



Beratungsarbeit mit jungen  
nicht deutschen Frauen  
und Migrantinnen in  
Schwangerenberatungsstellen

*Annette Remberg*

Sexualität und Migration  
am Beispiel türkischer  
MigrantInnen

*Ramazan Salman*

# interkulturell

Wissen über den weiblichen  
Körper von deutschen und  
türkischen Patientinnen einer  
Frauenklinik

*Theda Borde, Matthias David,  
Heribert Kentenich*

Peer Education  
Ein Weg in der interkulturellen  
Sexualpädagogik

*Herbert Backes, Lucyna Wronska*

## DIALOG

Ayşe fehlt immer in  
Sexualkunde  
Sexualerziehung zwischen  
Elternhaus und Schule

*Helga Marburger*

Sprachliche Barrieren, aber auch kulturelle Missverständnisse sind es, die im Sozial- und Gesundheitswesen, bei Aufklärung, Beratung, medizinischer Versorgung und Therapie von MigrantInnen in vielen Fällen eine adäquate seelische Unterstützung bzw. gezielte Diagnostik verhindern.

Die Beiträge dieses Heftes analysieren die Situation von Sexualaufklärung und Familienplanung im interkulturellen Prozess. Ob in der Aufklärungsarbeit, der Jugendarbeit oder in medizinischen Bereichen wie der Gynäkologie – die Auseinandersetzung mit dem Dilemma grundlegender Verständigungsprobleme durchzieht die folgenden Berichte wie ein roter Faden. Allen Beiträgen gemeinsam ist auch die Forderung nach qualifizierten DolmetscherInnen, die bei Bedarf angefordert werden können, wie das in vielen anderen europäischen Ländern bereits möglich und – angesichts kostspieliger Fehlverläufe in Beratung und Behandlung – auch volkswirtschaftlich sinnvoll ist.

Je nach Themengebiet leiten die AutorInnen anschließend unterschiedliche Verbesserungsvorschläge ab: Annette Remberg, die sich mit der Situation von Migrantinnen in Schwangerschaftsberatungsstellen befasst, hält u.a. gezielte Informationen und Weiterbildungsangebote für Beraterinnen sowie die personelle Erweiterung mit Fachkräften nicht deutscher Herkunft für erforderlich. Salman Ramazan schildert sexuelle Probleme türkischer Jugendlicher in der Bundesrepublik. Auch er unterstreicht die Notwendigkeit von Fortbildungsprogrammen zur interkulturellen Sexualpädagogik, weil nur mit einer möglichst guten Kenntnis der Lebenswelt von MigrantInnen deren Perspektive zum Ausgangspunkt der Beratung gemacht werden könne. Theda Borde berichtet über eine vergleichende Untersuchung zum Körperwissen deutscher und türkischer Patientinnen an einer Berliner Frauenklinik. Sie schlägt u.a. eine Evaluierung existierender Aufklärungsmedien und deren Anpassung an kulturspezifische Kommunikationsmuster vor. Sie betont die Schlüsselfunktion der ÄrztInnen, die häufig erste AnsprechpartnerInnen von MigrantInnen seien und außer gesundheitlicher Aufklärung eine zielgenaue Weitervermittlung an geeignete Beratungsstellen leisten müssten. Über die Möglichkeiten der Peer Education in der interkulturellen Arbeit berichten schließlich Herbert Backes und Lucyna Wronska vom Landesamt für Gesundheit und Soziales in Berlin.

In der Rubrik DIALOG plädiert die Erziehungswissenschaftlerin Helga Marburger eindringlich für kulturellen Pluralismus als sexualpädagogische Leitkategorie und konkretisiert ihre Vorstellungen für den schulischen Bereich.

Wir wünschen unseren LeserInnen eine anregende Lektüre und würden uns über Informationen zu Materialien, Projekten, Fort- und Weiterbildungen freuen.

*Ihre Redaktion*

## Beratungsarbeit

# mit jungen nicht deutschen Frauen und Migrantinnen in Schwangerenberatungsstellen<sup>1</sup>

Mit dem Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz (SFHÄndG) und dem Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) trat am 1. Oktober 1995 eine einheitliche, für die ganze Bundesrepublik geltende gesetzliche Regelung in Kraft. In den Gesetzen sind in Verbindung mit § 219 Strafgesetzbuch (StGB) umfangreiche Beratungsansprüche in allen, die Sexualität berührenden Fragen sowie eine Pflichtberatung für Schwangere in Not- und Konfliktlagen festgeschrieben.

Mit der Beratungsregelung wird ein Konzept verfolgt, das zum einen auf die präventive Arbeit zur Vermeidung von Schwangerschaftskonflikten setzt (Aufklärung, Verhütung, Familienplanung), zum anderen sollen schwangere Frauen in Notlagen durch eine umfassende Beratung hinsichtlich möglicher staatlicher Leistungen und Hilfen Wege aufgezeigt werden, die ein Leben mit Kind erleichtern. Über die Beratung hinaus haben Schwangere in Konfliktsituationen ein Recht auf Unterstützung bei der Geltendmachung gesetzlich verbrieft Ansprüche. Weiterhin können sie das Angebot der Nachbetreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch oder nach der Geburt des Kindes wahrnehmen. Bei dem Beratungskonzept wird von der verantwortungsbewussten Entscheidung der Frau im Schwangerschaftskonfliktfall ausgegangen.

1996 gab es laut amtlicher Statistik<sup>2</sup> 55 585 Geburten bei Mädchen und Frauen im Alter von unter 14 bis zum Alter von einschließlich 21 Jahren (1995: 54 010<sup>3</sup>), darunter waren 16 883 Mütter mit ausländischer Staatsangehörigkeit (1995: 17 260). 1 803 Kinder wurden von sehr jungen Frauen bis zum Alter von einschließlich 16 Jahren geboren (1995: 1 591), darunter 524 Ausländerinnen (1995: 533). 109 Mütter waren erst 14 Jahre alt oder sogar jünger, darunter 40 nicht deutsche Mädchen (1995 entsprechend 81 Deutsche und 36 Ausländerinnen).

Unter den Minderjährigen und den Achtzehnjährigen haben im selben Jahr 4 724 einen Schwangerschaftsabbruch

vornehmen lassen (1995: 2 611, keine Angabe zu der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche von Ausländerinnen). 10 593 junge Frauen trugen ihre Schwangerschaft aus (1995: 10 000, davon 3 261 nichtdeutsche Mütter). Obwohl mit einer Untererfassung in der Schwangerschaftsabbruchstatistik gerechnet werden muss, zeigt die Relation, dass sich erheblich mehr Mädchen und junge Frauen für die Schwangerschaft und gegen einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben. Und die Tendenz zu jugendlicher Mutterschaft scheint anzusteigen.<sup>4</sup>

Diese jungen Schwangeren befinden sich in einer Lebensphase, in der die seelischen und körperlichen Entwicklungs- und Reifungsprozesse in der Regel noch nicht abgeschlossen sind. Daher bedeuten Schwangerschaft und Geburt eines Kindes einen besonders radikalen Einschnitt in das bisherige Leben der jungen Frauen. Außerordentlich schwerwiegend kann der Eintritt einer Schwangerschaft für junge Frauen mit schwierigen Biographien sein, wenn beispielsweise unstete Lebensverhältnisse und früherer oder derzeitiger Drogenkonsum eine Rolle spielen. Nicht selten rücken durch die Schwangerschaft traumatische Erlebnisse aus der Kindheit, Missbrauchs- und Vergewaltigungserfahrungen wieder ins Bewusstsein, was eine akute Krise bei der Schwangeren auslösen kann.

Die durch das Austragen der Schwangerschaft eintretenden weitreichenden Veränderungen können von massiven Unsicherheiten und Ängsten begleitet sein. Denn neben den physischen und psychischen Belastungen, denen die jungen Frauen schon durch Schwangerschaft und Geburt (oder ggf. Schwangerschaftsabbruch) ausgesetzt sind, können verschiedene äußere Bedingungen ihre Situation erschweren: problematische Familienverhältnisse, emotionale und finanzielle Abhängigkeit von den Bezugspersonen, mangelnde familiäre oder materielle Unterstützung, schlechte Ausbildungsplatz- und Arbeitsmarktlage, fehlende Kleinkinderbetreuungsmöglichkeiten, mangelnder kostengünstiger Wohnraum, fehlender fester Wohnsitz usw. Das sind Bedingungen, mit denen teilweise auch erwachsene Frauen zu kämpfen haben, die sich jedoch in besonderer Weise belastend auf die jungen Frauen auswirken, da sie zunächst ihren Schul- oder Ausbildungsabschluss erreichen und sich noch die Grundlagen für eine selbständige Existenz schaffen müssen.

### Problemlage bei ausländischen Frauen und Mädchen

Auf ausländische junge Frauen und Migrantinnen kommen durch eine Schwangerschaft häufig aufgrund ihres anderen kulturellen Hintergrundes und ihrer nicht deutschen Herkunft zusätzliche Probleme zu, die auch auf die Entscheidung für oder gegen das Austragen der Schwangerschaft

1 Dieser Bericht basiert auf einer von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Auftrag gegebenen Untersuchung, die von der Autorin Ende 1998 durchgeführt wurde. Der Darstellung liegen (statistische) Daten einiger Beratungseinrichtungen sowie durch Interviews erhobene qualitative Daten zugrunde.

2 STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 1998 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden, 1998: 72. Dort auch die weiteren Geburtenziffern für 1996.

3 STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 1997 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden, 1997: 73. Dort auch die weiteren Geburtenziffern für 1995.

4 Einige befragte Beraterinnen verzeichnen in ihren Einrichtungen seit ca. 1 bis 2 Jahren eine Zunahme jugendlicher Mütter. Auch DER SPIEGEL griff das Phänomen auf und berichtete von einem vorpommerschen Landkreis, in dem seit zwei Jahren die Anzahl minderjähriger Mütter auffallend zunahm. In dem SPIEGEL-Artikel wird ein Zusammenhang zwischen dieser Tatsache und den schlechten beruflichen Perspektiven der Mädchen hergestellt: „Von Beruf Mutti“. DER SPIEGEL 2/1998: 54 f.

Einfluss haben. Ungesicherter Aufenthaltsstatus in Deutschland, ungewisse Zukunftsperspektiven, keine oder nur mangelhafte finanzielle und medizinische Versorgungsansprüche verschärfen die Lage insbesondere der Flüchtlinge und Asylbewerberinnen. Viele Ausländerinnen haben Gefühle von kultureller Zerrissenheit, die sich im Schwangerschaftsfall potenzieren können. Manche Mädchen sind von Vereinsamung bedroht, andere leben bereits in sozialer Isolation.

Auf die besonderen Bedingungen und Erfordernisse bei der Beratungsarbeit von sehr jungen Migrantinnen und ausländischen Frauen fühlen sich die Beraterinnen häufig ungenügend vorbereitet, bzw. ihnen fehlen materielle, personelle und finanzielle Möglichkeiten, die diese oftmals ausgesprochen schwierige Beratungssituation erleichtern könnten.

Ein vorrangiges Problem in der Beratungsarbeit ist die sprachliche Verständigung. In den Einrichtungen wird eine Vielzahl von Ratsuchenden aus verschiedenen Herkunftsländern beraten. Eine große norddeutsche Beratungsstelle weist in ihrer Statistik Klientinnen aus über 80 Nationen auf; sie entsprechen hier einem Drittel der GesamtbesucherInnenzahl.<sup>5</sup> Andere Institutionen in großstädtischen Ballungsgebieten verzeichnen BesucherInnen aus 30 bis 50 verschiedenen Nationen.

Die zum Teil erheblichen Verständigungsschwierigkeiten stellen die Beraterinnen vor einige Probleme, da ein eingehendes Gespräch – besonders in der Konfliktberatung – häufig unmöglich ist. Die sprachlichen Barrieren stehen dann vielfach im Widerspruch zu den teilweise sehr hohen Ansprüchen der Beraterinnen an ihre Arbeit.

Oftmals werden die Klientinnen bereits bei der Terminabsprache gebeten, eine Person ihres Vertrauens mitzubringen, die bei der Verständigung behilflich sein kann. Diese Hilfskonstruktion muss mangels anderer Möglichkeiten gewählt werden, obwohl sie auch kritisch betrachtet wird. Mit der Anwesenheit einer dritten Person beim Beratungsgespräch steht die zwanglose Meinungsäußerung der Klientin in Frage, und der erforderliche Schutzraum für die Schwangere, im Konfliktfall zu einer freien und eigenen Entscheidung zu finden, ist nicht gewährleistet. Außerdem kann nicht kontrolliert werden, ob die Gesprächsinhalte wahrheitsgetreu und im Sinne der Klientin übersetzt werden.

Um den Ratsuchenden eine größtmögliche Offenheit für das Gespräch zu ermöglichen, ist es wegen der frauenspezifischen Thematik und der notwendigen Offenlegung der sehr persönlichen Verhältnisse der Schwangeren zunächst wichtig, daß eine Frau die Übersetzung durchführt. Angesichts der problematischen Lebensumstände, in denen sich viele ausländische Schwangere befinden, wären Dolmetscherinnen notwendig, für die nicht nur eine sprachliche Verständigung mit der Klientin möglich ist, sondern die darüber hinaus ein kulturelles Verständnis für die betroffene Frau mitbringen, allein schon, weil es in anderen Kulturen nicht unbedingt üblich ist, über Sexualität zu sprechen.

Die von dem Sprachproblem am stärksten betroffenen Einrichtungen suchen nach Lösungen, die jedoch aufgrund der finanziellen und strukturellen Bedingungen, unter denen die Beraterinnen arbeiten, oft nur unzureichend sein können. Einige Beratungsstellen haben ein Informationsblatt in verschiedene Sprachen übersetzen lassen, das den Frauen vorgelegt wird, wenn eine sprachliche Verständigung unmöglich ist und keine Übersetzerin zur Verfügung steht. Es enthält z.B. die wichtigsten medizinischen und organisa-

torischen Informationen im Falle eines Schwangerschaftsabbruchs, Hinweise auf Empfängnisverhütung, das Angebot von Gesprächsmöglichkeiten in der Einrichtung nach dem Eingriff u.ä.

Manche Beratungseinrichtungen arbeiten mit anderen Organisationen wie beispielsweise amnesty for women, mit Flüchtlingsinitiativen und Beratungsstellen für ausländische BürgerInnen oder mit der Ausländerstelle des eigenen Verbandes zusammen. In einigen Institutionen sind Mitarbeiterinnen türkischer Herkunft beschäftigt, die unverzichtbare Arbeit mit der großen Zahl von Frauen aus islamischen Kulturkreisen leisten.

Dennoch kann wegen der Fülle der Nationalitäten sowie der hohen Anzahl der ausländischen Beraterinnen sehr häufig keine muttersprachliche Beratung angeboten werden, und insgesamt bleibt die Situation für Beraterin und Klientin oft unbefriedigend, wenn nur die notwendigsten Grundfragen geklärt werden, ohne dass die spezifische Konfliktlage der Betroffenen ausführlich besprochen werden kann. Diese Beratungen gestalten sich durch die Sprachschwierigkeiten zeitintensiver, zugleich jedoch weniger effektiv.

Die Schaffung von Möglichkeiten, muttersprachliche Beratungen für die meistvertretenen Nationalitäten durchführen zu können, ist notwendig und auch deshalb erforderlich, um die Grundvoraussetzung für eine gute Beratungsarbeit, wie sie gesetzlich gefordert wird, auf Dauer gewährleisten zu können. Möglicherweise könnte bei diesem Problem über eine finanzielle und organisatorische Vernetzung mehrerer Beratungsstellen vor Ort nachgedacht werden.

### **Besondere Beratungssituationen am Beispiel der Arbeit mit Klientinnen türkischer Herkunft**

Eine große Gruppe der in Schwangerschaftskonfliktberatungen erscheinenden Klientinnen sind unverheiratete Türkinnen aus traditionellen Familienstrukturen. Für sie ist es – ungeachtet der Tatsache, ob sie in der Türkei oder in der Bundesrepublik aufgewachsen sind – undenkbar, ein uneheliches Kind zu gebären.

Um die Situation ungewollt schwanger gewordener Türkinnen und die Beratungssituation zu verstehen, muss man die kulturellen Hintergründe der jungen Frauen in Bezug auf Sexualität kennen, die von Expertinnen türkischer Herkunft so geschildert wurden: Nach den traditionellen Vorstellungen wird von dem Mädchen erwartet, dass es seine Sexualität erst in der Ehe erlebt. Es trägt diesbezüglich eine große Verantwortung seiner Familie gegenüber, die ihrerseits die Aufgabe hat, die Tochter zu behüten, sie auch vor sexuellen Übergriffen zu schützen, bis sie diese Verantwortung an den zukünftigen Ehemann abgeben kann. Es gehört zu den gesellschaftlichen Normen, dass jedes Familienmitglied die Familienehre achtet und für ihre Erhaltung Sorge trägt. Für Familien, die in traditionellen Strukturen leben, bedeutet es eine große Schande, wenn eine unverheiratete Tochter sexuellen Verkehr hatte und dies durch eine Schwangerschaft sichtbar wird. Im Extremfall muß die junge Frau bei Entdeckung ihrer Schwangerschaft mit dem Ausschluss aus dem Familienverband rechnen oder sogar damit, zu Verwandten

5 Großstadt in Norddeutschland, Sachbericht 1996: 3 und Tabelle zur Häufigkeitsverteilung der Nationalitäten

in die Türkei geschickt zu werden, auch wenn sie in Deutschland geboren wurde.

Eine Deutsch-Türkin berichtete, dass ein Teil der türkischen Mädchen in Deutschland seitens seiner Familie einer strengeren Kontrolle und Behandlung unterliegt als das der Fall wäre, wenn die Familie in der Türkei lebte. Wegen fehlender Integration in die deutsche Gesellschaft zöge sich ein Teil der türkischen BürgerInnen auf extrem konservative Einstellungen zurück, so dass sich manche türkische Mädchen einen Freiraum, wie er für deutsche selbstverständlich ist, nur versteckt schaffen können. In Bezug auf sexuelle Selbstbestimmung bedeutet das dann beispielsweise, dass der Freund bzw. die sexuellen Kontakte verheimlicht werden müssen, dass zu Hause die Teilnahme an sexualpädagogischen Aufklärungsveranstaltungen verschwiegen wird u.ä. Das hat bei den Mädchen vielfältige Ängste zur Folge, vor allem die Furcht vor Entdeckung und vor der Reaktion der Familie auf die „Verfehlung“ des Mädchens, seiner Verantwortung der Familie gegenüber versagt zu haben. Im Schwangerschaftsfall geraten dann manche Türkinnen dermaßen in Panik, dass sie Suizid- oder Abtreibungsversuche unternehmen.

Die Beraterinnen werden dann mit emotional äußerst aufgeladenen Situationen konfrontiert. Sie stehen vor der schwierigen Aufgabe, eine nicht bevormundende Beratung mit dem Ziel „Schutz des ungeborenen Lebens“ durchzuführen und Hilfen anzubieten, die dieses Leben ermöglichen, gleichzeitig aber auch Verständnis für die bedrohliche Situation der jungen Frau aufzubringen, für die ein Schwangerschaftsabbruch der einzige Ausweg aus ihrer Notlage zu sein scheint. In der Beratungssituation beschränken sich die Fragen dieser Betroffenen hauptsächlich auf den medizinischen Eingriff und wie sie ihn vor Verwandten und Bekannten geheim halten können. Hier sind den Hilfsmöglichkeiten der Beraterinnen aufgrund kultureller Phänomene enge Grenzen gesetzt. Derartige Beratungssituationen können für die Beraterinnen außerordentlich belastend sein, da sie mit ihren eigenen ethischen und weltanschaulichen Vorstellungen und Werten konfrontiert werden und u.U. in Konflikt geraten.

Die Schilderung solcher Extremfälle darf jedoch nicht über die Normalität im Beratungsalltag hinwegtäuschen. Viele junge Türkinnen, selbstbewusste junge Frauen, leben ihre Sexualität selbstbestimmt und verantwortungsbewusst, ohne dies verheimlichen zu müssen. Ein Teil der schwangeren Mädchen kommt mit ihren Müttern in die Beratungseinrichtung, um eine sozialwirtschaftliche Beratung in Anspruch zu nehmen. In solchen Fällen scheint es, dass das „Schwangerschaftsproblem“ der jungen Türkinnen innerhalb der Familie gelöst und die Schwangerschaft bzw. die Entscheidung für das Kind und die damit verbundenen sozialen Konsequenzen von der Familie mitgetragen werden. In der Beratungsarbeit steht dann die Klärung wirtschaftlicher Fragen im Vordergrund.

## Grenzen der Beratungsarbeit

Auf der Grundlage der gesetzlichen Neuregelung zu den §§ 218 und 219 StGB und dem Schwangerschaftskonfliktgesetz wurde die Beratungsarbeit in den Schwangerenberatungsstellen ausgeweitet. In Kontrast zu den erhöhten Leistungsansprüchen stehen die oft schlechte finanzielle Situation und die nicht ausreichende materielle und perso-

nelle Ausstattung in den Beratungsstellen, was sich in besonderer Weise hinderlich bei der Beratungs- und Präventionsarbeit mit Ausländerinnen bzw. Migrantinnen auswirkt.

Über die Verbesserung struktureller Gegebenheiten hinaus melden die Beratungsstellen für die Arbeit mit nicht deutschen jungen Frauen einen zusätzlichen Bedarf an Informationen und Weiterbildung an. Vor allem deutsche ExpertInnen wünschen sich für die Schwangerschafts(konflikt)beratung und für die sexualpädagogische Arbeit zielgruppenspezifische Arbeitsanleitungen, um den besonderen Anforderungen vor dem Hintergrund kultureller Unterschiede und Besonderheiten gerecht zu werden. Erforderlich ist auch eine personelle Erweiterung der Einrichtungen mit Fachkräften verschiedener nationaler und ethnischer Herkunft.

Die Begleitung jugendlicher Schwangerer und die Betreuung minderjähriger Mütter über längere Zeiträume sprengt den Leistungsrahmen der Beratungsstellen. Gleichzeitig können die Beraterinnen die jungen Schwangeren und Mütter häufig wegen des Mangels an entsprechenden Anlaufstellen nicht an andere Einrichtungen verweisen, die eine längerfristige Betreuung der jungen Klientel übernehmen könnten. Ein Teil der Mädchen und jungen Frauen, die sich für das Austragen der Schwangerschaft entschieden haben, steht nach der Geburt des Kindes den auf sie zukommenden, vielfältigen Problemen allein gegenüber. Besonders schwerwiegend ist die Situation sehr junger Mütter, die durch den Verlust sozialer Bindungen weder AnsprechpartnerInnen für die Bewältigung kurzfristiger alltäglicher Schwierigkeiten (z.B. Fragen zu Pflege und Erziehung des Kindes) geschweige denn eine Unterstützung bei der langfristigen Erarbeitung selbständiger Existenzsicherung (schulische und berufliche Qualifikationen, Arbeitsplatz), unabhängig von Sozialhilfe, haben.

In besonderer Weise sind hier nicht deutsche Mädchen und junge Frauen betroffen, die aufgrund ihrer Entscheidung für das Kind nicht in ihren Familien verbleiben können und darüber hinaus mit Benachteiligungen und Vorurteilen im gesellschaftlichen Leben und auf dem Arbeitsmarkt konfrontiert sind. Diese Gruppe von jungen Schwangeren und Müttern ist selbst dann, wenn durch die Kooperation der Beratungsstelle mit anderen Institutionen eine Wohnung bzw. ein Platz in einer Mutter-Kind-Einrichtung vermittelt werden konnte, mehr noch als deutsche Mädchen von sozialer Isolation bedroht, da häufig die Integration in eine (deutsche) Gemeinschaft fehlt. Hinzu kommen bei diesen Mädchen oftmals Selbstzweifel in Bezug auf die Entscheidung für das Kind und Selbstvorwürfe wegen des vermeintlichen Versagens gegenüber der eigenen Familie und daraus resultierende Vorstellungen vom Verlust der eigenen kulturellen Wurzeln. Für diese Zielgruppe sind Wohnunterkünfte mit Migrantinnen als Betreuungspersonal notwendig. Es fehlt jedoch besonders in den Großstädten und Ballungsgebieten an entsprechenden Einrichtungen und Möglichkeiten des betreuten Wohnens für nicht deutsche jugendliche Schwangere und Mütter, die ihr Elternhaus verlassen haben oder sich aus anderen Gründen in Not- und Konfliktsituationen befinden.

Daneben sind auch andere Formen der Nachbetreuung sehr wichtig. Gerade für sehr junge und nicht deutsche Mütter und Schwangere mangelt es an jugendgerechten, niedrigschwelligen Angeboten. Denkbar wären Gesprächskreise zu zielgruppenrelevanten Themen oder Gruppen zur gemeinsamen Freizeitgestaltung u.a. Solche Angebote

könnten auch außerhalb der Schwangerenberatungsstellen angesiedelt sein oder möglicherweise durch die Kooperation verschiedener Institutionen entstehen. Sie müssten allerdings inhaltlich auf die jungen Klientinnen zugeschnitten sein und als zielgruppengerechtes Angebot präsentiert und publik gemacht werden. Die Erfahrungen der Fachfrauen zeigen nämlich, dass beispielsweise vor- und nachgeburtliche Kursangebote (Geburtsvorbereitungs-, Säuglingspflegekurse u.ä.), aber auch Gesprächsgruppen nach einem Schwangerschaftsabbruch von den sehr jungen Frauen nicht angenommen werden. Abgesehen davon, dass vielen Jugendlichen diese Möglichkeiten nicht bekannt sind, liegt offenbar bei den meisten prinzipiell interessierten Mädchen eine Schwellenangst vor: Man kann vermuten, dass die jungen Frauen befürchten, als jugendliche Mutter von den anderen Teilnehmerinnen nicht akzeptiert zu werden und sie sich in der Umgebung ausschließlich älterer Frauen als Außenseiterin fühlen. Denn abgesehen von Fragen zu Schwangerschaft und Mutterschaft sind für die noch am Anfang ihres beruflichen und privaten Weges stehenden Mädchen andere Themen relevant als für ältere Frauen.

Für einen Großteil der jugendlichen Schwangeren und Mütter wäre eine die individuelle Situation der Betroffenen berücksichtigende, längerfristige Begleitung nach einem betreuungsorientierten Ansatz wichtig, da die Mädchen in der Regel die eigenverantwortliche, selbständige Organisation ihres Alltags noch erlernen müssen. Dies gilt insbesondere für junge, nicht deutsche Frauen, die kaum oder gar nicht auf Unterstützung in ihrem sozialen Umfeld zurückgreifen können.

*Annette Remberg*

*Dr. Annette Remberg ist wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Forschungsprojekt „Sie ist doch selber noch ein halbes Kind ...“ – Untersuchung zu Lebensbedingungen, Einstellungen und Verhütungsverhalten jugendlicher Schwangerer und Mütter an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, Institut für Sozialpädagogik, Weiterbildung und Empirische Pädagogik.*

---

**Kontakt:**

Westfälische Wilhelms-Universität  
 Institut für Sozialpädagogik,  
 Weiterbildung und Empirische  
 Pädagogik  
 Abteilung Sozialpädagogik  
 Georgskommende 33  
 48143 Münster

Telefon (0251) 83 24 189

# Sexualität und Migration

## am Beispiel türkischer MigrantInnen

Konflikte zwischen türkischen Eltern und ihren Kindern werden durch eine fehlende Bereitschaft und Fähigkeit, über Sexualität zu sprechen, potenziert. Stellvertretend für viele islamische und damit auch für türkische MigrantInnen stellt der Sexualpädagoge Heidarpur-Ghazwini fest: „Bei uns spricht man nicht über Sexualität.“ (HEIDARPUR-GHAZWINI 1990, S. 130) Es gibt in muslimischen Familien keine Sexualerziehung in Form eines aufklärenden Gesprächs. Auch Maßholder bestätigt, daß in türkischen MigrantInnenfamilien über Sexualität im Rahmen der Erziehung nicht gesprochen wird (MASSHOLDER 1987).

Sexualnöte von Menschen in der Migration sind Folgen von Beziehungsmodalitäten, die sich durch die Lebensumstände in der Aufnahmegesellschaft verändern. Aufgrund von Forschungen lassen sich Ursachen für sexuelle Probleme in der Migrationssituation ausmachen. Diese, Körper und Geist betreffenden Sexualnöte stehen häufig im Zusammenhang mit:

- veränderten Geschlechterrollen (z.B. SCHMITZ 1985),
- Heiratswünschen (z.B. KOPTAGEL-ILAL 1988),
- außer- und vorehelichen Sexualbeziehungen (ebd.),
- Sanktionierung von Sexualbeziehungen durch die Eltern (ebd.),
- Sexualerziehung oder Ansprechen der Sexualität im Elternhaus und in der Schule (z.B. HEIDARPUR-GHAZWINI 1990; SALISCH 1990; MARBURGER 1987; ATABEK 1989),
- mangelndem Sexualwissen (z.B. HEIDARPUR-GHAZWINI 1986; MARBURGER 1987),
- kulturellen und religiösen Vorbehalten der MigrantInnen selbst (z.B. ATABEK 1989; VASSAF 1985),
- auftauchenden Widersprüchen zwischen den Sexualnormen der Herkunfts- und der Aufnahmegesellschaft (z.B. BEN JELLOUN 1989; MARBURGER 1987; SCHIFFAUER 1983),
- psycho-sexuellen Funktionsstörungen (z.B. CICEK 1989; BEN JELLOUN 1989),
- Missverständnissen in den interethnischen bzw. binationalen Sexualbeziehungen (z.B. KOPTAGEL-ILAL 1988).

Auch wenn zu jedem Problemfeld einige Beispiele vorhandener Literatur gegeben sind, muss vorausgeschickt werden, dass bis jetzt nur sehr wenig über den Zusammenhang von Migration und Sexualität bekannt ist, und selbst die vorhandenen Ergebnisse sind oftmals nicht kritiklos hinzunehmen, da sie häufig voller Stereotypen sind (z.B. „Islammacho“). Im deutschsprachigen Raum haben sich Erkenntnisse über sexualitätsrelevante Einstellungs- und Verhaltensmuster beispielsweise jugendlicher MigrantInnen in den meisten Fällen als zufällige „Nebenprodukte“ in migrationsthematischen Studien oder Kommentaren ergeben. Die Auswertung bisheriger Literatur- und Forschungsarbeiten über den Zusammenhang von Sexualität und Migration verdeutlicht, dass über die

sexuellen Probleme und das Sexuelleben von MigrantInnen, insbesondere der ersten Generation, kaum ausreichende Kenntnisse vorliegen. Es ist bisher nur unzureichend analysiert worden, aus welchen Lebenszusammenhängen sexuelle Einstellungs- und Verhaltensmuster männlicher oder weiblicher Migranten resultieren. Es gibt nur wenig Literatur, die sich ausschließlich mit der Sexualität von MigrantInnen befasst.

### Sexualerziehung und Sexualentwicklung in der Migration

In ihrer Studie zur schulischen Sexualerziehung bei türkischen MigrantInnenkindern (MARBURGER 1987; s.a. der Beitrag von HELGA MARBURGER in diesem Heft) sondiert die Pädagogin Marburger erstmals die Bedingungen der Sexualentwicklung dieser Kinder in der Bundesrepublik. Sie nennt folgende Einflussfaktoren:

- wirtschaftliche, politische, soziokulturelle Verhältnisse in der Türkei früher und heute;
- islamische Sexualmoral, ihre geschichtliche Entwicklung und ihr Einfluss auf die Menschen früher und heute. Hierbei unterscheidet sie zwischen der Situation in der Herkunftsgesellschaft und der Migrationssituation;
- Sexualitätsverständnis und -praxis in der heutigen Türkei im Spannungsfeld zwischen Tradition und Modernität;
- sexuelle Werte- und Einstellungsmuster im Migrationsaufnahmeland;
- Generationen- und Kulturkonflikt.

Was die islamischen Einflüsse auf die türkischen MigrantInnen betrifft, stellt Marburger fest, dass ein beträchtlicher Teil der türkischen Erwachsenen in der Bundesrepublik unter Bedingungen aufgewachsen ist, die einem Fortwirken islamisch-traditioneller Orientierungen besonders förderlich waren. Sie lässt offen, ob die MigrantInnen diese Werte bei der Erziehung ihrer Kinder erfolgreich geltend machen können. Sie unterscheidet zwischen der „theoretischen Ethik“ als Leitvorstellung und deren Umsetzung in „praktischer Ethik“ bzw. „tatsächlichem Handeln“ (vgl. ebd., S. 288). Marburger stellt in Frage, dass die Geschlechterbeziehungen zwischen türkischen Männern und Frauen einseitig am islamischen Recht orientiert seien (vgl. MARBURGER 1987, S. 328). Die bestehenden Machtdifferenzen zu Lasten der Frauen in der früheren und heutigen Türkei und in der Bundesrepublik der Gegenwart seien jeweils unterschiedlich ausgeprägt.

Marburger macht darauf aufmerksam, dass sexuelle Tabus oder Schwierigkeiten kein Monopol der islamischen oder traditionellen türkischen Gesellschaft sind, dass sie bis in die 60er Jahre auch in der Bundesrepublik vergleichbar

rigide vorzufinden waren (vgl. 1987, S. 329 ff.). In der Bundesrepublik wirke sich, so Marburger, zusätzlich zu den soziokulturellen Bedingungen der Herkunftsgesellschaft die Migrationssituation und das gesellschaftliche Umfeld auf die Rolle von Mann und Frau, aber besonders auf die sexualitätsrelevanten Einstellungen und Verhaltensmuster der Heranwachsenden aus (ebd., S. 329 ff.).

Die türkischen Jugendlichen sehen sich Handlungsanforderungen gegenüber, welche oftmals in krassm Widerspruch zu Anforderungen des Elternhauses stehen. Die Eltern haben Angst, ihre Kinder zu verlieren und im Alter allein zu bleiben. Autoritäre Erziehungsstile scheinen diesem Verlust vorzubeugen und die Entwicklung individueller Interessen der Jugendlichen zu verhindern, die von den Eltern mit Egoismus gleichgesetzt werden. Dieser Erziehungsstil geht jedoch von Autoritätsverhältnissen der Herkunftsgesellschaft aus, die im Migrationsaufnahmeland regelrecht auf den Kopf gestellt werden.

Zudem stehen die Ziele der schulischen Erziehung denen der Eltern konträr gegenüber. Während die Eltern die Unterordnung individueller Interessen zugunsten des familiären Wohls fordern, steht in deutschen Schulen Individualität eher im Vordergrund. Diese „kulturelle Doppelerziehung“ erfordert von den Jugendlichen beinahe täglich einen Balanceakt zwischen den unterschiedlichen kulturellen Anforderungen. Dies betrifft die Geschlechterrollen, die generativen Beziehungen und die Beziehungen außerhalb der Familien. Dabei wird das Zugehörigkeitsgefühl zur Herkunftsgesellschaft von den Jugendlichen nicht etwa aufgegeben. Es bleibt immer bestehen, mitunter als Anker, manchmal aber auch als Bedrohung. Immer wieder müssen die Veränderungen des persönlichen Beziehungsgefüges in eine neue Balance gebracht werden. „Bikulturell zu sein bedeutet, sich mit Produkten zweier Kulturen zu identifizieren und mit der Identifikation zwischen beiden Kulturen hin und her zu pendeln.“ (HETTLAGE-VARGAS 1992)

Ein Migrant türkischer Herkunft, der sich in die deutsche Gesellschaft integriert hat, wird seine Umwelt weder als Türke noch als Deutscher wahrnehmen, vielmehr sind ihm sowohl türkische wie deutsche Erlebnisstile zugänglich, so dass er den Anforderungen, welche ihm die jeweilige Gesellschaft stellt, in wechselnder Weise gerecht wird. „Bikulturelles Bewusstsein bedeutet einen Zustand, in dem der Mensch sicher ist, die neue, zweite Kultur in sich behalten zu können, ohne dass diese seine Mutterkultur verdrängen müsste. Es bedeutet also, Ambivalenzen auszuhalten.“ (ebd.) Heiratet etwa ein Migrant türkischer Herkunft eine Frau aus seiner Herkunftsgesellschaft, so wird er vermutlich den Wunsch haben, dass sie Jungfrau sei. Derselbe Mann wird aber, falls er eine deutsche Frau heiratet, in der Regel von dieser Norm abweichen, und er wird seine zukünftige Frau auch mit ihren sexuellen Erfahrungen akzeptieren. Dies ist keine Doppelmoral, wie von einigen Wissenschaftlern, z.B. Hartmut Griese, behauptet wurde, sondern lediglich der Versuch, den Anforderungen verschiedener Gesellschaften Rechnung zu tragen.

Insgesamt kann also davon ausgegangen werden, dass sich die Migrationssituation belastend auf die internen Beziehungen der MigrantInnenfamilien und somit auch auf deren Sexualeben auswirkt. Die jungen MigrantInnen haben ein Bedürfnis nach Sexualität, wie alle anderen Jugendlichen auch, aber die Umsetzung in die Praxis wird von mehreren

Faktoren behindert. So spielt die „sexuelle Sprachlosigkeit“ innerhalb der Familie und unter den SexualpartnerInnen eine wichtige Rolle. Die sexuellen Probleme und Nöte der Jugendlichen sind vorwiegend Beziehungsprobleme. Hier geht es vor allem um Probleme der Kommunikation: ob und wie man mit Eltern, wie man mit anderen Jungen oder Mädchen über sexuelle Angelegenheiten und Probleme reden kann. Die Probleme der Jugendlichen mit ihren Eltern bleiben meistens unbewältigt. Häufig belegen Eltern ihre Kinder mit einem „Liebesverbot“, d.h. sie verbieten ihnen, eine feste Freundin oder einen Freund zu haben und treiben die Jugendlichen dadurch in die Heimlichkeit. Die türkischen Familien haben bezüglich ihres Sexuallebens die „Kultur des Schweigens“ und die „Kultur der Heimlichkeit“ in die Migration importiert und beibehalten.

### Sexualbeziehungen von männlichen türkischen Jugendlichen

Salischs Untersuchung über „Sexualität und interpersonale Intimität“ (SALISCH 1990) bei türkischen Jugendlichen in Berlin markiert den Beginn einer gezielten, umfassenden Untersuchung der Sexualität jugendlicher MigrantInnen. Im Rahmen der Untersuchung „Das Sexualverhalten jugendlicher unter der Bedrohung von AIDS“ (beschrieben in SALISCH/OSWALD 1989) wurden 1988 insgesamt 425 Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren mit einem standardisierten Fragebogen befragt. Später wurde auch eine Stichprobe männlicher türkischer Jugendlicher (41 Personen) mit deutschen Jungen verglichen, die der gleichen Altersgruppe oder einer ähnlichen gesellschaftlichen Schicht (Arbeiterschicht) angehören. Hierbei kam Salisch zu folgenden Ergebnissen (vgl. SALISCH 1990, S. 14 ff.):

Die Stadien sexueller Intimität werden etwa in der gleichen Reihenfolge durchlaufen, und die türkischen Jungen beginnen in etwa dem gleichen Alter Koituserfahrungen zu sammeln, wie die deutschen. In sexuellen Beziehungen liegen den türkischen Jungen, die noch keine Koituserfahrungen gemacht hatten bzw. keine Freundin hatten, interpersonale Werte wie Verstehen, Vertrauen, Zärtlichkeit, Rücksichtnahme, Liebe und Verliebtheit weniger am Herzen als deutschen Jungen. Türkische Jungen, die eine deutsche Freundin hatten, haben etwa genauso viel Wissen über Sexualität oder Erfahrungen wie deutsche Altersgenossen. Türkische Jungen, die (noch) keine deutsche Freundin hatten, neigen prinzipiell eher zu traditionellen Werten und Einstellungsmustern. Über sexuelle Beziehungen würden etwa 80 % der türkischen Jungen „nie“ oder „selten“ sprechen (deutsche nur etwa 30 %). Obwohl etwa gleich viele türkische wie deutsche Jungen bereits sexuelle Erfahrungen hatten, geben junge Türken häufiger an, aus Angst, sich mit dem AIDS-Virus anzustecken, auf Koituserfahrungen verzichtet zu haben (Türken 35 %; Deutsche 17 %). Türkische Jungen geben viel häufiger als deutsche an, wechselnde Sexualpartnerinnen zu haben.

Insgesamt kommt Salisch zu dem Schluss, dass das Maß an sexueller Aktivität von türkischen denen deutscher Jungen aus sozial vergleichbaren Elternhäusern sehr nahe kommt. Unterschiede ergeben sich jedoch, so Salisch (ebd., S. 28), in den Werthaltungen türkischer und deutscher Jungen, vor allem wenn sie noch keinen Geschlechtsverkehr erlebt



haben. Junge Türken würden dann weniger Wert auf Verstehen, Zärtlichkeit, Verliebtheit, Liebe etc. legen.

Eine andere Studie mit dem Titel „AIDS-Prävention und Migration“ (SALMAN 1992) kommt zu dem Ergebnis, dass in Deutschland aufgewachsene männliche türkische Jugendliche sich eher an der Umgangsweise westeuropäischer Jugendlicher orientieren. Die in der Türkei aufgewachsenen männlichen Jugendlichen orientieren sich überwiegend an der traditionellen Rollenverteilung der türkischen Gesellschaft. Sie lehnen das Sprechen über Sexualität mit Frauen strikt ab. Sie umschreiben konsequent alles Sexuelle und nennen sexuell Relevantes nur selten beim Namen. Jungen, die in Deutschland aufgewachsen sind, sprechen in Zusammenhang mit Sexualität eher in deutscher Sprache. Sie beherrschen in beiden Sprachen nur einen geringen Wortschatz und haben Schwierigkeiten mit Grammatik und Wortwahl. Häufig mischen sie das Türkische und Deutsche und sprechen eine Art Migrantensprache. Manche Worte kennen sie nur im Deutschen, andere nur im Türkischen. Selbst Jugendliche, die in der Bundesrepublik geboren und aufgewachsen sind, offenbaren Schwierigkeiten, sich im Deutschen wie im Türkischen problemlos auszudrücken. Dieser Sprachproblematik türkischer Jugendlicher begegnen wir auch in anderen europäischen Ländern.

Die Untersuchung der persönlichen Beziehungen (bzw. individuellen sozialen Netzwerke) der Jugendlichen ergab, dass die Wahl von GesprächspartnerInnen für sexualitätsrelevante Bereiche stark themengebunden und mit Tabuisierungen verbunden ist. So wählen die Jungen selten Familienmitglieder, um über intime Angelegenheiten zu sprechen (SALMAN 1992). Nahezu zwei Drittel männlicher türkischer Jugendlicher (64%) versichern, unter keinen Umständen mit ihren Eltern über sexualitätsrelevante Themen zu sprechen. 17,5% würden dieses nur äußerst selten und dann nur in Andeutungen und verschlüsselt tun. Auch die übrigen Jugendlichen machen starke Einschränkungen bei der Themenwahl. Allenfalls über das Thema Heirat mit den Eltern zu sprechen, konnte sich ein Teil der männlichen Jugendlichen vorstellen. Eltern spielen zwar eine wichtige emotionale Rolle für die Jugendlichen, als Gesprächspartner verlieren sie in der Migrationssituation aber zunehmend an Kompetenz.

Als wichtigste Gründe, nicht über Sexuelles zu sprechen, werden häufig die Angst, dass dadurch nur Schwierigkeiten heraufbeschworen werden und die Angst vor dem Verlust des Respektes zwischen Eltern und ihren Kindern genannt. Die Angst vor dem Entzug der Anerkennung der Herkunftsgesellschaft, bzw. deren VertreterInnen in der Migrationsgesellschaft, vor allem den Eltern, ist ebenfalls von Bedeutung.

Das Interesse an Sexualinformationen ist vor allem bei Jugendlichen, die in der Türkei aufgewachsen und nun im Rahmen der Familienzusammenführung eingewandert sind, groß. Sie interessiert jede Möglichkeit, etwas über das Leben in ihrer neuen Heimat von fachkundiger Seite zu erfahren, selbst wenn bei vielen starke Tabus wirken. Die in der Bundesrepublik aufgewachsenen Jugendlichen sind weniger bereit, tiefere Gespräche über ihr Sexualeben zu führen, da bei ihnen die sexuelle Frage ein wichtiges Problem in ihrer Identitätsfindung darstellt. Die wichtigste Frage im Rahmen ihrer sexuellen Identität lässt sich etwa so formulieren: „Wer sind wir, sind wir Europäer oder gehören wir dem Osten an?“ Diese Frage kann, individuell formuliert, auch bedeuten: „Welche sexuelle Identität habe ich?“

Generell haben Jungen und Männer in der Migration erhebliche Schwierigkeiten, ihre körperlichen und seelischen Bedürfnisse in Einklang zu bringen. Sie können ihren eigenen, zum Teil ambivalenten Bedürfnissen und auch den Anforderungen anderer, z.B. der Eltern oder der Freundin, nicht entsprechen. Die Angst ist groß, die Eltern könnten entdecken, dass ihre Söhne eine feste Liebesbeziehung eingegangen sind. Eine tiefe, intime Liebesbeziehung wird so allerdings sehr erschwert. Die meisten Beziehungen zu Mädchen finden in einer Aura des Geheimnisvollen statt. Die Eltern erfahren nichts, die Jugendlichen glauben dies zumindest. So wird der Schein einerseits gewahrt, andererseits wird aber auch innerhalb der Liebesbeziehung eine Sprachlosigkeit praktiziert, die den Jungen zu ermöglichen scheint, die Überschreitung der Verbote zu verdrängen. Das Schweigen über die Beziehung zu einem Mädchen und die Sprachlosigkeit bei sexualitätsrelevanten Themen gegenüber der Freundin selbst haben eine den Gefühlshaushalt regulierende Funktion. So können die Jungen Tabus und Verbote teilweise auch den eigenen Bedürfnissen gerecht werden, weil sie durch ihr Verhalten Sanktionen der Eltern entgehen.

Die türkischen Jungen sehen die Beziehung zu einem Mädchen nicht als „Privatsache“, sondern mit Bezug zur Gesellschaft, vor allem zur Familie. Liebesbeziehungen zu Mädchen werden eher gescheut, aber nur deshalb, weil zu viele Schwierigkeiten damit verbunden sind. Dagegen steht oft ihr emotionales Bedürfnis: Sie verlieben sich vehement und bauen innerlich starke Bindungen zu Mädchen auf. Andererseits fehlt ihnen das Selbstbewusstsein, diese Beziehungen auch gegen den Willen der Eltern auszubauen und sie auch festzuhalten. Weniger Probleme entstehen bei spontanen sexuellen Bekanntschaften. Diese können vor den Eltern verborgen bleiben. Sie stehen sogar viel stärker im Einklang mit den elterlichen Forderungen bzw. den Werten und Normen der Herkunftsgesellschaft.

Das Familienmuster, das die Eltern aus der Türkei mitgebracht haben, gerät in der europäischen Migrationssituation heftig in Bewegung bzw. unter Veränderungsdruck. Die Jugendlichen machen sich auf, entsprechend dem veränderten Individualisierungsgrad, ihr Leben stärker selbst zu bestimmen. Die Jungen und jungen Männer wollen sich nicht mehr dem traditionellen Heiratsdiktat der Eltern beugen. Dennoch sind auch bei den Jugendlichen selbst noch traditionelle Vorstellungen und Gefühle wirksam: Die meisten männlichen Jugendlichen stehen eigenen vorehelichen Sexualerfahrungen positiv gegenüber, während es ihnen schwerer fällt, zu akzeptieren, dass die zukünftige Ehefrau keine Jungfrau mehr ist. Nur wenige Jungen lehnen voreheliche Sexualerfahrungen aus religiösen Gründen ab. Auffällig ist, dass sie häufig eindeutig unterscheiden zwischen türkischen und europäischen Partnerinnen. Sexuelle Erfahrungen machen sie eher mit europäischen Partnerinnen, für die Ehe wünschen sie sich aber eher türkische Frauen. Selbst wenn positive Erfahrungen mit europäischen Mädchen bestehen, bedeutet dies unserer Studie nach noch lange nicht, dass sie sich vorstellen können, später eine Europäerin zu heiraten. Bedeutung hierfür hat sicherlich der immer noch große Einfluss der Eltern auf die Partnerwahl. Die meisten, vor allem der in der Türkei aufgewachsenen Jungen führen zusätzlich an, dass sie sich mit türkischen Mädchen besser verstehen, weil diese eher die Autorität des Mannes beachten. Zahlreiche in der Bundesrepublik aufgewachsene männliche Jugendliche äußern, dass sie mit türkischen Mädchen eine türkische Lebensart und die türkische Rollen-

verteilung ausleben würden und bei deutschen Mädchen wiederum diese Rollenverteilung entsprechend aufgelockert würde.

Die Jugendlichen haben sich von der Türkei als Heimat gelöst, aber haben Ängste, sich auch innerlich von den traditionellen Normen- und Einstellungsmustern zu lösen. Nur so ist zu erklären, dass sich die Idee der Jungfräulichkeit als Bedingung für die Heirat und Garantie gegen Untreue bislang halten konnte. Derartige „sexuelle Vorurteile“, die penibel gehegt und gepflegt werden, scheinen zu helfen, sich gegebenenfalls von Gefühlen distanzieren zu können. Weil Sanktionen und Auseinandersetzungen drohen, betrachten türkische Jungen Beziehungen zu deutschen Mädchen häufig als vorübergehend. Sie leben in einer Art Übergangsphase: Sie erfüllen einen Teil der Forderungen ihrer Eltern, bzw. der Werte und Normen der Herkunftsgesellschaft, und werden zugleich ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen (nur) teilweise gerecht.

### Sexualbeziehungen von weiblichen türkischen Jugendlichen

Türkischen Mädchen in der Bundesrepublik ist heute möglich, was früher ihren Müttern verboten war. Sie haben nun, zumindest theoretisch, die Möglichkeit erhalten, auf sich selbst gestellt Erfahrungen jeder Art zu machen. Viele Mädchen nutzen die gebotenen Chancen, allerdings nicht ohne Schwierigkeiten. Sie müssen in der Angst leben, ihren Ruf zu verlieren. Spricht es sich herum, dass sie mit „fremden Jungs gehen“, würden ihre Heiratschancen im eigenen kulturellen Umfeld beträchtlich sinken. Bei vielen türkischen Mädchen in der Bundesrepublik bleibt noch immer ein beträchtliches Maß an Kontrolle durch ihre Familien oder Nachbarn bestehen. So verzichten die meisten türkischen Mädchen aus Angst vor Diskreditierung auf voreheliche Liebesbeziehungen. Hinzu kommen Ängste vor Verachtung durch die türkischen Landsleute, Angst davor, dass ihre Sittsamkeit in Frage gestellt wird. Dies brächte die Gefahr mit sich, in der Türkei verheiratet zu werden und somit die gewohnte Umgebung verlassen zu müssen. Auch haben sie Angst, die Möglichkeit, einen türkischen Mann zu heiraten, zu verlieren, worauf ihre Heiratswünsche in der Regel zielen.

Ein großes Problem für türkische Mädchen und Jungen ist die Vorstellung der Eltern, dass junge Mädchen und Jungen bis zu ihrer Pubertät miteinander spielen dürfen, aber ab etwa dem zwölften Lebensjahr das Zusammensein verhindert wird. So stellte Heidarpur-Ghazwini, ein in der Bundesrepublik lebender Sexualpädagoge iranischer Herkunft, in seiner Dissertation zur Sexualentwicklung türkischer Jugendlicher in der Bundesrepublik (1986; 1990, S. 130 ff.) fest, dass 90 % der von ihm befragten, in der Bundesrepublik lebenden türkischen Eltern damit einverstanden sind, dass Jungen und Mädchen bis zum Alter von ca. 11 Jahren miteinander ohne Aufsicht spielen können. Denn viele Eltern glauben, dass Kinder bis zur Pubertät noch keine Sexualität besitzen (HEIDARPUR-GHAZWINI 1990, S. 130 f.). Mit Beginn der Pubertät versuchen viele Eltern, Kontakte zwischen Jungen und Mädchen zu unterbinden. Mädchen werden nun aufgefordert, ihre sichtbaren weiblichen Reize „zu bedecken“. Es kann zu konfliktreichen Situationen für die Jugendlichen kommen.

Hark Bohms Film „Yasemin“ (Film über eine Migrantenfamilie in Hamburg, 1989) verdeutlicht, in welche Nöte

Jugendliche, aber auch ihre Eltern in solchen Situationen geraten können. In dem Film sind die Eltern hin und hergerissen zwischen den verinnerlichten, traditionellen Erziehungsprinzipien und den Anforderungen ihrer deutschen Umgebung. Yasemin, die Tochter, löst für sich den Konflikt, indem sie z.B. zunächst einen längeren Rock anzieht, diesen aber ein paar Straßenecken weiter nach innen faltet und zum Minirock umgestaltet. Auf dem Nachhauseweg wird der Rock von ihr wieder verlängert. Auch Yasemin ist hin und hergerissen zwischen den Anforderungen zweier Kulturen. Das Verhalten der Eltern ihren Kindern gegenüber wandelt sich besonders stark bei Eintreten der Pubertät. Als Yasemin erwachsen wird, entfernt sich ihr Vater zusehends von ihr. Lebensbedingungen, wie eine zu kleine Wohnung für eine große Familie, erschweren selbst für die Eltern sexuelle Beziehungen, weil kaum Raum für Intimität vorhanden ist. Auch Yasemin gelingt es nicht, ihre erste Liebe intim auszuleben.

### Schlussbetrachtungen

Insgesamt scheint es notwendig zu sein, ausländischen Jugendlichen zusätzlich zu der schulischen, deutschen Sexualaufklärung auch eine muttersprachliche Sexualaufklärung anzubieten. Die vorherrschende Scham, über Sexualität zu sprechen, kann durch umfassende kulturspezifische Beratungsangebote gemindert werden. Zu beachten ist hierbei, dass kulturelle Unterschiede zwischen BeraterInnen/PädagogInnen und MigrantInnen zu großen Kommunikationsproblemen führen können. In Pädagogik und Beratung sind nach wie vor erhebliche interkulturelle Kompetenzlücken zu füllen. Fort- und Weiterbildungen zur interkulturellen Sexualpädagogik, wie sie die Pro Familia in einigen Bundesländern bereits durchgeführt hat, können helfen, die Probleme, Vorbehalte und Sichtweisen von MigrantInnen besser einschätzen zu können.

Generell müssen Fachkräfte mehr Hintergrundwissen über die Umgangsformen der MigrantInnen, ihr sexuelles Erleben und Sexualverhalten erwerben. Denn nur mit einer möglichst guten Kenntnis der Erfahrungswelt der MigrantInnen können sie deren Wirklichkeit mit Respekt begegnen und diese Wirklichkeit – was aus wissenschaftlicher Sicht dringend erforderlich ist – zum Ausgangspunkt ihrer Arbeit machen.

*Ramazan Salman*

*Ramazan Salman ist Dipl.-Sozialwissenschaftler und Geschäftsführer des Ethno-Medizinischen Zentrums in Hannover. 1966 wanderte er selbst aus der Türkei nach Deutschland ein. Schwerpunkte seiner Arbeit sind: Interkulturelle Sexualpädagogik, AIDS-Prävention, Gesundheitspolitik, Migrationssoziologie.*

## Literatur

- ATABEK, ERDAL (1989): Kusatilmis Genclik. Istanbul: Altin Kitaplar Yayınevi
- BENARD, CHERYL; SCHLAFFER EDIT (1981): Der Islammacho: Apartheid der Geschlechter nach der islamischen Revolution. In: PSYCHOLOGIE HEUTE 12/81
- BEN JELLOUN, TAHAR (1989): Die tiefste der Einsamkeiten. Rowohlt Taschenbuch Verlag. Reinbek bei Hamburg
- CICEK, HALIS (1989): Psychische und psychosomatische Störungen unter besonderer Berücksichtigung psychosexueller Störungen bei Arbeitsmigranten aus der Türkei. VWB, Verlag f. Wiss. u. Bildung. Berlin
- DEMIRCAN, ALI RIZA (1986): Islam' a göre cinsel hayat I+II. Istanbul
- DERMAN Pressespiegel gesundheitsspezifischer Artikel aus türkischen Tageszeitungen. Thema Familie und Sexualität. Universität Gesamthochschule Essen, IMAZ – Institut für Migrationsforschung. Essen 1990, Nr. 3/4
- FINGERLIN, ERIKA; MILDENBERGER, MICHAEL (1983): Ehen mit Muslimen: Am Beispiel deutsch-türkischer Ehen. Otto Lembeck Verlag. Frankfurt/M.
- HEIDARPUR-GHAZWINI, ALI (1990): „Bei uns spricht man nicht über Sexualität!“ In: Sachunterricht und Mathematik in der Primarstufe, 1990, Heft 3, S. 130–135
- HETTLAGE-VARGAS, ANDREA (1992): Bikulturalität – Privileg oder Belastung? In: KÜRSAT-AHLERS (Hrsg.). Die multikulturelle Gesellschaft: Der Weg zur Gleichstellung? Verlag für Interkulturelle Kommunikation. Frankfurt a. M.
- KAGITCIBASI, C. (1982): Sex roles, family & community in Turkey. Indiana University. Bloomington
- KOPTAGEL-ILAL, GÜNSEL (1988): Besonderheiten in der Adoleszenz bei Türken in der Heimat und in der BRD. In: Vom heimatlosen Seelenleben: Entwurzelung, Entfremdung und Identität. Hrsg. v. A. MORTEN. Psychatrie-Verlag. Bonn
- LAJIOS, KONSTANTIN; KIOTSUOKIS (1984): Ausländische Jugendliche. – Pubertät und Probleme der bikulturellen Erziehung. Leske und Budrich. Opladen
- MARBURGER, HELGA (1987): Schulische Sexualerziehung bei türkischen Migrantenkindern: eine Sondierung des soziokulturellen Bedingungsfeldes. Lang Verlag. Frankfurt/M.
- MÜLLER, EDUARD (1984): Integration türkischer Kinder in den Kindergarten – ist Sexualerziehung ein Tabu? Ein Erfahrungsbericht. Kohlhammer Verlag. Köln
- OMAR, KAPLAN (1989): Sexualität im Islam und in der türkischen Kultur. Landeck Verlag. Frankfurt/M.
- PFLÜGER, MICHAEL (Hrsg.) (1991): Abschiedlich leben: Umsiedeln – Entwurzeln – Identität suchen. Walter Verlag. Olten
- SALISCH, MANIA VON (1990): Sexualität und interpersonale Intimität: ein Vergleich zwischen Berliner Jugendlichen deutscher und türkischer Nationalität. In: ZEITSCHRIFT FÜR SOZIALISATIONSFORSCHUNG UND ERZIEHUNGSZOLOGIE (ZSE), 10. Jg., 1990, Heft 1
- SALMAN, RAMAZAN (1992): AIDS-Prävention und Migration: Sexuelle Probleme von männlichen türkischen Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland ... Hrsg. vom NIEDERSÄCHSISCHEN SOZIALMINISTERIUM in der Edition AIDS, Bd. 15
- SCHIFFAUER, WERNER (1983): Die Gewalt der Ehre: Erklärungen zu einem türkisch-deutschen Sexualkonflikt. Suhrkamp Verlag. Frankfurt/M.
- TREIBEL, ANNETTE (1990): Migration in modernen Gesellschaften: soziale Folgen von Einwanderung und Gastarbeit. Juventa Verlag. Weinheim, München

---

### Kontakt:

Ethnomedizinisches Zentrum  
Hannover  
Egestorffstraße 2  
30449 Hannover

Telefon (0511) 44 76 53  
Telefax (0511) 44 76 54

# Wissen über den weiblichen Körper von deutschen und türkischen Patientinnen einer Frauenklinik

*„Was soll ich die anderen Frauen fragen, oder meinen Mann.  
Die wissen ja selbst nichts, die haben auch keine Ahnung!“<sup>1</sup>*

Während einer Schwangerschaft, bei Fragen zur Schwangerschaftsverhütung, bei Kinderwunsch oder auch im Falle einer gynäkologischen Erkrankung sind grundlegende Basiskenntnisse der Patientinnen über den weiblichen Körper, die Genitalorgane und ihre Funktionen für das Gelingen des Arzt-Patientinnen-Gesprächs und der sogenannten Compliance (Einverständnis) bei der Therapie eine wichtige Voraussetzung. Wirkliche Mitbestimmungsmöglichkeiten, z.B. bei der Einwilligung zu einer Operation oder anderen Entscheidungsprozessen, sind erst dann gegeben, wenn die medizinische Aufklärung sich am individuellen Kenntnisstand einer Patientin orientiert und die Behandlungsmaßnahmen nach einer ausreichenden Erklärung für sie nachvollziehbar werden. Auch Aufklärungskampagnen, z.B. über Aids, Verhütungsmittel oder Vorsorgeuntersuchungen, bauen auf einem bestimmten vorausgesetzten Basiswissen auf, ohne dass immer der reale Wissensumfang der angesprochenen Klientel bekannt ist.

In Beratungsstellen, Arztpraxen und Krankenhäusern deutscher Großstädte machen Migrantinnen einen großen Teil der Ratsuchenden und Patientinnen aus. Obwohl Einrichtungen der Gesundheitsversorgung täglich mit soziokultureller Vielfalt und damit korrespondierenden Fragen und Aufgaben konfrontiert werden, sind die meisten Einrichtungen monokulturell strukturiert. Bestehende Sprachprobleme werden in den meisten Kliniken für beide Seiten nur unbefriedigend gelöst, spezifische Voraussetzungen oder auch Bedürfnisse verschiedener Patientinnengruppen sind wenig bekannt oder werden ignoriert.

Bei jeder Inanspruchnahme von Hilfe, Rat oder Behandlung steht im Hintergrund die Anerkennung des größeren Wissens des Experten oder der Expertin. Bei Migrantinnen wird die Kluft zwischen Laien- und professionellem Wissen häufig nicht nur durch eingeschränkte sprachliche Verständigungsmöglichkeiten vertieft, sondern auch durch Schamgefühle und die Angst davor, Fragen zu stellen, die im Ablauf eines Beratungs- oder Aufklärungsgesprächs als „dumm“ interpretiert werden könnten. In diesem Rahmen gelingt es den Professionellen nur selten, sich ein Bild von den Wissensgrundlagen des Gegenübers zu machen.

## Public Health-Forschungsprojekt

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung, Forschung und Technologie geförderten Public Health-Forschungsprojektes zur „Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter deutscher und türkischer Frauen im Krankenhaus“, das wir an der Universitätsfrauenklinik

Charité, Campus Virchow-Klinikum, von 1996 bis 1999 durchführten, haben wir uns auch mit der Frage nach Wissensgrundlagen über Anatomie und Funktionen des weiblichen Körpers sowie mit Kenntnissen der Patientinnen zur Gesundheitsvorsorge befasst. In der Frauenklinik, die in Berlin-Wedding angesiedelt ist, hatten 1997 35% der Patientinnen eine ausländische Staatsangehörigkeit, im Bereich der Geburtshilfe lag ihr Anteil bei 40,6%. Da die größte Gruppe unter den Migrantinnen türkischer Herkunft ist, konzentrierte sich die Untersuchung auf den Vergleich der Versorgungssituation deutscher und türkischer Patientinnen.

## Methodisches Vorgehen

Insgesamt wurden in die Studie 262 türkeistämmige und 320 deutsche Frauen, die während des einjährigen Erhebungszeitraums stationäre Patientinnen der Gynäkologie waren, einbezogen. Um Auswahlverzerrungen zu vermeiden und nach Möglichkeit alle Patientinnen in die Untersuchung aufnehmen zu können, wurden die Erhebungsinstrumente an spezifische Voraussetzungen der Patientinnen der türkischen Zielgruppe angepasst. So wurde eine türkischsprachige Fragebogenversion erstellt und ein mündlicher Befragungsmodus für die Datenerhebung bei lese- und schreibunkundigen Patientinnen ermöglicht. Die Patientinnen wurden am ersten und vorletzten Tag ihres Klinikaufenthalts zu verschiedenen Aspekten der Versorgungssituation und zu ihrem Verständnis der medizinischen Maßnahmen mit Fragebogen befragt und zusätzlich in Einzelgesprächen interviewt.

Die Frage nach dem Wissen von Frauen über ihren Körper wurde, basierend auf einem Untersuchungsinstrument von EFFMERT/LACHMANN<sup>2</sup>, als ein Teilaspekt der Studie erhoben. Der Fragebogen enthält Wissensfragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten (Multiple choice). Nach dem Pretest einer auf die Aspekte Gesundheitsvorsorge, Menstruationszyklus sowie Anatomie und Funktionen der weiblichen Geschlechtsorgane gekürzten Fassung des Instruments wurde als weitere Antwortalternative „weiß ich nicht“ zu jeder Frage mit aufgenommen, um zwischen fehlenden Daten und nicht gewussten Antworten unterscheiden zu können.

Bei der statistischen Auswertung des Fragebogens wurden soziodemographische und migrationsbezogene Daten berücksichtigt. Unterschiede in den Merkmalsausprägungen wurden anhand des Variabilitätskoeffizienten nach PERSON (Chi2-Test) mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS auf

1 eigenes Interview mit einer 27-jährigen türkischen Patientin im September 1996

2 Fragebogen zum Wissen von Frauen über ihren Körper, EFFMERT/LACHMANN, Universität Leipzig, Abt. Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie 1999

Signifikanz geprüft. Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit  $p < ,05$  werden die festgestellten Unterschiede als statistisch signifikant betrachtet.

Die angestrebte Stichprobengröße von 300 Patientinnen pro Vergleichsgruppe konnte im deutschen Kollektiv nach einer einjährigen Erhebungsphase ( $n=320$ ) völlig und im türkischen Kollektiv nach einem Jahr fast ( $n=262$ ) erreicht werden. Einbezogen waren dabei alle stationären Patientinnen der Altersgruppe 15 bis 75 Jahre, die nicht zur Geburt in die Klinik kamen und entweder dem deutschen oder dem türkischen Kollektiv zugeordnet werden konnten. Mit dem Wissen um die Heterogenität türkischer Frauen in Deutschland ergab sich das Problem einer Definition weiterer Ein- und Ausschlusskriterien, für das im Folgenden so genannte „türkische Patientinnenkollektiv“. Staatsangehörigkeit erwies sich aufgrund von Einbürgerungen als unbrauchbar, ebenso hätte das Kriterium „Herkunftsland Türkei“ bzw. „Geburtsort Türkei“ in Deutschland geborene türkische Staatsangehörige ausgeschlossen. Da die Rekrutierung der Patientinnen zunächst über die Aufnahmekarte (in der Name, Geburtsdatum und Diagnosen vermerkt waren) erfolgte, wurde ein türkischer Vor- und Familienname Anlaß für die Kontaktaufnahme. Auf der Grundlage eines persönlichen Kennenlernens erfolgte die Zuordnung zum o.g. Kollektiv erst dann, wenn die Türkei als Herkunftsland oder als Herkunftsland der Eltern genannt wurde. Aus der Türkei stammende Kurdinnen u.a. ethnische Minderheiten wurden ebenfalls der „türkischen Patientinnengruppe“ zugeordnet.

Bei der Patientinnenbefragung konnte insgesamt ein Rücklauf von 94,1% der ausgegebenen Fragebogen erreicht werden. Im türkischen Patientinnenkollektiv lag die Quote mit 95,8% noch etwas höher als im deutschen.

## Ergebnisse

Bei der Betrachtung soziodemographischer Daten der Patientinnen zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen beiden Vergleichsgruppen im Hinblick auf die soziale Lage und die Bildungsvoraussetzungen. Auch bezüglich der Altersverteilung der Patientinnen in der Klinik spiegelt sich die gesellschaftliche Realität wider. Korrespondierend mit einem höheren Anteil an jüngeren und einem geringeren Anteil an älteren Frauen in der türkischen Gruppe ergeben sich ebenfalls Unterschiede im Spektrum der stationär behandelten Gesundheitsstörungen (Diagramm 1).

Bezogen auf die Diagnosen waren 39,7% der türkischen Patientinnen der Stichprobe gegenüber 4,7% der deutschen Patientinnen wegen Schwangerschaftsstörungen, 53,4% gegenüber 62,2% aufgrund gutartiger und 6,9% gegenüber 33,1% wegen bösartiger gynäkologischer Erkrankungen in stationärer Behandlung.

Deutliche Unterschiede zeigten sich auch bezüglich des Erwerbsstatus einheimischer und zugewanderter Frauen, wobei der Anteil der Nichterwerbstätigen in der türkischen Gruppe bei 70,8% gegenüber 44,7% in der deutschen Vergleichsgruppe liegt. Während deutsche Patientinnen zu 40,6% in mittleren und höheren Erwerbsgruppen tätig sind, macht dieser Anteil im türkischen Kollektiv nur 6,8% aus. Die Grafik (Diagramm 2) verdeutlicht den Erwerbsstatus der beiden Vergleichskollektive.

Bedingt durch die Migration sind bei Patientinnen türkischer Herkunft sowohl deutsche als auch türkische Bildungsabschlüsse zu verzeichnen. Die folgende Abbildung

Diagramm 1 **Altersverteilung in den Patientinnenkollektiven** ( $n=582$ )

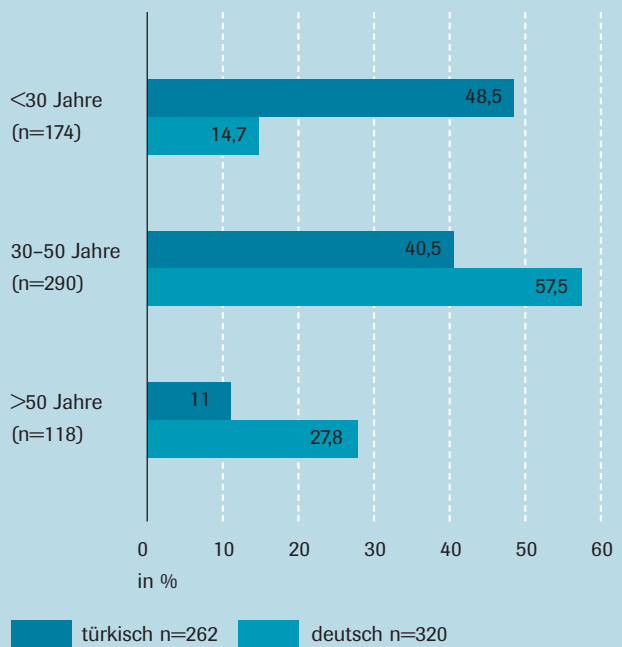


Diagramm 2 **Erwerbsstatus im deutschen und im türkischen Patientinnenkollektiv im Vergleich** ( $n=548$ )

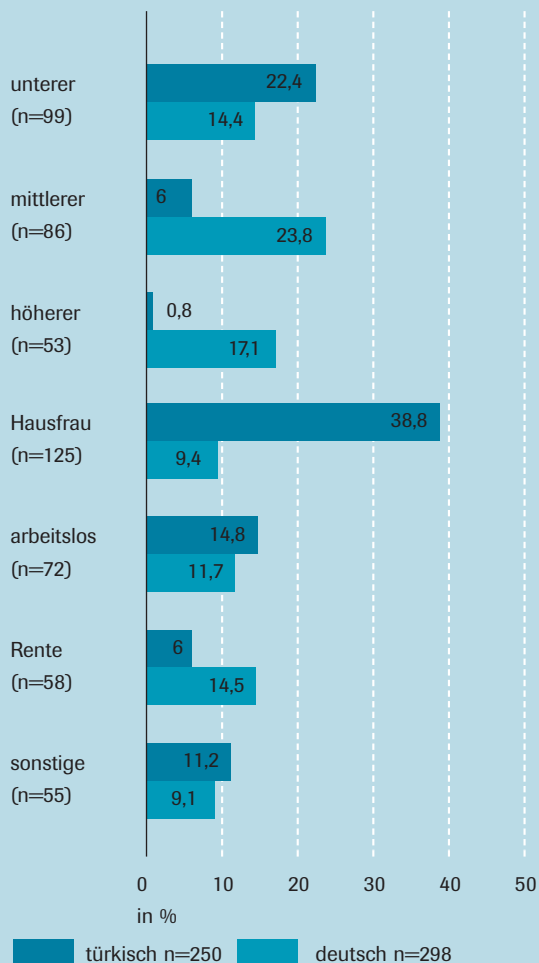


Diagramm 3 **Höchste erreichte Schulabschlüsse der Patientinnen** (n=579)

zu den erreichten Schulabschlüssen zeigt, dass ein Großteil der in der Türkei aufgewachsenen Frauen die fünfjährige Grundschule absolviert hat und ein Anteil von 9,8% des türkischen Kollektivs nie eine Schule besucht hat. In Deutschland aufgewachsene Migrantinnen verfügen in der Regel über deutsche Schulabschlüsse, die in unterschiedlicher Verteilung von Hauptschule bis Universitätsabschluss reichen (Diagramm 3).

Die Heterogenität des türkischen Patientinnenkollektivs zeigt sich auch bei der Betrachtung des Migrationsstatus. 32,2% der Patientinnen gehören der sogenannten ersten Migrantinnengeneration an, die entweder durch Anwerbung oder als Familienangehörige zu ihrem Ehemann nach Deutschland kamen und meist seit mehr als 15 Jahren hier leben. Die zweite Migrantinnengeneration, die in Deutschland geboren oder aufgewachsen ist, macht 42,8% der türkischen Patientinnengruppe aus. Weitere 19,2% sind aus der Türkei nachgezogene Ehefrauen der männlichen zweiten Migrantengeneration und 5,9%, die in der Gruppe „sonstige“ zusammengefasst wurden, sind Frauen, die sich zu Studienzwecken, als Flüchtlinge oder als Besucherinnen in Berlin aufhalten.

Auch in Bezug auf die deutschen Sprachkenntnisse zeichnet sich das türkische Patientinnenkollektiv durch Heterogenität aus. Jeweils ein Drittel schätzt seine Kenntnisse als gut/sehr gut (32,8%), einigermaßen (30,1%) und gering/gar keine (37,1%) ein.

Anhand der von den Patientinnen ausgesuchten Version unseres Fragebogens (deutsch oder türkisch) und des mündlichen oder schriftlichen Bearbeitungsmodus wurden Rückschlüsse auf Sprachpräferenz und sichere Sprachkompetenz sowie Lese- und Schreibfähigkeit in der einen oder anderen Sprache gezogen. Während der größte Teil des türkischen Patientinnenkollektivs (61,4%) die türkischsprachige Version wählte, bevorzugten 38,6% den deutschsprachigen Fragebogen. Der Anteil der Patientinnen, der den umfangreichen schriftlichen Fragebogen aufgrund von nur geringfügiger oder nicht vorhandener Alphabetisierung nicht eigenständig bewältigen konnte, betrug im türkischen Kollektiv 29% und im deutschen 1%. Auffällig war, dass 7,6% der türkischen

Gruppe die mündliche Befragung in deutscher Sprache bevorzugte. (Es handelt sich hierbei vorwiegend um Angehörige ethnischer Minderheiten aus der Türkei, die lange in Berlin leben und neben ihrer Muttersprache besser Deutsch als Türkisch beherrschen, aber auch um einige junge Frauen der zweiten Generation, die in Deutschland offenbar durch die Lücken des Bildungssystems gerutscht sind.)

### Interesse am Wissen über den Körper

Vor dem eigentlichen „Wissens-Quiz“ über den eigenen Körper und seine Funktionen wurden die Patientinnen nach ihrem Interesse an diesem Themen befragt. Die Patientinnen konnten in einer fünfgliedrigen Rangskala, die von „gar nicht interessiert“ bis „stark interessiert“ reichte, den Grad ihres Interesses an den Vorgängen in ihrem Körper angeben. Sicherlich begünstigt durch den Kontext der Untersuchung und den Zeitpunkt der Befragung am Tag vor einer medizinischen Maßnahme, in der das Wissens- und Aufklärungsbedürfnis bezogen auf Gesundheit und Körper besonders groß ist, äußerten 96,2% der deutschen und 76,9% der türkischen Patientinnengruppe Interesse bzw. starkes Interesse an Wissen über ihren Körper.

Es zeigte sich, dass ein stärkeres Interesse mit einem höheren Bildungsgrad, der Integration in das Erwerbsleben, aber auch mit dem Schweregrad der Erkrankung korrespondiert. Im türkischen Patientinnenkollektiv wiesen Patientinnen stärkeres Interesse an Körpervorgängen auf, wenn sie über gute deutsche Sprachkenntnisse verfügten bzw. der zweiten Migrantinnengeneration angehörten. Auffällig ist auch das relativ geringe Interesse (59,4%) der nachgezogenen Ehefrauen, die in der Regel der jüngeren Altersgruppe angehören, in der Türkei die Schule besucht haben und wegen Schwangerschaftsstörungen in der Klinik waren.

<sup>3</sup> ilk okul = fünfjährige Grundschule in der Türkei

<sup>4</sup> orta okul = Mittelschule

<sup>5</sup> lise = höhere Schule im türkischen Bildungssystem

**Tabelle 1 Interesse an den Vorgängen im Körper**  
Rangliste der verschiedenen Unterkollektive

Interessieren Sie sich für die Vorgänge in Ihrem Körper?	„interessiert“
	„stark interessiert“ in %
1. höhere Erwerbsgruppe (n = 52)	96,2
2. mittlere Erwerbsgruppe (n = 85)	95,3
<b>3. deutsche Patientinnengruppe gesamt (n = 314)</b>	<b>92,3</b>
4. bösartig erkrankte Patientinnen (n = 121)	90,4
5. Rentnerinnen (n = 58)	91,4
6. Fach-, Abitur, lise, Universität (n = 160)	91,8
7. über 50 Jahre alt (n = 116)	87,4
8. zwischen 30-50 Jahre alt (n = 285)	88,0
9. Haupt-/Real-/Berufsschulabschluss (n = 258)	87,2
10. gutartig erkrankte Patientinnen (n = 326)	86,5
11. zweite Migrantinnengeneration (n = 107)	84,2
12. nie zur Schule (n = 24)	83,4
13. arbeitslos (n = 72)	83,3
14. untere Erwerbsgruppe (n = 94)	80,8
15. unter 30 Jahre alt (n = 172)	80,2
16. Schwangerschaftsstörung (n = 114)	78,1
<b>17. türkische Patientinnengruppe gesamt (n = 247)</b>	<b>76,9</b>
18. Hausfrau (n = 118)	74,6
19. erste Migrantinnengeneration (n = 76)	73,7
20. Grundschule in Türkei / ohne Abschluss (n = 111)	72,9
21. nachgezogene Ehefrauen (n = 42)	59,4

Die Tabelle 1 skizziert im Überblick eine Rangliste der verschiedenen Unterkollektive, gemessen an ihrem Interesse an den Vorgängen im eigenen Körper.

## Wissens- und Informationsquellen

Wissen über Körperfunktionen und Gesundheit lässt sich sowohl über schriftliche Quellen als auch durch Gespräche mit anderen erwerben. In der Regel geschieht dies parallel, jedoch lässt sich vermuten, dass je nach Bildungsgrad mehr und möglicherweise auch qualifiziertere Quellen zur Verfügung stehen. Auf die Frage, woher sie ihr Wissen über ihren Körper habe, antwortete eine 29-jährige Arbeiterin türkischer Herkunft: „Ich weiß nicht viel darüber. Wenn ich was wissen will, frage ich meinen Arzt, wenn der Zeit hat. Was soll ich die anderen Frauen fragen, oder meinen Mann, die wissen ja selbst nichts, die haben ja auch keine Ahnung.“

Mit dem Fragebogen versuchten wir einen Überblick über Wissens- und Informationsquellen deutscher und türkischer Patientinnen zu Vorgängen in ihrem Körper zu gewinnen. Die Patientinnen konnten aus einer Liste mit vorgegebenen Quellen mehrere ankreuzen und darüber hinaus sonstige Informationsquellen selbst hinzufügen. Zwischen den beiden Vergleichsgruppen zeigten sich deutliche Unterschiede.

Zunächst fällt auf, dass deutsche Patientinnen die Möglichkeit der Mehrfachnennung verschiedener Kategorien – vor allem in Bezug auf schriftliche Quellen, Schule und elektronische Medien – ausgeprägter genutzt haben. Bücher, Zeitschriften und Schulunterricht stehen zwar in beiden Gruppen entsprechend am Anfang der Rangliste, werden jedoch von den türkischen Patientinnen weniger häufig angekreuzt. In Bezug auf die Variablen Fernsehen/Radio, Mutter, Freundinnen und andere Familienmitglieder zeigten sich dagegen

keine Unterschiede in der Ausprägung. Besonders auffällig ist die Bedeutung des Partners bzw. des Ehemannes als Informationsquelle über den eigenen Körper im türkischen Patientinnenkollektiv, wo er gleich nach Büchern (37,4 %) und Fernsehen/Radio (34,7 %) mit 32,8 % der Nennungen die dritte Stelle in der Rangliste einnimmt.

Betrachtet man nur die direkten GesprächspartnerInnen der Frauen in Fragen zum weiblichen Körper, so stehen bei den deutschen Patientinnen die Mutter (27,2 %) und Freundinnen (25,6 %) als Wissensquelle und Vertrauensperson an erster Stelle. Bei Migrantinnen türkischer Herkunft steht der Partner/Ehemann (32,8 %) an erster Stelle der genannten Personen. Ihm kommt im türkischen Kollektiv eine weit bedeutsamere Rolle zu als Müttern, Freundinnen oder anderen Familienangehörigen (Diagramm 4).

Die Patientinnen hatten die Möglichkeit, unter der Rubrik „sonstige“ (ca. 20 % der Nennungen in beiden Kollektiven) weitere Quellen, die für sie persönlich relevant sind oder waren, zu nennen. Auffällig war hier, dass innerhalb dieser Kategorie im türkischen Kollektiv 86,3 % und im deutschen 43,5 % der Patientinnen ÄrztInnen als Informations- und WissensvermittlerInnen nannten. Diese wichtige Rolle der ÄrztInnen als AnsprechpartnerInnen in Gesundheitsfragen sollte auch im Hinblick auf die Gesundheitsbildung und Aufklärung nicht vernachlässigt werden.

## Wissen zu Vorsorge, Verhütung, weiblichem Zyklus und Anatomie des weiblichen Körpers

Bei der Betrachtung der tatsächlichen Kenntnisse über Gesundheitsvorsorge und Körperfunktionen von stationären Patientinnen der Gynäkologie konzentrierten wir uns gezielt auf Fragen zur Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane und ihrer Funktionen sowie auf Wissen über Verhütung von Geschlechtskrankheiten und spezifische Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen. Die Fragen waren so zusammengestellt, dass sie sich auch hinsichtlich ihres Schwierigkeitsgrades unterschieden. Anhand von zehn Fragen zu den o. g. Bereichen, mit denen bei richtiger Beantwortung maximal zehn Punkte erreicht werden konnten, gelang es uns, einen Überblick über den Wissensstand der in die Studie einbezogenen Patientinnen zu gewinnen.

Es zeigte sich eine sehr unterschiedliche Ausprägung, die nicht nur im Gesamtkollektiv, sondern auch in den Untergruppen erheblich variierte. Einem Anteil von 12,8 % der Patientinnen, der fast alle Fragen richtig beantworten konnte, stand ein doppelt so großer Anteil (24,5 %) gegenüber, der nur geringe Kenntnisse aufwies. Die Mehrheit der Patientinnen bewegte sich im mittleren Spektrum (Diagramm 5).

Die Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Themenkomplexe, die anhand der einzelnen Fragen erfasst wurden und stellt die Ergebnisse der beiden untersuchten Patientinnengruppen vergleichend gegenüber.

Das Antwortverhalten bzw. der Anteil der richtigen Antworten ermöglicht Aufschlüsse über den Schwierigkeitsgrad der Fragen bzw. die Vertrautheit der Frauen mit den unterschiedlichen Themenbereichen. Fragen zur Verhütung sexuell übertragbarer Krankheiten bereiten – möglicherweise aufgrund intensiver Kampagnen zur Aidsprävention – in beiden Kollektiven die wenigsten Schwierigkeiten. Mehr Unkenntnis herrschte dagegen hinsichtlich frauenspezifischer Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und des weiblichen

**Tabelle 2 Wissen über Funktionen der weiblichen Geschlechtsorgane, Verhütung von Geschlechtskrankheiten und Früherkennungsuntersuchungen in der Gynäkologie**

	richtige Antwort		falsche Antwort		weiß ich nicht	
	deutsch	türkisch	deutsch	türkisch	deutsch	türkisch
n	320	262	320	262	320	262
Zusammenhang zwischen Hormonen und Monatsblutung	39,5	12,8	46,8	42,5	13,7	44,7
Unfruchtbare Tag im Zyklus	44,8	22,7	35,9	41,8	17,4	35,5
Vorgang des Eisprungs	51,6	17,8	35,3	35,3	13,1	54,2
Veränderung der Körpertemperatur nach dem Eisprung	56,2	26,5	21,3	14,5	22,5	59,0
Name der Untersuchungsmethode zur Kontrolle von Zellveränderungen an Muttermund und Scheide	51,6	18,4	17,4	18,4	26,5	63,2
Mammographie	69,3	33,5	34,7	20,3	6,0	46,2
Übertragung von Geschlechtskrankheiten	88,7	65,5	10,4	17,3	0,9	17,2
Verhütung von Geschlechtskrankheiten	90,3	43,4	8,2	32,8	1,6	23,8

**Tabelle 3 Zuordnung der Namen weiblicher Geschlechtsorgane zu einer gezeichneten Skizze**

	richtige Zuordnung		falsche Zuordnung		weiß ich nicht	
	deutsch	türkisch	deutsch	türkisch	deutsch	türkisch
n	320	262	320	262	320	262
Eileiter, Tube (yumurta kanalı)	77,5	51,5	13,1	11,1	9,4	37,4
Eierstock, Ovar (yumurtalık)	78,8	59,5	8,8	8,0	12,5	32,4
Gebärmutter, Uterus (rahim)	84,1	63,0	1,9	3,8	14,1	33,2
Muttermund, Portio (rahim agizi)	85,3	60,3	1,9	4,6	12,8	35,1
Scheide (vagina)	86,9	63,0	1,3	5,7	11,9	31,3

Zyklusgeschehens. Auch im deutschen Patientinnenkollektiv kannte nur weniger als die Hälfte der Patientinnen sich mit unfruchtbaren Tagen im Zyklus oder mit dem Einfluss von Hormonen auf die Menstruation aus. Bei der Beantwortung aller Fragen wiesen Frauen des deutschen Vergleichskollektivs entscheidend mehr richtige Antworten auf. Patientinnen türkischer Herkunft wählten bei allen Variablen wesentlich häufiger die Antwortmöglichkeit „weiß ich nicht“.

Auch bei der Zuordnung der Begriffe Eierstock, Eileiter, Gebärmutter, Muttermund, Scheide zu einer gezeichneten Skizze der weiblichen Geschlechtsorgane rangiert der Anteil der türkischen Frauen, der keine Antwort wusste, um 30 %, wogegen er bei den deutschen bei ca. 10 % lag. Auch bei der Häufigkeit der richtigen Zuordnungen zeigen sich wieder signifikante Unterschiede zwischen beiden Kollektiven, wie die Tabelle 3 verdeutlicht.

Es lässt sich erkennen, dass die Zuordnung der Begriffe zu den skizzierten Organen in beiden Kollektiven besser gelingt als die Beantwortung relativ abstrakter Fragen. Die Trefferquote liegt bei den einheimischen Patientinnen hier zwischen 77 % und 86 % und bei den Migrantinnen zwischen 51 % und 63 %.

Diagramm 6 veranschaulicht zusammenfassend die unterschiedliche Ausprägung der Wissensgrundlagen in beiden Patientinnenkollektiven im Vergleich.

Der Anteil der Patientinnen mit geringen Kenntnissen über Körperfunktionen betrug im türkischen Kollektiv 61,5 % gegenüber 15 % im deutschen, wogegen nur 3 % der Migran-

tinnen gegenüber 22,8 % der einheimischen Frauen gute/ sehr gute Kenntnisse in unserem Fragebogen nachwiesen.

### Ursachen für den differierenden Wissensstand

Die anfangs in der Stichprobenbeschreibung aufgezeigten soziodemographischen Unterschiede in den beiden Vergleichsgruppen der Public Health-Studie wirken sich direkt auf den Kenntnisstand bzw. das Wissen der Patientinnen über Gesundheitsvorsorge und Funktionen des weiblichen Körpers aus. Erst eine tiefergehende Analyse der Daten, unter Berücksichtigung dieser Parameter – die sich nicht auf den Vergleich zwischen „deutsch“ und „türkisch“ beschränkt – offenbart ein klareres Bild über grundlegende Ursachen für Zugangsbarrieren zu Information und Wissen. Diese bringen zwangsläufig auch Einschränkungen der Partizipationsmöglichkeiten mit sich.

Betrachtet man den Kenntnisstand einzelner Untergruppen isoliert, so werden signifikante Unterschiede in bezug auf den Bildungsgrad, den Erwerbsstatus und den Ort der Schulbildung deutlich. Im türkischen Patientinnenkollektiv sind darüber hinaus auch Faktoren wie deutsche Sprachkenntnisse, Alphabetisierung sowie der Migrationsstatus für den Grad an Wissen über Gesundheit und Körpervorgänge von Bedeutung. Keine statistisch signifikanten Unterschiede wiesen nur die Altersgruppen auf (Tabelle 4).

Eine gesonderte Betrachtung migrationspezifischer Be-



Diagramm 4 **Woher haben Sie Ihr Wissen über den weiblichen Körper?/Ethnizität (n=582)**

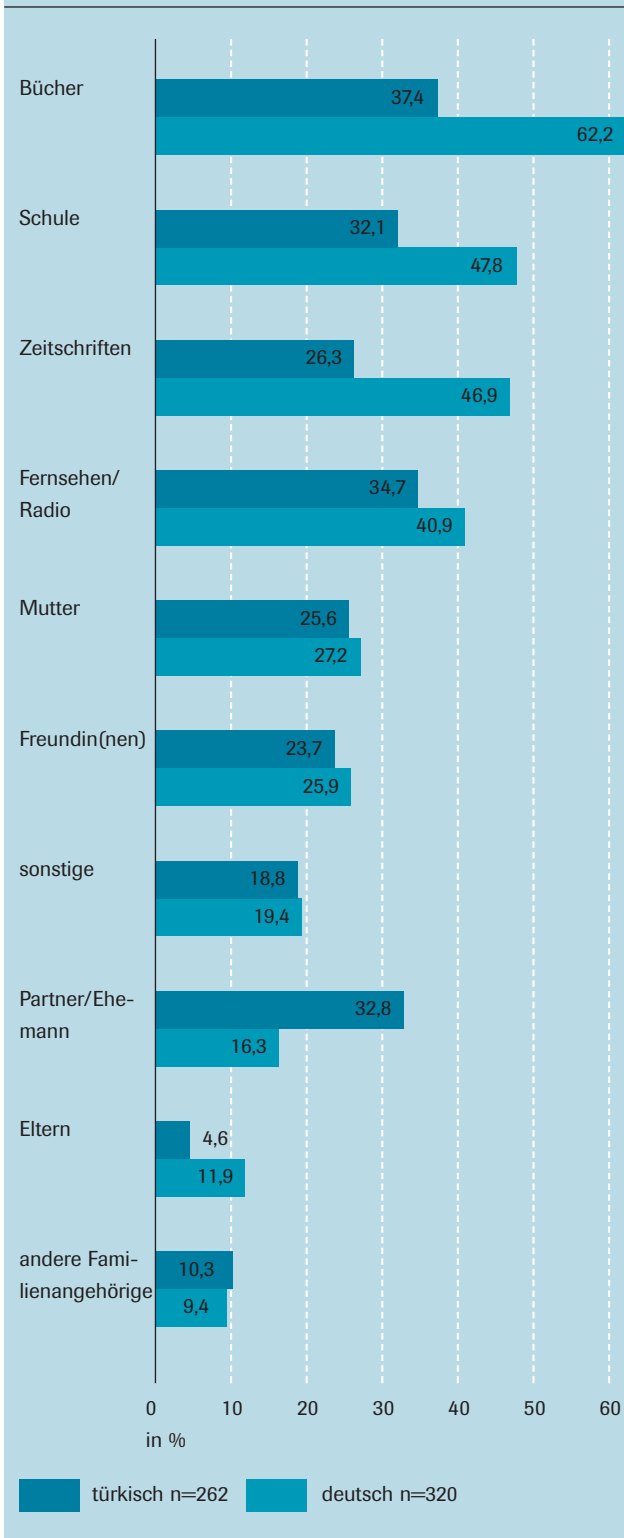
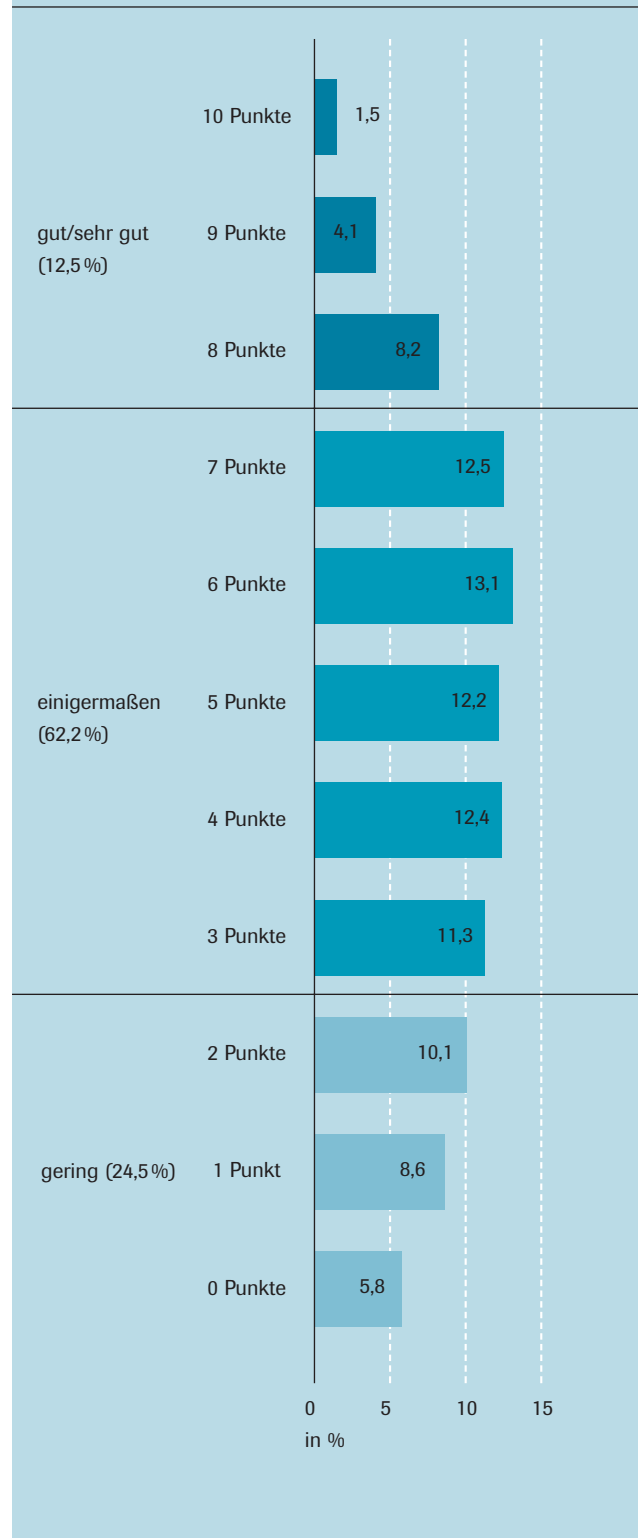


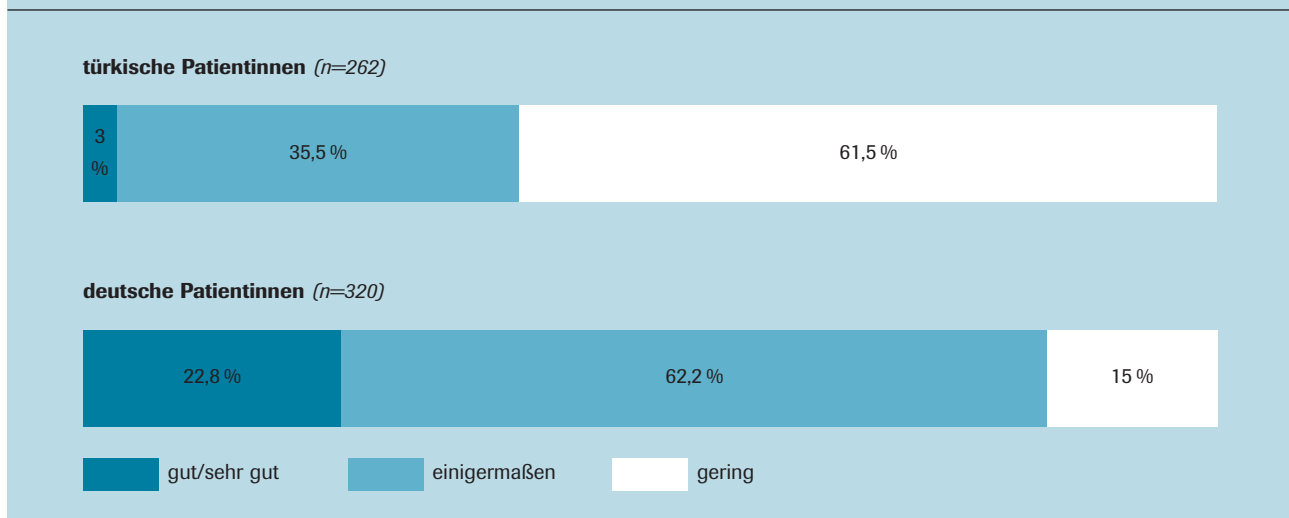
Diagramm 5 **Kenntnisse über weibliche Körperfunktionen (n=582)**



dingungen ermöglicht einen Überblick über weitere Einflussfaktoren innerhalb des türkischen Patientinnenkollektivs. Die schlechtesten Bedingungen, sich Wissen über komplizierte körperliche Vorgänge und Kenntnisse zur Gesundheitsvorsorge zu verschaffen, haben sowohl Frauen, die nicht ausreichend alphabetisiert wurden, als auch solche, die nur die Schule in der Türkei besucht haben. Deutsche Sprachkenntnisse scheinen sich auch bei den nicht ausreichend alphabetisierten Frauen positiv auf die Erweiterung der Wissensquellen auszuwirken. Während sich die Kenntnisse der Migrantinnen, die die deutsche Sprache auch schriftlich gut beherrschen, an die des deutschen Kollektivs annähern, so ist

der Anteil an Patientinnen, der nur geringe Kenntnisse hat, mit 32,5% dennoch doppelt so hoch wie im deutschen Vergleichskollektiv (15%).

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei einem Blick auf den Migrationsstatus der Patientinnen. Während über die Hälfte der Patientinnen, die der zweiten Migrantinnengeneration zugerechnet wurden, über mindestens „einigermaßen gute“ Kenntnisse verfügte, lag dieser Anteil bei der ersten Migrantinnengeneration sowie bei den (vom Alter her eher mit der zweiten Generation vergleichbaren) nachgezogenen Ehefrauen nur bei ca. 23%. Auffällig war, dass auch junge Frauen, die in der Türkei einen lise-Abschluss an einer

Diagramm 6 **Kenntnisse über weibliche Körperfunktionen** (n=582)

türkischen Schule erworben hatten, nur über geringe Kenntnisse über den weiblichen Körper verfügten. Der gesamte Bereich der Sexualaufklärung ist offenbar aus der Schulbildung in der Türkei mehr oder weniger ausgeklammert.

## Diskussion

Unsere Untersuchung hat aufgezeigt, dass der Wissensstand der Patientinnen über den eigenen Körper und seine Funktionen, vor allem bedingt durch den heterogenen Bildungsgrad, sehr unterschiedlich ist. Migrantinnen sind in mehrfacher Weise benachteiligt, da sie niedrigere Bildungsabschlüsse haben, in der Regel in unteren Erwerbsgruppen tätig sind oder nicht arbeiten und darüber hinaus oft keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse haben. Selbstverständlich kann ein Arzt-Patientinnen-Gespräch nur gelingen, wenn sprachliche Verständigungsprobleme z.B. durch qualifizierte Dolmetscherinnen aus dem Weg geräumt werden. Die vor jeder medizinischen Maßnahme oder Operation vom Gesetzgeber vorgeschriebene Aufklärung kann auch nur gelingen, wenn bezüglich der Wissensgrundlagen der Patientinnen nicht zu viel erwartet wird und sich Information und Materialien am Wissensstand der Patientin orientieren und darauf aufbauen.

Wichtig ist es, die Realität anzuerkennen: etwa dass, wie zum Beispiel die Ergebnisse dieser Studie zeigen, insgesamt nur 12,8% der Patientinnen über gute bzw. sehr gute Kenntnisse verfügen und dass dieser Anteil im türkischen Patientinnenkollektiv auf 3% absinkt!

Wenn GISELA GILLE (1997)<sup>6</sup> in ihrer vergleichenden Betrachtung von Mädchen und Jungen bezüglich ihrer Erfahrungen mit dem eigenen Körper schreibt „Mädchen brauchen grundsätzlich länger Zeit, ihren Körper kennen und akzeptieren zu lernen, sexuelle Empfindungen aufzuspüren und zuzulassen. Mädchen haben kaum je Gelegenheit, legitim etwas über ihre Körperfunktionen zu erfahren. Auf der Landkarte des Körpers existiert südlich der Taille ein großer weißer Fleck“, so gilt dies für türkische Mädchen in besonderer Weise.

Der Genitalbereich stellt auch für orientalische Frauen, mehr noch als für europäische, einen schambesetzten Tabubereich dar, über den fast immer nur mit Gleichaltrigen des

gleichen Geschlechts oder aber mit „ExpertInnen“ gesprochen werden kann. Dass Mütter für türkische Mädchen eine untergeordnete Rolle als Vertrauensperson oder auch als Informationsquelle für Wissen über den weiblichen Körper spielen oder spielten, stellt auch EMINE MIH (1999)<sup>7</sup> fest, die dieses Phänomen auf „Scham und Respekt der Jüngeren gegenüber den Älteren“ zurückführt. Über das Auftreten der Menstruation hatte in Mihs Untersuchung nur eine von 60 türkischen Frauen mit ihrer eigenen Mutter gesprochen, 74% der von ihr befragten Frauen hatten überhaupt kein Aufklärungsgespräch und bei 23% waren die Gesprächspartnerinnen andere Frauen. Wie die Informationsvermittlung dennoch vor sich geht, beschreibt eine Patientin in einem Interview<sup>8</sup>: „Man hat es so von den anderen mitgekriegt. Gesprochen haben wir darüber nicht.“

Wenn türkische Patientinnen ihre Ehemänner als Vertrauensperson und Informationsquelle für ihre Kenntnisse über den weiblichen Körper angeben, so ist dabei zu berücksichtigen, dass auch das existierende Phänomen des „Respekts und der Scham der Frau vor dem Mann“ in diesen Gesprächen sicherlich nicht ohne Wirkung bleibt. Gleichzeitig ist festzustellen, dass auch Männer in der Türkei in ähnlicher Weise aufgeklärt wurden.

Ähnlich wie in unserer Gesellschaft ist auch die Benennung der Genitalien häufig schambesetzt. Für viele türkische Frauen sind die Bezeichnungen unaussprechbar. Es fällt auf, dass den türkischen Migrantinnen die deutschen Begriffe für ihre Geschlechtsorgane oft geläufiger sind als ihre türkischen Entsprechungen. (In der türkischen Version des Fragebogens wurden daher nach dem Pretest neben den türkischen und lateinischen Begriffen auch die deutschen aufgenommen.) Offenbar wird Wissen über den weiblichen Körper und seine Funktionen den Frauen eher in deutscher Sprache vermittelt. Kontakte und Gespräche mit FrauenärztInnen und, für die zweite Migrantinnengeneration, auch mit LehrerInnen sind dabei eine wichtige Quelle.

6 GILLE, GISELA: „... denn trotz meiner 16 Kinder weiß ich rein gar nichts.“ Von der besonderen Problemlage zum besonderen Aufklärungsbedarf von Frauen. In: DER FRAUENARZT, 28. Jahrgang, 12/1997 – Seminar des Frauenarztes, S. 1723

7 MIH, EMINE: „... nicht nur an unserem Körper ändert sich etwas!“ – Immigrantinnen in den Wechseljahren. In: CLIO Nr. 48/1999

8 eigenes Interview mit einer 47-jährigen türkischen Patientin im Februar 1997

**Tabelle 4 Anteil der Patientinnen mit „geringem Wissen“ über Gesundheit und Körpervorgänge in den verglichenen Unterkollektiven**

Unterkollektive		Anteil der Pat. mit geringen Kenntnissen in %
Ethnizität	türkisches Patientinnenkollektiv (n=262)	61,5
	deutsches Patientinnenkollektiv (n=15)	15,0
Altersgruppen	<30 Jahre alt (n=174)	41,4
	30-50 Jahre alt (n=290)	31,7
	>50 Jahre alt (n=118)	38,1
Erwerbsgruppen	höhere Erwerbsgruppe (n=53)	1,9
	mittlere Erwerbsgruppe (n=86)	5,8
	arbeitslos (n=72)	34,7
	Rente (n=58)	39,7
	Hausfrau (n=125)	52,8
	untere Erwerbsgruppe (n=99)	54,5
Bildungsgrad	Abitur/lise/Universität (n=163)	10,4
	Haupt-/Real-/Berufsschulabschluss (n=263)	28,9
	ilk okul /ohne Schulabschluss (n=120)	75,0
	nie eine Schule besucht (n=27)	85,1
Ort der Schulbildung	Schule in Deutschland (n=415)	21,4
	Schule in der Türkei (n=131)	71,8
Lese- und Schreibfähigkeit	Fb. deutsch schriftlich (gesamt: n=372)	18,1
	Fb. deutsch schriftlich (davon nur türk. P. n=80)	32,5
	Fb. türkisch schriftlich (n=106)	72,2
	Fb. deutsch mündlich (n=20)	72,6
	Fb. türkisch mündlich (n=56)	82,1
Migrationsstatus	2. Migrantinnengeneration (n=109)	46,8
	sonst. (Studentinnen/Flüchtlinge) (n=15)	46,7
	1. Migrantinnengeneration (n=82)	76,8
	nachgezogene Ehefrauen (n=49)	77,6

Das Phänomen der Scham verliert im Kontakt mit ÄrztInnen (im Vergleich zu seiner Bedeutung innerhalb der Familie) seine Relevanz, da sie als ExpertInnen für Körper- und Gesundheitswissen respektiert werden.

Das ausgesprochen starke Interesse der Frauen an mehr Wissen über ihren Körper während ihres stationären Aufenthalts in der Frauenklinik verwundert nicht, denn fast jede/r PatientIn ist als Laie im medizinischen (Fach-)Betrieb mit dem eigenen Unwissen konfrontiert. Eine 30-jährige, in Deutschland aufgewachsene Patientin türkischer Herkunft, die aufgrund einer Krebserkrankung in der Klinik behandelt wurde, fasste ihre Erfahrungen in folgender Aussage zusammen. Sie weist dabei auch auf den Anspruch auf ausführliche Aufklärung und Aspekte des Wissensgefälles innerhalb der Migrantinnengruppe hin.

„Es ist ja so, dass man erst einmal keinen blassen Schimmer über die ganze Geschichte hat. Man weiß nicht, was man fragen soll, was für Fragen man stellen soll, und dann erwartet man natürlich, dass der Arzt weit und breit erzählt. Und das wird dann aber eine ganz knappe Erklärung in Wirklichkeit. Und wenn man nicht in der Lage ist zu fragen, dann ist das schon ein bisschen herb, finde ich. Ich meine, ich kann fragen. Ich habe auch unheimlich viel gefragt und von jedem eine Antwort gekriegt. Aber wenn Patienten da

sind, die nicht so gut fragen können oder möchten, dann sieht das schon anders aus. Ich meine, wenn es um die Gesundheit der Patientin geht, dann sollte die Patientin schon alles wissen.“<sup>9</sup>

Die Konfrontation mit einer Erkrankung kann als eine Umbruchphase im Leben von Frauen verstanden werden, in der sie besonders offen für Informationen sind, wie GILLE (1997)<sup>10</sup> in ihrem Artikel zum besonderen Aufklärungsbedarf von Frauen in Problemlagen in Bezug auf die Pubertätsphase schreibt: „Umbruchphasen sind generell die Phasen im Leben, in denen Menschen auf einzigartige Weise offen sind für Einflussnahme, weil das neuerworbene Wissen ein Mehr an Lebensqualität verspricht. Denn es ist medienpädagogische Binsenweisheit, dass Menschen nur das aufnehmen, was dem Kern ihres augenblicklichen Interesses entspricht.“

Mehr noch als einheimische Frauen sind Migrantinnen durch die Erkrankung aus ihrer gewohnten Alltagswelt herausgenommen und in einer deutschen Institution auf sich allein gestellt. Da Laienwissen und subjektive Konzepte über die Erkrankung in der Klinik nicht zählen, sind sie hier in besonderem Maße mit der Wahrnehmung ihres eigenen Unwissens konfrontiert. Sie erleben sich verstärkt als Fremde, fühlen sich abhängig und handlungsunfähig und verhalten sich häufig entsprechend dem Klischee der „gott-, schicksals- und arztgegebenen“ Patientin.

Eine von türkischen Patientinnen häufig formulierte Aussage: „Der Arzt muss das wissen, der hat das ja studiert. Ich kann das nicht entscheiden“ sollte vor diesem Hintergrund nicht nur als eine größere Portion an Vertrauen inter-

<sup>9</sup> eigenes Interview mit einer 30jährigen türkischen Patientin im Juni 1998  
<sup>10</sup> GILLE, GISELA: „... denn trotz meiner 16 Kinder weiß ich rein gar nichts.“ Von der besonderen Problemlage zum besonderen Aufklärungsbedarf von Frauen. In: DER FRAUENARZT, 28. Jahrgang, 12/1997 – Seminar des Frauenarztes, S. 1727

pretiert werden, sondern auch als ein Eingeständnis der eigenen Unkenntnis und einer damit zusammenhängenden stärkeren Abhängigkeit. Diese Art der Compliance nützt weder den ÄrztInnen noch den Patientinnen, denn gerade die Nachvollziehbarkeit, Durchschaubarkeit von Ereignissen und das Erkennen eigener Handlungsmöglichkeiten stellt nach ANTONOVSKY<sup>11</sup> ein wesentliches Merkmal für Bewältigungsmöglichkeiten und damit auch für die Förderung der Gesundheit dar.

Neben der obligatorischen medizinischen Aufklärung sollte im Arzt-Patientin-Gespräch auch die Gelegenheit für eine umfassendere Aufklärung im Sinne von Gesundheitsbildung genutzt werden. Natürlich kann dies nicht allein von ÄrztInnen in den Sprechstunden oder während einer OP-Aufklärung geleistet werden, viele Berufsgruppen sollten in diesem wichtigen Aufgabenfeld kooperieren und sich miteinander in Verbindung setzen. Auch Beratungsstellen kommt hier eine zunehmende Bedeutung als Vernetzungsstelle zu.

## Schlussfolgerungen

- Eine angemessene gesundheitliche Aufklärung muss sich am Wissensstand der Patientin orientieren und darauf aufbauen.
- Vorhandene Aufklärungsmaterialien müssen im Hinblick auf ihre Reichweite und ihre Akzeptanz bei bestimmten Zielgruppen evaluiert werden. Migrantinnen müssen in solche Evaluationsstudien einbezogen werden und ihrem Bevölkerungsanteil entsprechend in Studienpopulationen repräsentiert sein.
- Da gängige Aufklärungsbroschüren und -kampagnen, OP-Aufklärungsmaterialien etc. untere Bildungsschichten kaum und Migrantinnen noch weniger erreichen, ist es nötig, neue Wege der Wissensvermittlung und der Gesundheitsbildung für spezifische Zielgruppen zu suchen und dabei an deren Kommunikations- und Nutzungsstrukturen anzuknüpfen.
- Bei der Entwicklung neuer Materialien für Migrantinnen sollten spezifische Voraussetzungen wie geringe Grundkenntnisse über Anatomie und Körperfunktionen, andere Muttersprache, Grad der Lese- und Schreibfähigkeit, Respektierung des Schamgefühls berücksichtigt werden. Das bedeutet: Vermittlung von Basiswissen, zweisprachige Broschüren, Bildmaterial, Nutzung von audiovisuellen Medien.
- Im Kontext einer Erkrankung oder einer stationären Behandlung (Umbruchphase) sollten die besonderen Potentiale der Gesundheitsförderung und -bildung genutzt werden.
- ÄrztInnen und andere medizinische Berufe haben als erste professionelle AnsprechpartnerInnen im Krankheitsfall eine wichtige Schlüsselfunktion im Hinblick auf die gesundheitliche Aufklärung von Migrantinnen. Die gezielte Weitervermittlung an andere Stellen, die sich vorwiegend mit Gesundheitsbildung befassen, sollte daher auch von ÄrztInnen geleistet werden.
- Vernetzungspotentiale in Beratungsstellen für Frauen, Migrantinnen etc. und Bildungseinrichtungen wie Volkshochschulen und Stadtteilzentren müssen aus- und aufgebaut werden.
- Existierende funktionierende Kommunikationsformen und

Informationsnetze, z. B. in Frauengruppen, Mädchengruppen etc., könnten nach dem Modell der Peer Education für die Sexualaufklärung und Gesundheitsbildung von Migrantinnen nutzbar gemacht werden.

*Theda Borde, Matthias David, Heribert Kentenich*

*Dipl.-Politologin Theda Borde hat ein sozial- und gesundheitswissenschaftliches Studium an der FU Berlin absolviert.*

*Schwerpunkte ihrer Arbeit sind u.a. Sozialberatung, Bildungsmaßnahmen und Gesundheitsförderung für Frauen und Mädchen, insbesondere Migrantinnen. Seit 1996 arbeitet sie im Public Health-Projekt zur Analyse der Versorgungssituation deutscher und türkischer Frauen.*

*Dr. med. Matthias David ist Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe. Zunächst war er im Klinikum Berlin-Buch tätig, seit 1991 im Universitätsklinikum Charité Virchow. Seine Forschungsschwerpunkte sind Geburtshilfe, medizinhistorische Fragen, Public Health, Migration.*

*Prof. Dr. med. Heribert Kentenich, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, ist Chefarzt der DRK-Frauenklinik in Berlin-Charlottenburg. Seine Forschungsschwerpunkte sind Psychosomatik, Fertilitätsstörungen, Migration und Public Health.*

<sup>11</sup> vgl. ANTONOVSKYS Studien zur Salutogenese

## Literatur

- GILLE, GISELA: „... denn trotz meiner 16 Kinder weiß ich nichts, rein gar nichts.“ Von der besonderen Problemlage zum besonderen Aufklärungsbedarf von Frauen. In: DER FRAUENARZT, 12/1997 – Seminar des Frauenarztes.
- GILLE, GISELA: Mädchengesundheit unter Pubertätseinflüssen. Gesundheitsamt des Landkreises Lüneburg, Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e.V., Gesundh.-Wes. 57 (1995), S. 652–660, Thieme Verlag Stuttgart/New York
- MIH, EMINE: „... nicht nur an unserem Körper ändert sich etwas!“ – Immigrantinnen in den Wechseljahren, In: CLIO – Eine Zeitschrift für Frauengesundheit (FFGZ Berlin) Nr. 48/1999
- BZgA (BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG): Jugendsexualität 1998. Endergebnisse der Wiederholungsbefragung von 14–17jährigen und ihren Eltern.

---

### Kontakt:

Universitätsklinikum Charité,  
Medizinische Fakultät der Humboldt-  
Universität zu Berlin,  
Klinik für Frauenheilkunde  
Campus Virchow-Klinikum  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin  
Telefon (030) 450 640 57  
(030) 450 641 42 (Skr.)  
Telefax (030) 450 649 04  
E-Mail: [theda.borde@charite.de](mailto:theda.borde@charite.de)

# Peer Education

## *Ein Weg in der interkulturellen Sexualpädagogik*

### Einleitung

Die Bevölkerung in den Ballungsgebieten ist in zunehmendem Maße multikulturell: In Berlin leben zum Beispiel Menschen aus 186 Nationen, ca. 25 % aller Menschen unter 20 Jahren sind ausländischer Herkunft.

Die verbreitete Zurückhaltung gegenüber gesundheitsbezogenen migrationspezifischen Fragestellungen ist in den letzten Jahren einer teils hektisch anmutenden Aktivität gewichen. Auch öffentliche Institutionen haben die demographische Situation der Bundesrepublik Deutschland und die damit einhergehende politische Brisanz des Themas Migration und Gesundheit erkannt.

SexualpädagogInnen bewegen sich im multikulturellen Kontext in einem schwierigen Spannungsfeld: Einige erleben das Zugehen auf Menschen anderer Kulturen als Rückschritt auf ihrem Weg zur Emanzipation und Selbstbestimmung, andere nutzen die Auseinandersetzung mit Menschen aus anderen Kulturkreisen zur Erweiterung des eigenen Horizonts. SexualpädagogInnen stehen aber auch vor einer großen Herausforderung: Sie treten immer und überall für Minderheiten bei der Behauptung ihrer sexuellen Identität ein, setzen sich aber nur äußerst oberflächlich mit Fragen und Problemen der sexuellen Identität von Mitgliedern anderer Kulturen auseinander. Geschieht dies aus der Angst heraus, dass eine solche Arbeit auch eigene Positionen, Normen und Werte in Frage stellen könnte?

Bei unserer Arbeit mit jungen Menschen anderer Kulturkreise werden wir notgedrungen mit den politischen Gegebenheiten in den Herkunftsländern konfrontiert, sei es nun der Kosovo-Konflikt oder die Kurden-Problematik. Eine Kontaktaufnahme zu jungen Menschen aus diesen Regionen ist ohne eine Auseinandersetzung hiermit nicht möglich. Vor diesem Hintergrund stellt sich für uns in der täglichen Arbeit immer wieder die Frage, ob, wie und mit welchen Schwerpunkten Sexualpädagogik für diese Zielgruppe überhaupt zum Thema gemacht werden kann.

Dabei zeigt sich, dass die jungen Erwachsenen sehr wohl am Thema Sexualität interessiert sind, ihre Erfahrungen aber, die sie in die Veranstaltungen einbringen, ganz andere Schwerpunkte vorgeben, als wir dies in der bisherigen Arbeit gewohnt waren. Die Auseinandersetzung mit Sexualität und Gewalt nimmt zunehmend mehr Raum in der interkulturellen Arbeit mit jungen Frauen und Männern ein.

### Peer Education

Peer Involvement-Ansätze bieten eine Möglichkeit, die Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit der Gesundheitsförderung zu schließen. Gesundheitsförderung bzw. die Förderung gesunder Lebensweisen für Kinder und Jugendliche

zeichnen sich immer noch dadurch aus, dass praktische Methoden zur Umsetzung nur selten den theoretischen Ansprüchen gerecht werden.

Peer Involvement-Ansätze sind mehr oder weniger personalkommunikativ. Ausgebildete Angehörige der Zielgruppe führen, meist unentgeltlich, bei der Zielgruppe Aufklärungsveranstaltungen durch. Aus den unterschiedlichsten Bereichen liegen Erfahrungen mit dem Peer Involvement-Ansatz vor: zu Schul- und Lernstoffen jeder Art, zu Alkohol und Rauchen, Drogen allgemein, der Verhütung ungewollter Schwangerschaften, Infektionskrankheiten, Ernährung bzw. Essstörungen oder Wohnungslosigkeit. Bei all diesen Ansätzen sind die MultiplikatorInnen „gleich“ mit ihren AdressatInnen, wobei Gleichheit sich auf unterschiedlichste Merkmale, z.B. Alter, Lebensabschnitt, Lebensumstände etc. beziehen kann (vgl. SCHÖNBACH 1995).

Peer Education soll hier als das Lehren oder Teilen von Informationen, Werten und Verhaltensweisen zur Gesundheit durch Angehörige gleicher Alters- oder Statusgruppen verstanden werden. Diese Definition macht deutlich, dass Peer Education über Wissensvermittlung hinausgeht und genau hier die Vorteile dieser Methode zu sehen sind. Über die Wissensvermittlung hinaus wird das Problembewusstsein geschult, Einstellungs- und Verhaltensänderungen werden initiiert. Die am Programm beteiligten Jugendlichen werden in ihren kommunikativen Kompetenzen und sozialen Fertigkeiten gefördert, sie erfahren eine Stärkung des Selbstwertgefühls und sind eher bereit, Hilfe und Unterstützung bei persönlichen Fragen in Anspruch zu nehmen (KLEIBER/APPEL/PFORR 1998, S. 14).

### Das Modellprojekt InTeam

Das Modellprojekt InTeam, eine Kooperation zwischen dem Programm „Gesundheitsförderung für junge Menschen“ des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Berlin (s. hierzu BACKES/HEMME 1998) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, nahm seine Arbeit im Frühjahr 1995 auf. Ziel der ersten Projektphase (1995 bis 1997) war es, Peer Education als methodischen Ansatz für die Inhaltsbereiche Liebe, Sexualität und Schwangerschaftsverhütung auf seine Wirksamkeit, Stärken und Schwächen zu überprüfen. Diese erste Projektphase wurde durch das Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung der Freien Universität Berlin wissenschaftlich begleitet (APPEL, E.; KLEIBER, D. 1998, S. 26).

Überwiegend im schulischen, aber auch im außerschulischen Bereich wurde der Peer Education-Ansatz exemplarisch erprobt. Gruppen Jugendlicher wurden durch MitarbeiterInnen des Modellprojekts zu den oben genannten Themen fortgebildet und befähigt, hierzu Aktionen für

andere Jugendliche anzubieten. Diese Projektphase richtete sich an alle Jugendlichen, die die aufgesuchten Einrichtungen besuchten.

Die Arbeit mit den Gruppen lässt sich unterteilen in eine Werbeperiode, in der zahlreichen Jugendlichen in kurzen Veranstaltungen sowohl die Ziele als auch das methodische Vorgehen des Trainings vorgestellt wurden. Diese erste Phase setzte sich aus Kurzveranstaltungen, z.B. für alle Jugendlichen eines Jahrgangs, und einer Schnupperveranstaltung für alle am Projekt Interessierten zusammen. Darauf folgte als zweiter Teil das Kennenlernen der GruppenteilnehmerInnen untereinander. Erst daran anschließend konnte Phase drei, die Auseinandersetzung mit inhaltlichen Themenfeldern beginnen. Die Vorbereitung der durch die Jugendlichen selbst bestimmten Aktionen sollte den letzten Baustein bilden. Im schulischen Bereich sollten konzeptgemäß LehrerInnen die Begleitung der Jugendlichen bei ihren Aktionen vor Ort gewährleisten. Die Jugendlichen lehnten jedoch LehrerInnen in dieser Funktion aus den unterschiedlichsten Gründen heraus ab, so dass letztlich die MitarbeiterInnen des Modellprojekts die Begleitung übernahmen.

### **Barrieren für die Beteiligung ausländischer Jugendlicher**

Nur sehr selten waren in den vom Modellprojekt initiierten Peer Education-Gruppen Jugendliche ausländischer Herkunft vertreten, obwohl in der Werbeperiode ausdrücklich allen Jugendlichen gleiche Chancen zur Teilnahme eingeräumt werden sollten. Zu vereinbarten Schnupperveranstaltungen kamen jeweils nur wenige ausländische Jugendliche, die zudem nach einigen Sitzungen die Gruppen wieder verließen. Nur vereinzelt haben ausländische Jugendliche die Aktionen mitgeplant und veranstaltet. Bei der Reflexion des nach drei Jahren Erreichten wurde deutlich, dass der interkulturelle Aspekt aus zeitlichen Gründen nicht angemessen berücksichtigt worden war, dass der Peer Education-Ansatz aber zugleich hervorragende Möglichkeiten bietet, sich mit Sexualpädagogik in einem interkulturellen Kontext auseinanderzusetzen.

Ein weiterer Grund für die Zurückhaltung von Jugendlichen ausländischer Herkunft ist das Angebot gemeinsamer Reisen. Durch dieses Programm wurden die Jugendlichen mit einem großen Problem konfrontiert: Wie sollten sie ihren Eltern verständlich machen, wozu diese Reisen gut sind, wie sollten sie ihnen vermitteln, was Sexualpädagogik ist, ohne sie abzuschrecken. Hier wäre eine spezielle Unterstützung der ausländischen Jugendlichen notwendig gewesen.

Auch wurde bei den Jugendlichen ausländischer Herkunft sehr schnell deutlich, dass sie relativ viel Verantwortung für die Herkunftsfamilie tragen und häufig den Müttern zur Seite stehen. Dieses hindert sie, die Nachmittage und Wochenenden für sich und ihr Vergnügen in Anspruch zu nehmen.

Ausländische Jungen verbreiten verstärkt das Image, in der Liebe Experten zu sein; die Entscheidung, sich an der Arbeit im Projekt zu beteiligen, hätte dieses Image beschädigen können.

Auch wurden das Arbeitstempo und das methodische Vorgehen in den Gruppen so gewählt, dass sie der Mehrzahl der Jugendlichen angemessen waren. Minderheiten wurden dadurch vernachlässigt. Allerdings gab es auch (deutsche)

Abbrecherinnen des Trainings, die als Grund angaben, dass alles viel zu langsam vorwärts ginge.

In der ersten Projektphase haben die Peer Educators uns mitgeteilt, dass ihnen die Jugendlichen ausländischer Herkunft sehr fremd seien, dass das Zueinanderkommen gegenseitig von Vorurteilen gesteuert und verhindert wird. Über ausländische Mädchen wurde innerhalb der Gruppen gesagt, dass sie sich für die Liebe nicht interessierten. Die ausländischen Jungen wurden als Machos und Gewalttäter dargestellt. Gegenseitige Fremdheit und damit verbundene Faszination und Sehnsüchte wurden von uns als Aufruf verstanden, den Ansatz auch in der interkulturellen Arbeit einzusetzen, um endlich zu erfahren, wie sich die Jugendlichen ausländischer Herkunft kulturell orientieren, ob sie die Vielfalt an hier vorherrschenden Kulturen innerlich vereinbaren können oder sie ablehnen.

### **Peer Education-Ansatz im interkulturellen Kontext**

Ziel der zweiten Projektphase (Juni 1998 bis Mai 2000) ist, mit Hilfe des Peer Education-Ansatzes die Rahmenbedingungen zu beschreiben sowie spezifische Zugänge und Angebote zu entwickeln, mit denen interkulturelle Begegnungen zu dem sensiblen Thema Sexualität möglich sind. Die gemeinsame Arbeit mit ausländischen jungen Menschen, als ExpertInnen der eigenen Kultur, soll unser Verständnis ihrer Normen und Werte erweitern und uns ihre Bedürfnisse aufzeigen.

Die interkulturelle Sexualpädagogik zu nutzen, um Brücken zwischen den Kulturen herzustellen, die Jugendlichen in der Entwicklung ihrer eigenen kulturellen und sexuellen Identität zu unterstützen und sie handlungsfähig in Bezug auf Liebe, Sexualität, Verhütung und Partnerschaft zu machen – dies wollen wir mit dem Modellprojekt erreichen.

Interkulturelle Sexualpädagogik übersetzt die Erklärungen für kulturelle Muster, Theorien, Überzeugungen und Werte von einer Kultur in eine andere. Mit ihrer Hilfe soll allen Beteiligten einsichtig gemacht werden, weshalb es so ist, wie es ist – weshalb sich gerade diese und nicht andere Bilder menschlichen Zusammenlebens und der Sexualität in Kulturen verfestigt haben (nach: STAUB-BERNASCONI 1991).

Diese zweite Phase des Projekts hat folgende Schwerpunkte:

1. Erarbeitung von Leitlinien für die interkulturelle Sexualpädagogik als Ergebnis der Diskussion mit Fachleuten;
2. Überprüfung des Peer Education-Ansatzes für multikulturell besetzte Gruppen Jugendlicher zu den oben genannten Themen, vor allem im schulischen Rahmen (die Gruppen sollen wenigstens zu 50 % mit Jugendlichen ausländischer Herkunft besetzt sein);
3. Fortbildung von MultiplikatorInnen zum Peer Education-Ansatz.

## Initiativrunde zu Leitlinien für die interkulturelle Sexualpädagogik

Um einen Austausch zu Leitlinien für die interkulturelle Sexualpädagogik zu schaffen, wurde im Herbst 1998 eine Initiativrunde veranstaltet, an der ExpertInnen teilnahmen, die in der interkulturellen, größtenteils sexualpädagogischen Arbeit tätig sind. Folgende Leitfragen wurden mit den TeilnehmerInnen diskutiert:

- In welchen festgesetzten Klischees müssen die Jungen/ Mädchen ausländischer Herkunft sich bewegen? Wer legt diese Klischees fest?
- Wie unterscheidet sich interkulturelle Arbeit von monokultureller? (Welche Gegensätze und Kongruenzen gibt es; wie lassen sie sich überbrücken?)
- Was sind die Voraussetzungen für MultiplikatorInnen, die interkulturell arbeiten wollen?
- Wie müssen die Voraussetzungen gestaltet sein, damit Jugendliche ausländischer Herkunft bereit sind, in einen Dialog und Austausch zu treten?
- Welche Ziele kann und soll interkulturelle Sexualpädagogik und -arbeit verfolgen? Welche Möglichkeiten bietet der Peer Education-Ansatz bei der Umsetzung dieser Ziele?
- Wie passen die deutschen Jugendlichen, aber auch Jugendliche, deren Eltern unterschiedlichen Ethnien angehören, in die interkulturelle Arbeit?
- Stellt der Peer Education-Ansatz eine Heraus- oder Überforderung für Jugendliche ausländischer Herkunft (sowohl der Peer Educators wie der EndadressatInnen) dar?

In der ExpertInnenrunde wurde durchaus auch die Unsicherheit der TeilnehmerInnen offenbar, die zwar Erfahrungen in der Arbeit mit multikulturellen Gruppen haben, sich aber in der alltäglichen Arbeit nur selten zu den oben genannten Fragen und Themen austauschen. Deutlich wurde auch, dass es zur Zeit nur wenig methodisches Handwerkszeug für die interkulturelle (sexualpädagogische) Arbeit gibt.

## Die Arbeit mit multikulturellen Gruppen Jugendlicher

Wir können im bisherigen Projektverlauf auf Erfahrungen mit unterschiedlichen Gruppen aus drei Einrichtungen zurückgreifen:

1. Zielgruppe des Projekts „Fallschirm“ sind minderjährige, vorbestrafte Jugendliche. Das Projekt bietet den Jugendlichen Beratung und Betreuung bei den anstehenden Problemen mit Polizei, Eltern, Jugendamt und Schule. Hauptsächlich minderjährige Sinti und Roma nehmen zum jetzigen Zeitpunkt dieses Angebot wahr. Ihnen wurden durch ProjektmitarbeiterInnen Veranstaltungen zum Thema Liebe, Sexualität und Partnerschaft angeboten.
2. „Flucht nach vorn“ ist ein Projekt des Sozialpädagogischen Instituts mit jugendlichen Flüchtlingen. Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen erlernen hier in einem viersemestrigen Kurs die deutsche Sprache, um anschließend an Volkshochschulen einen Schulabschlusskurs absolvieren zu können. Die ProjektmitarbeiterInnen bemühen sich, den Jugendlichen Hilfestellung zu leisten bei der Integration in dieses für sie fremde Land. In dieser Einrichtung

wurde sowohl eine Jungen- wie eine Mädchengruppe initiiert.

3. Ziel des Projekts „AKARSU e.V.“ ist die Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Migrantinnen in Berlin. AKARSU e.V. beherbergt drei Projekte. Ein Projekt dient der Berufsvorbereitung von Mädchen und Frauen aus MigrantInnenfamilien für eine berufliche Ausbildung im Bereich Gesundheit. In diesem Projekt wurde den Mädchen, die zum überwiegenden Teil in Deutschland geboren und türkischer Herkunft sind, das Modellvorhaben vorgestellt.

Die bisherige Erfahrung unserer Arbeit mit multikulturellen Gruppen junger Menschen lässt sich wie folgt zusammenfassen: LehrerInnen/BetreuerInnen der Einrichtungen müssen als Verbündete gewonnen werden. Dies gestaltet sich häufig schwierig: Die MitarbeiterInnen der Einrichtungen konnten sich nur schwer vorstellen, dass wir zu diesen Themen mit Jugendlichen in Kontakt treten könnten.

Vertrauensaufbau, um Tabuthemen ansprechen und diskutieren zu können, erfordert eine vielfältige Vorleistung durch die MultiplikatorInnen. Um erste Kontakte zu den Jugendlichen aufzubauen, wurden unterschiedliche Ideen ausprobiert. Der Schwerpunkt der Projektvorstellung gegenüber den Jugendlichen lag auf Gesundheit und Familie(nplanung). Das Thema Sexualität wurde von uns in den Veranstaltungen mit den Jugendlichen bewusst nicht in den Vordergrund gestellt.

Um den Jugendlichen möglichst viel Freiraum zur eigenen Entfaltung zu bieten, haben wir auf die Arbeit mit geschlechtsspezifischen Gruppen besonderen Wert gelegt. Dies zum einen, indem wir auf Einrichtungen zugegangen sind, die nur Mädchen- bzw. Jungenarbeit anbieten, zum anderen haben wir in einer Einrichtung eine Gruppe für Jungen und eine für Mädchen angeboten. In dieser Gruppe wird das geschlechtsspezifische Arbeiten von den Jungen immer wieder in Frage gestellt, weil es dem Wunsch, zum anderen Geschlecht Kontakt aufzunehmen, entgegensteht. Gleichzeitig wird die Trennung durch die Jungen akzeptiert, da sie meist auch in ihrer Herkunftsgesellschaft durch eigene Normen und Werte so vorgegeben ist. Diese Werte und Normen verbieten es den Mädchen häufig, zu den o.g. Themen gemeinsam mit den Jungen zu arbeiten. Darüber hinaus erleben sie die „jungenfreien“ Veranstaltungen als Schutzraum.

Die bisherige Arbeit zeigt, dass die Gruppendynamik einer gemischtgeschlechtlichen Gruppe uns als MultiplikatorInnen vor große Probleme stellen würde und die Arbeit in geschlechtsspezifischen Gruppen eine Vorstufe für die gemischtgeschlechtliche Arbeit darstellt.

Die Gruppengröße wurde von uns bewusst niedrig angesetzt. So konnten wir auf die Gruppendynamik eingehen und sprachliche Schwierigkeiten der Jugendlichen auffangen. Die Veranstaltungen wurden gezielt nur zweistündig einschließlich Pausen und gemeinsamem Essen angeboten, da längere Sequenzen erfahrungsgemäß eine Überforderung darstellen.

Die Jugendlichen haben unsere methodischen Angebote positiv aufgenommen und durch eigene Ideen ergänzt. Eines ihrer wichtigsten Anliegen war, wie sie Kontakt zu Deutschen aufnehmen und gestalten könnten. Dies betrifft zum einen, wie sie mit ihrem Nachbarn ins Gespräch kommen, aber auch, wie sie in der Disco ein Mädchen ansprechen könnten. Es wurde deutlich, dass die Jugendlichen fähig sind, sich auf die angebotenen Methoden einzulassen, ohne



künstliche Trennung in emotionale und kognitive Aspekte. Die multikulturelle Zusammensetzung der Gruppen ergab zwangsläufig die Konfrontation der Jugendlichen mit unterschiedlichsten Werten und Normen. Wir als MultiplikatorInnen haben unsere Aufgabe im Aufbau einer wertschätzenden Atmosphäre, bei der Moderation aber auch in der Zurücknahme eigener Positionen gesehen.

## Interkulturelle MultiplikatorInnenarbeit

Das Angebot der Fortbildung zum Themenbereich Peer Education wurde u.a. vom Elternverein für aus der ehemaligen Sowjetunion Übergesiedelten (Mitra e.V.) in Anspruch genommen. So konnte eine Brücke zwischen den Projektteilen MultiplikatorInnenarbeit und Arbeit mit multikulturellen Gruppen Jugendlicher geschlagen werden. Die MitarbeiterInnen des Vereins Mitra e.V. sind alle BürgerInnen aus der ehemaligen Sowjetunion. Sie haben diese Veranstaltung genutzt, um sich mit den eigenen Defiziten im Bereich der Sexualpädagogik in Theorie und Praxis auseinanderzusetzen und um den Peer Education-Ansatz in die eigene Arbeit mit Jugendlichen einzubringen.

In nächster Zukunft ist eine Veranstaltung für MultiplikatorInnen aus dem moslemischen Kulturkreis geplant, um deren spezifische Bedürfnisse und Schwierigkeiten zu erfahren und aufzuarbeiten.

Unsere Erfahrungen, vor allem mit osteuropäischen MultiplikatorInnen haben auch Probleme und Barrieren aufgezeigt:

- Die Auseinandersetzung mit emanzipatorischer Sexualpädagogik stellt für viele eine Herausforderung, häufig aber auch eine Überforderung dar. Der wenigstens seit 30 Jahren in den westeuropäischen Kulturen geführte Diskurs um die Ziele der Sexualpädagogik hatte in den osteuropäischen Nationen einen geringeren Stellenwert.
- Die Angst, in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit alle relevanten Bereiche erfassen zu müssen, kann zu Resignation führen. Deutlich und verständlich zu machen, dass auch die TeamerInnen nur in kleinen Schritten ihre Erfahrungen in diesem Bereich gemacht haben, ist eine ihrer wichtigsten Aufgaben.
- Die TeilnehmerInnen bringen ihre, zum Teil in den Herkunftsländern gesetzlich untermauerten, Normen und Wertgefüge mit ein in die Veranstaltung, eine Auseinandersetzung mit den hier geltenden Normen und Werten kann nur äußerst selten stattfinden (Beispiel: Umgang und Haltung zu gleichgeschlechtlichen Lebensweisen, zu Selbstbefriedigung, Schwangerschaftsabbruch, Verhütungskultur, Mann-Frau-Rolle etc.). Respekt und Toleranz angesichts unterschiedlicher Denksysteme zu fördern, ist eine weitere zentrale Aufgabe der TeamerInnen.
- Die partizipative Idee des Peer Education-Ansatzes wird von MultiplikatorInnen häufig als befremdend erlebt (dies ein Phänomen, dem wir auch häufig bei deutschen MultiplikatorInnen gegenüberstehen, die Jugendlichen nicht zutrauen, für sich selbst zu sprechen und zu handeln). Die MultiplikatorInnen erleben Peer Education als Aufruf, eigene Macht zu reflektieren und zu reduzieren, was als bedrohlich empfunden wird.
- Der Peer Education-Ansatz kann als zu komplex wahrgenommen werden, um den dringlichen Bedarf nach Sexualaufklärung auffangen zu können.

Dieser Artikel kann die Inhalte unserer Arbeit, aber auch die Probleme, vor denen wir immer wieder stehen, höchstens anreißen. Da wir uns dessen bewusst sind, freuen wir uns umso mehr, denjenigen, die mit dem Peer Education-Ansatz, vor allem im multikulturellen Kontext, arbeiten wollen, Fortbildungen anbieten zu können. Sollten Sie Interesse an einer dreitägigen Fortbildungsveranstaltung im Januar/Februar 2000 haben, melden Sie sich bitte bei uns.

*Herbert Backes, Lucyna Wronska*

*Herbert Backes ist Diplom-Psychologe. Von 1989 bis 1992 war er im Schoolworker-Programm zur Aids-Prävention an Berliner Schulen tätig. Seit 1992 ist er Mitarbeiter im Programm Gesundheitsförderung für junge Menschen des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Berlin.*

*Lucyna Wronska, Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin, war von 1989 bis 1993 Sprachmittlerin in unterschiedlichen Beratungsstellen für sexuell übertragbare Erkrankungen sowie Aids. Anschließend war sie als Mitarbeiterin im Projekt Gewalt und Aids-Prävention bei Pro Familia Berlin e.V. beschäftigt und arbeitet seit 1995 im Kooperationsmodellprojekt InTeam beim Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin.*

## Literatur

- APPEL, E., KLEIBER, D. (1998): „... daß ich dann was lern' dabei und auch noch an andere Leute weitergeben kann!“ – Auswirkungen des Berliner Peer-Projektes auf Jugendliche. In: GERDES, R., NUIJ-BRANDT, I., WRONSKA, L., BACKES, H.: Viele Wege führen nach Rom. Dokumentation der Fachtagung Peer Education, 22. 10–24. 10. 1997. Berlin: Landesamt für Gesundheit und Soziales
- BACKES, H., HEMME, A. (1998): Gesundheitsförderung für junge Menschen. In: AMANN, G., WIPPLINGER, R. (Hrsg.): Gesundheitsförderung: ein multiprofessionelles Arbeitsfeld. Tübingen: DGVT-Verlag
- GERDES, R., NUIJ-BRANDT, I., WRONSKA, L., BACKES, H. (1998): Viele Wege führen nach Rom. Dokumentation der Fachtagung Peer Education, 22.10–24.10.1997. Berlin: Landesamt für Gesundheit und Soziales
- KLEIBER, D., APPEL, E., PFORR, P. (1998): Peer Education in der Präventionsarbeit. Begründungen, Erfahrungen und Entwicklungsanforderungen. In: GERDES, R., NUIJ-BRANDT, I., WRONSKA, L., BACKES, H.: Viele Wege führen nach Rom. Dokumentation der Fachtagung Peer Education, 22. 10–24. 10. 1997. Berlin: Landesamt für Gesundheit und Soziales
- SCHÖNBACH, K. (1995): Gesundheitsförderung und peer-involvement bei Jugendlichen. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
- STAUB-BERNASCONI, S. (1991): Formen interkultureller Verständigungsarbeit. Neue Wege, Beiträge zu Christentum und Sozialismus, 85 (4), S. 103–111

---

**Kontakt:**

Landesamt für Gesundheit  
und Soziales Berlin  
Programm Gesundheitsförderung  
für junge Menschen  
Kooperationsmodellprojekt InTeam  
Lorenzweg 5  
12099 Berlin  
Telefon (030) 75509 145 oder  
(030) 75509 191  
Telefax (030) 75509179

# Ayşe fehlt immer in Sexualkunde

## Sexualerziehung zwischen Elternhaus und Schule

### Pluralismus als höchstrichterliche Vorgabe

„Die Sexualerziehung in der Schule muß für die verschiedenen Wertvorstellungen auf diesem Gebiet offen sein und allgemein Rücksicht nehmen auf das natürliche Erziehungsrecht der Eltern und deren religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, soweit diese für das Gebiet der Sexualerziehung von Bedeutung sind. Die Schule muß insbesondere jeden Versuch einer Indoktrinierung der Jugendlichen unterlassen.“ So lautete die Maßgabe des Bundesverfassungsgerichts vom 21. 12. 1977, mit der die Schule ermächtigt wurde, Sexualerziehung auch unabhängig von der elterlichen Zustimmung zu erteilen. Vorangegangen waren Elternklagen, die auf eine Befreiung der Kinder von der schulischen Sexualerziehung abzielten. Diese Eltern reklamierten für sich die alleinige Verantwortung für diesen Aufgabenbereich bzw. wollten ihre Werte und Normen zu den für schulische Sexualerziehung verbindlichen erklärt wissen. Wenn auch nur einzelne Eltern Gerichte bemühten, eine weitaus größere Anzahl hat sich auf den Weg in die Schule gemacht, um Lehrkräfte zur Rede zu stellen, bei der Schulleitung zu intervenieren gegen einen Unterricht, der nun doch „zu weit gegangen“ sei, ihre Kinder „zu verderben“ drohe.

Mit der höchstrichterlichen Entscheidung änderte sich die Lage: Schule ist seither eigenständig in ihren Zielformulierungen, hat jedoch dem Gebot der normativen Offenheit Rechnung zu tragen und von ihrer Seite eine freie Entscheidungsfindung der Kinder und Jugendlichen zu gewährleisten. Pluralismus ist damit ein konstitutives Merkmal schulischer Sexualerziehung. Deren Aufgabe ist somit ausdrücklich nicht, die Heranwachsenden auf ganz bestimm-

te Ziele, Werte und Normen festzulegen, sie auf ein ganz bestimmtes Geschlechtsrollen- und Sexualverhalten zu fixieren, sondern hat dazu beizutragen, dass junge Menschen zur eigenen Urteilsfähigkeit gelangen, ein eigenes Wertempfinden und Gewissen entwickeln, damit sie ihre sexuelle Lebensführung in eigene Regie übernehmen können.

### Pluralismus als Standard einer säkularisierten Gesellschaft

Das Pluralitätskonzept besitzt selbst Wertcharakter, es gehört zu den Standards einer säkularisierten Gesellschaft, in der es weder allgemeinverbindliche Wahrheiten noch universell gültige, absolute Zielsetzungen gibt. Damit steht diese Position durchaus im Widerspruch zu Einstellungen in jenen Elternhäusern, die ihrerseits Kindern ein bestimmtes, festgefügtes Wert- und Normkonzept zu vermitteln wünschen. Die Forderung nach normativer Offenheit stellt Kinder und Jugendliche immer dann zwischen Elternhaus und Schule, wenn familiäre Erwartungen auf vorbehaltlose Zustimmung zu eigenen Vorstellungen gerichtet sind.

Gleichwohl erscheint mir das Pluralismusgebot als einzig akzeptable Antwort auf die auch weiterhin noch zunehmende Heterogenität dieser Gesellschaft, die sich nicht zuletzt in einem noch breiteren Spektrum an sexuellen Leitbildern, Moralen, Wert- und Sinngewebungen dokumentiert. War Ende der 60er Jahre, als die Richtlinien für die Sexualerziehung ausgearbeitet wurden, die ganz überwiegende Anzahl der Schülerinnen und Schüler deutscher Herkunft und damit bei aller Unterschiedlichkeit ihrer Orientierungen doch in einem christlich-abendländisch geprägten Kulturkreis sozialisiert,

besuchen heute auch rund 870 000 Kinder und Jugendliche nichtdeutscher Nationalität (9 % aller Schülerinnen und Schüler) hiesige Schulen. Fast die Hälfte dieser Heranwachsenden ist moslemischen Glaubens. Die meisten ihrer Eltern bzw. Großeltern kamen in den 60er und 70er Jahren als Arbeitsmigranten aus der Türkei in die Bundesrepublik und entschieden sich sukzessive für das Bleiben. Von besonderer Bedeutung bei diesen Menschen sind islamische Traditionen, die angesichts vielfach erfahrener Abwertung und Diskriminierung einen Bezugspunkt eigener Selbstwerterhaltung und Orientierungssicherheit boten. Dies gilt auch für die den Sexualbereich tangierenden Normierungen. Angesichts einer vielfach als „regel- bzw. zügellos“ und „verderbt“ wahrgenommenen Sexualmoral der deutschen Gesellschaft erhielten die mitgebrachten Orientierungen eine noch stärkere handlungsleitende Relevanz, und zwar vor allem im Hinblick auf die eigenen Kinder. Deren Leben möchte man nicht der „Unmoral“ preisgeben. Von ihnen erwartet man Einstellungen und ein Verhalten, das diese und damit auch ihre Familien unter den Angehörigen der eigenen Ethnie nicht in Verruf bringen – auch in Hinblick auf eine mögliche Rückkehr ins Herkunftsland.

Auch Zuwanderer aus Gesellschaften mit starker Bindung an eine der christlichen Konfessionen sind beunruhigt und betonen für sich und ihre Kinder die Verbindlichkeit der von der religiösen Tradition ihrer Heimat geprägten Leitbilder in punkto Sexualität. Dies betrifft zahlreiche Asylbewerber und vor allem Zuwanderer aus Polen, wo 99 % der Bevölkerung katholisch sind. Der Katholizismus hat dort einen erheblichen Einfluß auf das öffentliche und private Leben und prägt auch Vorstellungen von „normaler“ und „anormaler“ Sexualität, von „sündhaftem“ und „zulässigem“ Sexualverhalten.

Auch die aus Staaten der ehemaligen Sowjetunion stammenden Aussiedler orientieren sich vielfach verbindlich an christlich-religiösen Maßstäben, die gerade auch in Zeiten der Verfolgung, Deportation und extremer Diskriminierung ihren Gruppenzusammenhalt als Deutschstämmige festigten und Überlebenskraft gaben. Verglichen mit hiesigen Vorstellungen erscheinen sie jedoch wie konserviert aus dem 18. bzw. 19. Jahrhundert. Vor allem aber distanzieren sie sich von aktuellen Erscheinungsweisen wie etwa der Allgegenwart der medialen Präsentation von Sexualität (Plakate, Illustrierte, Fernsehen etc.), der offenen Partnersuche und Kontaktaufnahme Menschen fast jeden Alters, öffentlich gelebten Ausdrucksformen von Zuneigung und Nähe (Händchenhalten, Umarmungen, Küsse etc.), demonstrativer Körperlichkeit im Spiel- und Sportbereich – um nur einige Beispiele „normal-alltäglicher“ Sexualität zu nennen. Erst recht irritiert die relative Offenheit in Darstellung und Praktizierung sexueller „Sonderheiten“ wie etwa Homosexualität, Prostitution und Pornographie.

### Pluralismus als (sexual)pädagogische Leitkategorie

Die Schule hat den Auftrag, mit ihren Mitteln im Rahmen einer öffentlich-rechtlichen Ordnung einen Beitrag zur Sexualerziehung aller Kinder und Jugendlicher zu leisten. Gerade die Heterogenität und Vielfalt gegenwärtiger Einstellungen und Verhaltensmuster erfordern eine schulische Auseinandersetzung aller Heranwachsenden mit diesem zentralen Lebensbereich, unabhängig von der eigenen bzw. elterlichen Position. Zu stark sind gegenseitige Vorurteile,

Diskreditierungen und Befremdung. Die Sphäre des Sexuellen ist offensichtlich der Bereich, in dem sich Schwierigkeiten und Probleme des Umgangs mit „Anderssein“ am deutlichsten offenbaren. Pauschalisierungen, Unterstellungen und Klischees zeugen vom Nicht- oder Missverstehen fremder Orientierungen, aber auch von eigener Angst und Unsicherheit angesichts von Mehrdeutigkeit und Pluralität. Ein angstfreier, selbstverständlicher Umgang mit der Alltäglichkeit von Differenz und Befremdung, die Fähigkeit zu Toleranz und Empathie aber lassen sich kaum in der Abschottung von anderen Positionen lernen, sondern nur im wechselseitigen Dialog.

Hilfreich für schulische Sexualerziehung, der an der Initiierung solcher Lernprozesse gelegen ist, scheint mir eine Orientierung an folgenden Leitgedanken:

Die Familie nimmt als Primärgruppe die vorherrschende Stellung im frühkindlichen Sozialisationsprozess ein, hier erwirbt das Kind seine grundlegenden Einstellungs- und Verhaltensmuster, hier macht es auch die sexuellen Lernerfahrungen, die für sein weiteres Leben richtungweisend sind. Späteres Lernen ist stets ein Lernen auf der Folie dieser ersten Erfahrungen. Schulische Sexualerziehung muss diesen familialen Lern- und Erfahrungshintergrund ernst und wichtig nehmen und ein Unterrichtsklima schaffen, in dem sich niemand in seinem Denken, Fühlen und Tun von vornherein ausgeschlossen fühlt. Dazu kann auch die Bildung geschlechts- und/oder herkunftsspezifischer Lerngruppen gehören.

Das Ernst- und Wichtignehmen des familialen Bezugssystems bedeutet auch, dies zum Gegenstand schulischer Reflexionen zu machen. Dabei steht es Schule nicht an, Glaubensinhalte zu werten, doch die Gemengelage von Mythen, Tatsachen, Wertungen, Vorurteilen und religiösen Überzeugungen lässt sich transparent machen. Und auch Glaubensüberzeugungen sind nicht grundsätzlich tabu. Angesichts der jahrtausendealten Verflechtungen von Religion und Macht ist durchaus zu fragen, wem und warum bestimmte Glaubenssätze nützen und wen sie ausgrenzen. Dabei kann gerade die gegenwärtige Präsenz unterschiedlicher Religionen deutlich machen, dass dieses Problem religionsübergreifend anzutreffen ist.

Das Nebeneinander an alten und neuen Orientierungen lässt nach einem normativen Minimalkonsens fragen. Auch wenn es keine universell gültigen Werte gibt, mir scheinen die allgemeinen Menschenrechte bzw. die von der Vierten Weltfrauenkonferenz 1995 in China verabschiedeten Frauenrechte (human rights of women) ein akzeptabler – da in weltweiter Übereinkunft getroffener – Bezugsrahmen. Zu den den Sexualbereich tangierenden, m. E. wichtigsten Rechten zählen: das Recht auf Information, das Recht auf Familienplanung, das Recht der Frau (ich würde ergänzen: jedes Menschen) in Eigenverantwortung frei von Gewalt, Zwang und Diskriminierung alle Fragen ihrer (seiner) Sexualität entscheiden zu können. Eine Auseinandersetzung mit diesen Rechten, ein Messen der unterschiedlichen Wert- und Normvorstellungen an diesen Vorgaben, bewahrt Pluralität davor, zur normativen Beliebigkeit zu verkommen.

Die Antizipation einer bestimmten familialen normativen Orientierung aufgrund einer spezifischen ethnischen und/oder religiösen Zugehörigkeit darf nicht zur stigmatisierenden Festlegung von Schülerinnen und Schülern auf eben solche Position führen. Konkrete Familien sind weder Funktionen ethnischer, kultureller oder sonstiger Zugehörigkeiten, noch sind bestimmte Einstellungs- oder Handlungswei-

sen monokausal ausschließlich spezifischen Gruppierungen oder Gemeinschaften zuzuordnen. Hier gilt es, Pluralität nicht nur als Gegebenheit aufzuzeigen, sondern als wichtige Grundlage persönlicher Entscheidungsfreiheit angesichts einer Fülle von Handlungsoptionen.

### **Unterrichtspraktische Konkretisierungen**

Eine unterrichtspraktische Konkretisierung dieser Leitgedanken soll nun an fünf Themenkomplexen versucht werden, die m. E. Chancen, auch Probleme des Umgangs mit Pluralität exemplarisch aufzuzeigen vermögen.

#### **Sexualaufklärung**

Spätestens im 5. oder 6. Schuljahr sehen die Richtlinien für den Biologieunterricht die Vermittlung biologischen Sachwissens über Bau und Funktion der Geschlechtsorgane vor sowie eine Behandlung der aus der Tatsache der sexuellen Reifung resultierenden Veränderungen für das Leben der Schülerinnen und Schüler. Solche Informationsvermittlung mag angesichts der unmittelbar bevorstehenden pubertären Entwicklung der Kinder selbstverständlich erscheinen, doch bereits diese rein auf biologische Grundtatsachen ausgerichtete Sexualaufklärung kann insbesondere für Kinder aus stark katholisch oder protestantisch geprägten oder aus moslemischen Familien zum Problem werden. So sind es durchaus nicht nur Einzelfälle, wenn Pavel mit zitternder Stimme berichtet, dass sein Vater die Seiten zum Thema Fortpflanzung und Entwicklung aus dem Biologiebuch herausgerissen hat, Jadwiga ihre Banknachbarin bittet, die Arbeitsblätter zu den Unterschieden der Geschlechter in deren Biologieordner aufbewahren zu dürfen, und Ayşe an den Tagen, an denen Biologie/Sexualkunde auf dem Stundenplan steht, regelmäßig mit Kopfschmerzen zu Hause bleibt. Gemeinsamer Hintergrund dieser Verhaltensweisen ist die Irritation der Eltern über die ihrer Meinung nach zu offene, durch Text- wie Bildmaterial zu anschaulich-konkrete Information über Wissensbestände, die sie Erwachsenen vorbehalten möchten. Sie fürchten ein moralisches Verderben ihrer Kinder, denn sie empfinden solchen Unterricht als Aufforderung zu sexueller Aktivität. Es ist nicht leicht, den Eltern diese Ängste zu nehmen, zumal sie registrieren, dass viele Jugendliche in Deutschland in deutlich jüngerem Alter als etwa in Polen, Russland oder der Türkei offen sexuelle Beziehungen aufnehmen. Daher sollten Lehrkräfte auf dem obligatorischen Elternabend vor Durchführung einer sexualkundlichen Unterrichtseinheit wie in Einzelgesprächen diese Sorgen offen ansprechen, sie ernstnehmen und nicht als unbegründet vom Tisch fegen. Dabei kann als Argumentation hilfreich sein, dass keinesfalls Unwissenheit die Kinder schützt, sondern im Gegenteil Kenntnisse über sexuelle Phänomene durchdachte Entscheidungen fördern.

Sollten sich im Verlauf des Unterrichts dennoch Vorfälle wie die oben geschilderten ereignen, empfiehlt es sich, diese nicht zu dramatisieren. Keinesfalls sollten die betroffenen Kinder für das Verhalten ihrer Eltern quasi zur Rechenschaft gezogen werden. Die Kinder sind in dem Konflikt zwischen dem mehr oder minder offen ausgesprochenen elterlichen Verbot, am Sexualkundeunterricht teilzunehmen, und der Pflicht bzw. dem eigenen Wunsch mitzuarbeiten. Hier können die freundliche Aufforderung, doch ins Buch des Nachbarn zu schauen, wenn die eigenen Seiten fehlen, das Angebot, Arbeitsblätter in der Schule aufzubewahren, oder der unangemeldete Stundentausch mit einem Kollegen diesen

Konflikt zwar nicht generell beseitigen, ihn jedoch seitens der Schule entschärfen.

Konfliktreduzierend vor allem für moslemische Kinder ist auch das Angebot eines geschlechtsgetrennten Unterrichts mit gleichgeschlechtlicher Lehrperson. Denn auch viele Schülerinnen und Schüler, deren Eltern die Teilnahme am Sexualkundeunterricht nicht zu unterbinden trachten, haben Probleme mit der hierzulande üblichen Art der schulischen Vermittlung von Fragen der Sexualität, da der Islam das Reden über sexuelle Phänomene als grundsätzlich private Angelegenheit erachtet, das zudem seinen ausschließlichen Ort in geschlechtshomogenen Gesprächszusammenhängen hat. Auch in reinen Jungen- oder Mädchengruppen kann dann das öffentliche Sprechen noch immer schwer fallen, Redebeiträge sollten daher keinesfalls erzwungen werden. Ebenso wenig aber dürfen moslemische Kinder auf eine Position des Schweigens festgelegt werden, sondern allen Kindern sollte deutlich werden, dass jeder/jede selbst entscheiden kann, wann und wie er/sie sich äußert.

#### **Unerwünschte Schwangerschaft**

Kaum eine Frage des Sexuellen wird in dieser Gesellschaft so kontrovers gesehen wie das Problem des Schwangerschaftsabbruchs. Entsprechend breit kann sich das Einstellungsspektrum der Eltern und der Schülerinnen und Schüler einer Klasse präsentieren. Eine schulische Auseinandersetzung mit den konkurrierenden Werten sollte unbedingt einer schnellen Polarisierung der Positionen entgegenwirken, in der oft nur ebenso emotionsgeladen wie rigide auf dem eigenen Standpunkt beharrt wird. Ziel sollte vielmehr sein, die verschiedenen Anschauungen mit ihren jeweiligen Implikationen für das Leben aller Betroffenen sorgsam zu durchdenken und ethisch zu gewichten. Hilfreich kann dazu etwa die Aufgabe sein, einerseits optimale und andererseits ungünstigste Bedingungen von Schwangerschaft und Erziehung eines Kindes zu benennen. Angesichts solcher anschaulich-konkreter Situations- bzw. Problemvorgaben lassen sich elterliche Vorgaben bzw. eigene Werthaltungen auf ihre Tragfähigkeit prüfen und Motive anderer Entscheidungen in sachlicher Auseinandersetzung kennen und beurteilen lernen. Eine solchermaßen durchdachte Haltung zum Schwangerschaftsabbruch vergrößert die Chance für klare Entscheidungen im Konfliktfall, die auch später noch als richtig akzeptiert werden können.

#### **Homosexualität**

Sexualkundeunterricht als wissenschaftlich fundierter Unterricht muss deutlich machen, dass Homo- und Heterosexualität keine besonderen Sexualitätsformen sind, sondern dass beide zur menschlichen Sexualität gehören, beide in jedem Menschen latent oder manifest vorhanden sind. Solche Sichtweise steht eindeutig im Widerspruch zum Wert- und Normspektrum von Familien, die strikt zwischen „natürlicher“ und „unnatürlicher“ Sexualität trennen, eine Einschätzung, die u. a. nicht zuletzt in der christlichen Schöpfungsethik gründet und auch heute noch von der Morallehre der katholischen Kirche vertreten wird. Rücksichtnahme auf elterliche Glaubensüberzeugungen stößt m. E. hier an ihre Grenzen. Im Widerstreit zwischen Glaubensüberzeugungen, die eindeutig zur Ausgrenzung und Marginalisierung von Menschen führen, und rational begründeten Erkenntnissen darf eine in der Tradition der Aufklärung stehende schulische Bildung und Erziehung nicht hinter ihre eigenen Standards

zurück. Das heißt, in solchen Fällen ist nicht nur eine Entwirrung von Tatsachen, Wertungen, Vorurteilen und Glaubensinhalten gefordert, sondern auch eine klare Parteinahme zugunsten rational fundierter Einstellungen. Zur Erreichung dieses Ziels muss der Unterricht u. a. Folgendes leisten:

- eine allgemeine Erweiterung des herkömmlichen Sexualitätsverständnisses – Tenor: Sexualität ist mehr;
- eine Erklärung der Ursachen von Vorurteilen gegenüber Homosexuellen – Tenor: die Angst der „Normalen“ vor der Homosexualität;
- ein Verdeutlichen der Auswirkungen sozialer Diskriminierung auf die Lebensbedingungen von Homosexuellen.

### Das erste Mal

Das erste Mal – für einige Jugendliche passiert es im Alter von 14, 15 Jahren, bei anderen mit 17, 18 Jahren, bei wieder anderen noch später. Für manche ist Geschlechtsverkehr fast selbstverständlicher Bestandteil auch lockerer Partnerschaften, für andere an Zuneigung, Liebe und relative Dauerhaftigkeit einer Beziehung gebunden, wieder andere können sich Geschlechtsverkehr nur im Rahmen einer Ehe vorstellen. Medial präsentierte Leitbilder lassen letztere Einstellung als prüde und unzeitgemäß erscheinen – eine Abwertung, die insbesondere Schülerinnen aus streng religiösen Elternhäusern trifft. Denn Jungfräulichkeit besitzt sowohl für die christlichen Kirchen als auch für den Islam einen hohen Wert. Die schulische Auseinandersetzung mit diesem Wert kann daher religionübergreifend die sexualspezifische Rolle der Frau thematisieren, kann aufzeigen, warum und unter welchen Bedingungen es zu Veränderungen kam (Säkularisierung, Möglichkeiten sicherer Geburtenkontrolle, sicherer Vaterschaftsnachweis) und welche Relevanz dieser Maßstab im Leben heutiger Frauen besitzen kann. Hier lässt sich sowohl die Frage der Doppelmoral erörtern – in christlicher wie auch islamischer Tradition werden Männern durchaus „gewisse Vorerfahrungen“ zugestanden – als auch der mit Lockerung der religiösen Bindungen zunehmende Druck auf Frauen, sich gegenüber männlichen Wünschen nach Sexualkontakt nicht „zickig“ zu geben.

### Wie Ehen zustande kommen

„Die verkauften Bräute“ ist der Titel eines der wohl populärsten Sachbücher über die Situation junger türkischer Frauen. So lässt sich auch die mitleidig-unverständliche Einschätzung vieler deutscher Jugendlicher gegenüber ihren Mitschülerinnen türkischer Herkunft beschreiben: Mädchen, die in eine Heirat mit einem von den Eltern vorgeschlagenen Ehepartner einwilligen bzw. dazu bereit zu sein scheinen. Den deutschen Jugendlichen erscheint eine elterliche Initiative in diesem Bereich nicht nur als Einmischung in ureigenste Angelegenheiten, sondern auch als absolutes Hindernis bei der Realisierung des eigenen Lebensglücks. Eine Auseinandersetzung mit solchen unterschiedlichen Formen und Standards von Partnerwahl kann schlaglichtartig die verzerrende Wirkung eigener Wertmaßstäbe durch ethnozentrische Sehweise veranschaulichen und vermeintliche Interpretationssicherheiten abbauen helfen. Eine Diskussion von elterlichen Auswahlkriterien kann etwa deren Funktionalität in Hinblick auf Stabilität und Dauerhaftigkeit von Partner- bzw. Familienbeziehungen und damit Sicherheit der Lebensperspektive der Betroffenen aufzeigen: Kenntnis des familialen Hintergrunds bzw. freundschaftliche Verbindung mit der Familie des potentiellen Partners, finanzielle Absicherung,

Erwerbstätigkeit, guter Leumund (Ehrenhaftigkeit), Gesundheit usw. Eine Diskussion des Wartens auf die große Liebe kann zeigen, wie wenig zufällig eine solche Partnerwahl oft ist, sondern implizit gesteuert von sehr dezidierten Kriterien (Ähnlichkeit von Schicht, Bildung und Interessen usw.), die ebenfalls Stabilität und Dauerhaftigkeit gewährleisten sollen. Auch die häufigsten Orte hiesiger Partnerwahl, wie Arbeitsplatz, Studium, Freizeitstätten, stützen diesen Mechanismus. Dies kann auch eine Analyse von Kontakt- oder Heiratsanzeigen oder Partnerwahl per Ehevermittlung und Computer zeigen.

### Elternarbeit

Wie bereits angemerkt, zeigt sich das Ernst- und Wichtignehmen elterlicher Überzeugungen auch in der Gesprächsbereitschaft von Lehrerinnen und Lehrern, und zwar nicht nur auf dem obligatorischen Elternabend vor der Durchführung einer Unterrichtseinheit zur Sexualerziehung, sondern immer dann, wenn Eltern direkt oder indirekt Gesprächsbedarf signalisieren. Bedenken gegen die Teilnahme von Schülerinnen und Schülern am Sexualkundeunterricht sollten weder unter Verweis auf die Rechtslage beiseite geschoben, noch die Infragestellung des eigenen Unterrichts als „unmoralisch“ als persönlicher Angriff gewertet werden. Schulische Sexualerziehung, die Kinder und Jugendliche nicht unnötig in Frontstellung zu ihren Eltern bringen will, ist angewiesen auf Lehrerinnen und Lehrer, die die Prämissen und Leitlinien ihres Handelns ohne missionarischen Eifer, mit Empathie und Respekt für die Befürchtungen und Ängste ihres Gegenübers offenzulegen versuchen.

*Helga Marburger*

*Prof. Dr. Helga Marburger ist Professorin für Erziehungswissenschaften mit dem Schwerpunkt Interkulturelle Erziehung am Fachbereich Erziehungs- und Unterrichtswissenschaften der Technischen Universität Berlin und Leiterin der Interkulturellen Forschungs- und Arbeitsstelle.*

Der Text wurde mit freundlicher Genehmigung der Autorin und des Friedrich Verlages, Seelze, entnommen aus: SCHÜLER '96. LIEBE UND SEXUALITÄT.

## BROSCHÜREN

### Informationen für Migrantinnen

Ob Asylsuchende, Studentin oder Au-Pair-Mädchen – für Frauen in der Bundesrepublik, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, ist die Broschüre der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege e.V., Bonn, gedacht, die in Kürze in den Sprachen Englisch, Französisch, Türkisch, Arabisch, Serbo-Kroatisch erscheinen wird.

Die Broschüre betont zu Anfang, daß alle Frauen in Deutschland ein Recht auf kostenlose Beratung in einer der anerkannten Beratungsstellen haben und führt auf, welche Arten von Informationen diese Beratung umfassen kann.

„Was soll ich tun, ... wenn ich nicht weiß, ob ich schwanger bin?; ...wenn ich persönlichen und vertraulichen Rat brauche?; ... wenn ich finanzielle Unterstützung brauche?“ Inhaltlich sind die Informationen durch sechs zentrale Fragen rund um das Thema Schwangerschaft gegliedert. In separaten Kästen finden sich Fakten wie gesetzliche Regelungen, Schweigepflicht von ÄrztInnen und BeraterInnen, finanzielle Hilfen u.ä.

Die Texte sind insgesamt kurz gehalten und gut verständlich formuliert. Am Ende steht der eindringliche Appell an alle Frauen, die Rat brauchen, die Angebote der Beratungsstellen zu nutzen: „Rufen Sie an! Fragen Sie uns! – Wir sind für Sie da!“ Die Broschüre kann ab Oktober bestellt werden.

#### Bestelladresse:

BZgA

51101 Köln

Best.-Nr. 13 63 00 40 serbokroatisch/  
deutsch

Best.-Nr. 13 63 00 60 türkisch/deutsch

Best.-Nr. 13 63 00 70 englisch/deutsch

Best.-Nr. 13 63 00 80 französisch/  
deutsch

Best.-Nr. 13 63 01 50 arabisch/deutsch

### Migration und Gesundheit

„Höhere Krankheits- und Sterblichkeitsraten begleiten die MigrantInnen von der Geburt bis ins Erwachsenenalter. Ältere Arbeitsmigranten und ihre Ehefrauen sind häufiger als Deutsche von chronischen Krankheiten betroffen, fühlen sich subjektiv durchschnittlich zehn Jahre eher ausgebrannt und er-

schöpft.“ Für diese von Jürgen Collatz im Pro Familia Magazin „Migration und Gesundheit“ beschriebenen MigrantInnen bringt das „Leben in zwei Welten“ – so der Titel eines bewegenden Interviews mit einer 28-jährigen türkischen Frau – körperliche und seelische Leiden mit sich, die nur allzu oft unverstanden bleiben.

Selbst im Sozial- und Gesundheitswesen, bei Beratung, medizinischer Versorgung und Therapie, dies zeigen die Beiträge von Collatz, Ramazan Salman, Heribert Kentenich und Thomas Hegemann, verhindern massive sprachliche Barrieren in aller Regel adäquate seelische Unterstützung bzw. gezielte Diagnostik. „Sprache“, so Salman, „ist Träger von Emotionen und Identität.“ Während aber in fast allen Ländern der Europäischen Gemeinschaft öffentlich finanzierte „Translator“- oder „Interpreter-Services“ im Bereich medizinischer und sozialer Versorgung entstanden sind, muss in Deutschland mit hohen Kosten durch Fehlverläufe in Beratung und Therapie durch das Fehlen qualifizierter Dolmetscher gerechnet werden.

Plädoyers für die Lösung dieser sprachlichen und kulturellen Probleme stehen im Zentrum dieser Ausgabe 1/96 des Pro Familia Magazins „Migration und Gesundheit“, die für 6,50 DM beim Verlag bestellt werden kann.

#### Bestelladresse:

Psychosozial-Verlag

Friedrichstraße 35

35392 Gießen

Telefon (0641) 77 819

Telefax (0641) 77 742

### Informationsmaterialien für ausländische Ratsuchende

In einem mehrsprachigen Falblatt gibt die Pro Familia einen Überblick über ihre Broschüren und Leporellos für ausländische Frauen, Männer und Jugendliche. Vorgestellt werden die Broschüren „Wer bietet was?“, die zu den Themen Familienplanung, Sexualität, Gesundheit und Partnerschaft AnsprechpartnerInnen nennt, zweitens „Empfängnisregelung – womit?“ und schließlich die Faltkarte „Kondom. Tips und Anwendung für Jugendliche“. Selbstverständlich liegen diese Informationsmaterialien jeweils in vielen Sprachen vor.

#### Bestelladresse:

Pro Familia-Bundesgeschäftsstelle

Stresemannallee 3

60596 Frankfurt

Telefon (069) 639002

Telefax (069) 639852

### Medienpaket „Kinderwunsch und Fruchtbarkeitsstörungen“

Die BZgA stellt zur Zeit ein Medienpaket zum Thema „ungewollte Kinderlosigkeit“ fertig, das aus insgesamt vier umfangreichen Broschüren und zugehörigen Videos bestehen und auch in türkischer Sprache erhältlich sein wird. Adressaten sind in erster Linie betroffene Paare, die über Arztpraxen, Reproduktionszentren, Beratungsstellen und Anzeigen erreicht werden sollen. Das Medienpaket erörtert das Thema „Kinderwunsch“ in allen Einzelheiten und mit großer Sensibilität für dessen seelische Aspekte.

Broschüre 1 heißt „Ein kleines Wunder: Die Fortpflanzung“. Sie behandelt die Fruchtbarkeit bei Frau und Mann und damit die vielen Faktoren, die auf die Möglichkeit der Empfängnis Einfluss nehmen und das sensible Gleichgewicht der Sexualhormone stören können, von physiologischen Fakten wie der Samenmenge bis hin zu körperlicher Belastung und seelischem Stress.

Broschüre 2 informiert über Hintergründe und Ursachen von Fruchtbarkeitsstörungen. Ihr Titel lautet „Wenn ein Traum nicht in Erfüllung geht ... Kinderwunsch und Unfruchtbarkeit“. Erläutert werden hier u.a. Untersuchungsmethoden bei Mann und Frau einschließlich deren Belastungen und Risiken. Auch psychische Betreuungsangebote und alternative Behandlungsmethoden sowie andere Lebensperspektiven wie die Adoption eines Kindes, Pflegeelternschaft und die Möglichkeiten eines erfüllten Lebens ohne Kinder werden angesprochen.

Broschüre 3, „Sehnsucht nach einem Kind“, behandelt die Möglichkeiten und Grenzen der Reproduktionsmedizin in allen Einzelheiten: von der Arztsuche und dem Erstgespräch über die Voraussetzungen einer Sterilitätsbehandlung bis zu den Behandlungsformen, deren Chancen und Risiken großer Raum gegeben wird. Mittlerweile, erfährt man, werden in Deutschland jährlich immerhin 3 500 Kinder geboren, die im Reagenzglas gezeugt worden sind. Künstliche Befruchtung und Ethik sowie gesetzliche Grund-

lagen und Kosten werden ebenfalls thematisiert. Im Anhang sind Wirkungen und mögliche Nebenwirkungen von Hormonpräparaten aufgeführt.

Broschüre 4 heißt „Warum gerade wir?“ und ist explizit den seelischen Gesichtspunkten bei ungewollter Kinderlosigkeit gewidmet. Sie handelt von den psychischen Belastungen, wenn der Kinderwunsch des Paares sehr stark ist, von Selbstvorwürfen, dem verständlichen Neid auf andere Eltern oder den Reaktionen des sozialen Umfelds und auch vom Wechselbad der Empfindungen im Falle reproduktionsmedizinischer Eingriffe. Sie nennt Hilfsangebote und gibt Denkanstöße zur Bewältigung dieser Probleme.

Jede der vier Broschüren ist ergänzt durch ein Glossar und enthält Literaturtips. Sie erscheinen im September 1999 und können einzeln oder als Medienpaket bestellt werden. Die Broschüren 1–3 werden auch in türkischer Sprache erhältlich sein. Die Filme können ab Oktober bei allen Landesbildstellen, Landesfilmdiensten, Kreis- und Stadtbildstellen sowie bei allen evangelischen und katholischen Medienzentralen und dem Deutschen Filmzentrum ausgeliehen werden.

**Bestelladresse:**

- BZgA
- 51101 Köln
- Best.-Nr. 13 620 000 Medienpaket
- Best.-Nr. 13 621 001 Broschüre 1
- Best.-Nr. 13 621 000 Video 1
- Best.-Nr. 13 622 001 Broschüre 2
- Best.-Nr. 13 622 000 Video 2
- Best.-Nr. 13 623 001 Broschüre 3
- Best.-Nr. 13 623 000 Video 3
- Best.-Nr. 13 624 001 Broschüre 4
- Best.-Nr. 13 624 000 Video 4

---

**Familienverbände**

In der Bundesrepublik gibt es eine Vielzahl an Verbänden, Initiativen und Selbsthilfegruppen, die sich für die Belange und Interessen von Familien einsetzen. Eine rund 80 Seiten starke Broschüre der Gesellschaft für Geburtsvorbereitung, Familienbildung und Frauengesundheit (GfG) gibt einen Überblick über solche Organisationen, die Lobbyarbeit für Familien oder Kinder betreiben und die in der Familienbildung tätig sind.

Sie ist vor allem für MultiplikatorInnen in der Familienbildung, für ModeratorInnen und BeraterInnen gedacht, die die Angebote dieser Institutionen kennen sollten, um Eltern

gezielt weiterführende und spezielle Hilfen vermitteln zu können. Die Texte geben Aufschluss über das Selbstverständnis und die inhaltliche Arbeit der Familienverbände. Ferner sind Hinweise auf Publikationen aufgeführt.

Die Broschüre, die als Rundbrief 5/98 der GfG erschienen ist, wurde von der BZgA gefördert und ist ab August 1999 über sie zu beziehen.

**Bestelladresse:**

- BZgA
- 51101 Köln
- Best.-Nr. 13 650 000

---

**Verhüten – aber wie?**

Die Broschüre „Verhüten – aber wie?“ ist eine Kurzinformation über Verhütungsmittel und -methoden für Jugendliche aus osteuropäischen Ländern und liegt, jeweils zweisprachig, in Polnisch/Deutsch, Russisch/Deutsch und Rumänisch/Deutsch vor.

Sie ist im Taschenformat (DIN A6) farbig gestaltet, umfasst 56 Seiten und bietet eine kompakte Übersicht der bekanntesten Verhütungsmethoden: Jeweils auf einer Doppelseite werden Kondom, Pille, Diaphragma, Schaumzäpfchen, Cremes, Gels, Spirale, Koitus Interruptus, natürliche Familienplanung und die „Pille danach“ vorgestellt und deren Wirkungsweise und Handhabung, Vor- und Nachteile beschrieben. Alle Verhütungsmittel werden hinsichtlich ihrer Zuverlässigkeit bewertet. Darüber hinaus enthält die Broschüre Hinweise, wo die Jugendlichen die einzelnen Mittel bekommen können und was sie kosten. Ergänzende Kurzinformationen zur Entstehung von Schwangerschaften und zur ungewollten Schwangerschaft sowie Hinweise auf Beratungsstellen runden den Inhalt ab.

**Bestelladresse:**

- BZgA
- 51101 Köln
- Best.-Nr. 13 110 090 Polnisch/Deutsch
- Best.-Nr. 13 120 110 Russisch/Deutsch
- Best.-Nr. 13 130 120 Rumänisch/Deutsch

---

**Jungen und Sexualität**

So lautet der Titel einer neuen Veröffentlichung der Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg. Das Faltblatt ist in der Reihe „ajs-Kompaktwissen“ erschienen. Es wendet sich an Eltern, ErzieherInnen und GrundschullehrerInnen und beschreibt

die sexuelle Entwicklung der Jungen vom frühen Kindesalter bis zum Eintritt der Pubertät. Für die unterschiedlichen Altersstufen werden Anregungen zur Sexualerziehung im Elternhaus, im Kindergarten, in der Grundschule, in der Kinder- und Jugendarbeit gegeben.

Bewusst setzt die Broschüre „Jungen und Sexualität“ nicht an Defiziten an, sondern versucht, auf die jungenspezifischen Entwicklungsbedürfnisse aufmerksam zu machen. Durch ein offenes Stempelfeld bietet sie anderen Institutionen die Möglichkeit, sie mit eigener Institutionsanschrift zu versehen und weiterzuverbreiten. Das Faltblatt kostet pro Exemplar 1,00 DM, ab 100 Stück 0,80 DM, ab 1000 Stück 0,70 DM zzgl. Versandkosten.

**Bestelladresse:**

- Aktion Jugendschutz
- Landesarbeitsstelle
- Baden-Württemberg
- Staffenbergstraße 44
- 70184 Stuttgart
- Telefon (0711) 2 37 37 0
- Telefax (0711) 2 37 37 30
- Best.-Nr. 3002

---

**Computerspiele. Spielspaß ohne Risiko**

Bereits in vierter, aktualisierter Auflage ist diese Broschüre der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz (AJS), Landesstelle Nordrhein-Westfalen e.V., erschienen. Sie informiert Eltern und ErzieherInnen bezüglich der Anschaffung eines Computers, und sie gibt Ratschläge hinsichtlich dessen Nutzung durch Kinder und Jugendliche.

Der größte Teil der Broschüre enthält Beschreibungen von Computerspielen. Neu ist eine Differenzierung nach Spielen, die ausschließlich Unterhaltungszwecken dienen und solchen, die spielerisch Wissen vermitteln wollen und unter den Stichworten „Info-“ und „Edutainment“ zusammengefasst sind.

Das Heft im DIN A5-Format umfasst 96 Seiten und kann kostenlos bezogen werden.

**Bestelladresse:**

- Arbeitsgemeinschaft
- Kinder- und Jugendschutz (AJS)
- Landesstelle NRW
- Poststraße 15–23
- 50676 Köln
- Telefax (0221) 92 13 92-20
- E-Mail: ajs.nrw.koeln@t-online.de



## BÜCHER

### Sexualpädagogik in der Schule

Dieses von der Pro Familia Nürnberg herausgegebene Buch bietet einen Überblick über bewährte, kreative Methoden der Sexualpädagogik, die aus der offenen Jugendarbeit in den schulischen Rahmen transferiert werden.

Für die Primar- und Sekundarstufe werden u.a. Angebote zu folgenden Themen vorgestellt: „Ich und die anderen; Körper; Sinne, Bewegung und Vertrauen; Geschlechterrollen, Beziehungen; Werte und Normen; Sexualwissen und Jugendsexualität; Sprache und Sexualität“.

Der vollständige Titel lautet „Sexualpädagogik in der Schule. Didaktische Analysen und Materialien für die Praxis, Primar- und Sekundarstufe.“ Das Buch von Karlheinz Valtl ist 1998 im BELTZ Verlag erschienen, umfasst 208 Seiten und kostet 29,80 DM.

**Bezug:**  
Buchhandel

---

### Sie liebt sie. Er liebt ihn.

Diese, im deutschsprachigen Raum einmalige Studie zur psychosozialen Situation junger Lesben, Schwuler und Bisexueller hat die Berliner Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, in Kooperation mit der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft im Frühjahr 1999 veröffentlicht.

Grundlage dieser Studie bildet die Befragung von 217 Männern und Frauen im Alter von 15 bis 27 Jahren. Die Ergebnisse sind zum Teil alarmierend: Einsamkeit ist das am häufigsten genannte Problem homosexueller Jugendlicher; ihre Suizidgefährdung liegt etwa viermal so hoch wie die der heterosexuellen Gleichaltrigen. Hilfe suchen und finden die Jugendlichen überwiegend bei lesbisch-schwulen Beratungsstellen.

Eine Presseerklärung mit den wichtigsten Ergebnissen der Befragung kann im Internet abgerufen werden unter [www.sensjs.berlin.de](http://www.sensjs.berlin.de).

**Bestelladresse:**  
Senatsverwaltung für  
Schule, Jugend und Sport  
Pressestelle  
Beuthstraße 6–8  
10117 Berlin  
Telefon (030) 9026 5873  
Telefax (030) 9026 5020

## DOKUMENTATIONEN

### Wege aus dem Labyrinth

Das Evangelische Jugend- und Fürsorgewerk (EJF) und die Berliner Therapie- und Beratungsstelle für mißbrauchte Kinder „Kind im Zentrum“ (KiZ) haben im September 1997 einen internationalen Kongress in der Technischen Universität Berlin veranstaltet. Ziel dieses Kongresses mit dem Titel „Wege aus dem Labyrinth“ war, Erfahrungen und aktuelle Forschungsergebnisse in Zusammenhang mit familienorientierter Arbeit bei sexuellem Missbrauch auszutauschen, zur Diskussion zu stellen und so zur Weiterentwicklung professioneller Konzepte beizutragen.

In der nun vorliegenden 237-seitigen Dokumentation, die mit Unterstützung der BZgA und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend publiziert wurde und kostenlos zu beziehen ist, sind Beiträge zu neueren Erkenntnissen und Modellen zur Therapie der Opfer sexuellen Missbrauchs, zu psychosozialen und gesellschaftlichen Hintergründen sowie zu Möglichkeiten und Gefahren professioneller Intervention zusammengefasst. Es werden Forschungsergebnisse zu Ursachen und Faktoren missbräuchlichen Verhaltens und schließlich Erfahrungen der therapeutischen Arbeit mit Tätern und Täterinnen vorgestellt.

**Bestelladresse:**  
Evangelisches Jugend-  
und Fürsorgewerk (EJF)  
Abt. für Presse- und  
Öffentlichkeitsarbeit  
Finckensteinallee 23–27  
12205 Berlin  
Telefon (030) 843889-61

---

### Die Jungen im Blick

Das Abenteuer Jugendarbeit kann anstrengender sein als jede „Camel Trophy“, resümiert Rainer Wanielik in einem Beitrag zur Dokumentation „Die Jungen im Blick“. Der 70-seitige Band, herausgegeben vom Projekt Jugendarbeit Rheinland-Pfalz/Saarland, umfasst Vorträge und Workshop-Ergebnisse der 2. Jungenfachtagung, die am 11. 11. 1997 in Mainz stattgefunden hat.

Ein Einführungsreferat befasst sich mit der Frage, ob Jugendarbeit nur eine Modeerscheinung ist oder aber eine

langfristige Perspektive für die Jugendarbeit bieten wird (Uwe Sielert); das zweite Referat setzt sich mit der gegenwärtigen Praxis der Jugendarbeit kritisch auseinander (Christian Spoden). Die Referate werden ergänzt durch diverse Fachbeiträge der Initiatoren der Tagung.

Die Berichte aus den Arbeitsgruppen widmen sich der Jugendarbeit in den Institutionen der Jugendarbeit: den Kindertagesstätten, den Jugendverbänden, der offenen Jugendarbeit, der Heimerziehung und der Jugendsozialarbeit.

**Bestelladresse:**  
Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.  
Karmeliterplatz 3  
55116 Mainz  
Telefon (06131) 20 69 20  
Telefax (06131) 20 69 69

## FORTBILDUNGEN

### Berufsbegleitende Fortbildung Sexualpädagogik

Nach dem erfolgreichen Verlauf der „Berufsbegleitenden Fortbildung Sexualpädagogik“ als Bund-Länder-Modellprojekt (s. Bericht in FORUM 1/98) wird die Jahresfortbildung in Berlin ab Ende Oktober 1999 erneut angeboten.

„Männliche und weibliche Sexualität“, „Körper- und Sexualaufklärung“, „Sexualität im Spannungsfeld der Kulturen“, „Das andere Gesicht der Sexualität“, „Sinne und Sinnlichkeit“ sind einige der geplanten Themen. Die insgesamt zehn, inhaltlich und strukturell aufeinander abgestimmten Seminare dauern jeweils zweieinhalb Tage (z.T. an Wochenenden) und sind wieder für eine geschlossene Gruppe mit maximal 18 TeilnehmerInnen vorgesehen.

Die Fortbildung, die als Bildungsurlaub anerkannt ist, richtet sich an Personen in den Arbeitsfeldern Gesundheit, Soziales, Jugend und Bildung, die ihre sexualpädagogische Kompetenz erweitern möchten.

**Kontaktadresse:**  
Landesamt für Gesundheit  
und Soziales Berlin  
Lorenzweg 5  
12099 Berlin.

Gudrun Jeschonnek oder  
Christian Hecklau  
(Stellenzeichen V D 32),  
Telefon (030) 75509-162,  
Telefax (030) 75509-179

Veranstaltungsort ist das Bürger-  
zentrum Ehrenfeld in Köln.

**Kontakt:**

Institut für Sexualpädagogik (isp)  
Huckarder Str. 12  
44147 Dortmund  
Telefon: (0231) 14 44 22  
Telefax: (0231) 16 11 10

---

**Qualitätssicherung in der Fort-  
und Weiterbildung**

In den letzten drei Jahren hat der Pro Familia-Bundesverband in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Forschung in der Medizin (GESOMED, Freiburg) ein Qualitätssicherungsverfahren für seine Fort- und Weiterbildungsangebote erprobt und eingeführt. Eine zugrunde liegende, von der BZgA geförderte Evaluation hatte das Ziel, beispielhaft die Fort- und Weiterbildungsangebote der Pro Familia zu analysieren und zu optimieren. Dabei sollten grundsätzliche Erkenntnisse über Wege der Qualitätssicherung der Fort- und Weiterbildung in den Tätigkeitsfeldern des Verbandes (Partnerschafts- und Sexualberatung, Sexualpädagogik, Familienplanungs-, Schwangerschafts- und Kinderwunschberatung sowie medizinische Dienstleistungen und organisatorisch-methodische Themen) und über Möglichkeiten zu ihrer dauerhaften Verankerung gewonnen werden, die auch von anderen Verbänden genutzt werden können.

Eine Publikation der Pro Familia (55 Seiten, DIN A4) fasst die Ergebnisse des Projektes zusammen und gibt Empfehlungen für die Übertragung des Systems auf andere Institutionen, die Fort- und Weiterbildungen im Themenfeld Sexualpädagogik/Familienplanung und verwandten Bereichen anbieten.

**Bestelladresse:**

Pro Familia-Bundesverband  
Stresemannallee 3  
60596 Frankfurt  
Telefon (069) 63 90 02  
Telefax (069) 63 98 52

**TAGUNGEN**

**Sinn durch Sinnlichkeit?  
Sexualpädagogik und Spätmoderne**

Die Fachtagung des Instituts für Sexualpädagogik in Dortmund findet am 3. und 4. September 1999 statt und wurde nicht, wie im Heft 1/99 angekündigt, bereits im März veranstaltet. Der Teilnahmebeitrag beträgt 90,- DM,

# INHALT

## BERICHTE

- 3 Beratungsarbeit mit jungen nicht deutschen Frauen und Migrantinnen in Schwangerenberatungsstellen  
*Annette Remberg*
- 7 Sexualität und Migration  
am Beispiel türkischer MigrantInnen  
*Ramazan Salman*
- 12 Wissen über den weiblichen Körper von deutschen und türkischen Patientinnen einer Frauenklinik  
*Theda Borde, Matthias David, Heribert Kantenich*
- 22 Peer Education  
Ein Weg in der interkulturellen Sexualpädagogik  
*Herbert Backes, Lucyna Wronska*

## DIALOG

- 27 Ayşe fehlt immer in Sexualkunde  
Sexualerziehung zwischen Elternhaus und Schule  
*Helga Marburger*

## INFOTHEK

- 31 Broschüren, Bücher, Dokumentationen,  
Fortbildungen, Tagungen

### **FORUM** *Sexualaufklärung und Familienplanung*

Eine Schriftenreihe der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),  
Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung  
und Familienplanung  
Ostmerheimer Straße 220  
51109 Köln

<http://www.bzga.de>

Die Deutsche Bibliothek – CIP Einheitsaufnahme  
Forum Sexualaufklärung: Informationsdienst  
der Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung/BZgA  
Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung, Abteilung Sexualaufklärung,  
Verhütung und Familienplanung – Köln: BZgA  
Erscheint jährlich viermal.  
Aufnahme nach 1996,1  
ISSN 1431-4282

Konzeption:  
Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung  
und Familienplanung  
Text und Redaktion:  
Heike Lauer, Frankfurt  
Layout und Satz:  
Dietmar Burger und Alexander Müller, Berlin  
Druck: Warlich, Meckenheim  
Auflage: 3./3./10.03

FORUM Sexualaufklärung und Familien-  
planung 2–99 ist kostenlos erhältlich unter der  
Bestelladresse  
BZgA, 51101 Köln  
Best.-Nr. 13 32 9020  
Alle Rechte vorbehalten.  
Namentlich gekennzeichnete oder mit einem  
Kürzel versehene Artikel geben nicht in jedem  
Fall die Meinung der Herausgeberin wieder.

♀

♂

♀

♂

♀

♂

♀

♂

♀

♂