländern zeigen (▶ **Tab. 2**), die jedoch jeweils unterschiedliche Formen und Bedingungen aufgreifen. Die Situation von Prostituierten wird auch hierzu nicht gesondert untersucht. Satin et al. (1992) ermittelten bezüglich der Schwangerschaftskomplikationen mit Klinikaufenthalt eine Prävalenz von 15% bei Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen gegenüber 8% bei Frauen ohne Erfahrung sexueller Gewalt (▶ **Tab. 2**).

Die Kumulation von Risiken durch das Zusammenwirken von Gewaltexposition und weiteren potenziellen Risikofaktoren veranschaulicht ▶ **Abb. 1**. Dabei kann postuliert werden, dass alle 3 Formen der Gewalt im Umfeld von Prostitution anzutreffen sind.

### Alkoholabusus, Tabak- und Drogenkonsum, Infektionsrisiko

Drogenkonsum und seine Folgen gefährden nicht nur die Mutter sowie das Kind intrauterin durch transplazentare Drogenexposition, sondern beeinträchtigen das Kind auch in der nachgeburtlichen Phase durch dysfunktionale Mutter-Kind-Interaktion sowie postnatale Anpassungs- und Reifungsprozesse. Dabei sind Unterschiede in Abhängigkeit von der tatsächlich konsumierten Drogenart bekannt (z. B. [23]). Klar belegt ist das fetale Alkoholsyndrom infolge mütterlichen Alkoholkonsums in der Schwangerschaft. Mütterliches Rauchen und auch Exposition gegenüber Tabakrauch schädigen das ungeborene Kind [24]. Das Frühgeburtswisiko ist bei Raucherinnen erhöht (OR 1,7; 95%-KI 1,3–2,2) [25], zusätzlich belasten die mit Drogen-, Alkohol- und Tabakkonsum häufig vergesellschaftete Fehl- und Mangelernährung. Drogenmissbrauch ist im Umfeld von sexuellen Dienstleistungen verbreitet: So betrug die Prävalenz von Alkoholabusus bei belgischen Prostituierten 88,4%. 18–20% gaben bei der Befragung an, innerhalb der letzten Wochen Cannabis, Kokain oder Benzodiazepine konsumiert zu haben [26].

In der Prostitution Tätige unterliegen bezüglich aller sexuell übertragbaren Erkrankungen einem hohen Infektionsrisiko (Hepatitis B: 8,5%; HIV: 0,2%; Syphilis: 1,8%; Gonorrhö: 1,8%; Chlamydien: 4,6%) [27]. Gut belegt ist der Zusammenhang zwischen aufsteigenden Infektionen der Scheide und Frühgeburtlichkeit [28, 29]. Eine besondere Gefährdung besteht für die Schwangerschaft und das Neugeborene bei einer unbehandelten HIV-Infektion. Lokale Koinfektionen wie bspw. Trichomoniasis, Chlamydieninfektion oder bakterielle Vaginose korrelieren mit einem erhöhten HIV-Transmissionsrisiko [30].

## Prostitution und Schwangerschaft im (sozial-)rechtlichen Kontext

### Prostitutionsgesetz

In Deutschland wurde im Jahre 2002 das Prostitutionsgesetz verabschiedet. Zuvor galt die Prostitution als sittenwidrig [31]. Seit der Einführung des Gesetzes gehört Deutschland zu den Staaten, die dem Entkriminalisierungsprinzip folgend Prostitution in legalisierter reglementierter Form zulassen [32–34]. Das Gesetz wird in Deutschland auf Länderebene uneinheitlich umgesetzt [35].

### Regelungen zum Mutterschutz

Der **gesetzliche Mutterschutz** hat die Aufgabe, die (werdende) Mutter und ihr Kind vor Gefährdungen, Überforderung und Gesundheitsschädigung *am Arbeitsplatz*, vor finanziellen Einbußen sowie vor dem Verlust des Arbeitsplatzes während der Schwangerschaft und einige Zeit nach der Geburt zu schützen [36]. Das Mutterschutzgesetz (MuSchG) [37] gilt für alle (werdenden) Mütter, die in einem regulären versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis stehen, u. a. auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende. Außerhalb der allgemeinen Schutzfristen sieht das Mutterschutzgesetz generelle Beschäftigungsverbote z. B. bei gesundheitsgefährdender Schwerarbeit) und individuelle Beschäftigungsverbote vor, orientiert an der persönlichen Gefährdungssituation und niedergelegt in einem ärztlichen Attest. Um die Frau in dieser Zeit ohne Tätigkeit vor finanziellen Nachteilen zu schützen, sind verschiedene Mutterschaftsleistungen vorgesehen, so das Mutterschaftsgeld, der Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld während der Mutterschutzfristen sowie das Arbeitsentgelt bei Beschäftigungsverboten außerhalb der Mutterschutzfristen (sogenannter Mutterschutzlohn).

Weitere Regelungen zum gesundheitlichen Schutz werdender Mütter vor Gefahren, Überforderung und der Einwirkung von Gefahrstoffen am Arbeitsplatz finden sich u. a. in der **Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz** (MuSchArbV) [38]. Die Aufsichtsbehörde\* klärt im Zweifelsfall, ob der konkrete Arbeitsplatz und die konkreten Arbeitsbedingungen zu einer Gefährdung von Mutter und Kind führen können. Regelungen zum Schutz werden auch im Rahmen weiterer gesetzlicher Bestimmungen getroffen, dazu zählen bspw. das Sozialgesetzbuch V (SGB V, die Ar-

beitsstättenverordnung (ArbStättV) oder die Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) und verschiedene landesrechtliche Regelungen.

Dieses sorgsame Geflecht von Regelungen zum Schutz und zur finanziellen Absicherung während einer Schwangerschaft greift für schwangere Prostituierte allerdings vielfach nicht, da sie überwiegend die dafür vorgesehene Bedingung eines vertraglich geregelten Dienstverhältnisses nicht erfüllen [39]. Das Mutterschutzgesetz gilt nicht z. B. für in Selbstständigkeit Tätige oder für Hausfrauen.

### Soziale Sicherung

Bei medizinisch unkompliziertem Schwangerschaftsverlauf gelten Schwangere als erwerbsfähig im Sinne des **SGB II** (Grundsicherung für Arbeitssuchende) und des **SGB III** (Arbeitsförderung). Aufgabe der Sozialhilfe nach dem **SGB XII** ist es, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Sozialhilfe ist *nachrangig* gegenüber sonstigen Einkommen bzw. Berechtigungen, auch unter EU-rechtlicher Perspektive. Die Sozialhilfe nach dem SGB XII umfasst u. a. Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung bei Erwerbsminderung und **Hilfen zur Gesundheit, bei Schwangerschaft und Mutterschaft** sowie Hilfen in besonderen Lebenslagen, *wenn Hilfe beantragt wird und die im Gesetz genannten Voraussetzungen der Bedarfsprüfung vorliegen*. § 23 regelt die Voraussetzungen der Sozialhilfe für Ausländerinnen und Ausländer. Ein Teil der als Prostituierte tätigen Personen verfügt aus einer weiteren Tätigkeit über einen Krankenversicherungsschutz (**SGB V**) durch eine gesetzliche oder private Kranken- und Pflegekasse. Gegebenenfalls haben die werdenden Mütter dann Anspruch auf Vorsorgeangebote nach den Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und Hilfen zur Mutterschaft nach dem Recht der jeweiligen Krankenkasse.

### Rolle des Frauenarztes

Dem Arzt, insbesondere dem Frauenarzt, kommt im Rahmen des Mutterschutzes eine zentrale, in den entsprechenden Regelungen hinterlegte Rolle zu – nicht nur bei der Feststellung und der Betreuung einer Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien, sondern bspw. auch bei Attestierung einer schwangerschaftsbedingten Arbeitsunfähigkeit oder eines individuellen Beschäftigungsverbots. Ebenso wichtig ist das ärztliche Wissen um Ansprüche aus der sozialen Sicherung oder zu andernorts vorgehaltenen Beratungsangeboten (s. u.) [40] und deren Weitergabe – gerade für Frauen, für welche die mehrheitlich geltenden Regelungen nicht zutreffen, und Frauen mit unzureichender Gesundheitskompetenz.

### Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD)

Betreuungsaufgaben für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) im Bereich Prostitution ergeben sich in erster Linie auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem Jahr 2001. Der Leitgedanke des IfSG „Prävention durch Aufklärung“ veränderte die Arbeitsgrundlage der Gesundheitsämter. Sie bieten nunmehr für die Zielgruppe freiwillige Beratungen an. Diese können auch aufsuchend (z. B. Streetwork) erfolgen. Die Zahl der Kontakte der Gesundheitsämter zu Prostituierten und die Untersuchungsfrequenz waren in den vergangenen Jahren stark rück-

\* Mutterschutz und Kündigungsschutz: Aufsichtsbehörden in Baden-Württemberg, Stand August 2015: Die Einhaltung der Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes wird von den Regierungspräsidien überwacht.

läufig, möglicherweise aufgrund der Freiwilligkeit. Das am 7. Juli 2016 vom Bundestag beschlossene neue Prostituiertenschutzgesetz, das gegenüber der Regelung aus dem Jahr 2002 von 3 auf 38 §§ erweitert wurde, beinhaltet Neuregelungen, die auch den ÖGD betreffen. Beschlossen sind für Prostituierte neben der Meldepflicht jährliche gesundheitsbezogene Pflichtberatungen im Gesundheitsamt oder anderen noch zu benennenden Institutionen sowie die Wahrung der Belange von Sicherheit und Gesundheit durch Mindestanforderungen an den Betreiber und die Einrichtung.

Die **Beratungsinhalte** ergeben sich vor dem Hintergrund, dass Prostitution eine auch gesundheitsbezogen risikoreiche, physisch und psychisch belastende Tätigkeit ist, noch verstärkt, wenn eine Schwangerschaft besteht.

Das derzeitige Angebot der Gesundheitsämter umfasst niederschwellige, kostenlose und auf Wunsch auch anonyme Beratung zu sexuell übertragbaren Krankheiten und darüber hinaus zu anderen gesundheitlichen, medizinischen und sozialen Bereichen sowie zu verfügbaren Hilfen. Weitreichende Bedeutung für die Schwangerschaft hat die Beratung zum Schwangerenkonfliktgesetz (SchKG). Die finanziellen Leistungen nach diesem Gesetz stehen in Abhängigkeit zu obengenannten Leistungen nach SGB XII, SGB II und III und zu Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) oder der Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG).

Die derzeitigen Betreuungsaufgaben des ÖGD für Schwangere im Umfeld sexueller Dienstleistungen (Prostitution) zielen somit auf die Vermeidung sexuell übertragbarer Krankheiten und einer unabhängigen Beratung aus der Perspektive der i. d. R. bestehenden Übersicht über spezifische Beratungs- und Hilfsangebote im Zuständigkeitsbereich. Die Aufgaben sind neu zu organisieren, wenn das vom Bundestag am 7. Juli 2016 beschlossene und nicht Bundesrats-zustimmungspflichtige neue Prostituiertenschutzgesetz am 1. Juli 2017 in Kraft tritt, das u. a. neben der Kondompflicht auch ein Verbot der Werbung für Geschlechtsverkehr mit Schwangeren vorsieht.

## Diskussion

Über den Verlauf von Schwangerschaften im Kontext von Prostitution ist offenbar wenig bekannt, obwohl in diesem Bereich alleine in Deutschland (bei hoher Dunkelziffer) ca. 400 000 Frauen tätig sind [41]. Konkrete Kenntnisse zur Häufigkeit von Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen fehlen ebenso.

Besonders belastend für die Schwangeren sind ungünstige hygienische Rahmenbedingungen, Gewalterlebnisse, ein Milieu mit Alkohol und Drogen, individuelle Verschuldung sowie Unkenntnis über das differenzierte Angebot von medizinischen und sozialen Hilfen sowie Ausstiegshilfen in unterschiedlicher Trägerschaft (Ämter, professionelle Beratungsstellen der Träger der Freien Wohlfahrtspflege, Selbsthilfeeinrichtungen u. a.). Betroffen sind von der daraus resultierenden gesundheitlichen Gefährdung die schwangeren Frauen sowie die Kinder in ihrer intrauterinen und nachgeburtlichen Gesundheit und Entwicklung. Aufgrund der unzureichenden Abbildung in der wissenschaftlichen Literatur können die Risiken nicht konkret und bezogen auf einzelne Phasen

der Schwangerschaft beziffert werden. Die vorliegende Arbeit versucht vor diesem Hintergrund eine annähernde Einschätzung. Trotz der darin begründeten Limitation zeichnet sich aus der Zusammenschau der beleuchteten Risiko- und Umgebungsfaktoren, die eine Bedrohung für eine Schwangerschaft bedeuten können und im Umfeld von Prostitution verbreitet anzutreffen sind, ein hohes Gefährdungspotenzial ab.

## Mangelnde wissenschaftliche Erkenntnisse

Von Gewalterleben in unterschiedlicher Form ist im Kontext von Prostitution, bei interindividueller Variabilität und hoher Dunkelziffer, auszugehen. Studien legen ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten, Fehlgeburten, sowie Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen nahe, wenn es in der Schwangerschaft zur Gewaltexposition (sexuelle, physische und/oder psychische Gewalt) kommt. Die Frauen sind zusätzlich weiteren risikobehafteten Lebensumständen unterworfen. Völlig offen ist, wie ungünstig sich einzelne für Mutter und Kind als Risikofaktoren identifizierte Aspekte bei *kumulierendem* Auftreten auf den Schwangerschaftsverlauf auswirken.

Es fehlen systematische Untersuchungen und damit die Grundlagen für eine evidenzbasierte Gesundheitsförderung. Unterstützung für eine entsprechende Versorgungsforschung, um hier wissenschaftliche Wissenslücken zu schließen, könnte gerade mit Inkrafttreten des Prostituiertenschutzgesetzes und den darin verankerten Meldeverpflichtungen Ansatzpunkte und Chancen auf eine bessere Datenlage für die Zukunft bieten.

## Defizite beim Schutz für Mutter und Kind

Am Arbeitsplatz sind Schwangere geschützt durch arbeitsmedizinische Vorsorge und Mutterschutz (MuSchG, MuSchArbV). Bei Erkrankungen in der Schwangerschaft kann der (Frauen-)Arzt Arbeitsunfähigkeit attestieren. Bei Gefährdungen, die noch nicht zur Erkrankung geführt haben, kann auf der Basis des Mutterschutzgesetzes ein individuelles Beschäftigungsverbot ausgesprochen werden, orientiert am Einzelfall und der ärztlicherseits erkannten Belastung. § 4 des Mutterschutzgesetzes sieht bei spezieller Gefährdung (u. a. auch durch Lärmexposition, Rauch, extreme Körperhaltungen) darüber hinaus ein generelles Arbeitsverbot vor. Allerdings führen sowohl individuelle als auch generelle Berufsverbote im Rahmen des Mutterschutzgesetzes bislang nur unter der Voraussetzung eines geregelten Anstellungsverhältnisses zu einer *sozial und finanziell gesicherten Lage* der werdenden Mutter. Für in Eigenverantwortung tätige Personen fehlt hingegen in aller Regel die Absicherung gegenüber diesem Einkommensausfall. Entgegen der gewünschten Schutzwirkung für Mutter und Kind droht hieraus, insbesondere im Fall einer ungünstigen sozioökonomischen Lage, eine *zusätzliche Gefährdung*. Möglicherweise vor diesem Hintergrund wird bislang ein generelles Arbeitsverbot für schwangere Prostituierte in Mitteleuropa sehr kontrovers diskutiert.

Somit gehören Maßnahmen zur Verbesserung von Lebensumständen und zur Sicherung des Lebensunterhalts bei werdenden Müttern zur Förderung eines günstigen Schwangerschaftsverlaufs unabdingbar dazu, auch und gerade wenn die betroffenen Frauen in Eigenverantwortung tätig sind.

Aktuell ergeben sich Möglichkeiten hierzu durch die Regelungen für die Inanspruchnahme von Sozialhilfe bei Bedürftigkeit. Die frauenärztliche Einschätzung einer individuellen Gefährdungssituation als so bedrohlich, dass sie zu einem individuellen Beschäftigungsverbot führen sollte, kann Rückhalt durch Angebote der sozialen Sicherung finden, die das finanzielle Auskommen der Schwangeren regeln. Die Schwangerenberatungsstellen in Gesundheitsämtern oder bei Trägern der freien Wohlfahrtspflege halten konkretes Wissen vor, das den Zugang zu einer entsprechenden Sozialleistung erleichtert. Gleichzeitig ermöglichen diese Beratungsstellen individuelle und anonyme Beratungssituationen zu ganz unterschiedlichen Themen, von der Unterstützung zum Erhalt einer Schwangerschaft bis hin zu Möglichkeiten der Verhütung.

In allen Fällen erweist sich der konsultierte (Frauen-)Arzt als wichtiges Bindeglied. Geeignete Vorbedingungen für die ärztlicherseits indizierten Maßnahmen zur Bekämpfung von Risikofaktoren, der Behandlung, Betreuung und Stützung zu gewährleisten, fällt als Aufgabe dem System der sozialen Sicherung zu.

### Einheitliches Gesundheitsschutzniveau in der Schwangerschaft

Das Gesetz zum Schutz von in der Prostitution tätigen Personen sieht in § 5 vor, dass die zur Ausübung der Tätigkeit erforderliche Anmeldebescheinigung nicht erteilt werden darf, wenn u. a. die Person unter 18 Jahre alt ist und wenn die Person als werdende Mutter bei der Anmeldung in den letzten 6 Wochen vor der Entbindung steht. Dies soll eine Schutzwirkung entfalten. Die ausstellende Behörde ist berechtigt und verpflichtet, zur Anmeldung erscheinende Frauen über eine bestehende Schwangerschaft zu befragen. Die Auskunft muss wahrheitsgemäß erfolgen. Als Grund ist benannt, „die bei der Tätigkeit als Prostituierte typischerweise bestehende, unverantwortbare Gefährdung des Wohls des ungeborenen Lebens des Kindes, beispielsweise aufgrund der Möglichkeit einer erhöhten Exposition für spezifische Infektionsrisiken sowie den mit der Tätigkeit regelmäßig einhergehenden spezifischen körperlichen und psychischen Belastungen und gesundheitsbelastenden Arbeitszeiten“ [1]. Ausdrücklich wird auf die analogen Regelungen im Mutterschutzgesetz verwiesen und der Hinweis ergänzt, dass – da die meisten Prostituierten ihre Tätigkeit nicht im Rahmen von Beschäftigungsverhältnissen ausüben – es nicht ausreicht, alleine auf die schützenden Vorschriften des Mutterschutzgesetzes zu verweisen. Vielmehr sei eine selbstständige Verankerung im Prostituiertenschutzgesetz erforderlich, um den gebotenen Schutzzweck zu erreichen. Angesichts eines Intervalls von 2 Jahren zwischen den geforderten Meldungen und einer Verpflichtung zu jährlicher Beratung bleibt die Reichweite des Schutzes dennoch begrenzt. Sofern gefährdende Belastungssituationen im individuellen Fall vorliegen, erscheinen die Schutzbestimmungen für den 6-wöchigen präpartalen Zeitraum zudem eher eng gefasst, da sich z. B. sexuelle Gewalt während der gesamten Schwangerschaft negativ auf die Gesundheit von Mutter und Kind auswirken kann. Die potenziellen Schutzwirkungen des Mutterschutzgesetzes gehen deutlich über die Regelungen im Rahmen des Prostituiertenschutzgesetzes hinaus [36]. Insbesondere greifen sie auch den Gesichtspunkt einer finanziellen Absicherung auf. Das Ziel eines *einheitlichen Gesundheitsschutzniveaus in der Schwangerschaft*,

*nach der Entbindung und während der Stillzeit* soll durch eine Neuregelung des Mutterschutzes sichergestellt werden [42].

Es stellt sich als eine dringliche Herausforderung an Gesundheits- und Sozialpolitik dar, analoge Schutzregelungen zu bahnen, sodass ein entsprechendes Ausmaß von Schutz und systematisierter Unterstützung für Mutter und Kind auch für schwangere Frauen entsteht, für die der bislang auf abhängig Beschäftigte begrenzte gesetzliche Mutterschutz nicht wirksam werden kann. Zu diesen gehört auch ein Großteil der in der Prostitution tätigen Frauen.

Ein besonderes gesundheitspolitisches Engagement begründet sich nicht zuletzt darin, dass Frühgeburtlichkeit einer der wesentlichsten Risikofaktoren für kindliche Mortalität, Morbidität und anhaltende Behinderungen ist. Laut WHO-Frühgeborenen-Report kommt Deutschland im internationalen Vergleich bei der Frühgeborenen-Rate nur auf Rang 106 von 193 [43],

### Weiterentwicklung der Schwangerenvorsorge

Maßnahmen im Rahmen des Mutterschutzgesetzes oder des sozialen Sicherungssystems setzen in aller Regel Kenntnisse über die zur Verfügung stehenden Angebote, Regelungen und zum Zugang aufseiten der Schwangeren voraus. Gerade hier zeigen sich Defizite, nicht zuletzt, da zunehmend Erwachsene (in Illegalität zudem Jugendliche) mit Migrationshintergrund in die Prostitution einbezogen werden und gleichzeitig über unzureichende Sprachkenntnisse und Wissen zum Gesundheitssystem verfügen. Hinzu wirken seitens der Betroffenen antizipierte Ressentiments als zusätzliche Zugangsbarrieren. Vor diesem Hintergrund bietet die Schwangerenvorsorge eine besondere Chance: die Implementierung von zielgruppenspezifischen, auch aufsuchenden Angeboten für Problemgruppen ermöglicht es, Zugang zu einem vertrauensvollen Raum von Schutz und Unterstützung für Mutter und Kind und zu benötigter Information zu schaffen. Eine auf Förderung der Frauengesundheit ausgerichtete Disziplin Frauenheilkunde kann, auch unter Einbeziehung weiterer Gesundheitsberufe oder in Zusammenarbeit mit anderen beratenden Einrichtungen, solche Angebote integrieren.

Dass der gesundheitliche Nutzen aus regelmäßiger Schwangerenvorsorge und durch Schutzregelungen analog zum gesetzlichen Mutterschutz für eine Problemgruppe greifen, die in vielen Fällen ohne Rechtsanspruch bleibt, legt eine *gesonderte Verankerung* von Hilfen zu und Schutz für Schwangerschaft und Mutterschaft entweder im Prostituiertenschutzgesetz selbst oder in einer speziellen Erweiterung des Mutterschutzgesetzes nahe. Krankenversicherung und Sozialhilfe schaffen derzeit den Rahmen nur begrenzt und nicht für alle.

### Schlussfolgerungen

Die Assoziation zwischen Risikofaktoren, die auch das Umfeld sexueller Dienstleistungen während einer Schwangerschaft kennzeichnen, einerseits und einem erhöhten Risiko für Frühgeburt, Fehlgeburt, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen andererseits ist belegt. Zu den spezifischen, aus der Tätigkeit in der Prostitution resultierenden Risiken für Schwangerschaftsverlauf und -outcome mangeln Erkenntnisse für Deutschland und inter-

national. Diese sind jedoch nötig für einen bedarfsorientierten Zuschnitt von gesundheitsfördernden Maßnahmen für Mutter und Kind. Der Gesetzgeber ist gefordert, den Aufbau von Wissen zu unterstützen sowie geeignete Rahmenbedingungen für wirksame Maßnahmen zu implementieren – in Orientierung an den geltenden Regelungen des Mutterschutzes – zum Schutz von Müttern und Kindern, die vom jetzigen Stand der Regelungen des Mutterschutzes und den Hilfen zu Schwangerschaft und Mutterschaft nur unzulänglich erreicht werden.

Nach den Regelungen des beschlossenen Prostituiertenschutzgesetzes werden zukünftig Prostituierte jährlich zur Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Beratungen im Gesundheitsamt oder anderen noch zu benennenden Institutionen verpflichtet sein. Zum Kreis der Beratenden sollten auch die Frauenärzte gehören, die als Beratungsinstanz durch die Betroffenen unmittelbar aufgesucht und/oder vermittelt durch andere Einrichtungen in Anspruch genommen werden können. Während in diesen Fällen der Hintergrund des Arztbesuchs und damit die besondere Gefährdung offenkundig sind, erschließen sich Hinweise, ob eine Schwangere in der Prostitution tätig ist, sonst erst bei einer eingehenden Sozial- und Tätigkeitsanamnese [40]. Alkohol- und Drogenabusus, wiederholte Infektionen oder gewaltassozierte Traumata können Anhaltspunkte und Einstieg in eine vertiefte vertrauensvolle Kommunikation sein. Dem Arzt, insbesondere dem Frauenarzt, kommt unter den derzeitigen Rahmenbedingungen für den Schutz schwangerer Prostituiertes eine zentrale Rolle zu:

1. bei der Einschätzung der individuellen Gefährdung,
2. als Berater zu schutzgewährenden Lösungen und
3. als Vermittler beim Zugang zu flankierenden Leistungen aus dem System der Sozialen Sicherung.

Dies setzt deren Kenntnis voraus und wird erleichtert durch ein Netzwerk, zu dem auch unterschiedliche Stellen der Sozialberatung gehören.

#### Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

#### Literatur

- [1] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Regulierung des Prostitutionsgewerbes sowie zum Schutz von in der Prostitution tätigen Personen. Berlin 2016. Online: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/prostituiertenschutzgesetzentwurf,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>; Stand: 12.07.2016
- [2] Feldblum PJ, Nasution MD, Hoke TH et al. Pregnancy among sex workers participating in a condom intervention trial highlights the need for dual protection. *Contraception* 2007; 76: 105–110
- [3] Duff P, Shoveller J, Zhang R et al. High lifetime pregnancy and low contraceptive usage among sex workers who use drugs- an unmet reproductive health need. *BMC Pregnancy Childbirth* 2011; 11: 61
- [4] Leopold B, Steffan E. Dokumentation zur rechtlichen und sozialen Situation von Prostituierten in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2001
- [5] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Empirische Daten zur Prostitution in Deutschland (Fragen und Antworten zum Bericht der Bundesregierung zu den Auswirkungen des Prostitutionsgesetzes). Online: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/root,did=132012.html>; Stand: 17.05.2016
- [6] Simoes E, Kunz S, Schmahl FW. Inanspruchnahmegradienten in der Schwangerenvorsorge fordern zur Weiterentwicklung des Präventionskonzepts auf. *Gesundheitswesen* 2009; 71: 385–390
- [7] Schleußner E. Drohende Frühgeburt. Prävention, Diagnostik und Therapie. *Dt Arztebl* 2013; 110: 227–236
- [8] Catalano R, Serxner S. The effect of ambient threats to employment on low birthweight. *J Health Soc Behav* 1992; 33: 363–377
- [9] Rössler W, Koch U, Lauber C et al. The mental health of female sex workers. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122: 143–152
- [10] Gerds C, Dobkin L, Green D et al. Side effects, physical health consequences, and mortality associated with abortion and birth after an unwanted pregnancy. *Womens Health Issues* 2016; 26: 55–59
- [11] Heinrichs O. Die Relevanz psychosozialer Faktoren für die Schwangerschaft und die perinatale Periode bei ledigen und geschiedenen Müttern [Inaugural-Dissertation zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde]. Medizinischer Fachbereich der Freien Universität Berlin 1977
- [12] Simoes E, Kunz SK, Münnich R et al. Informed Consent bei der Entscheidung zum Kaiserschnitt – methodenbezogene Morbiditätsgradienten erfordern die Befähigung der Schwangeren. *Geburtsh Frauenheilk* 2010; 70: 732–738
- [13] Zhao Y, Chen S. Psychosocial factors for women requesting cesarean section. *Int J Clin Med* 2013; 4: 395–399
- [14] Wurmser H. Einfluss der pränatalen Stressbelastung auf die kindliche Verhaltensregulation im ersten Lebensjahr. In: Brisch KH, Hellbrügge T, Hrsg. Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Stuttgart: Klett-Cotta; 2007: 129–156
- [15] Spengler D, Binder E, Hrsg. Epigenetics and Neuroendocrinology: Clinical Focus on Psychiatry. Band 1. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2016
- [16] Guardino CM, Schetter CD. Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Health Psychol Rev* 2014; 8: 70–94
- [17] Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S et al. Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 455–460
- [18] Valladares E, Pena R, Ellsberg M et al. Neuroendocrine response to violence during pregnancy – impact on duration of pregnancy and fetal growth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88: 818–823
- [19] Lee BE, Ha M, Park H et al. Psychosocial work stress during pregnancy and birthweight. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2011; 25: 246–254
- [20] Deering KN, Amin A, Shoveller J et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health* 2014; 104: e42–e54
- [21] Shannon K, Kerr T, Strathdee SA et al. Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers. *BMJ* 2009; 339: b2939
- [22] Oppenheimer C. Gewalterfahrungen und Gesundheitssituation bei Prostituierten. *Sozial Extra* 2005; 29: 36–40
- [23] Trost A. Drogenkranke Mütter und ihre Säuglinge: Frühe Beziehungen und ihre Bedeutung für die Prävention psychischer Störungen. In: Franz M, West-Leuer B, Hrsg. Bindung-Trauma-Prävention – Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen als Folge ihrer Beziehungserfahrung. Gießen: Psychosozial; 2008: 219–256
- [24] Robert Koch-Institut. Gesundheitsrisiko Passivrauchen. Online: [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2010\\_3\\_Gesundheitsrisiko\\_Passivrauchen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2010_3_Gesundheitsrisiko_Passivrauchen.pdf?__blob=publicationFile); Stand: 01.08.2016

- [25] Murphy DJ. Epidemiology and environmental factors in preterm labour. *Best Pract Res Clin Obst Gynaecol* 2007; 21: 773–789
- [26] Van Nunen K, Leuridan E, Van Hal G et al. Legal and illegal drug use among female sex workers in bar and club prostitution in Belgium: a quantitative and qualitative study. *Drugs: education, prevention and policy* 2013; DOI: 10.3109/09687637.2013.806432
- [27] Wong WC, Yim YL, Leung TN et al. Prevalence and risk factors of sexually transmitted infections in female sex workers in Hong Kong. *Hong Kong Med J* 2012; 18 (Suppl 3): 42–46
- [28] McDonal HM, Brocklehurst P, Gordon A. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (1): CD000262
- [29] Flood K, Malone FD. Prevention of preterm birth. *Seminars Fetal Neonat Med* 2012; 17: 58e63
- [30] AWMF. Deutsch-Österreichische Leitlinie zur HIV-Therapie in der Schwangerschaft und bei HIV exponierten Neugeborenen. AWMF-Register-Nr.: 055-002 (S2k-Leitlinie). Bonn 2014. Online: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/055-002\\_S2k\\_HIV-Therapie\\_Schwangerschaft\\_Neugeborenen\\_2014-verlaengert.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/055-002_S2k_HIV-Therapie_Schwangerschaft_Neugeborenen_2014-verlaengert.pdf); Stand: 31.05.2016
- [31] Kavemann B, Rabe H, Hrsg. Das Prostitutionsgesetz. Aktuelle Forschungsergebnisse, Umsetzung und Weiterentwicklung, Opladen: Verlag Barbara Budrich; 2009
- [32] Reinschmidt L. Regulierungsansätze von Prostitution im Europäischen Vergleich. Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa 2015. Online: [http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/fileadmin/user\\_upload/Dateien/Veroeffentlichungen/KEX\\_Regulierung\\_Prostitution\\_im\\_Europaeischen\\_Vergleich\\_endg.pdf](http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/fileadmin/user_upload/Dateien/Veroeffentlichungen/KEX_Regulierung_Prostitution_im_Europaeischen_Vergleich_endg.pdf); Stand: 16.05.2016
- [33] Sanders T, Campbell R. Criminalization, protection and rights: global tensions in the governance of commercial sex. *Criminology & Social Justice* 2014; 14: 535–548
- [34] Danna D. Report on prostitution laws in the European Union. 2014. Online: <http://lastradainternational.org/lisidocs/3048-EU-prostitution-laws.pdf>; Stand: 16.05.2016
- [35] Kavemann B, Steffan E. Zehn Jahre Prostitutionsgesetz und die Kontroverse um die Umsetzung. *APuZ* 2013; 63: 9–14
- [36] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Mutterschutzgesetz. Online: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gesetze,did=3264.html>; Stand: 15.07.2016
- [37] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter. Online: <http://www.gesetze-im-internet.de/muschg/index.html>; Stand: 15.07.2016
- [38] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz. Online: <http://www.gesetze-im-internet.de/muscharbv/>; Stand: 15.07.2016
- [39] Helfferich C, Fischer C, Kavemann B et al. Untersuchung „Auswirkungen des Prostitutionsgesetzes“ (Sozialwissenschaftliches Frauenforschungsinstitut der Evangelischen Fachhochschule Freiburg). Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2005: 85 ff. Online: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/prostitutionsgesetz/pdf/gesamt.pdf>; Stand: 15.05.2016
- [40] Simoes E, Tropitzsch A, Gharabaghi A et al. Die sozialmedizinischen Aufgaben des Arztes. *Dt Arztebl* 2016; 113: A1426–A1428
- [41] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Empirische Daten zur Prostitution in Deutschland (Fragen und Antworten zum Bericht der Bundesregierung zu den Auswirkungen des Prostitutionsgesetzes). Online: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/root,did=132012.html>; Stand: 17.05.2016
- [42] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ. Bundeskabinett beschließt Neuregelung des Mutterschutzes. Mitteilung vom 04.05.2016. Online: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/familie,did=225260.html?view=renderPrint>; Stand: 10.08.2016
- [43] Howson CP, Kinney MV, Lawn JE. Born too soon. The global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization; 2012. Online: [http://www.who.int/pmnch/media/newowss/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/newowss/2012/201204_borntoosoon-report.pdf); Stand: 24.08.2015
- [44] Henriksen L, Schei B, Vangen S et al. Sexual violence and neonatal outcomes: a Norwegian population-based cohort study. *BMJ Open* 2014; 4: e005935
- [45] Nur N. Association between domestic violence and miscarriage: a population-based cross-sectional study among women of childbearing ages, Sivas, Turkey. *Women Health* 2014; 54: 425–438
- [46] McDougal L, Strathdee SA, Rangel G et al. Adverse pregnancy outcomes and sexual violence among female sex workers who inject drugs on the United States-Mexico border. *Violence Vict* 2013; 28: 496–512
- [47] Stockl H, Filippi V, Watts C et al. Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: a population based study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12: 12
- [48] Sanchez SE, Alva AV, Diez Chang G et al. Risk of spontaneous preterm birth in relation to maternal exposure to intimate partner violence during pregnancy in Peru. *Matern Child Health J* 2013; 17: 485–492
- [49] Johri M, Morales RE, Boivin JF et al. Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2011; 11: 49
- [50] Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *J Obstet Gynaecol* 2008; 28: 266–271
- [51] Silverman JG, Gupta J, Decker MR et al. Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women. *BJOG* 2007; 114: 1246–1252
- [52] Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G et al. Domestic violence during pregnancy and risk of low birthweight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. *Trop Med Int Health* 2006; 11: 1576–1584
- [53] Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2004; 18: 260–269
- [54] Satin AJ, Ramin SM, Paicurich J et al. The prevalence of sexual assault: a survey of 2404 puerperal women. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167 (4 Pt 1): 973–975
- [55] Deisher RW, Litchfield C, Hope KR. Birth outcomes of prostituting adolescents. *J Adolesc Health* 1991; 12: 528–533