

**Gesundheit und Migration***Dorothea Grieger***Migration –  
ein weiterer Risikofaktor in der  
Schwangerschaft?***Neslisah Terzioglu***Offen für alle?  
Die psychosoziale Gesundheit  
und Versorgung von  
Zuwanderern und Strategien  
zur Verbesserung***Ulla Wittig, Martin Merbach,  
Elmar Brähler***Doing Diversity:  
Aufklärung zu Homosexualität  
im Kontext von Migration***Renate H. Rampf***Türkische Männer  
der ersten Generation  
in Deutschland – alles bekannt  
und doch völlig unbekannt***Margret Spohn***Wägen und wagen –  
Neuorientierung der Sexual-  
pädagogik in der  
Zuwanderungsgesellschaft.  
Zur aktuellen Debatte****im Verband der pro familia***Daniel Kunz***Präventionsmappe  
Sexuell übertragbare  
Krankheiten.  
Information und Beratung  
für Menschen  
verschiedener Kulturen***Stéphanie Berrut*

# Migration

Die öffentlichen Gesundheitsdienste müssen sich auch für Menschen nicht deutscher Herkunft vollständig öffnen, fordern die Autorinnen und Autoren dieses FORUM. Dorothea Grieger berichtet zu Anfang von den Hürden, die aus Sicht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration bestehen und von den Aktivitäten auf Bundesebene, um die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten zu verbessern. Ihr besonderes Augenmerk gilt der Benachteiligung von Mädchen und Frauen, über die viele klischeehafte Vorstellungen existieren, die nicht selten eine adäquate Behandlung oder Beratung behindern.

Die Gynäkologin Neslisah Terzioglu untersucht Migration als Risikofaktor in der Schwangerschaft. In der Studie des Klinikums Nürnberg Süd wurden Defizite der Versorgung schwangerer Migrantinnen systematisch über fünf Jahre erforscht und in Kooperation mit Beratungsstellen notwendige Vorsorgeangebote den Bedürfnissen dieser Frauen angepasst.

Von Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig wurden die in der Migrationsforschung bislang wenig beachteten Zugewanderten aus Vietnam und Polen zu Versorgung ermittelt.

Homosexualität ist bislang in türkisch-kurdischen, polnischen und russischsprachigen Familien kein Thema. Da hier die Familie, aufgrund kultureller Faktoren und teils auch aufgrund des Migrantenstatus, für alle Mitglieder von immenser Bedeutung ist, dürften Identitätskonflikte im Zusammenhang mit Homosexualität besonders dramatisch zutage treten. Über das ambitionierte Berliner Modellprojekt „Homosexualität als Thema in Migrationsfamilien“ berichtet Renate Rampf.

Türkische Männer der ersten Generation, die Vorurteile, die ihnen anhaften und ihre tatsächlichen Vorstellungen von Partnerschaft und Erziehung sind Gegenstand der Untersuchung von Margret Spohn.

Wie sich die pro familia im Rahmen aktueller gesellschaftlicher Debatten neu positioniert, skizziert Daniel Kunz, und Stéphanie Berrut von der BZgA stellt die neu entwickelte Präventionsmappe Sexuell übertragbare Krankheiten vor, eine umfassende Arbeitshilfe für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die auch ohne spezielle Kenntnisse im Bereich Gesundheit eingesetzt werden kann.

Es tut sich etwas im Themenfeld Migration. Wir würden uns freuen, liebe Leserinnen und Leser, wenn Sie mit der einen oder anderen Anregung aus diesem FORUM ins neue Jahr starten würden.

*Ihre Redaktion*

**Noch ist ein gleichberechtigter Zugang von Migrantinnen und Migranten zu den öffentlichen Gesundheitsdiensten nicht Realität. Der Beitrag skizziert politische Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens und geht explizit auf die Bedarfe von Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund ein.**

## Zugang zu gesundheitlichen Diensten

Mit einem gleichberechtigten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung wäre ein wichtiger Teil der Integration von Migrantinnen und Migranten gelungen, denn Integration meint die gleichberechtigte Teilhabe an den wichtigen gesellschaftlichen Gütern. Gesundheit ist ein solches Gut. Nationale Herkunft sollte bei Art und Qualität notwendiger Behandlungen keine Rolle spielen. Die Praxis sieht jedoch anders aus: Nach wie vor bestehen Hürden, die Migrantinnen und Migranten den Zugang zu gesundheitlicher Vorsorge, Beratung und Versorgung erschweren oder gar unmöglich machen. Sie reichen etwa von fehlender Information über mangelnde Vorsorge- und Rehabilitationsangebote, sprachliche und kulturelle Barrieren bis hin zu rechtlichen Einschränkungen.

Doch man muss genau hinschauen: Ebenso wenig wie es den Migranten gibt, gibt es den Kranken. Die Gesundheitsberichterstattung erlaubt bisher nur in wenigen Bereichen gesicherte Aussagen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Aus diesem Grund setzt eine verbesserte Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten eine veränderte Gesundheitsberichterstattung voraus. Der öffentliche Gesundheitsdienst mit seinen Einrichtungen ist hier besonders gefordert.

Gesundheit und Krankheit hängen von vielen Faktoren ab. Migration kann ein Faktor sein. Doch Migration als solche macht nicht krank, sie kann, ganz im Gegenteil, auch Ressourcen wecken. Die Summe aller Faktoren spielt eine Rolle: Krankheiten können aufgrund belastender Arbeitsbedingungen entstehen. Höhere Arbeitslosenquoten können die Gesundheit ebenso mindern wie unzureichende Wohnverhältnisse. Manche dieser Faktoren betreffen Migrantinnen und Migranten besonders:

- Immer noch sind sie überproportional in besonders belastenden Berufen vertreten und stärker von Arbeitslosigkeit bedroht.
- Besonders ältere Migrantinnen sind von Armutsrisiken betroffen.
- Nach wie vor steht Migrantinnen und Migranten pro Kopf weniger und schlechterer Wohnraum zur Verfügung als den alteingesessenen Deutschen.
- Die besondere Situation von Flüchtlingen führt häufig zu rechtlichen und perspektivischen Unsicherheiten. Oft wird in der Folge ärztliches und anderes Personal des Gesundheitssystems nicht rechtzeitig aufgesucht.

Gesundheit hängt, wie soeben wieder durch ein Empfehlungspapier des Europarats zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten bestätigt<sup>1</sup>, auch von sozialen Faktoren ab. Die fortbestehenden Benachteiligungen in der sozialen Situation mancher Migrantengruppen müssen abgebaut werden. Langfristig müssen gleiche Zugangschancen von Migrantinnen und Migranten ins Bildungs- und Arbeitssystem gewährleistet werden. Den Menschen, denen das Asylbewerberleistungsgesetz nur einen reduzierten Versorgungsanspruch gewährt, dürfen keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen aus andauernder Nichtbehandlung entstehen. Auch müssen Forderungen und Ideen diskutiert werden, wie dem Ziel einer besseren Versorgung von Patientinnen und Patienten, die illegal in der Bundesrepublik leben<sup>2</sup>, näher zu kommen ist.

Die eben genannten Punkte sind Risikofaktoren für die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten, doch es sollten auch ihre Ressourcen berücksichtigt werden. Patientinnen und Patienten verfügen über Potenziale, die im Heilungsprozess genutzt werden können. Die Auseinandersetzung mit in den Herkunftsländern vorhandenen Gesundheitskonzepten etwa bereichert beispielsweise auch die hiesige gesellschaftliche Diskussion um die Frage, wie Gesundheit und Krankheit eigentlich genau zu definieren sind. Integration auch in Fragen der Gesundheit setzt voraus, dass Deutschland das bestehende System für alle hier lebenden Menschen und ihre gesundheitlichen Anliegen, Bedarfe und Bedürfnisse öffnet. Dieser Anspruch auf interkulturelle Öffnung der Regeldienste muss in die Praxis umgesetzt werden.

<sup>1</sup> Recommendation on health services in a multicultural society, adopted 08. II. 2006, Council of Europe

<sup>2</sup> siehe Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Armut und gesundheitliche Versorgung“, Unterarbeitsgruppe „Migration und gesundheitliche Versorgung“, des Bundesministeriums für Gesundheit von 2001 ([www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/01](http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/01))

## Politische Maßnahmen zur Öffnung des Gesundheitswesens

Wie kann dies geschehen? Beispielsweise ist im komplizierten Prozess von Krankheit und Heilung die Möglichkeit, sich verständlich zu machen und verstanden zu werden, von großer Bedeutung. Sprachliche und kulturelle Kommunikationsbarrieren auf beiden Seiten sind ein wesentliches Hindernis. Sie können besonders ältere Migrantinnen und Migranten davon abhalten, ihren Anspruch auf gesundheitliche Versorgung zu verwirklichen. Auch junge Frauen und Männer, die im Rahmen des Familiennachzugs einreisen, sind betroffen.

Hier braucht man mehrsprachige Informationsmedien und ein flächendeckendes Netz an kostenlosen Dolmetschdiensten, damit – wenn notwendig – qualifizierte Sprachmittlerinnen/Sprachmittler eingesetzt werden können.

Die Einwanderungsrealität in der Bundesrepublik wurde zu lange nicht genug beachtet. Diese Ignoranz führte zu einer verfehlten Politik: Menschen mit Migrationshintergrund wurden in der Regel weder als Nachfragende noch als Gestaltende der öffentlichen Gesundheitsversorgung berücksichtigt.

Die Politik muss ihren Teil beitragen:

- Um den besonderen kultur- und sprachbedingten Bedürfnissen der Migrantinnen und Migranten gerecht zu werden, müssen bestehende Regeleinrichtungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung ihr Angebot erweitern.
- Es muss mehr Gesundheitsdienste und Altenpflegeeinrichtungen, Kindertagesstätten und Kliniken geben, in und bei denen selbstverständlich interkulturelle Teams am Werk sind. Die medizinische und pflegerische Versorgung von Zuwanderern kann durch muttersprachliches Personal verbessert werden. Deshalb sollten sich die Einrichtungen des Gesundheitswesens (z.B. Krankenhäuser, Gesundheitsämter) bei strukturellen Entscheidungen auch an den Überlegungen einer interkulturellen Organisationsentwicklung orientieren.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen geschult und Curricula in Aus- und Weiterbildung um interkulturelle Inhalte erweitert werden.
- Bereits entsprechend qualifizierte Fachkräfte sollten vermehrt eingestellt werden.
- Die Erlaubnis zur Berufsausübung von ausländischen Ärztinnen, Ärzten und Psychotherapeuten/-therapeutinnen für die stationäre und ambulante Versorgung sollte erleichtert werden.
- Gesundheitsforschung und -berichterstattung müssen den Migrationsaspekt stärker berücksichtigen.

Nur dann kann der chancengleiche und gleichberechtigte Zugang zu den öffentlichen Regeldiensten für die gesamte Bevölkerung Realität werden. Die vielfältigen Wechselbeziehungen zwischen der Migration in ihren verschiedenen Erscheinungsformen und der Gesundheit sind besonders im öffentlichen Gesundheitsdienst täglich erfahrbar. Meist liegen solche Barrieren im kommunikativen oder administrativen Bereich. Das öffentliche Gesundheitswesen als Ganzes ist hier gefordert und besonders der öffentliche Gesundheitsdienst, der über seine administrative Einbindung und seinen Auftrag in besonderer Weise anwaltschaftlich für die zugewanderten Menschen in unserem Land eintreten kann und soll. Angesichts zunehmender Wanderungs-

bewegungen und eines sich zunehmend verschärfenden Sozialgefälles erwächst ihm vielfach eine Garantenrolle für gesundheitliche Chancengleichheit.

## Der Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“

Der bundesweite Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“ sieht sich als Vermittler und Anwalt für die Gesundheit zugewanderter Menschen in Deutschland. Interdisziplinäres und interkulturelles Arbeiten, bevölkerungsmedizinische und gesundheitsfördernde Ansätze und ganz besonders die enge Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst prägen den Arbeitskreis, der sich für die Gesundheit der multinational zusammengesetzten Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland einsetzt.

Der Arbeitskreis wurde im November 1994 durch die damalige Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer, CORNELIA SCHMALZ-JACOBSEN, ins Leben gerufen. Er wurde von 1998 bis Herbst 2005 durch die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, MARIELOUISE BECK, koordiniert. Seit Dezember 2005 koordiniert Frau Staatsministerin Prof. Dr. MARIA BÖHMER, Beauftragte der Bundesrepublik für Migration, Flüchtlinge und Integration, den bundesweiten Arbeitskreis.

Bei derzeit mehr als 14 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland muss auch das Gesundheitswesen eine Integrationsleistung erbringen. Der Arbeitskreis legt seiner Arbeit den umfassenden Begriff der Weltgesundheitsorganisation zugrunde, wonach Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit ist, sondern ein Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens.

Nach diesem Verständnis stehen Gesundheit und Krankheit in enger Wechselwirkung mit weiteren wichtigen Faktoren für Integration wie etwa Bildung, finanzielle Ressourcen und soziale Eingebundenheit

Will man gleiche Gesundheitschancen für alle garantieren, müssen Angebote für Behandlung, Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Aufklärung von Sozialversicherungsträgern sowie Bund, Ländern und Kommunen auch spezifische Ansätze für Migrantinnen und Migranten enthalten. Elf der sechzehn Bundesländer haben bisher Integrationskonzepte erarbeitet, von denen neun auch die gesundheitliche Situation und Versorgung von Migrantinnen und Migranten thematisieren. Einige dieser Konzepte enthalten bereits Ansätze zur Gestaltung von Vielfalt (Diversity-Prinzip), nach Möglichkeit auch unter Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund bei der Erarbeitung von Lösungen.

Der Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“ leistet einen Beitrag dazu, dass die Situation und Bedürfnisse der zugewanderten Bevölkerung in der Gesundheitsversorgung angemessen berücksichtigt werden. Sein übergeordnetes Ziel besteht darin, den gleichberechtigten Zugang zur gesundheitlichen Vorsorge, Beratung und Versorgung für Migrantinnen und Migranten zu schaffen. Dies setzt voraus, dass sich die bestehenden Angebote für alle hier lebenden Menschen und ihre gesundheitlichen Anliegen und Bedürfnisse öffnen.

Der Arbeitskreis befördert die migrationssensible Kompetenz der Gesundheitsdienste und der kooperierenden Institutionen im Bereich Personal- und Organisationsentwicklung bezüglich der Zielgruppe Migrantinnen und

Migranten. Er arbeitet an der Konzeption eines Leitbildes des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit, das der bestehenden Heterogenität der Bevölkerung gerecht wird. Darüber hinaus setzt sich der Arbeitskreis dafür ein, dass mehr Menschen mit Migrationshintergrund auf allen Ebenen des Gesundheitswesens arbeiten. Ein weiteres Ziel ist es, Beiträge zu einer notwendigen Diskussion über unterschiedliche Konzepte von Krankheit, Gesundheit und Behandlung zu liefern.

Mitglieder des Arbeitskreises sind Leiter und Leiterinnen sowie Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Länder- und kommunalen Gesundheitsämtern, Ärzte und Ärztinnen aus der Praxis, Universitäten und Forschungsinstitute, Akademien für das öffentliche Gesundheitswesen, ethnomedizinische Einrichtungen, Krankenhäuser und Länderministerien sowie Krankenkassenverbände. Die Bundesregierung ist darüber hinaus mit dem Bundesministerium für Gesundheit und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in dem Arbeitskreis vertreten.

Die derzeit bearbeiteten Themen sind:

- Alter und Gesundheit
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Nicht-somatische Krankheiten
- Institutionelle und sozialräumliche Bedingungen
- Qualifizierung und Weiterbildung
- Kommunikation, Verständigung, Beteiligung
- Rechtlicher Status, Rechtsfragen
- Gesundheitsberichterstattung, Forschung
- Information, Aufklärung, Beratung.

Der Arbeitskreis hat zu diesen Themen Modellprojekte guter Praxis zusammengetragen, die soeben in einem Handbuch mit dem Titel „Gesundheit und Integration – Ein Handbuch für Modelle guter Praxis“ veröffentlicht wurden<sup>3</sup>.

### **Mädchen und Frauen – gesundheitliche Aufklärung unter Gender-Aspekten**

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf Gesundheitszustand und Krankheitsbilder können nicht nur für deutsche Patientinnen festgestellt werden; sie gelten ebenso für Migrantinnen in der deutschen Gesundheitsversorgung. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede sind, wie ein Gutachten des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands (WIAD 2000) zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW belegt, ebenso bedeutsam wie die Differenzen in Bezug auf die kulturelle Herkunft der Patientinnen. Ein nicht nur kultur-, sondern auch geschlechtersensibler Umgang mit Migrantinnen ist deshalb dringend vonnöten.

Migrantinnen wird in der Gesundheitsversorgung wie nur wenigen anderen Gruppen mit Vorurteilen und Stereotypisierung begegnet. Zuschreibungen nach kultureller beziehungsweise nationaler Zugehörigkeit von Frauen beeinflussen Behandlung und Beratung. Die Gruppe der

Migrantinnen ist aber durch große Heterogenität gekennzeichnet. Um dieser Heterogenität gerecht zu werden, ist eine Binnendifferenzierung im Umgang mit der Gruppe der zugewanderten Patientinnen nach Alter, Lebenslage, Schicht und anderen Gesichtspunkten angezeigt.

Die Geschlechterdifferenz spiegelt sich im Gesundheitsbereich in der unterschiedlichen Art der Versorgung von Männern und Frauen wider. Frauen mit Migrationshintergrund sind tendenziell stärker diskriminiert als Männer. Die Situation älterer Migrantinnen (der „ersten Generation“) wird als besonders benachteiligt eingeschätzt. Allerdings haben Frauen mit Migrationshintergrund auch viele Ressourcen, die anerkannt und gefördert werden sollten (wie z. B. ihre Position als Gesundheitsmanagerinnen in ihren Familien).

Ferner sind Zugangsmöglichkeiten zu Informationen und Kommunikation mit Ärztinnen, Ärzten und anderen Gesundheitsfachkräften, zum Beispiel aufgrund des niedrigeren Bildungsgrades und der mangelnden deutschen Sprachkenntnisse der Frauen (u.a. der älteren Migrantinnen türkischer und arabischer Herkunft), eingeschränkt. Hinzu kommen möglicherweise kulturspezifische Barrieren. Jungen und Mädchen mit Migrationshintergrund sind zum Beispiel für die Sexualaufklärung geschlechtsspezifisch unterschiedlich schwer zu erreichen. Eine Bearbeitung entsprechender Angebote für Migrantinnen und Migranten unter Gender-Aspekten ist deshalb erforderlich.

### **Versorgung im Alter**

Ältere Arbeitsmigrantinnen und -migranten stellen eine schnell wachsende Gruppe dar, die in höherem Maße und früher als deutsche Seniorinnen und Senioren von Erkrankungen betroffen ist. Dies ist unter anderem auf die häufig besonders belastenden Arbeitsbedingungen zurückzuführen.

Einrichtungen der Altenhilfe stehen angesichts der demographischen Entwicklung in besonderem Maße vor der Herausforderung, sich dieser Klientel zu öffnen, um ihren Betreuungs- und Pflegebedürfnissen gerecht zu werden. Die Angebote für eine migrationssensible Pflege und Altenhilfe haben sich in jüngster Zeit verbessert, auch wenn viel zu tun bleibt.

So ist aus dem 2002 verabschiedeten „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ die Kampagne „Kultursensible Altenhilfe“ entstanden. Diese hat sich beispielhaft dafür eingesetzt, dass Migrantinnen und Migranten in den Einrichtungen der Altenhilfe entsprechend ihren Wertvorstellungen und Bedürfnissen versorgt und betreut werden und dadurch in Würde altern können. Sie wird seit Februar 2006 in Form eines Netzwerks „Forum kultursensible Altenhilfe“<sup>4</sup> fortgeführt. Bei älteren Migrantinnen, die ihre gesundheitliche Situation als besonders schlecht bezeichnen, ist Aufklärung über ihre rechtlichen Ansprüche, auch im Rehabilitationsbereich, besonders notwendig.

### **Die Studie „Viele Welten leben“**

Der Bereich Sexualaufklärung – dazu gehört auch präventive Aufklärung über Verhütung, HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten – ist ohnehin bis heute ein heikles Thema, nicht nur für Migrantinnen. Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund sind allerdings nach Einschätz-

<sup>3</sup> Herausgeberin der kostenfreien Publikation ist die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration; Bestellungen unter [as@bk.bund.de](mailto:as@bk.bund.de)

<sup>4</sup> [www.kultursensible-altenhilfe.net](http://www.kultursensible-altenhilfe.net)

zung vieler Fachleute besonders empfindsam gegenüber Themen der Sexualaufklärung. Dabei können neben mangelnder Kenntnis des eigenen Körpers und gesundheits-erhaltender Faktoren auch herkunftsbedingte unterschiedliche Schamgrenzen eine Rolle spielen. In der Untersuchung „Viele Welten leben“ (BOOS-NÜNNING/KARAKASOLU 2005), bei der 950 Mädchen und junge Frauen mit Migrationshintergrund (Türkei, Griechenland, Italien, Jugoslawien und Aussiedlerländer) im Alter von 15 bis 21 Jahren befragt wurden, finden sich interessante Ergebnisse zu Gesundheit und gesundheitsbezogenem Verhalten. Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf die Themen Sexualität, Körperbewusstsein, Sexualaufklärung und Inanspruchnahme von Beratungsstellen.

Das Verhältnis zum eigenen Körper stellt sich bei den befragten jungen Frauen geschlechts- und altersgruppentypisch ambivalent, aber keinesfalls besonders problembehaftet dar. Bei der Gesundheitspflege spielen die Zahnarztbesuche sowie die Kontrolle des Körpergewichts eine wichtige Rolle. Nur eine Minderheit geht regelmäßig zum Frauenarzt oder der Frauenärztin, am seltensten Befragte mit türkischem (nur 14%), am häufigsten diejenigen mit griechischem Hintergrund (42%).

Eine sexuelle Beziehung ohne oder vor der Ehe wird von den meisten Mädchen (58%) akzeptiert. Die Virginitätsnorm (Jungfräulichkeit vor der Ehe) ist zwar von vorrangiger Bedeutung für Mädchen mit türkischem Hintergrund (59%), jedoch sprechen sich in der Gruppe der Mädchen mit italienischem und jugoslawischem Hintergrund ebenfalls ca. 25% für die Bedeutung der Jungfräulichkeitsnorm aus. Die Zustimmung zur Virginitätsnorm bedeutet keine Sexualitätsfeindlichkeit. Über zwei Drittel aller Befragten – ohne gravierenden Unterschied nach Herkunftsgruppe oder Religionsgruppenzugehörigkeit – sprechen sich für eine erfüllte Sexualität als Grundlage einer guten Partnerschaft aus.

Die Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund werden in erster Linie von Freundinnen, der älteren Schwester und Medien wie Jugendzeitschriften oder dem Fernsehen über Sexualität und Liebe aufgeklärt. Lehrerinnen und Lehrer folgen an vierter Stelle. Das Internet spielt diesbezüglich (noch) keine Rolle. Sexualität scheint in den meisten Migrantinnengruppen ein Tabuthema zwischen Mutter und Tochter zu sein.

Die befragten Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund haben nur in ganz seltenen Fällen Hilfen in Konfliktlagen in Anspruch genommen. Die Bereitschaft, professionelle Hilfe zu suchen, ist bei psychischen Problemen groß: 60 bis 80% würden auf jeden Fall oder wahrscheinlich bei Drogenproblemen, ungewollter Schwangerschaft, Essstörungen und Depressionen oder im Falle von häuslicher Gewalt eine Beratung suchen. Weitestgehend verweigert wird die Inanspruchnahme von externen Hilfen bei Problemen im familiären Bereich.

## Sexualaufklärung für Migrantinnen

Aus diesen Ergebnissen können für Maßnahmen der Sexualaufklärung von Migrantinnen folgende Schlüsse gezogen werden:

1. Vor allem jüngere Migrantinnen haben häufig ein relativ unkompliziertes Verhältnis zu ihrem Körper. Auch haben sie entgegen der üblichen Klischees überwiegend positive Vorstellungen von einer erfüllten Sexualität.

2. Sexualaufklärung ist kein offenes Thema in der Familie, besonders im Verhältnis zur Mutter und älteren weiblichen Verwandten ist es tabu. Sofern darüber gesprochen wird, sind die Gesprächspartner und -partnerinnen Gleichaltrige. Nur im äußersten Notfall werden Konflikte nach außen getragen, da die Haltung, Probleme müssten innerhalb der Familie verbleiben, sehr stark verinnerlicht ist. Deshalb wäre nach BOOS-NÜNNING ein wichtiger Ansatzpunkt für eine Intensivierung der Sexualaufklärung dieser Zielgruppe die Erstellung von muttersprachlichem Material, das Jugendzeitschriften beigelegt werden könnte.

Die Materialien der BZgA wie auch zum Beispiel die Anregungen der „Medipäds – Lehrer und Ärzte im Team“ (2002) für den Schulunterricht eignen sich zur Aufklärung über Sexualität im Allgemeinen gut, da sie unterschiedliche Altersgruppen sensibel ansprechen und teils auch geschlechtsorientiert konzipiert sind. Wenn sie zudem noch migrationssensibel gestaltet sind, sind sie auch für Migrantinnen und Migranten gut geeignet. Allerdings sind die Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten und Schwangerschaftsverhütung Themen, die von vielen Migrantinnen als sehr heikel empfunden werden. Hinzu kommt, dass Migrantinnen als Zielgruppe bei der Vermittlung solche Themen oft gar nicht erreicht werden.

Die BZgA hat aktuelle Medien erstellt, die den Zugang gerade zu Migrantinnen erleichtern sollen. Zum einen wurden zum Thema „Familienplanung“ neue Wege bei Übersetzung und Verteilung einer Broschüre in türkischer und russischer Sprache zu Sexualität, Verhütung und Schwangerschaftsberatung besprochen<sup>5</sup>. Zum anderen wurde die „Präventionsmappe Sexuell übertragbare Krankheiten“ entwickelt, die am besten von geschulten Mediatorinnen im Rahmen personaler Kommunikation eingesetzt werden kann. Im letzten Beitrag dieses Hefts stellt STÉPHANIE BERRUT die Entwicklung und die Elemente dieser neuen Arbeitshilfe detailliert vor.

*Dorothea Grieger*

<sup>5</sup> Faltblatt „Pille danach“, Best.-Nr. 130 610 00 (deutsch), Best.-Nr. 130 610 60 (türkisch), Best.-Nr. 130 611 10 (russisch)

---

*Dr. Dorothea Grieger hat Soziologie und Psychologie studiert und ist seit Herbst 1999 Referentin im Arbeitsstab der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration in Berlin. Ihre Arbeitsschwerpunkte dort sind Gesundheitsfragen und ältere Migrantinnen und Migranten. Sie ist Koordinatorin des bundesweiten Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“.*

**Kontakt:**

*Beauftragte der Bundesregierung für  
Migration, Flüchtlinge und Integration  
Willy-Brandt-Straße 1  
10557 Berlin  
Telefon (030) 18400 1640  
dorothea.grieger@bmfjsfj.bund.de*

Literatur

Boos-NÜNNING, URSULA/KARAKASOLU, YASEMIN (2005): Viele Welten leben. Lebenslagen von Mädchen und jungen Frauen mit griechischem, italienischem, jugoslawischem, türkischem und Aussiedlerhintergrund. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), Münster

MEDIPÄDS – LEHRER UND ÄRZTE IM TEAM (2002): Praxisbuch I, Medusana-Stiftung (Hg.), Hohengehren

WIAD, WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ÄRZTE DEUTSCHLANDS (2000): Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen, Sonderbericht im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Familie, Jugend und Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bonn

---

# Migration – ein weiterer Risikofaktor in der Schwangerschaft?

**Studien zufolge scheinen Ausländerinnen, vor allem nicht europäischer Herkunft, besonderen Risiken in der Schwangerschaft ausgesetzt zu sein; zugleich nehmen sie deutlich seltener als deutsche Frauen Vorsorgeangebote in Anspruch.**

**In einem Forschungsprojekt am Klinikum Nürnberg Süd wurden Defizite der Versorgung schwangerer Migrantinnen systematisch über fünf Jahre untersucht und darüber hinaus in einem Modellprojekt muttersprachliche Vorsorgeangebote mit großem Erfolg erprobt.**

Deutschland ist de facto ein Einwanderungsland. Am 31. Dezember 1999 betrug der Ausländeranteil in der Bevölkerung 9%, und auch in den vergangenen Jahren hat sich dieser Anteil nicht verändert. 27,9% aller Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland haben die türkische Staatsbürgerschaft (STATISTISCHES BUNDESAMT 2000).

Diese multikulturelle Realität spiegelt sich auch in der Gesundheitsversorgung wider. Je nach Standort und Einzugsgebiet eines Krankenhauses oder einer Praxis ergibt sich ein unterschiedlich großer Migrantenanteil unter Patientinnen und Patienten, der eine Auseinandersetzung mit den Besonderheiten bei der Beratung und medizinischen Behandlung von Migrantinnen und Migranten notwendig macht. Besonders Probleme bei der sprachlichen Verständigung (Erhebung der Anamnese, Mitteilung der Diagnose sowie Aufklärung vor Operationen und anderen Behandlungsmaßnahmen) führen zu großen Schwierigkeiten in der medizinischen Versorgung (vgl. DAVID/BORDE 2001).

## Spezifische Gesundheitsrisiken von Migrantinnen und Migranten

Migrantinnen und Migranten sind besonderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt (BORDE 2000). Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass Ausländerinnen vor allem nicht europäischer Herkunftsländer bei den Schwangerschaftsrisiken (z.B. Aborte, Totgeburten, schwangerschaftsinduzierte Hypertonien<sup>1</sup>) überrepräsentiert sind (RAZUM 1999). Zusätzlich fällt eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft durch ausländische Frauen auf (BEIER 1994; TERZIOGLU 2002). Die Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen berichteten im Jahr 2000, dass die Sterblichkeit ausländischer Säuglinge um 29% höher lag als die der deutschen. Hervorzuheben ist auch die Tatsache, dass der „Zustand Migration“ für Betroffene zusätzlich psychosozialen Stress darstellt. Eine derart belastete Schwangerschaft ist ein somatisches Risiko für Mutter und Kind (YILDIRIM-FAHLBUSCH 2003).

In der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 riefen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Konferenz

dazu auf, „die gesundheitlichen Unterschiede innerhalb der Gesellschaft abzubauen und den von den Regeln und Traditionen geschaffenen gesundheitlichen Ungleichheiten entgegenzuwirken“. Im Rahmen eines Nürnberger Modellprojektes werden seit 1998 die Ursachen der Unterversorgung schwangerer Migrantinnen in Nordbayern evaluiert. Eine weitere Zielsetzung besteht in der Etablierung und Qualitätssicherung effektiver Maßnahmen, um die Defizite in der Gesundheitsversorgung ausländischer Schwangerer zu reduzieren.

## Versorgungssituation schwangerer Migrantinnen an der Klinik für Frauenheilkunde des Klinikums Nürnberg

Um die Defizite in der Schwangerenvorsorge zu evaluieren, wurde an der Klinik für Frauenheilkunde, Schwerpunkt Geburtshilfe, Klinikum Nürnberg Süd, im Zeitraum vom 1. Januar 1998 bis zum 31. Dezember 2002 zunächst eine retrospektive Analyse der Versorgungssituation schwangerer Migrantinnen durchgeführt.

In den fünf zur Auswertung herangezogenen Jahrgängen 1998 bis 2002 wurde ein Anstieg des Ausländerinnen-Anteils von 27% auf 34% beobachtet. Der Anteil der Frauen türkischer Herkunft, der das größte ausländische Patientinnen-Kollektiv darstellt, stieg in Korrelation dazu von 8,8% im Jahr 1998 auf 14% im Jahr 2002 an. Auch die Geburtenhäufigkeit wies einen sehr signifikanten Unterschied auf: 34,4% der Migrantinnen, aber nur 24,2% der deutschen Frauen waren mehr als zweimal schwanger.

Bei der statistischen Auswertung der Schwangerschaftsverläufe und Geburten im oben genannten Zeitraum (ca. 11 000 Schwangerschaftsverläufe und Geburten wurden erfasst) zeigten sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Schwangeren in Bezug auf die Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen und den gesundheitlichen Zustand des Neugeborenen (fetal outcome): Bei jeder fünften Schwangeren ausländischer Herkunft lag der Zeitpunkt der ersten Vorsorge- und

1 Hypertonie = Bluthochdruck



Ultraschalluntersuchung jenseits der 12. Schwangerschaftswoche und somit deutlich später als bei deutschen Frauen. Bei schwangeren Migrantinnen war sowohl 1998 (16% vs. 12%;  $p < 0,01$ ) als auch 1999 (19% vs. 14%;  $p < 0,01$ ) ein signifikant häufigerer und längerer präpartaler stationärer Aufenthalt festzustellen (TERZIOGLU 2003a).

Abweichend von der Säuglingssterblichkeit in Nürnberg in den Jahren 1980 bis 1995 lag die perinatale Mortalität 1998 (14‰ vs. 8‰) im ausländischen Kollektiv höher als im deutschen (TERZIOGLU 2000).

## Der Faktor Kommunikation

„Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten wird beeinflusst durch komplexe Wechselwirkungsprozesse verschiedener Faktoren des Lebens in der Fremde ... fehlende oder mangelnde Sprachkenntnisse gehören zu diesen Faktoren.“ (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2001)

Im Rahmen des Modellprojektes wurde an der Klinik für Frauenheilkunde, zusätzlich zur Erfassung der Versorgungssituation, vom 1. April 2002 bis zum 1. April 2003 eine prospektive Querschnittsstudie zur Evaluierung soziodemografischer Daten, der Sprachkompetenz und den Verständigungsproblemen schwangerer Ausländerinnen durchgeführt. In diesem Zeitraum setzten sich die stationär behandelten Patientinnen zu 57% aus Einheimischen und zu 43% aus Migrantinnen zusammen. Dabei bildeten Patientinnen türkischer und russischer Herkunft die größten Subgruppen.

Nach wie vor bestand ein Kommunikationsproblem: Etwas mehr als ein Viertel (25,2%) der Migrantinnen war über den stationären Aufenthaltsgrund schlecht informiert oder unwissend, dagegen nur 16,6% der Einheimischen.

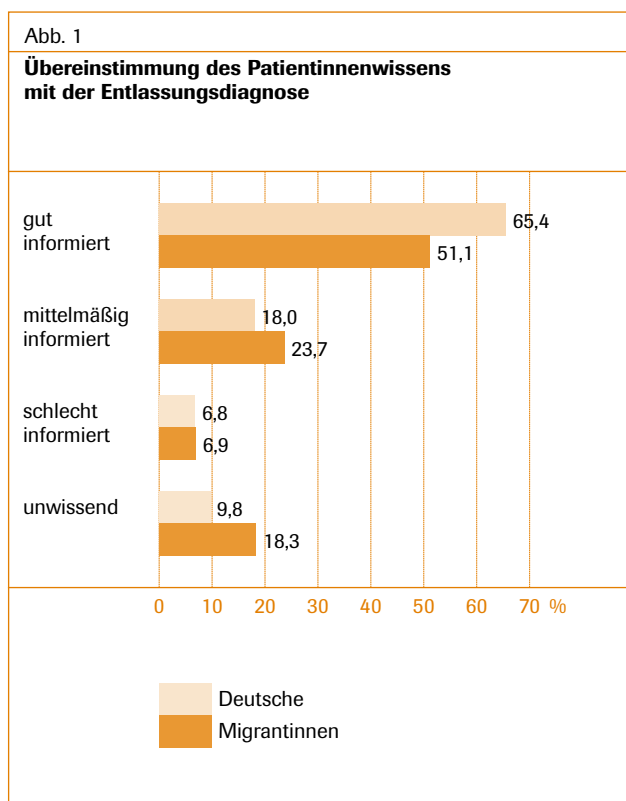
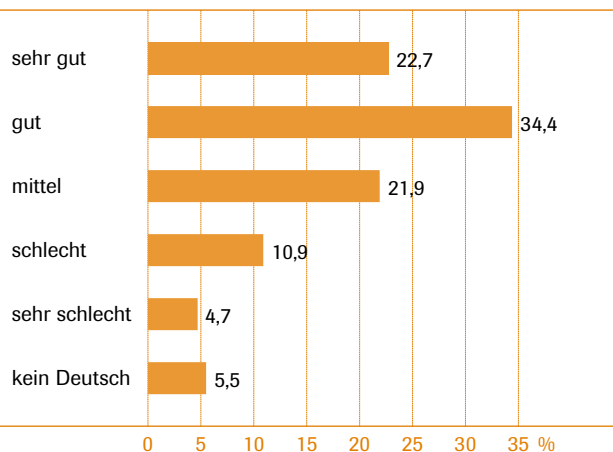


Abb. 2

## Deutsche Sprachkenntnisse der Migrantinnen nach Selbsteinschätzung



In Korrelation dazu verfügte nahezu ein Viertel (22,9%) der Migrantinnen über eine schlechte, sehr schlechte oder gar keine Lese- und Schreibfähigkeit in der deutschen Sprache. Darüber hinaus schätzten 20% von ihnen ihre Sprachkenntnisse ebenfalls als schlecht, sehr schlecht oder als gar nicht vorhanden ein (TERZIOGLU 2003b).

Die ausländischen Schwangeren verfügten durchschnittlich über niedrigere Schul- und Berufsabschlüsse. 15% aller Migrantinnen hatten nur die Grundschule besucht, besaßen keinen Schulabschluss oder waren nie zur Schule gegangen. Die Werte für den Hauptschulabschluss waren in beiden Gruppen vergleichbar (38,2% vs. Deutsche 36,6%). Fachschulabschlüsse (12,2% vs. 9,7%) waren bei Migrantinnen stärker als bei Deutschen repräsentiert. Bei Realschulabschluss (12,2% vs. 22,4%), Abitur (9,8% vs. 11,9%) und Hochschulabschluss (9,2% vs. 14,9%) hingegen waren die Deutschen stärker vertreten.

Im untersuchten Kollektiv standen 33,6% der Zugewanderten 6% der Einheimischen ohne beruflichen Bildungsabschluss gegenüber. Die schon beim „erlernten Beruf“ erkennbare Tendenz zur geringeren Beteiligung von Migrantinnen an den höheren beruflichen Bildungsabschlüssen setzte sich deutlich verstärkt im Erwerbsstatus fort. Mehr als doppelt so viele ausländische wie deutsche Frauen (64,5% vs. 30,8%) gaben an, der Gruppe „Erwerbslose“ oder „Hausfrau“ anzugehören.

Der größte Anteil der Migrantinnen war gesetzlich bei der AOK versichert (58,0%). Halb so viele Migrantinnen waren über Ersatzkassen oder privat versichert. Im deutschen Untersuchungskollektiv verhielt es sich umgekehrt: Halb so viele deutsche AOK-Versicherte standen einer doppelt so großen Gruppe von Ersatzkassen- oder Privatversicherten gegenüber. Für den Anteil der 6,1% über das Sozialamt versicherten Migrantinnen gab es keine vergleichbare Gruppe im deutschen Kollektiv.

Die Diagnosen Anämie, vaginale Infektion, Hyperemesis (Schwangerschaftserbrechen) und Abortus imminens (drohender Abgang) waren im Ausländerinnenkollektiv

stärker vertreten, können aber im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen gut erkannt und den verschiedenen Therapien zugeführt werden.

Unterteilt man alle Schwangerschaftsstörungen in eher somatische oder eher funktionelle Störungen<sup>2</sup> ist zu erkennen, dass sich die Vergleichskollektive hinsichtlich ihres Anteils an den somatischen Störungen nicht wesentlich unterscheiden (77,9% bei Deutschen, 74,5% bei Migrantinnen). In der Gruppe der funktionellen Störungen jedoch waren Ausländerinnen deutlich überrepräsentiert. Da mangelnde Sprachkenntnisse von Migrantinnen einen psychosozialen Stressfaktor darstellen, wurde eine Relation zwischen funktionellen Störungen und Sprachkenntnissen hergestellt. Dabei zeigte sich, dass der Anteil gut bis sehr gut deutsch sprechender Migrantinnen mit funktionellen Störungen (14,6%) nahezu dem der deutschen Patientinnen (15,0%) entsprach. Demgegenüber stieg diese Rate bei nicht oder nur sehr schlecht deutsch sprechenden Migrantinnen auf 23,5% des betroffenen Kollektivs an.

### Das Nürnberger Modellprojekt

Aufgrund der genannten Fakten initiierte die Klinik für Frauenheilkunde, Schwerpunkt Geburtshilfe des Klinikums Nürnberg 1998 in Kooperation mit dem Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg und der Evangelischen Familienbildungsstätte ein Modellprojekt. Ziel dieses fortlaufenden Modellprojektes ist es, schwangeren Migrantinnen durch spezielle Angebote in der Muttersprache die Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen zu erleichtern. Diesbezüglich werden im Rahmen des Projektes Geburtsvorbereitungskurse in türkischer, englischer, polnischer und deutscher Sprache sowie eine frauenärztliche Sprechstunde in türkischer, englischer und deutscher Sprache in dem Stadtteil mit der höchsten Migrantendichte angeboten.

Weitere Ziele bestehen in der Senkung der perinatalen Mortalität sowie in der Verstärkung der Inanspruchnahme von Nachsorgemaßnahmen wie Rückbildungsgymnastik und Früherkennungsuntersuchungen des Neugeborenen: Ausländische Familien sollen stärker für Angebote der Geburtsvorsorge und -nachsorge sensibilisiert und informiert werden.

Durch die erhöhte Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen und die Senkung der Verweildauer im Krankenhaus wird zusätzlich eine Entlastung des deutschen Gesundheitsbudgets erzielt, wenn man bedenkt, dass sich zum Beispiel der Tagessatz in der Klinik für Frauenheilkunde im Klinikum Nürnberg Süd (Klinikum der Maximalversorgungsstufe) auf 300 bis 400 Euro beläuft. Darüber hinaus betragen die Versorgungskosten eines Frühgeborenen in den ersten drei Monaten rund 38000 Euro.

Unser Modellprojekt trägt dazu bei, die bestehenden Defizite in der Versorgung von Migrantinnen auszugleichen und bietet gleichzeitig eine Anregung zur Dämpfung der Kosten.

### Ergebnisse des Projekts

Eine erhöhte Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen wurde erreicht: Während 1998 20% der Migrantinnen erst nach der 12. Schwangerschaftswoche zum ersten Mal eine Vorsorgeuntersuchung besuchten, waren es im Jahr 2002

nur noch 14,7%. Dennoch ist ein Unterschied zu den deutschen Schwangeren auszumachen, von denen 2002 nur ein Anteil von 6,9% erst nach der 12. Schwangerschaftswoche den Frauenarzt/die Frauenärztin aufsuchte. Während 1998 etwa 7% der Migrantinnen seltener als sechsmal in der Schwangerschaft untersucht wurden, waren es 2002 nur noch 3%. Der deutsche Anteil war 2002 mit 2,4% geringfügig kleiner.

Höchst signifikant ist der Unterschied zwischen Ausländerinnen und Deutschen hinsichtlich des Zeitpunkts der ersten Ultraschalluntersuchung. 1998 unterzog sich nur etwa jede fünfte Ausländerin (21%) und etwa jede zehnte Deutsche (11%) erst nach der 13. Schwangerschaftswoche einer Ultraschalluntersuchung. Seither haben sich die Werte angenähert (16,5% vs. 9,6%), ein leichter Trend zu früherer Ultraschalluntersuchung ist auch hier zu verzeichnen.

1998 besuchten nur wenige Schwangere ausländischer Herkunft den Geburtsvorbereitungskurs, der in der Familienbildungsstätte angeboten wurde. 2001 war der Geburtsvorbereitungskurs mit wöchentlich 15 bis 21 Frauen ausländischer Herkunft, die Hälfte davon Türkinnen, überbelegt. Seit Oktober 2001 werden zwei Geburtsvorbereitungskurse – einer davon nur in türkischer Sprache – angeboten.

Hinsichtlich der stationären Aufenthaltsdauer und -häufigkeit unterschied sich 1998 das ausländische Kollektiv vom deutschen signifikant. Die Differenz verkleinerte sich in dem darauffolgenden Jahr und kehrte sich 2001 sogar zuungunsten der deutschen Frauen um, die in diesem Jahr durchschnittlich etwas länger im Krankenhaus verweilten. Die Differenz hinsichtlich der Aufenthaltshäufigkeit zwischen beiden Kollektiven blieb zum Nachteil der Migrantinnen erhalten. Erfreulicherweise reduzierte sich aber der Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

Durch die ergriffenen präventiven Maßnahmen konnte die zuvor deutlich höhere perinatale Mortalität im ausländischen Kollektiv im Vergleich zu 1998 auf ein ähnliches Niveau wie im einheimischen Kollektiv gesenkt werden (Jahr 2001: 10‰ vs. 12‰). Hinzuzufügen ist, dass die Zahlen zur perinatalen Mortalität aufgrund der zu geringen Stichprobengröße starken Schwankungen unterworfen sind.

### Ausblick

Eine Weiterführung dieses Projektes ist geplant. Ziel in den kommenden Jahren ist es, die Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen bei schwangeren Migrantinnen zu erhöhen und dadurch die perinatale Morbidität<sup>3</sup> und Mortalität bei Neugeborenen ausländischer Herkunft weiter zu reduzieren. Eine kontinuierliche Senkung der perinatalen Mortalität im ausländischen Kollektiv ist im öffentlichen, volks- und betriebswirtschaftlichen Interesse des Gesundheitswesens der Stadt Nürnberg von großer Bedeutung.

Die durch das Modellprojekt initiierten ethnomedizinischen Schulungen der Ärzte/Ärztinnen, Hebammen und des Pflegepersonals dienen zur Sensibilisierung für die speziellen Bedürfnisse der ausländischen Schwangeren bezüglich Herkunft, Kultur, Religion und dem unterschiedlichen

<sup>2</sup> Störungen, die ihren Ursprung in der physischen Verfassung der Betroffenen haben

<sup>3</sup> Morbidität = Krankheitsstand, Erkrankungsziffer

Gesundheits- beziehungsweise Krankheitsverständnis und werden zur Professionalisierung der medizinischen Behandlung und Pflege beitragen.

Das Vorhandensein muttersprachlichen medizinischen Fachpersonals, der Erwerb interkultureller Kompetenz und interdisziplinäre Zusammenarbeit sind unbedingt erforderlich, um das „Schicksal Migration“ in Richtung „Integration von Migranten/Migrantinnen in das Gesundheitswesen“ zu lenken. Zur Qualitätssicherung sollten in regelmäßigen Abständen migrationsspezifische und soziodemografische Daten in der Geburts- und Perinatalmedizin ausgewertet werden.

*Neslisah Terzioglu*



*Dr. med. Neslisah Terzioglu ist Oberärztin an der Klinik für Frauenheilkunde – Schwerpunkt Geburtshilfe, Klinikum Nürnberg Süd, und Leiterin des Nürnberger Modellprojektes „Verbesserung präventiver Maßnahmen bei schwangeren Migrantinnen“. Sie ist Vorstandsmitglied des Deutsch-Türkischen Mediziner Vereins Bayern und des Deutsch-Türkischen Frauenclubs Nordbayern.*

**Kontakt:**

*Dr. med. Neslisah Terzioglu  
Klinik für Frauenheilkunde –  
Schwerpunkt Geburtshilfe,  
Klinikum Nürnberg Süd  
Breslauer Straße 201  
90471 Nürnberg  
terzioglu@klinikum-nuernberg.de*

Literatur

- BEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG FÜR AUSLÄNDERFRAGEN (Hg.) (2000): Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn
- BEIER, F. (1994): Konzept zur gesundheitlichen Situation ausländischer Mitbürger/innen in Nürnberg. In: Beiträge zum Nürnberg-Plan Reihe B, S. 8–9
- BORDE, T./ DAVID, M./ KENTENICH, H. (Hg.) (2000): Migration – Frauen-Gesundheit im europäischen Kontext. In: „Migration – Frauen – Gesundheit/ Perspektiven im europäischen Kontext.“, DAVID, M., BORDE, T., KENTENICH, H. (Hg.), Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 8
- DAVID, M./ BORDE, T. (2001): Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 13–19
- Empfehlung der Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“ (2001): Migration und gesundheitliche Versorgung, Bonn
- OTTAWA-CHARTA ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG 1988 (WHO) (aufgerufen am 6.9.2003), zit. in: Soziale Stadt, Bund-Länder-Programm, Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt, www.soziale-stadt.de
- RAZUM, O./ ALBRECHT, J./ BLETTNER, M./ REITMEIER, P. (1999): Trends in maternal mortality ratio among women of German and non-German nationality in West Germany. In: International Journal of Epidemiology 28, S. 5
- TERZIOGLU, N./ BAUMANN, M./ KRAUSE, M./ FEIGE, A. (2000): Präventive Maßnahmen bei ausländischen Schwangeren – Pilotprojekt der Stadt Nürnberg. In: „Migration – Frauen – Gesundheit/Perspektiven im europäischen Kontext“, DAVID, M./ BORDE, T./ KENTENICH, H. (Hg.), Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 245–248
- TERZIOGLU, N./ REITH, CH./ FEIGE, A. (2002): Schwangere Migrantinnen besser betreuen. In: Deutsche Hebammenzeitschrift 12, S. 14–16
- TERZIOGLU, N./ REITH, CH./ FEIGE, A. (2003a): Verbesserung präventiver Maßnahmen bei schwangeren Migrantinnen. In: „Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe“, NEISES, M./ BARTSCH, S./ DOHNKE, H./ FALCK, H. R./ KAUFFELS, W./ SCHMID-OTT, G./ SCHWERDTFEGGER, J./ WALTER, H. (Hg.), Psychosozial-Verlag, Gießen, 297–302
- TERZIOGLU, N./ REITH, CH./ FEIGE, A. (2003b): Brauchen wir die Dolmetscherin im Kreißaal?. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 11, S. 928–930
- YILDIRIM-FAHLBUSCH, Y. (2003): Krankheitsvorstellungen im kulturellen Blickwinkel. In: Deutsches Ärzteblatt 18, S. 928–930

---

# Offen für alle?

## Die psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Zuwanderern und Strategien zur Verbesserung

**Am Beispiel von polnischen und vietnamesischen Migranten und Migrantinnen in Leipzig werden der Gesundheitszustand und der Versorgungsbedarf dieser bislang wenig beachteten Migrantengruppen aufgezeigt. Vor allem psychosomatische Beschwerden spielen, wie die zugrunde liegende Studie zeigt, eine bedeutende Rolle. Die bestehende psychosoziale Versorgung und Strategien zu ihrer Verbesserung werden diskutiert.**

### Einleitung

Empirische Studien zur Gesundheit von Migranten und Migrantinnen in Deutschland sind immer noch selten. Sie zeichnen sich oft durch geringe Fallzahlen und die Beschränkung auf bestimmte Krankheiten sowie geografische Gebiete (alte Bundesländer) aus. Die Studien sind also meist nicht verallgemeinerbar und selten vergleichbar. Trotzdem ist aber die Analyse der gesundheitlichen Lage von Migranten und Migrantinnen eine unbedingte Voraussetzung für eine adäquate gesundheitliche und psychosoziale Versorgung dieser Menschen. Auf der Basis einer Studie sollen Gesundheitszustand und Versorgungsbedarf von vietnamesischen und polnischen Migranten und Migrantinnen in Leipzig diskutiert und Versorgungskonzepte näher betrachtet werden.

### Migration und Gesundheit

Wie erwähnt sind aufgrund der anderen ethnischen Zusammensetzung der Migranten und Migrantinnen Gesundheitsberichte aus westlichen Bundesländern nicht einfach auf die neuen Länder übertragbar. Die folgende Studie setzt an diesem Punkt an und beschreibt den Gesundheitszustand von zwei bisher wenig beachteten Zuwanderergruppen, der polnischen und vietnamesischen Minderheit, exemplarisch für die neuen Bundesländer anhand der Stadt Leipzig.

In den neuen Bundesländern hat Leipzig mit 6,1% den höchsten Ausländeranteil. Dieser hat sich seit 1990 stetig erhöht. Die größte ausländische Migrantengruppe in Leipzig sind die Vietnamesen und Vietnamesinnen. Sie waren in der DDR die größte ausländische Arbeitnehmergruppe. Die Mehrzahl von ihnen arbeitete in der Leichtindustrie und lebte isoliert in separaten Wohnblocks. Mit dem Einigungsvertrag im Jahr 1990 fielen die vietnamesischen Migranten und Migrantinnen unter das bundesdeutsche Ausländergesetz. Damit erhielten sie eine befristete Aufenthaltsbewilligung für den im Arbeitsvertrag vereinbarten Zeitraum. Aufgrund der wirtschaftlichen Veränderungen in den neuen Bundesländern erhielten viele Vietnamesen und Vietnamesinnen die Kündigung. In dieser Situation verblieb nur ein Drittel von ihnen in Deutschland. 1993 kam es zu einer

ersten Regelung des Bleiberechts. Bis zur endgültigen Klärung des Aufenthaltsstatus mit der Bleiberechtsregelung für die Vertragsarbeiter und Vertragsarbeiterinnen aus Vietnam 1997 versuchte die Mehrzahl von ihnen zum Beispiel mit dem Betrieb von Imbissständen und im Reisegewerbe ihren Lebensunterhalt zu sichern (MERBACH 2005).

Auch die Geschichte der polnischen Zuwanderung ist geprägt von Arbeitsmigration, wobei sich jedoch der überwiegende Teil der polnischen Arbeitsmigranten und -migrantinnen nicht dauerhaft in Deutschland ansiedelt. Demzufolge schwankt die Anzahl der in Deutschland gemeldeten Polen und Polinnen stark. 2003 bildeten sie in Leipzig die größte Migrantengruppe. Innerhalb eines Jahres halbierte sich die Anzahl der in der Stadt gemeldeten polnischen Staatsangehörigen (MERBACH 2005). Das zeigt, dass zwischen Polen und Deutschland, bedingt durch temporäre Arbeitsverhältnisse, eine Pendelmigration überwiegt.

Um den Gesundheitszustand und den Versorgungsbedarf zu erfassen, wurden 2004 per quotierter Zufallsauswahl in Leipzig gemeldete Personen mit polnischer oder vietnamesischer Staatsangehörigkeit postalisch befragt. Die Fragekomplexe bezogen sich auf die subjektive Morbidität sowie auf die Nutzung und die Bekanntheit von psychosozialen Versorgungsangeboten. 140 Fragebogen von polnischen und 88 von vietnamesischen Migranten und Migrantinnen konnten ausgewertet werden. Als Migranten werden hier Menschen bezeichnet, die selbst gewandert sind und nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen.

Im Vergleich zu den deutschen Befragten haben die Migranten und Migrantinnen aus Polen und Vietnam einen höheren Beschwerdedruck (Abbildung 1). Die meisten Beschwerden geben die vietnamesischen Migranten und Migrantinnen an, die Westdeutschen hingegen die wenigsten. Tendenziell geben Frauen mehr Beschwerden an als Männer. Zudem nehmen die Körperbeschwerden mit dem Alter in allen Gruppen zu.

Auch die Werte auf den Skalen Angst und Depression sind in beiden Gruppen gegenüber der deutschen Vergleichsstichprobe erhöht (siehe Abbildung 2). Auffallend sind hier die hohen Angstwerte in beiden Migrantengruppen. In allen Gruppen haben Frauen eine höhere Angstneigung als Männer.

Die Depressionswerte der Migranten und Migrantinnen aus Polen und Vietnam sind nur moderat gegenüber der einheimischen Bevölkerung erhöht. Die polnischen Migrantinnen und Migranten weisen die höchsten Depressionswerte auf.

Die höheren Körperbeschwerden sowie die höheren Angst- und Depressionswerte von Migranten und Migrantinnen der beiden Gruppen decken sich mit der Mehrzahl der Studien zu Migration und psychischer Gesundheit, in denen Migration vor allem als „krank machende“ seelische Belastung gesehen wird (SIEFEN/BRÄHLER 1996; SUNDQUIST et al. 2000; RITSNER et al. 2000; WITTIG et al. 2004). Im Vordergrund stehen psychosomatische Beschwerden, höhere Beschwerdebhäufigkeiten sind nachweisbar. So fanden SUNDQUIST et al. (2000) Symptome wie Schlafstörungen, Müdigkeit und Kopfschmerzen bei Migrantinnen und Migranten in Schweden häufiger als in der einheimischen Bevölkerung. RITSNER et al. (2000) beschrieben hohe Somatisierungsraten für jüdische Einwanderer aus den Nachfolgestaaten der Sowjetunion nach Israel. SIEFEN und BRÄHLER (1996) wiesen höhere Beschwerden bei griechischen Kindern und Jugendlichen in Deutschland nach, MERBACH et al. (2004) zeigten höhere Beschwerden schon zum Zeitpunkt der Einreise sowohl bei türkischen Migrantinnen und Migranten als auch bei den Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern.

Kritiker dieses Ansatzes, der Migration als kritisches und „gesundheitsschädigendes“ Lebensereignis auffasst, erklären die erhöhten Beschwerden von Migranten und Migrantinnen durch die Schichtabhängigkeit von Krankheiten. So haben Menschen aus sozial schwächeren Schichten generell einen schlechteren Gesundheitszustand (ROBERT/HOUSE 2000;

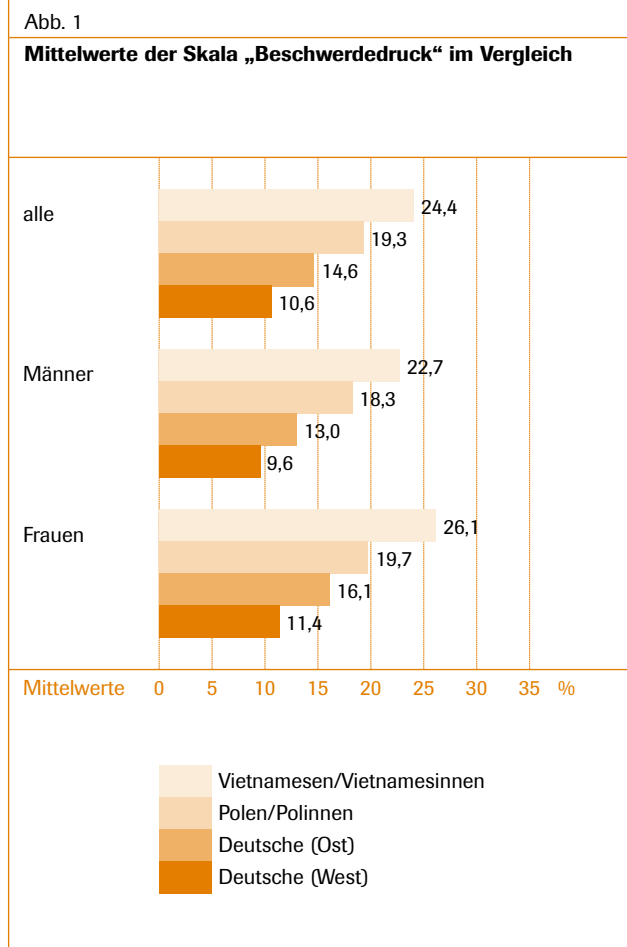
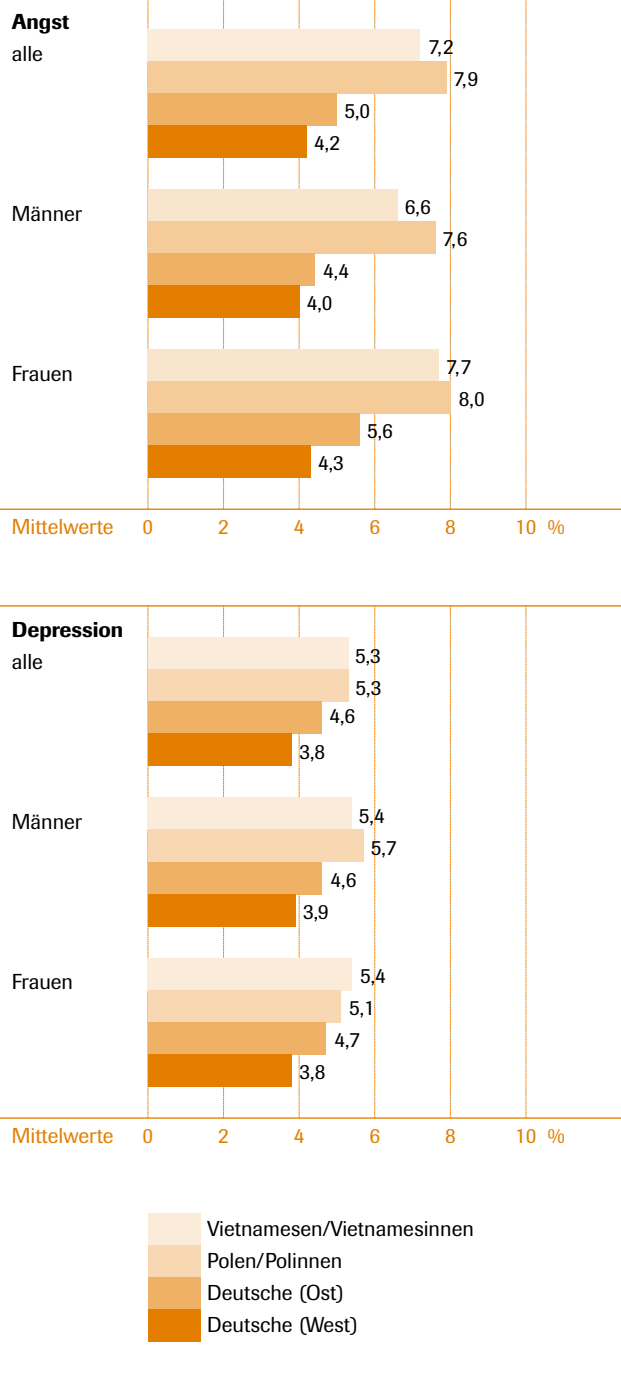


Abb. 2

**Angst und Depression im Vergleich**

SIEGRIST 2000). Dass Migranten und Migrantinnen überwiegend zu diesen Schichten zählen (höhere Arbeitslosenquote und höherer Anteil an unterqualifizierter Arbeit unter den Zuwanderern), begründet dieser Argumentation zufolge auch deren schlechtere gesundheitliche Verfassung.

Eine dritte These geht davon aus, dass die Migranten und Migrantinnen nicht etwa mehr Beschwerden haben, sondern Beschwerden anders wahrnehmen und ausdrücken. So wird in einigen Kulturen Depression eher körperlich als psychisch erlebt. Der Ausgangspunkt dieser Überlegungen ist, dass der eigene Gesundheitszustand und vor allem die Wahrnehmung von Beschwerden durch die Umgebung

bestimmt werden, also durch Kultur, Gesellschaft, Familie und Biografie (PETERMANN/MÜHLIG 1998; McELROY/JEZEWSKI 2000). Es geht also um die Kulturabhängigkeit von Krankheit und Gesundheit.

## Psychosoziale Versorgung

Dem eben geschilderten, meist schlechteren psychischen Gesundheitszustand von Migranten und Migrantinnen steht eine inadäquate Inanspruchnahme der psychosozialen Versorgungseinrichtungen gegenüber. Als Ursachen für dieses Ungleichgewicht werden oft fehlende Sprachkenntnisse, anderes Hilfeverhalten, mangelnde Kenntnisse der Versorgungsstrukturen sowie das Behörden-Image von Beratungsstellen und die fehlende Öffnung des Gesundheitswesens für Migranten und Migrantinnen diskutiert (MINISTERIUM FÜR FRAUEN, JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT NRW 2000). Die Meinung der Migranten und Migrantinnen dazu wurde selten erhoben.

Tabelle 1 zeigt, dass die gängigen Beratungsangebote den Migranten und Migrantinnen aus Polen und Vietnam kaum bekannt sind, geschweige denn, dass sie von den Befragten in Anspruch genommen würden. Den größten Bekanntheitsgrad besitzt das Jugendamt. Generell liegt der Grad der Inanspruchnahme bei den polnischen Migranten und Migrantinnen höher.

In beiden Gruppen gibt es Geschlechterunterschiede, die aber jeweils unterschiedlich ausfallen. Bei den polnischen Befragten haben die Frauen mehr Erfahrung mit den psychosozialen Beratungsangeboten, insbesondere mit den psychologischen oder psychotherapeutischen Angeboten. In der vietnamesischen Gruppe geben mehr Männer an, Jugendamt, Jugend- und Sozialberatung zu kennen, während die Frauen häufiger Familien- und Suchtberatung kennen.

Mit welchen Problemen man bereits in der Familie konfrontiert wurde, zeigt Tabelle 2. Auffallend hierbei ist, dass die Angabe von Problemen in der polnischen Gruppe höher liegt als in der vietnamesischen. Die polnischen Befragten geben mit Abstand Paarprobleme als am bedeutendsten an. Vietnamesen und Vietnamesinnen nennen Migrationsprobleme am häufigsten. Auch hier treten wiederum Geschlechterunterschiede auf. Polnische Migrantinnen berichten mehr Probleme als Migranten, bei den Zuwanderern aus Vietnam geben wiederum die Männer mehr Probleme als die Frauen an.

Generell suchen sehr wenige Migranten und Migrantinnen psychosoziale Versorgungsangebote auf: nur 16 Befragte aus Polen und sechs aus Vietnam. Am häufigsten nehmen die polnischen Migranten und Migrantinnen bei psychischen Problemen und Erziehungsproblemen Beratungsangebote in Anspruch. Fünf der sechs vietnamesischen Migranten und Migrantinnen suchen Hilfe bei schulischen Problemen und Generationskonflikten.

Bei möglichen Problemen würden Befragte beider Gruppen vor allem Familie, Freunde und Bekannte aufsuchen. In der polnischen Gruppe stehen Psychologin/Psychologe und Psychotherapeut/-therapeutin an dritter und Arzt oder Ärztin an vierter Stelle. Die vietnamesischen Migranten und Migrantinnen würden Arzt/Ärztin an dritter Position in Anspruch nehmen. Psychologische Beratungsangebote werden eher nicht wahrgenommen. Auch hier gibt es wieder bedeutende Geschlechterunterschiede. Polnische und vietnamesische Männer würden zum Beispiel eher Arzt oder

Ärztin aufsuchen als die Frauen. Migrantinnen würden insgesamt mehr Hilfe beanspruchen als Migranten.

Für beide Gruppen ist die hohe Belastung durch ein Problem das ausschlaggebende Argument für die Inanspruchnahme einer Beratung, und die Beratung in der eigenen Wohnung wird eher als hemmende Bedingung gesehen. Weitere förderliche Bedingungen sind Anonymität der Beratung, Kostenfreiheit und Schweigepflicht. Interessanterweise finden die polnischen Migranten und Migrantinnen eine Beratung durch eine(n) Deutsche(n) angenehmer als die Beratung durch eine(n) Muttersprachler/-in. In der vietnamesischen Stichprobe ist es umgekehrt, hauptsächlich bedingt durch die Männer, die klar einer muttersprachlichen Beratung den Vorzug geben.

Generell sind Studien zur Inanspruchnahme psychosozialer Einrichtungen selten. Meist werden in den Studien die Anbieter/Anbieterinnen psychosozialer Versorgung als Fachleute befragt oder Berichte von Beratungsstellen ausgewertet. Aus Aussagen über den Mangel an migrantenspezifischem Informationsmaterial, den sprachlichen und kulturellen Verständigungsschwierigkeiten, den mangelnden migrantenspezifischen Versorgungsangeboten und deren Koordination wird dann auf den Bedarf von Migranten und Migrantinnen geschlossen.

Oft wird eine niedrige Inanspruchnahme öffentlicher Beratungsstellen durch Migranten und Migrantinnen aus Sicht der Fachleute berichtet, wobei Beratungsstellen eher bei unpersönlichen Problemen wie zum Beispiel Hilfe bei der Wohnungssuche und seltener bei familiären Problemen aufgesucht werden. Die präventiven, aufklärenden Angebote von Einrichtungen scheinen die ausländische Bevölkerung nicht anzusprechen, so weisen Expertinnen und Experten darauf hin, dass Migranten und Migrantinnen solche Versorgungsangebote erst in ausweglosen Situationen nutzen (SCHAHNAZ 1998). Das kann zum einen an der Distanz und der Angst vor einer Dokumentation persönlicher Daten liegen und zum anderen daran, dass die meisten Beratungsstellen nicht von sich aus den Kontakt zu den Migranten und Migrantinnen aufnehmen dürfen (MINISTERIUM FÜR FRAUEN, JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT NRW 2000).

Erst migrantenspezifische Angebote können die Inanspruchnahme erhöhen (KIRKCALDY et al. 2006). Der Einsatz von Fachkräften aus den Herkunftsländern der Migranten und Migrantinnen ermöglicht eine angemessene Betreuung und senkt Sprachbarrieren. Außerdem können Missverständnisse, die durch mangelndes kulturelles Wissen des Beratungspersonals entstehen, minimiert werden. Hierzu liegen vor allem Erfahrungen aus der Aidsberatung und Sexualaufklärung vor (HEGEMANN/LENK-NEUMANN 2001).

Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen in Berlin sehen Defizite in der Versorgung von Migranten und Migrantinnen in der Diagnostik, Behandlung, gesundheitlichen Aufklärung und Prävention. Verursacht wird das Defizit aus ärztlicher Sicht durch Verständigungsprobleme, aufenthaltsrechtliche, soziale Beschränkungen und einen Mangel an qualifizierten Sprachmittlern sowie an muttersprachlichen Fachkräften. Hinzu kommt, dass die Ärzte und Ärztinnen ihrerseits über einen Mangel an Informationen über migrantenspezifische Angebote klagen (DAVID et al. 2000).

Migranten und Migrantinnen erfahren auf vielfältige Weise Benachteiligungen bezüglich ihrer psychosozialen Versorgung, die ein Umdenken hinsichtlich der Versorgungsstruktur erfordern.

Tabelle 1

**Bekanntheit psychosozialer Beratungsangebote in Leipzig (in %)**

	Polen/ Polinnen				Vietnamesen/Vietnamesinnen		
	kenne ich nicht	kenne ich	ausprobiert		kenne ich nicht	kenne ich	ausprobiert
Sozialberatung	96,4	2,9	0,7		87,5	8,0	4,5
Familienberatung	88,2	11,0	0,7		90,9	6,8	2,3
Suchtberatung	95,6	4,4	0		96,6	3,4	0
Jugendberatung	94,1	5,9	0		94,3	5,7	0
Psychologen	81,2	11,6	7,2		93,1	6,9	0
Jugendamt ASD	85,4	12,4	2,2		84,9	15,1	0
Schuldnerberatung	94,9	4,4	0,7		97,7	2,3	0

Tabelle 2

**Psychosoziale Probleme in den Familien (in %)**

	Polen/ Polinnen				Vietnamesen/Vietnamesinnen		
	gesamt	Männer	Frauen		gesamt	Männer	Frauen
Paarprobleme	52,9	53,8	52,5		23,9	17,5	29,8
Generationenkonflikte	30,7	43,6	25,7		28,4	20,0	36,2
Psychische Probleme	28,6	20,5	31,7		10,2	10,0	10,6
Schulprobleme	23,6	20,5	24,8		21,6	20,0	21,4
Schulden	22,9	20,5	23,8		8,0	10,0	6,4
Suchtprobleme	21,4	17,9	22,8		5,7	5,0	6,4
Erziehungsprobleme	19,3	17,9	19,8		27,3	32,5	23,4
Migrationsprobleme	10,7	7,7	11,9		29,5	32,5	25,5
Gewalt- und Rassismusprobleme	9,3	7,7	9,9		17,0	5,0	12,8
Entwicklungsstörungen der Kinder	5,7	2,6	6,9		15,9	20,0	12,8
Sexueller Missbrauch	3,6	0	5,0		3,4	5,0	2,1

## Strategien zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung

Ausgehend von dieser Bedarfsanalyse sollen nun Strategien zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung vorgestellt werden. Dazu gibt es in Deutschland eine kontroverse Diskussion zwischen den Befürwortern der interkulturellen Öffnung der Regeldienste und denen, die eine migrantenspezifische Versorgung einfordern.

### Interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens

Interkulturelle Öffnung bedarf der Personalentwicklung (Steigerung der interkulturellen Kompetenz, Einstellung muttersprachlicher Fachkräfte), Organisationsentwicklung (Mehrsprachigkeit von Informationsmaterial, Raumgestaltung) und Strukturentwicklung (etwa Bündelung von Angeboten) in bestehenden Einrichtungen.

Die Befürworter dieses Konzepts sehen in der interkulturellen Öffnung eine Voraussetzung für Integration, da gleiche Institutionen für alle geschaffen werden und es keine schlechtere, „zweitklassige“ Versorgung von Migranten und Migrantinnen geben wird.

Ein Beispiel für interkulturelle Öffnung der psychosozialen Versorgung wäre die Steigerung der interkulturellen Kompetenz von Beraterinnen/Beratern, Therapeutinnen/Therapeuten und Ärztinnen/Ärzten.

Hier liefert KUNZE (2001) ein für den psychologischen Beratungskontakt nützliches Modell, das sich sehr gut auf die interkulturelle Begegnung und somit auch auf den medizinischen Kontext ausdehnen lässt.

Er geht von verschiedenen Verstehensebenen (Verständnisfolien) im interkulturellen Kontakt aus. Eine „Folie“ ist etwa das psychologische und medizinische Verständnis: Was ist unter dem Problem zu verstehen? Woher kommt beispielsweise die Angst des Klienten? Wie kam es zu der Diabeteserkrankung und wie kann sie behandelt werden?

Eine zweite Folie ist die der Minderheiten-/Mehrheitenbeziehung: Migrantinnen und Migranten sind immer Angehörige einer Minderheit und treffen in den meisten Institutionen Angehörige der Mehrheitsgesellschaft. Selbst wenn diese auch Zuwanderer sind, stellen sie doch Vertreterinnen und Vertreter des Systems dar und haben größere Machtbefugnisse. Auf Migrantenseite sind Diskriminierungserfahrungen und Migrationserfahrungen wirksam.

Dieser Unterschied beeinflusst auch immer den Kontakt zwischen Ratsuchenden und Berater/Beraterin.

Die dritte ist die kulturelle Folie: Damit ist, verkürzt gesagt, gemeint, dass sich zwischen Ratsuchenden und Berater Werten, Normen, Sprache, Religion etc. unterscheiden.

Kommt es nun zu einer übermäßigen Akzentuierung einer Verständnisfolie, geht das meist mit blinden Flecken auf einer anderen einher. Die Folge könnte beispielsweise eine Psychologisierung (auch Medikalisierung), eine Politisierung oder Ethnisierung des Klienten/der Klientin sein. Eine Migrantin bekommt dann vorschnell die Diagnose reaktive Depression, wird eher unterbehandelt (vielleicht weil der Therapeut unbewusst diskriminiert) und ihr wird mangelnde Mitarbeit bescheinigt, da sie sich nicht adäquat ausdrücken kann.

Da diese drei Folien immer im interkulturellen Kontakt wirken, müssen sie KUNZE zufolge stets mitbedacht werden.

### Migrationsspezifische Versorgung

Eine spezifische Versorgung für Migranten und Migrantinnen setzt die Schaffung eines separaten Versorgungssystems voraus. Hierunter wären beispielsweise migrantenspezifische Beratungsstellen (z.B. türkische Familienberatungsstellen), Pflegeheime, Krankenhäuser etc. zu zählen. Hier hat bereits der Markt gewisse Angebote geschaffen, so die Einrichtung eines türkischsprachigen Pflegedienstes in Berlin. Die Befürworter dieses Ansatzes gehen davon aus, dass gewisse Probleme rein migrantenspezifisch sind und es daher bestimmter Versorgungsangebote bedarf. Beispiele, die in diesem Zusammenhang immer genannt werden, sind die Traumazentren für Flüchtlinge und das Phänomen, dass im Alter eine verstärkte Rückorientierung in die Herkunftskultur erfolgt und deutsche Pflegeheime darauf nicht einmal ansatzweise reagieren können.

Wie schon angedeutet haben beide Modelle ihre Vor- und Nachteile. Unproduktiv ist daher, diese Ansätze nur kontrovers zu diskutieren. In der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung sind sicherlich beide Strategien sinnvoll: Für Migranten und Migrantinnen mit schlechten Sprachkenntnissen, spezifischen Krankheiten oder in bestimmten Lebenslagen, die innerhalb einer interkulturell offenen Versorgung Probleme haben werden, sind migrantenspezifische Einrichtungen besser geeignet. Andererseits wird es Migranten und Migrantinnen geben, die einer migrantenspezifischen Versorgung grundlegend misstrauisch gegenüberstehen werden. Um eine Integration im Gesundheitswesen zu erreichen, müssen sich daher zugleich auch die allgemeinen Angebote interkulturell öffnen. Nur durch eine Zweigleisigkeit ist eine adäquate Versorgung von Migranten und Migrantinnen möglich.

*Ulla Wittig, Martin Merbach, Elmar Brähler*

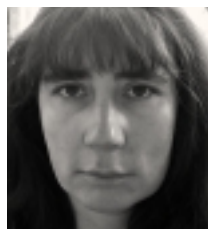
### Literatur

- DAVID, M./BORDE, T./KENTENICH, H. (2000): Migration, Frauen & Gesundheit. Frankfurt/Main: Mabuse
- HEGEMANN, T./LENK-NEUMANN, B. (2001): Interkulturelle Beratung. Berlin: VWB
- KIRKCALDY, B./WITTIG, U./FURNAHM, A./MERBACH, M./SIEFEN, R. G. (2006): Migration und Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49, S. 873–883
- KUNZE, N. (1998): Interkulturelle psychologische Beratung. Wege zum Menschen, 50, 195–205
- MC ELROY, A./JEZEWSKI, M. A. (2000): Cultural Variation in the Experience of Health and Illness 4. In: ALBRECHT, G. L./FITZPATRICK, R./SCRIMSHAW, S. C.: The Handbook of Social Studies in Health and Medicine. London: Sage, S. 191–209
- MERBACH, M. (2005): Gesund durch Anpassung? Leipzig: Dissertation Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (2000): Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: MfJFG
- NEUTSCH, C./PALLASKE, C./STEINERT, O. (1999): Polnische Migranten in Deutschland. Interregiones, S. 95–121
- PETERMANN, F./MÜHLIG, S. (1998): Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance Verbesserung 5. In: PETERMANN, F.: Compliance und Selbstmanagement. Göttingen: Hogrefe, S. 73–102
- RITSNER, M./PONIZOVSKY, A./KURS, R./MODAI, I. (2000): Somatization in an immigrant population in Israel: a community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behavior. Am. J. Psychiatry 157, S. 385–392
- ROBERT, S. A./HOUSE, J. S. (2000): Socioeconomic Inequalities in Health. Integrating Individual-, Community- and Societal Level Theory and Research. In: ALBRECHT, G. L./FITZPATRICK, R./SCRIMSHAW, S. C.: The Handbook of Social Studies in Health and Medicine. London: Sage Publications, S. 115–135
- SCHAHNAZ, F. (1998): Kurzrecherche zur psychosozialen Versorgung der Migrantinnen und Migranten in Rheinland-Pfalz und Mainz. <http://www.cmb-mainz.de/download/Kurzrecherche.rtf>
- SIEFEN, R. G./BRÄHLER, E. (1996): Migration und Gesundheit. Psychosozial 19
- SIEGRIST, J. (2000): The Social Causation of Health and Illness. In: ALBRECHT, G. L./FITZPATRICK, R./SCRIMSHAW, S. C.: The Handbook of Social Studies in Health and Medicine. London: Sage Publications, S. 100–114
- SUNDQUIST, J./BAYARD-BURFIELD, L./JOHANSSON, L. M./JOHANSSON, S. E. (2000): Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. J. Nerv. Ment. Dis. 188, S. 357–365
- WITTIG, U./MERBACH, M./SIEFEN, R. G./BRÄHLER, E. (2004): Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. Gesundheitswesen 66, S. 85–92





*Dr. rer. med. Martin Merbach ist Dozent am Evangelischen Zentralinstitut für Familienberatung Berlin sowie Gastwissenschaftler an der Selbständigen Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Seine derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten sowie deren Gesundheit, die Weiterentwicklung von Konzepten der interkulturellen Beratung sowie Paarberatung.*



*Dipl.-Soz. Ulla Wittig ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Selbständigen Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. In ihrer Forschungsarbeit beschäftigt sie sich mit den subjektiven Gesundheitskonzepten von Migrantinnen und Migranten, deren Gesundheitszustand und gesundheitliche Versorgung sowie mit sozialer Ungleichheit und Gesundheit.*



*Prof. Dr. Elmar Brähler ist Leiter der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie an der Universität Leipzig. Er ist Kollegiat der deutschen Forschungsgemeinschaft und Leiter der Bibliometrie-Kommission der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.*

**Kontakt:**

Universität Leipzig  
Abteilung für Medizinische Psychologie  
und Medizinische Soziologie  
Philipp-Rosenthal-Straße 55  
04103 Leipzig

[ulla.wittig@medizin.uni-leipzig.de](mailto:ulla.wittig@medizin.uni-leipzig.de)  
[martin.merbach@medizin.uni-leipzig.de](mailto:martin.merbach@medizin.uni-leipzig.de)  
[elmar.braehler@medizin.uni-leipzig.de](mailto:elmar.braehler@medizin.uni-leipzig.de)

---

# Doing Diversity: Aufklärung zu Homosexualität im Kontext von Migration

**„Homosexualität als Thema in Migrationsfamilien“ ist der Name eines Modellprojektes, das der Lesben- und Schwulenverband (LSVD) seit Anfang 2005 in Berlin durchführt. Zielgruppen sind türkisch-kurdische, polnische und russischsprachige Familien, in denen Homosexualität bislang nahezu vollkommen tabuisiert ist. Die Autorin berichtet über Projekterfahrungen und Fragestellungen einer wissenschaftlichen Begleitforschung.**

Diversity ist in aller Munde. Der Begriff steht für pädagogische, politische und soziale Anstrengungen zur Anerkennung der Vielfalt von Menschen. Verschiedenheiten, die aus der Herkunft oder der Religion resultieren, kulturelle und geschlechtsspezifische Besonderheiten oder Diversitäten in den Begabungen sollen, ebenso wie Unterschiede in der sexuellen Orientierung, je als gleichwertig respektiert werden. Wer kann dagegen sein? Schließlich verweist selbst das Grundgesetz mit Artikel 2 auf den großen humanistischen Traum, jeden Menschen zugleich als individuell anders und dennoch gleichberechtigt zu akzeptieren. Dennoch: Vertreterinnen und Vertreter aller Minderheiten wissen ein Lied davon zu singen, wie schwer es ist, akzeptiert zu werden. Gruppen schließen sich zusammen, um ihre Rechte durchzusetzen. Betroffenenverbände agieren nebeneinander und nicht selten aneinander vorbei. Communities entstehen, in denen die je eigene Besonderheit zur Normalität wird. Jede(r) Beauftragte, jede Gleichstellungsstelle und jeder Integrationsrat ist ein Beleg dafür, wie schwer es fällt, die Idee von Diversity gemeinsam mit Leben zu füllen.

Besonders schwer ist es für diejenigen, die in mehr als einer Hinsicht anders sind: Schwule Migranten und lesbische Migrantinnen etwa. Wer weiß schon, was es heißen könnte, als schwuler Türke oder lesbische Russin in Deutschland akzeptiert zu werden? Die meisten Homosexuellen mit Zuwanderungshintergrund fühlen sich in der schwul-lesbischen Szene nicht zu Hause. Aber ein Outing gegenüber der Familie oder der Community kommt auch nicht in Frage. Sie leben versteckt, isoliert oder scheinbar angepasst und mit außerordentlich fragilen Lebensentwürfen. Und das, obwohl für viele von ihnen gerade die Verfolgung und Diskriminierung von Homosexuellen in den Heimatländern der Grund für die Migration nach Deutschland war.

Um dem Dilemma von doppelter Diskriminierung und Scheinidentitäten zu entkommen und politisch aktiv zu werden, engagieren sich homosexuelle Jugendliche und Erwachsene mit Migrationshintergrund seit vielen Jahren im Lesben- und Schwulenverband (LSVD). 1996 wurde in Köln die erste TürkGay&Lesbian Selbsthilfegruppe gegründet. Wenig später gab es dann auch TürkGay&Lesbian Ruhrgebiet, TürkGay&Lesbian Nord sowie weitere Gruppen in Aachen, Augsburg, Berlin und Stuttgart. Schon 1999 erfolgte

die Gründung von Ermis, der griechischen lesbisch-schwulen Community im LSVD. Inzwischen meldet sich mehr und mehr auch die russischsprachige Community zu Wort. Wer hätte gedacht, dass es allein in Berlin mindestens drei Treffpunkte für Lesben und Schwule aus den Staaten der ehemaligen UdSSR gibt? In Köln heißt die Gruppe Soyuz und bereitet gerade ihren Internetauftritt vor. Inzwischen gibt es schwul-lesbische Treffpunkte für Jugendliche und junge Erwachsene mit Migrationshintergrund sowie Angebote zur Beratung und Selbsthilfe nicht mehr nur in Köln und Berlin, sondern an vielen Orten (Adressen s.u.).

Aber Homosexualität ist nicht nur ein Thema für Jugendliche und junge Erwachsene. Zwar gibt es immer noch viel zu wenig Angebote zur Aufklärung in Schulen und in der Jugendarbeit. Aber die meisten Menschen leben in und mit Familien. Deshalb muss die Familie mitgedacht werden. Und: Homosexualität ist nicht nur ein Thema für Lesben und Schwule. Wie die Gesellschaft mit denen umgeht, die in der Minderheit sind, welche Rollenerwartungen für Frauen und Männer bestehen und nicht zuletzt, was angeblich akzeptiert, aber de facto nicht erlaubt ist, sollte eigentlich alle angehen – zumindest alle, die meinen, Diversity oder Selbstbestimmung seien Werte, für die sich ein Engagement lohnt.

## Für Familien ist Homosexualität kein Thema?

„Homosexualität als Thema in Migrationsfamilien“ ist der Name des Modellprojektes, das der LSVD seit Anfang 2005 in Berlin durchführt. Ziel des Projektes, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) unterstützt wird, ist die Aufklärung und Sensibilisierung von Familien mit Migrationshintergrund. Zielgruppen der Arbeit sind die türkisch-kurdische, die polnische und die russischsprachige Community. In diesen häufig sehr traditionell orientierten Gemeinschaften ist Homosexualität nahezu vollkommen tabuisiert.

Die meisten Menschen meinen, Homosexualität sei für Familien kein Thema, dabei leben viele Mädchen und Jungen über Jahre mit der Angst oder der Gewissheit, homosexuell zu sein und können sich niemandem anvertrauen.

Hin und wieder fallen Bemerkungen, die so dahingesagt werden. Man spricht über Carsten Flöter aus der Lindenstraße oder den berühmten Sänger Zeki Muren. Wenn ein Kind glaubt, es könnte homosexuell sein, wird es genau hinhören: Was sagen der Vater oder die Mutter, wenn über Lesben und Schwule geredet wird? Es sind oft unbedachte Bemerkungen, die darüber entscheiden, ob sich ein Kind den Eltern anvertraut.

Die in Deutschland gesellschaftlich propagierte Toleranz gegenüber Homosexuellen hat die Familien bisher noch kaum erreicht. Etwa zwei Drittel aller Eltern in der BRD fänden es schlimm, wenn die Tochter oder der Sohn homosexuell wäre. Untersuchungen und Berichte von Betroffenen zeigen immer wieder, dass die massivsten Formen der Abwertung von Eltern und engen Verwandten kommen. Auf die Familie als emotionale Stütze müssen viele Schwule und Lesben verzichten: Das homosexuelle Outing geht in aller Regel mit Misstrauen bis hin zum Bruch mit den Eltern einher.

### **Schwule Migranten und lesbische Migrantinnen: Ohne Familie geht es nicht**

Die Herausforderungen der Migration bewirken eine Stärkung der familiären Bindungen. Das ergibt sich daraus, dass Migration weniger ein individuelles Projekt als vielmehr ein familienorientierter Prozess ist. Auch die rechtlichen Regelungen zur Einwanderung und Einbürgerung orientieren sich an verwandtschaftlichen Strukturen. Zudem werden soziale Probleme und ökonomische Angelegenheiten familienorientiert bewältigt. Die Migrationsfamilie steht nicht nur für die Mutter, den Vater, die Geschwister und die Verwandten, sondern für Heimat, soziale Zusammenhänge, ökonomische Sicherheit und kulturelle Identität.

Junge Migrantinnen und Migranten akzeptieren im Allgemeinen die Werte und Normen ihrer Eltern, versuchen sie aber im Alltag doch immer wieder zu unterlaufen. Die Familie wird so zum Ort der Auseinandersetzung um Werte, Normen und Lebensstile. Die Sehnsucht nach den Freiheiten, die Schulkameraden und Freunde/Freundinnen ganz selbstverständlich genießen, stellt die traditionellen Werte und die Autorität der Eltern auf eine harte Probe. Mädchen wie Jungen sind zwischen dem Wunsch nach einer selbstbestimmten Lebensführung und dem Wunsch, den Ruf der Familie nicht zu gefährden, hin und her gerissen. Die Innovationen, die junge Migrantinnen und Migranten in ihre Familien und die Migrations-Communities tragen, werden durch die Tabuisierung des Themas Sexualität begrenzt.

Traditionelle Rollenerwartungen, vermeintlich religiöse Gebote, Angst und mangelndes Selbstbewusstsein führen dazu, dass im Alltag über Sexualität nicht gesprochen wird. Viel zu oft gelten Homosexualität und eine selbstbewusste Darstellung weiblicher Sexualität als eine Schande für die ganze Familie. Ein Outing auf Kosten familiärer Zusammenhänge scheint oft nicht möglich. Die persönliche, ökonomische und soziale Verbundenheit gegenüber der Community ist einfach zu wichtig.

Wir meinen: An Homosexualität muss eine Familie nicht auseinanderbrechen. Aber allzu häufig geht ein homosexuelles Outing mit dem Bruch der familiären Bindungen oder mit ungewollten Eheschließungen einher. Wo die Familie zugleich ein Ersatz für die Heimat ist, wird die homosexuelle Identität zu einer schweren Prüfung für alle Beteiligten.

Deshalb brauchen auch Erwachsene Informationen zum Thema Homosexualität. Es ist wichtig, Eltern, Großfamilien und Verwandte in die Aufklärungsaktionen einzubeziehen. Die Veranstaltungen des LSVD-Projektes für Migrationsfamilien richteten sich daher ausdrücklich nicht nur an Betroffene, sondern an das gesamte familiäre Umfeld.

### **Selbstreflexion statt Belehrung**

Oftmals wird befürchtet, der LSVD wolle in den Veranstaltungen heterosexuellen Menschen beibringen, wie man am besten mit Homosexuellen umgeht. Tatsächlich aber schaffen wir durch Methoden wie Rollenspiele oder Quizfragen eine Gesprächssituation, die Raum für die Exploration der eigenen Einschätzungen lässt. Selbstreflexion statt Belehrung ist unser Motto. „Was tun, wenn Ümit schwul ist?“ Wenn das LSVD-Team diese Frage an Mütter und Väter richtet (siehe Seite 20), ist sie nicht Teil einer Prüfung, die es zu bestehen gilt. Vielmehr übernimmt eine Person aus der Gruppe die Rolle eines Elternteils, das Probleme mit dem homosexuellen Sohn hat. Diese Person bittet die anderen um Rat: „Was würdet ihr mir empfehlen, zu tun?“ Die Teilnehmenden werden zu Akteurinnen und Akteuren. Sie setzen die Bedingungen der Diskussion, einer gründlichen und ehrlichen Erforschung ihrer eigenen Gedanken, Gefühle und Erfahrungen. Das ist nicht immer schön und sicherlich für viele nicht einfach, aber ein notwendiger Schritt für Verständnis und Respekt.

In diesen Veranstaltungen berichten Migrantinnen häufig von Problemen aufgrund des dominanten Einflusses von Religion. Auch wenn die Einzelnen bereit sind, Homosexuelle zu akzeptieren, bleiben die Reaktionen in Deutungsmustern verfangen, die Abgrenzung verlangen. Es scheint so, als würde die Spannung zwischen Tradition und Moderne auch die Wahrnehmungen und Emotionen spalten. Dabei ist die Dominanz von homosexualitätsfeindlichen oder traditionellen religiösen Auffassungen kein Kennzeichen einer bestimmten Ethnie oder Religion. Entscheidend ist vielmehr, ob es im Alltag der Familien Vorbilder für eine tolerante, aufgeklärte Form der Tradition gibt. Das gilt für den Islam ebenso wie für die römisch-katholische Kirche. Solange solche Vorbilder fehlen, ist der Respekt gegenüber Homosexuellen ausschließlich eine persönliche Angelegenheit, die häufig gegen Autoritäten vertreten werden muss. Auch das verdient Respekt.

### **Was denken junge Menschen – die Eltern von morgen?**

Es gibt in Deutschland keine systematische Form von Aufklärung über Homosexualität in und für Migrationsfamilien. Derzeit kann nicht einmal auf wissenschaftliche Erkenntnisse über Ausprägungsformen und Hintergründe zurückgegriffen werden. Aus der Arbeit mit homosexuellen Migrantinnen und Migranten sind viele individuelle Schicksale bekannt. Diese Erfahrungen lassen vermuten, dass die Ablehnung von Homosexualität in den vornehmlich traditionell ausgerichteten großstädtischen Migrations-Communities häufig tragische Formen annimmt. In den Beratungen werden immer wieder Suizidversuche, Gewalt und erzwungene Eheschließungen thematisiert. Aber das sind Einzelfälle, die keine Grundlage für Verallgemeine-

### Was tun, wenn Ümit schwul ist?

Türkeistämmige Mütter und Großmütter nähern sich dem Tabuthema Homosexualität

25 türkische Frauen, die alle nicht in Deutschland geboren sind, nehmen an der Veranstaltung des LSVD teil. Sie verstehen zum Teil deutsch, sind aber nicht gewohnt, komplizierte Themen in der deutschen Sprache zu erörtern. Einige, so ist zu vermuten, tun sich mit dem Schreiben schwer, das Durchschnittsalter liegt etwa bei 45. Sie kommen aus Städten und vom Land, sind in der Mehrzahl nicht besonders religiös. Keine der Anwesenden trägt Kopftuch. Sie repräsentieren das bürgerliche Milieu der türkisch-kurdischen Community: weder sehr arm, noch sehr wohlhabend. Die Atmosphäre ist freundlich, neugierig.

Schwule Söhne und lesbische Töchter stellen Eltern vor ein Problem. Gefragt, was sie tun würden, wenn ihr Sohn schwul wäre, oder was sie anderen empfehlen würden, sind die meisten ratlos. Azize Tank, Migrationsbeauftragte aus Berlin-Charlottenburg-Wilmersdorf, spielt die Mutter Sevinç, die ihre Freundin um Rat bittet, weil der Sohn schwul ist. Schnell kommt der Vorschlag auf, man solle doch einen Psychologen fragen. Ja, der Psychologe soll helfen, die Homosexualität zu ändern. Der Vorschlag wird häufig gemacht. Viele vermuten auch, Homosexualität sei so etwas wie eine hormonelle Störung. Die Gäste vom LSVD klären dieses Vorurteil auf, indem sie auf Versuche und Ergebnisse von hormonellen Behandlungen verweisen (weibliche Hormone machen Schwule weiblicher, den Männern wachsen dann Brüste. Männliche Hormone verstärken den Sexualtrieb, aber die Ausrichtung der Libido auf Männer lässt sich nicht verändern). So geht die Suche nach einer Autorität weiter: Genannt werden der Arzt und später auch der Imam.

„Ist es angeboren? Ist es gottgewollt? Dann müssen wir es akzeptieren. Aber wie damit umgehen? Woher sollen wir wissen, was zu tun ist, niemand spricht über Homosexualität.“ Immer häufiger werden Rückfragen an Azize Tank gestellt: „Wie war Ümit als Kind? Hat er mit Puppen gespielt? Hast du ihn oft genug zu den Mädchen geschickt?“ Azize macht deutlich, dass eine „falsche“ Erziehung nicht die Ursache für Homosexualität ist.

Stück für Stück nähern sich die Frauen dem schwierigen Problem. Immer persönlicher werden die Reaktionen. Eine nach der anderen versucht, sich das undenkbbare vorzustellen: „Was würde ich tun, wenn mein Sohn schwul wäre?“ Zur Ratlosigkeit kommt der Schock hinzu. Alle sagen, sie wären sehr, sehr traurig. Azize Tank hakt nach und bittet die Mütter zu erläutern, warum. Nun werden die Ängste deutlich. Die Familie würde auseinanderbrechen, man könnte nicht mehr gemeinsam feiern, die Verwandten würden es nicht akzeptieren. Und dann der Vater – brachiale, schlimme Reaktionen befürchtet man von der männlichen Seite. Streit zwischen den Eltern ist zu erwarten. Ja, vielleicht ein Kampf zwischen Mutter und Vater um die Akzeptanz des Sohnes. Und dann ist plötzlich klar, was zu tun ist: Wir müssen zu unseren Kindern stehen, egal was die anderen sagen.

Am Ende wollen viele der Mütter mehr Informationen. Die mitgebrachten Broschüren („Kai ist schwul, Murat auch“ in deutscher und türkischer Sprache) werden den Gästen vom LSVD aus den Händen gerissen. Das Interesse ist geweckt. Die Diskussion dauert zwei Stunden, die Fragen aber werden die Anwesenden noch sehr lange bewegen.

rungen liefern. Denn Menschen, die keine Probleme haben, suchen keine Beratung auf. Dramatisierungen sind weder angebracht noch hilfreich. Vielmehr ist es für die Arbeit wichtig, die Zusammenhänge zu kennen. Einstellungen zu Homosexualität werden durch persönliche Erfahrungen, das gesellschaftliche Umfeld und Werte beeinflusst. Auch anti-homosexuelle Impulse speisen sich aus diesen Quellen.

Wer Rezepte zur nachhaltigen Aufklärung entwickeln will, muss wissen, welche Hintergründe und Erfahrungen die positiven oder negativen Einstellungen zu Homosexuellen beeinflussen. Der LSVD hat deshalb in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) eine Studie in Auftrag gegeben, die eine wissenschaftlich fundierte „Landkarte“ der zentralen Aspekte von Einstellungen zu Homosexualität skizzieren soll. Mit der Leitung der Studie wurde Prof. Dr. BERND SIMON vom Institut für Psychologie, Lehrstuhl für Sozialpsychologie und Evaluation der Universität Kiel betraut.

Denken Migrantinnen und Migranten, die aus der Türkei oder der ehemaligen UdSSR stammen, anders über Lesben und Schwule als eine deutsche Vergleichsgruppe? Das Untersuchungsdesign verknüpft geschlechtsspezifische Ansätze mit sozialpsychologischen Fragestellungen. Persönliche Interviews und umfangreiche Stichproben werden aussagekräftige Daten liefern. Die Untersuchung richtet sich an junge Menschen, weil sie die Eltern von morgen sein

werden. Das wissenschaftliche Team befragt Mädchen und Jungen zwischen 14 und 20 Jahren insbesondere aus Gesamtschulen und Gymnasien in Berlin zu ihrem Verständnis von Geschlechterrollen, der Bedeutung von Religion sowie nach den Daten zur In-beziehungsweise Exklusion<sup>1</sup>.

Die Studie ist von Intention und Umfang her nicht als repräsentative Umfrage zur Verbreitung anti-homosexueller Einstellungen angelegt. Es wird keine repräsentative Zustandsbeschreibung darüber geben, wie viele der Jugendlichen Homosexuelle akzeptieren und wie viele Schwule oder Lesben ablehnen. Das Ziel der quantitativen Studie ist vielmehr, die Zusammenhänge zwischen anti-homosexueller Einstellung einerseits und religiösen und ethno-kulturellen Wertvorstellungen oder Rollenbildern andererseits aufzuzeigen. Mit Blick auf Interventions- und Präventionsarbeit ist es von vorrangiger Bedeutung, statistisch belastbare Erkenntnisse zu möglichen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen zu bekommen. Erste Ergebnisse der Untersuchung sind ab April 2007 zu erwarten.

<sup>1</sup> Dies umfasst Fragen zum sozialen und ökonomischen Status der Familie, der Art und dem Umfang von sozialen Kontakten zu Deutschen sowie andere Items, die den Grad der Integration betreffen.

## Nachahmung erwünscht!

Zielsetzungen des Projektes sind Enttabuisierung und Aufklärung als Beiträge zur Integration und Stärkung familiärer Bindungen. Ein gender- und ethnisch gemischtes Team organisiert beispielsweise, in Kooperation mit Migrationsbeauftragten, Migrations- oder Stadtteilprojekten, Workshops oder Gesprächsnachmittage für Mütter, Großmütter und Väter aus unterschiedlichen Kulturen. Kooperation ist ein Markenzeichen des Projektes. Sie legt die Grundlage für den gleichberechtigten Dialog zwischen den Kulturen und den Austausch von Know-how. So ist es möglich geworden, zielgruppenspezifische und kultursensible Instrumente der Aufklärung zu entwickeln.

Mit rund 40 Veranstaltungen im Zeitraum von Januar 2005 bis September 2006 ist das Projektteam dieser Aufgabe nachgegangen. Für viele Migrantinnen und Migranten waren diese Stunden der erste Kontakt mit dem Thema Homosexualität. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, viele Mütter und einige Väter hatten so Gelegenheit, sich dem Thema über Fragen und Diskussionen im vertrauten Kreis zu nähern. In zahlreichen Expertengesprächen konnte die Lebenssituation von homosexuellen Migranten/Migrantinnen angesprochen und auf Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen werden. Multiplikatorinnen, Multiplikatoren und immer mehr Eltern wenden sich mit der Bitte um Rat und Aufklärung an das Projektteam. Grundlage der Arbeit ist dabei die enge Kooperation mit den diversen Communities und freien Trägern.

Das Thema Homosexualität ist, wie andere Tabuthemen auch, mit Angst besetzt. Pädagogen/Pädagoginnen, Berater/Beraterinnen und andere Multiplikatoren/Multiplikatorinnen scheuen sich daher in der Regel, das Thema anzusprechen. Sie wollen weder die anderen Familien noch die Betroffenen abschrecken. So wird das Tabu stabilisiert. Deshalb ist es wichtig, andere Personen zu ermutigen, sich an der Aufklärung zu beteiligen. Wir im Projekt stehen mit Rat und Tat zur Verfügung, damit die Idee vervielfältigt werden kann und werden 2007 ein Online-Handbuch erstellen. Darin werden die von uns entwickelten Module und die Hintergründe erläutert: Welche Rahmenbedingungen zu beachten sind, mit welchen Methoden Tabus angesprochen und wie die häufig gestellten Fragen beantwortet werden können. Nicht nur unsere Partnerinnen und Partner, sondern auch andere Multiplikatoren und Multiplikatorinnen sind so zur Nachahmung aufgefordert.

*Renate H. Rampf*



Renate Heike Rampf ist Diplom-Sozialpädagogin und Magistra der Philosophie. Sie arbeitet beim Lesben- und Schwulverband in Deutschland (LSVD) als Pressesprecherin und leitet das Projekt „Homosexualität als Thema in Migrationsfamilien“ seit 2005.

### **Kontakt:**

LSVD Familien- und Sozialverein  
Willmannsdamm 10  
10827 Berlin  
Renate.Rampf@lsvd.de

### **Kontaktadressen und Informationen:**

**www.migrationsfamilien.lsvd.de**  
Mehrsprachige Internetseite des LSVD-Projektes „Homosexualität als Thema in Migrationsfamilien“, Berlin: Aufklärung, Beratung und Selbsthilfe zum Thema Homosexualität mit Angeboten speziell für Migrationsfamilien.

Renate H. Rampf (Projektleitung),  
Ilka Borchardt (Koordination)  
Postfach 30 21 34, 10752 Berlin  
migrationsfamilien@lsvd.de  
Telefon (030) 78 954 773

### **www.lsvd.de**

LSVD Bundesverband: Der Lesben- und Schwulverband in Deutschland (LSVD) ist die größte Bürgerrechtsorganisation und Interessenvertretung für Lesben und Schwule in Deutschland

### **www.berlin.lsvd.de**

LSVD Berlin-Brandenburg.  
Landesverband des LSVD mit den Projektschwerpunkten Regenbogenfamilien und Migration  
Telefon (030) 225022 15

### **www.koeln.lsvd.de**

LSVD Ortsverband Köln, Beratung für lesbische und schwule Migrantinnen und Migranten

Fabian Spies (Beratung)  
Telefon (0221) 2584854 (Mi 18–20 h)  
Ilka.Borchardt@lsvd.de

Gesprächskreis für russischsprachige Lesben in Berlin  
soyuz@lsvd.de

Soyuz Selbsthilfegruppe für russischsprachige Lesben und Schwule in Köln

### **www.ermis.de**

ERMIS, die griechische lesbisch-schwule Community im LSVD

### **www.tuerkgay.com**

TürkGays & Lesbians im LSVD  
tuerkgay-berlin@lsvd.de  
Telefon (030) 22 50 22 17

### **www.befah.de**

Bundesverband der Eltern, Freunde und Angehörigen von Homosexuellen (BEFAH). Bundesweiter Ansprechpartner für Beratung und Selbsthilfe betroffener Familienangehöriger

---

# Türkische Männer der ersten Generation in Deutschland – alles bekannt und doch völlig unbekannt<sup>1</sup>

## Auf der Grundlage von 20 Intensivinterviews mit türkischen Männern der ersten Einwanderergeneration gibt die Autorin Aufschluss über die Entstehung, Entwicklung und Tradierung familienbezogener männlicher Identitäten und Einstellungen zu Partnerschaft und Erziehung der Kinder.

Über kaum eine Migrantengruppe wurde so viel geforscht und veröffentlicht wie über die Menschen, die aus der Türkei nach Deutschland kamen. Die Literatur zu Frauen und Mädchen aus der Türkei, den Familienstrukturen, dem Ausbildungsverhalten, dem Sexualleben füllen ganze Bibliotheken. Und es entsteht leicht der Eindruck, über diese Personen sei nun aber auch wirklich alles gesagt, was es zu sagen gibt. Umso erstaunlicher ist es, dass es immer wieder neue Forschungen gibt, die ein scheinbar ganz neues Bild entwerfen. Ich erinnere hier an die letzten Veröffentlichungen von NECLA KELEK (2005) und den Wirbel, den ihre Thesen zu Zwangsheiraten in der bundesdeutschen Debatte ausgelöst haben. In der gesamten Literatur fällt auf, dass die Männer seltsam „blass“ bleiben und eher negativ konnotiert werden. Der Grund hierfür liegt sicherlich darin, dass in den vergangenen Jahren der Fokus der Wissenschaft verstärkt auf den soziokulturellen Lebensbedingungen der migrierten Frauen und Mädchen gelegen hat. Doch gilt wirklich die Aussage, dass all die Forschung, die nicht explizit Frauen und Mädchen zum Inhalt hat, automatisch Männerforschung ist?

Obgleich es keine explizite Forschung über die Männer der ersten Generation gibt, existiert in weiten Kreisen der Wissenschaft und auch in der Öffentlichkeit ein sehr klares Bild des türkischen Mannes und insbesondere der Vätergeneration, der sogenannten „ersten Generation“. In Studien über Frauen und Mädchen und in Praxisberichten meist deutscher Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen wird kein positives Bild dieser Männer gezeichnet. Sie gelten als

- autoritär und aggressiv,
- unterdrückten Ehefrau und Töchter,
- erscheinen unfähig, sich einer modernen Gesellschaft anzupassen,
- lehnten die Moderne mit ihren unterschiedlichen Lebensentwürfen ab und erscheinen sogar bereit, im Namen der Ehre zu töten.

So wenig über die türkischen Männer der ersten Generation bislang geforscht wurde, so rücken sie doch seit den Achtzigerjahren als Rentner verstärkt in den Fokus der Öffentlichkeit. Doch auch hier bleibt das skizzierte Bild ein düsteres:

1. Sie sind krank, da sie in ihrer produktiven Zeit in gesundheitsschädigenden Tätigkeitsbereichen gearbeitet haben.
2. Sie sind einsam, da sie sich von ihren Kindern entfremdet haben.
3. Sie sind hilfsbedürftig, da niemand da ist, der sich um sie kümmert.
4. Sie sind arm, da die Rente nicht ausreicht (vgl. SCHULTE 1993, S. 29ff.).
5. Sie sind von der deutschen Gesellschaft isoliert, da sie sich im Alter auf ihre eigene Ethnie rückbesinnen und der Kontakt zu Deutschen, falls je vorhanden, immer weiter abnimmt (vgl. DIETZEL-PAPAKYRIAKOU 1990, S. 347f.).
6. Sie sind heimatlos, da sie weder in Deutschland noch in der Türkei zu Hause sind (Stichwort: Dilemma des Pendelns, vgl. DIETZEL-PAPAKYRIAKOU 1993, S. 46).
7. Sie sind frustriert und am Leben gescheitert, da der große Lebensraum, nämlich mit dem Erreichen des Rentenalters in die Türkei zurückzukehren, gescheitert ist.

Betrachtet man, woher all diese Aussagen kommen, so ist es interessant festzustellen, dass es beinahe keine einzige qualitative Arbeit gibt, die die Männer der ersten Generation selbst zu Wort kommen lässt. So entsteht, was ich als ein „second-hand-images“, als „Bilder aus zweiter Hand“ bezeichnet habe. Das Wissen um die Lebensumstände der Migranten stammt entweder aus den Aussagen ihrer Frauen und Kinder, aus den Beobachtungen überwiegend deutscher Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder gar aus dritter Hand, wenn Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen sich auf das verlassen, was ihnen Dritte über die Zielgruppe gesagt haben.

Die Idee zu dieser Arbeit entstand aus meiner eigenen Erfahrung und Neugierde heraus. Privat hatte ich zahlreiche Väter türkischer Freundinnen und Freunde kennengelernt,

<sup>1</sup> Der Beitrag fasst relevante Artikel der Monografie „Türkische Migranten der ersten Generation erzählen ihre Geschichte“, transcript Verlag, 2002, zusammen. Er entspricht ferner in weiten Teilen einem Vortrag, den ich im Dezember 2005 für die Heinrich-Böll-Stiftung in Berlin gehalten habe und der von der Stiftung publiziert wird.

die so gar nicht in das Bild des türkischen Mannes passen wollten. Sie waren weder autoritäre Familienpatriarchen noch waren sie hilflos, einsam und verbittert. Ihr Leben wurde auch nicht maßgeblich durch das „Dilemma des Nichtmehr-zurückkehren-Könnens“ bestimmt, wie es DIETZEL-PAPAKYRIAKOU in ihren Arbeiten so eindringlich beschreibt. Vielmehr nahmen diese Männer regen Anteil an der Entwicklung ihrer Kinder und hatten sich auch sehr intensiv und reflektiert mit ihrer Situation in Deutschland auseinandergesetzt.

Untersucht habe ich die Entstehung, Entwicklung und Tradierung familienbezogener männlicher Identitäten<sup>2</sup> im lebensgeschichtlichen Kontext, um so die herrschende Vorstellung in der deutschen Migrationsforschung über die Männer der ersten Generation mit den Ergebnissen dieser empirischen Arbeit zu konfrontieren und damit möglicherweise Anstöße für eine differenziertere Form der Darstellung türkischer Männer (nicht nur der ersten Generation) zu liefern.

Im gegenwärtigen Migrationsdiskurs bezogen auf Menschen aus der Türkei überwiegt zurzeit die Debatte um Zwangsverheiratungen und Ehrenmorde. Es sind die Männer der ersten Einwanderungsgeneration, die für diese Menschenrechtsverletzung verantwortlich gemacht werden. Verfolgt man die gegenwärtigen Debatten, kann man sich oft nur verwundert fragen, wie es überhaupt auch nur einem Mädchen aus einer Familie, die einst aus der Türkei zugewandert ist, gelingen kann, ein selbstbestimmtes, glückliches, erfülltes Leben zu führen, eine Ausbildung oder ein Studium zu absolvieren und den Partner zu heiraten, den sie selbst sich ausgesucht hat – wenn doch Scharen männlicher Verwandter, vom Bruder, dem Cousin über den Vater und den Onkel und nicht zu vergessen das gesamte nachbarschaftliche männliche Umfeld daran arbeiten, sie in ein starres, überholtes Rollenschema zu pressen, sie gegen ihren Willen zu verheiraten und an den Haushalt zu fesseln. Vielleicht etwas überspitzt formuliert, aber im Kern trifft es den Punkt. Die Debatte ist einseitig. Und wieder kommen nicht die Männer zu Wort, die es angeht.

Dieser Beitrag wird daher die erste Generation zu Wort kommen lassen. Denn erst wenn klar ist, welche Partnerschaftsvorstellungen diese Männer haben und wie sie selbst ihre Ehepartnerin ausgesucht haben, kann man die derzeitigen Debatten verstehen und differenzieren. In 20 problemzentrierten qualitativen Interviews mit stark biografischem Anteil untersuchte ich die familienbezogenen Männlichkeitsvorstellungen der Befragten. Dabei ging es mir um ihre Sichtweise als Sohn in der Türkei, als Ehemann und Vater in der Türkei und als Ehemann, Vater und Sohn (nun im Erwachsenenalter) in Deutschland.

Die Einzelfallanalysen erlaubten es, die relevanten Vergleichsdimensionen herauszuarbeiten. Es zeigte sich, dass familienbezogene Männlichkeiten für alle Interviewten eine große Rolle spielen. Diese Männlichkeiten wurden in den Erzählsituationen deutlich, in denen die Interviewten über ihre Kindheit, ihre Ehe, ihre Vaterschaft und über die Interaktion mit der (Groß-)Familie berichteten. Die Auswertung der Einzelfallanalyse warf eine Vielzahl an Fragen auf:

- Ändern sich die Vorstellungen von familienbezogenen Männlichkeiten und die Selbstpositionierung? Wenn ja, warum? Wenn nein, was sind die Gründe?
- Bei welchen Männern ändern sich diese Vorstellungen und warum?
- Welche Rolle spielt dabei die Sozialisation in der Türkei und welche Rolle das Leben in Deutschland?
- Wird die eigene Männlichkeit reflektiert?
- Welchen Einfluss hat(te) das türkische und das deutsche Umfeld auf die Einstellungen zu und die Reflexion über (eigene) Männlichkeiten?
- Stellte die Migration einen Bruch mit dem zuvor Gewesenen dar? Ermöglichte sie vielleicht erst eine Form von Kontinuität oder den Beginn von etwas Neuem?
- Entschieden sich die untersuchten Männer in einem bewussten oder einem unbewussten Prozess für die eine oder die andere Form familienbezogener Männlichkeiten?

Meine Untersuchung richtete sich nun auf die Frage, welchem Modell die Männer vor der Migration nach Deutschland verhaftet waren, ob ein Wandel durch das Leben in Deutschland stattfindet und wenn ja, ob dieser Wandel thematisiert wird. Hilfreich waren in diesem Fall die von KAGITCIBASI im Zusammenhang mit Familienforschung entwickelten Modelle der „Interdependence“ (Modell der Abhängigkeit), der „Independence“ (Modell der Unabhängigkeit) und der „Emotional Interdependence“ (Modell der Emotionalen Abhängigkeit). Das Modell der Abhängigkeit ist durch sehr starken Familienzusammenhalt gekennzeichnet. Das Individuum lebt mit, durch und in der Großfamilie, die als Produktionseinheit gesehen wird. Ehen dienen dem Gesamthaushalt. (Viele) Kinder sind nötig, um das Überleben im Alter zu sichern – ein kollektivistisches Prinzip. In der Kindererziehung ist Gehorsam ein zentraler Wert.

Demgegenüber zeichnet sich das Modell der Unabhängigkeit durch eine individualistische Struktur aus. Die Kleinfamilie hat die Großfamilie abgelöst. Kinder werden individuell erzogen und dienen nicht mehr dem Überleben der Familie. Ehen werden nach persönlichen Neigungen auf individueller Basis geschlossen.

Das Modell der Emotionalen Abhängigkeit stellt eine Mischform aus den beiden anderen Modellen dar.

Keiner der von mir befragten Männer hat vom Modell der Emotionalen Abhängigkeit zum Modell der Unabhängigkeit gewechselt. Für die Männer, die bereits das Modell der Abhängigkeit gegen das der Emotionalen Abhängigkeit eingetauscht haben, wäre dies ein zu großer Sprung gewesen. 14 Männer leben auch in der Migration das Modell weiter, das sie bereits in der Türkei gelebt haben. Für die sechs Männer, die dem Modell der Abhängigkeit zuzuordnen sind, bedeutet dies eine erhebliche Balance zwischen dem eigenen gelebten Modell und dem des Umfeldes. Mehr als bei allen anderen Männern gibt die Religion den nötigen Halt in einer sich wandelnden Welt, in der sich auch die eigenen Kinder verändern. Gerade im Zusammenhang mit den Kindern müssen die Väter immer wieder unerwünschte Kompromisse schließen. Besonders im Alter würde eine Änderung des eigenen Modells zu erheblichen Statusverlusten führen. Die Überzeugung, die eigenen Anstrengungen als Vater von den Kindern positiv vergolten zu bekommen, lässt stark an diesem Modell festhalten.

Die Migration spielt bei diesem Typ in zweierlei Hinsicht eine Rolle. Sie erlaubt es, an der Vorstellung festzuhalten, in der Türkei sei alles noch „beim Alten“, das heißt die aus

<sup>2</sup> In dieser Untersuchung ging es nicht um die Identität als Arbeiter, als religiöser Mensch oder als politisch aktives Mitglied der Gesellschaft. Im Vordergrund standen vielmehr die Aussagen der Männer zu Identität und Familie.

der Jugend bekannten Herrschaftsstrukturen hätten ihre Gültigkeit beibehalten. Sehr deutlich wird dies bei Herrn Hacıoglu, der auch dann noch an der Vorstellung einer heilen dörflichen Welt festhält, als es schon längst zu massiven Konflikten mit seinen in der Türkei lebenden Söhnen gekommen ist, die die Autorität des Vaters nicht mehr anerkennen. Die Migration verdeutlicht andererseits aber auch den Statusverlust, den man als ausländischer Mann und als alter Mensch in Deutschland erfährt. Beide Erfahrungen führen zu einer erneuten Zuwendung zu einem Modell, in dem gerade dieser Personengruppe (ältere Männer) besonderer Respekt entgegengebracht wird.

Die Migration kann also nicht als genereller Bruch im Leben der befragten Männer bewertet werden. In einigen Fällen ist es erst die Migration, die es ermöglicht, eigene Vorstellungen und Wünsche zu leben.

Die Männer des Modells der Unabhängigkeit haben einerseits die geringsten Probleme, sich in dem hiesigen Umfeld zurechtzufinden. Gerade diese vermeintliche Gleichheit lässt sie aber feine Sensoren für die ungleiche Behandlung von Ausländerinnen und Ausländern in der deutschen Gesellschaft entwickeln. Insbesondere die Zukunft der eigenen Kinder in der Bundesrepublik stellt immer wieder ein Thema dar, das Beunruhigung und Angst auslöst und ein starkes Ohnmachtsgefühl gegenüber der ungerechten Behandlung hervorruft. Gleichzeitig ist die Offenheit gegenüber der Aufnahmegesellschaft daran erkennbar, dass in dieser Gruppe die meisten deutschen Schwiegerkinder auftreten. Kein Kind aus der Gruppe des Modells der Abhängigkeit hingegen hat eine/n deutsche/n Partner/in. Die Migration nach Deutschland stellt für die Männer, deren eigene Erziehung bereits im Modell der Unabhängigkeit verlaufen ist, keinen Bruch dar. Allerdings ändert sich die Anerkennung durch das Umfeld. Sowohl Herr Çınar als auch Herr Fener thematisieren den plötzlichen Statusverlust, den sie in Deutschland erlebt haben.

Für einige Männer hingegen ermöglicht erst die Migration, dass sie ihre erwünschte und gewählte Lebensform leben können. Erst in Deutschland schafft es Herr Polat, sich von seiner ersten Frau scheiden zu lassen, und Herr Volkan kann erst hier ein selbstbestimmtes Leben führen.

Fünf Männer haben im Laufe ihres Lebens einen Wandel von einem Modell in ein anderes durchlebt. Ein Teil der Männer hat diesen Prozess bewusst herbeigeführt, meist bedingt durch negative Erfahrungen in der eigenen Jugend (kein Zugang zu Bildung, Arbeiten im frühesten Kindesalter, erzwungene Heirat, Angst vor dem Vater, Gefühl der Unwissenheit). Die daraus gezogenen Lehren gelten als Maßgaben für die Erziehung der eigenen Kinder. Oft wurde die Auseinandersetzung mit den Werten und Normen der eigenen Jugend erst durch die Migrationserfahrung angestoßen. In der Auseinandersetzung mit dem deutschen Umfeld wurde das eigene Verhalten kritisch hinterfragt und danach geändert. Vor allem die Kinder sind es hier, die von einem partnerschaftlichen Verhalten gegenüber ihren Vätern profitieren. Am stärksten profitiert jedoch das Verhältnis zwischen den Eheleuten von diesem Wandel. Die Stellung der Frau wird gleichberechtigter und das Paar handelt stärker gemeinsam.

Aber nicht immer ist es das erklärte Ziel, alles anders zu machen, als man es in seiner Jugend selbst erfahren hat. Das Beispiel von Herrn Korkmaz zeigt deutlich, dass er verbal an den Normen seiner Jugend festhält und überzeugt davon ist, dies auch seinen Kindern weiterzugeben. Beim Vergleich

zwischen geäußerten Überzeugungen und gelebter Praxis zeigt sich aber, dass er längst einem anderen Modell folgt. Wäre Herr Korkmaz in der Türkei geblieben, wäre er möglicherweise an seinen eigenen Ansprüchen und dem Druck des autoritären Umfeldes zerbrochen. Erst die Migration ermöglichte es ihm, formal an den traditionellen Werten und Normen festzuhalten, aber praktisch ein anderes Modell zu leben.

Bei den Männern, bei denen dieser Wandel in passiver Weise vonstatten ging, fand keine kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Vergangenheit statt. Aufgrund der Unterschiede zwischen der eigenen Erziehung und der der Kinder wird jedoch deutlich, dass hier eine einschneidende Änderung stattgefunden hat. Die Migration führte hier zu einer nicht weiter reflektierten Anpassung der eigenen Verhaltensweisen an das Umfeld und die Ansprüche der Kinder.

Ich möchte an dieser Stelle noch kurz auf Ergebnisse eingehen, die das Ehegattenverhältnis in den unterschiedlichen Modellen betrifft:

### **Ehe im Modell der Abhängigkeit**

(Tabelle 1)

Hier suchen die Eltern die Frauen für ihre Söhne aus, ohne dass die Ehe auf Basis zwischenmenschlicher Gefühle geschlossen würde. Mit der Frau des Sohnes kommt eine neue Arbeitskraft in die bäuerliche Produktionseinheit. Auffällig ist das niedrige Heiratsalter der Söhne in den Fällen, wo die Verheiratung auf Veranlassung der Eltern erfolgte.

Die Eheschließung ist der einzige Bereich, in dem sich ein kleiner Teil der befragten Männer dieses Modells dem Willen der Eltern überhaupt widersetzte. Heirateten die Söhne eine Frau ihrer Wahl, lag das Heiratsalter auch bedeutend höher. Herr Nazim und seine Frau waren beide 23 Jahre, Herr und Frau Inan 19 Jahre alt, als sie gegen den Willen der Eltern heirateten. Die „Entführung der Braut“ mit deren Einverständnis ist zwar von Eltern nicht erwünscht, doch stellte sie in der ländlichen Türkei ein durchaus legitimes Mittel dar, den oder die Ehepartner/in zu ehelichen, die man sich selbst ausgesucht hat. Diese eigenmächtige Entscheidung der Söhne führte nicht zum Bruch mit den Eltern.

Das generell frühe Heiratsalter und die von den individuellen Wünschen und Gefühlen unabhängige Gattenwahl durch die Eltern erweist sich von hohem Einfluss auf das Verhältnis zwischen den Ehepartnern. Die Ehe stellt eine Zweckgemeinschaft dar, sie ist der Rahmen, in dem Kinder aufgezogen werden. Entscheidungen werden eher im Einverständnis mit dem Vater getroffen als mit der Ehefrau. Dies ist in den Interviews durchgängig spürbar: Die Ehefrau kommt, falls überhaupt, nur in ihrer Funktion als Mutter vor, nicht jedoch als die Lebenspartnerin, mit der man gemeinsam wichtige Dinge des Lebens aushandelt und beschließt.

### **Ehe im Modell der Unabhängigkeit**

(Tabelle 2)

Hier erfolgt die Partnersuche weitgehend auf der Basis individueller Zuneigung.

Das Heiratsalter beider Ehepartner, besonders jedoch der Männer, war bedeutend höher als im Modell der Abhängigkeit. In den Fällen, in denen die Ehe unter Druck geschlossen werden musste, erfolgt eine starke Distanzierung von der Ehefrau. Herr Polat lässt sich von der ungeliebten ersten Frau scheiden und heiratet in Deutschland erneut – diesmal ohne jegliche Form der familiären Einflussnahme. Herr



Tabelle 1			
Heiratsalter der Ehepartner			
Name	Alter des Mannes	Alter der Frau	Zustandekommen der Ehe
Herr Tufan	18	9 erste Ehe	Druck der Eltern Vorschlag und Zusage
	25	15 zweite Ehe	
Herr Hacıoglu	17	12	Druck der Eltern
Herr Olgun	17	13	Druck der Eltern
Herr Levent	14	11	Druck der Eltern
Herr Nazim	23	23	Eigene Wahl
Herr Inan	19	19	Eigene Wahl

Tabelle 2			
Heiratsalter der Ehepartner			
Name	Alter des Mannes	Alter der Frau	Zustandekommen der Ehe
Herr Polat	15	?	Druck der Nachbarschaft Eigene Wahl
	40	22	
Herr Fener	22	16	Eigene Wahl
Herr Bilen	27	20	Eigene Wahl
Herr Ergin	31	43	Eigene Wahl
Herr Volkan	23	16	Druck des Vaters
Herr Çinar	29	26	Eigene Wahl

Tabelle 3			
Heiratsalter der Ehepartner			
Name	Alter des Mannes	Alter der Frau	Zustandekommen der Ehe
Herr Demir	25	17	Vermittlung und Zusage
Herr Mardin	22	18	Eigene Wahl („Entführung“)
Herr Korkmaz	20	?	Druck der Eltern
	22	17	
Herr Uçar	23	16	Vermittlung und Zusage
Herr Sert	26	28	Eigene Wahl

Volkan lebt ein sehr individuelles Leben ohne seine Ehefrau und Kinder in Deutschland. Beide Männer kritisieren vehement den Druck, der von Familie, Verwandten und Nachbarn auf sie ausgeübt wurde und distanzieren sich explizit von dieser Form der Verheiratung.

Die Beziehung zwischen den Ehepartnern dieses Typs ist geprägt durch verbalisierte Zuneigung und ein gemeinsames Lebensprojekt. Im Interview wird deutlich, dass die Männer anteilmäßig Arbeiten im Haushalt übernehmen und eine geteilte Verantwortung für den häuslichen Bereich zumindest verbalisieren. Die Frauen werden nicht in erster Linie als die Mütter der gemeinsamen Kinder thematisiert, sondern als Ehefrauen.

### Ehe im Modell der Emotionalen Abhängigkeit

(Tabelle 3)

Wie im Modell der Abhängigkeit ist es der Vater (bzw. Onkel) der befragten Männer, der die zukünftige Frau seines Sohnes (bzw. Neffen) ausgesucht hat. Ein Mann entführte seine Freundin mit deren Einverständnis, ein andere heiratete, 26-jährig, unter dem Protest der Mutter (der Vater war bereits verstorben) seine Cousine. Das Heiratsalter liegt höher als im Modell der Abhängigkeit.

An der Ehegattenbeziehung lässt sich der Wandel vom Modell der Abhängigkeit zum Modell der Emotionalen Abhängigkeit sehr gut veranschaulichen. Mehrere Männer thematisieren diesen Wandel. In ihrer Zeit in der Türkei, so

berichten sie, habe der Mann das Sagen gehabt und die Frau habe gehorcht. In der Migration habe sich dieses Verhältnis geändert. Besonders Herr Mardin und Herr Sert beschreiben diesen Wandel. Das Wissen darum, dass die Vergangenheit anders war als die Gegenwart und die Vergangenheit abgeschlossen ist, kennzeichnet diesen Typ. Das Paar als erkennbarer Handlungsträger eines gemeinsam gestalteten Lebens taucht bedeutend öfter in den Interviews auf als bei anderen Typen. Teilweise haben sich Männer und Frauen als jung verheiratete Paare heimlich gegen die Autorität der Eltern und Schwiegereltern gestellt, um ihre Ziele (Migration nach Deutschland) durchzusetzen. Dies taten sie jedoch mit schlechtem Gewissen und in der Gewissheit, etwas Verbotenes zu tun. Aber bei diesem Typ wird die Solidarität mit der Ehefrau bereits höher bewertet als die Solidarität mit der Herkunftsfamilie. Die Ehe wird, wie bei den Männern des Modells der Unabhängigkeit, als Partnerschaft definiert. In den Erzählungen der Männer wird die Frau nicht nur auf ihre Rolle als Mutter reduziert, sondern erscheint als geschätzte Gefährtin und Beraterin.

Alle Frauen der Männer dieses Typs sind berufstätig. Damit entsprechen sie den Frauen des Modells der Unabhängigkeit und unterscheiden sich von den Frauen der Ehemänner im Modell der Abhängigkeit, der einzigen Gruppe, in der es „Nur-Hausfrauen“ gibt. Die Erwerbstätigkeit ist jedoch kein Hinweis auf die Aufgabenverteilung im Haushalt. Zwar propagieren die Männer nicht mehr explizit geschlechtsspezifische Arbeitsaufteilungen und geben an, mehr oder weniger im Haushalt zu helfen. Einige formulieren dabei deutlich, dass eine Partnerschaft auch partnerschaftlich geteilte Hausarbeit beinhaltet. Doch sieht es in den meisten Fällen so aus, dass die Hauptlast der Hausarbeit von den berufstätigen Frauen selbst getragen wird.

Zusammenfassung der Forschungsergebnisse:

- Die Dichotomisierung zwischen den vermeintlich ländlich konservativen Strukturen in der Türkei einerseits und dem industriell fortschrittlichen Deutschland andererseits ist nicht zu halten.
- Die gegenwärtige Debatte um Zwangsehen verkennt die Tatsache, dass bereits die erste Generation sich mit diesem Thema hat auseinandersetzen müssen und teilweise sehr klare Positionen gegen solche Praktiken eingenommen hat. Dies wird viel zu wenig berücksichtigt.
- Auch die Türkei war wie Deutschland bereits zu Zeiten der Migration von einem gesellschaftlichen Pluralismus und damit einhergehenden von unterschiedlichen Formen hegemonialer Männlichkeiten geprägt.
- In der Migration bildet sich vermehrt ein Familienmodell heraus, das durch Individualismus bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung starker familiärer emotionaler Beziehungen geprägt ist.
- Die Migration darf in diesem Zusammenhang nicht notwendigerweise als Bruch in der Lebenserfahrung und -gestaltung gesehen werden. Oft ermöglicht es gerade erst die Migration, einem individuellen und gewünschten Lebensplan zu folgen.
- Im Gegensatz zu den Forschungen von NAUCK (1988, S. 506), der den Wandel in türkischen Familien als „Opportunitätsstruktur“ bezeichnet, konnte in dieser Arbeit durchaus auch ein Wertewandel nachgewiesen werden.

Margret Spohn



Dr. Margret Spohn ist Soziologin und Interkulturelle Pädagogin. Ihre Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich der Migration/Integration führte sie an zahlreiche Universitäten im In- und Ausland, unter anderem nach Genf, Montpellier und Christchurch/Neuseeland. Margret Spohn arbeitet derzeit in der Stelle für Interkulturelle Arbeit in der Landeshauptstadt München.

**Kontakt:**

Stadt München

Sozialreferat

Orleansplatz 11

81669 München

margarete.spohn@muenchen.de

www.muenchen.de/interkult.

Literatur

- CONNELL, ROBERT (1999): Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten. Opladen: Leske und Budrich.
- DIETZEL-PAPAKYRIAKOU (1990): Das Alter der Arbeitsmigranten: Ethnische Ressourcen und doppelte Benachteiligung. In: Zeitschrift für Gerontologie. Heft 23. Darmstadt. S. 345–353
- DIETZEL-PAPAKYRIAKOU (1993): Ältere Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Zwischen Ausländersozialarbeit und Altenhilfe. In: Informationsdienst zur Ausländerarbeit (IzA), Heft 3. Frankfurt. S. 43–53
- KAGITÇIBAGI, CIGDEM (1996): Family and human development across cultures: a view from the other side. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- KELEK, NECLA (2005): Die fremde Braut. Köln: Kiepenheuer und Witsch
- NAUCK, BERNHARD (1988): Inter- und intragenerativer Wandel in Migrantenfamilien. In: Soziale Welt, Jg. XXXIX/1988. Göttingen: Verlag: Otto Schwarz & Co, S. 501–521
- SCHIFFAUER, WERNER (1991): Die Migranten aus Subay. Türken in Deutschland. Eine Ethnographie. Stuttgart: Klett-Cotta
- SCHULTE, BERND (1993): Zur spezifischen Lebenssituation älterer MigrantenInnen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Informationsdienst zur Ausländerarbeit (iza), Heft 3, Frankfurt. S. 26–35
- SPOHN, MARGRET (2002): Türkische Männer in Deutschland. Familie und Identität – Migranten der ersten Generation erzählen ihre Geschichte. Bielefeld: transcript

---

# Wägen und wagen – Neuorientierung der Sexualpädagogik in der Zuwanderungsgesellschaft. Zur aktuellen Debatte im Verband der pro familia

**Dieser Beitrag skizziert, wie sich unterschiedliche soziokulturelle Paradigmenwechsel und die daraus folgenden Entwicklungen in der Neupositionierung und fachwissenschaftlichen Diskussion im Verband pro familia für das Aufgabengebiet Sexualpädagogik konkretisieren.**

Der Bundesverband von pro familia hat vor einem Jahr einen Beitrag (KUNZ 2005)<sup>1</sup> mit dem Ziel veröffentlicht, eine interne Debatte über die zukünftige Auffassung und Ausrichtung der Sexualpädagogik auszulösen, die den neueren gesellschaftlichen wie institutionellen Rahmenbedingungen Rechnung trägt.

Nachfolgend eine kurze Übersicht, wie fünf gesellschaftliche Entwicklungen bedeutenden Einfluss auf die verbandsinternen Diskussionen ausüben. Sie sind zwar unabhängig voneinander, von unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren entwickelt oder beschrieben worden, sind mit sehr unterschiedlichem Tempo abgelaufen und doch haben sie unter dem Gesichtspunkt des Paradigmenwechsels etwas Gemeinsames: die Auseinandersetzung mit der Selbstbestimmung des Individuums im Rahmen seiner Möglichkeiten, der Gleichberechtigung der Geschlechter und der Teilhabe und Teilnahme aller auf der Grundlage einer demokratischen Gesellschaft.

## 1. Institutionelle Veränderungen

1994 fand in Kairo die bisher größte und bedeutendste internationale UN-Bevölkerungskonferenz der Geschichte statt. Gemäß THOSS (1997; 2004) und PRACHT/THOSS; (2005) stand zum ersten Mal nicht das Bevölkerungswachstum, sondern standen sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte, insbesondere von Frauen und Mädchen im Mittelpunkt. Sexualität, Reproduktion und Gesundheit wurden erstmals mit den allgemeinen Menschenrechten verknüpft. Dieser neue Ansatz erkennt allen Menschen – unabhängig von ethnischer Zugehörigkeit, Hautfarbe, Geschlecht oder sexueller Orientierung, Familienstand, Stellung in der Familie, Alter, Sprache, Religion, politischer Überzeugung, nationaler oder sozialer Herkunft, Eigentum, Geburt oder einem sonstigen Status – das Recht auf sexuelle und

reproduktive Gesundheit sowie auf Zugang zu entsprechenden Informationen zu.

Ein neues Selbstverständnis der Familienplanungsorganisationen (FPO) war die Folge: Sexualität und Reproduktion konnten umfassender als bisher, über die Gruppe von Personen im reproduktionsfähigen Alter hinaus, ins Auge gefasst und Angebote bereitgestellt werden<sup>2</sup>.

Die in der International Planned Parenthood Federation (IPPF) zusammengeschlossenen FPO gaben sich mit der Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte (IPPF-Charta 1996) einen neuen Orientierungsrahmen als Grundlage ihrer Arbeit. Sie ist die Antwort auf die Herausforderung, die sexuellen und reproduktiven Rechte als Menschenrechte zu definieren und ihnen gesellschaftlich zum Durchbruch zu verhelfen beziehungsweise ihre Einhaltung einzufordern. So betrachtet ist pro familia in ihren Arbeitsgebieten eine Menschenrechtsorganisation.

Dieses neue Selbstverständnis ist auch auf der Mitgliederversammlung 2004 mit dem deutlich ausgesprochenen Willen zur Konkretisierung und Umsetzung der sexuellen und reproduktiven Rechte in allen Arbeitsfeldern von pro familia bekräftigt worden.

## 2. Gesamtgesellschaftliche Veränderungen

Seit Anfang der Neunzigerjahre fanden und finden gesellschaftlich wie politisch zum Teil heftig geführte Diskussionen über das Zusammenleben von Deutschen und Zugewanderten unter dem Schlagwort der „multikulturellen Gesellschaft“ statt. Im Zuge dieser Debatten um die Gestaltung des Zusammenlebens und der Integration hat Deutschland im Januar 2005 erstmals ein Zuwanderungsgesetz erhalten. Einwanderung wird seither institutionell anerkannt und mit dem Ziel gefördert, die Zuwandernden in die demokratische Gesellschaft Deutschlands zu integrieren; dieser Prozess wird wechselseitig verstanden. Er verlangt von den Migranten und Migrantinnen, sich auf den demokratischen Grundkonsens und die hiesigen Lebensverhältnisse einzulassen und sich aktiv an der Fortentwicklung der Zivilgesellschaft zu beteiligen, indem sie die deutsche Sprache

<sup>1</sup> Der Text ist unter [www.profamilia.de/getpic/2675.pdf](http://www.profamilia.de/getpic/2675.pdf) herunterladbar

<sup>2</sup> siehe etwa die vom pro familia Bundesverband herausgegebenen Broschüren in der Reihe „Sexualität und Älterwerden“ oder Angebote der Landesverbände zu „Kinder und Sexualität“

erlernen und sich Grundkenntnisse der deutschen Rechtsordnung, Kultur und Geschichte aneignen.

Aus Sicht der Aufnahmegesellschaft ist damit die politische Forderung nach interkultureller Öffnung von Organisationen und sozialen Diensten verbunden, das heißt Angebote und Dienstleistungen sind so auszurichten, dass alle Bevölkerungsgruppen – also auch die Zugewanderten – einen gleichberechtigten Zugang haben und aktiv an der Bereitstellung und Ausrichtung von Dienstleistungen mitwirken können (vgl. BLÄTTER DER WOHLFAHRTSPFLEGE 2004). Dies betrifft auch pro familia<sup>3</sup>.

### 3. Fachwissenschaftliche Debatte

In der fachwissenschaftlichen Diskussion hat der Begriff „Integration“ in den letzten Jahren eine Wandlung erfahren und umfasst nunmehr auch die Schaffung von Kompetenzen, sowohl in der Zuwanderer- wie auch der Aufnahmegesellschaft. Diese Kompetenzen sollen es ermöglichen, in einer auf demokratischer Grundlage interagierenden pluralistischen Gesellschaft die bestehenden Verschiedenheiten konstruktiv aufeinander zu beziehen (CARIGIET/MÄDER/BONVIN 2003). In vielen Arbeitsgebieten des Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesens setzten sich deshalb in Theorie und Praxis entwickelte und beschriebene Formen der interkulturellen oder transkulturellen Vermittlung als Grundlage der Verständigung durch.

Für das Arbeitsfeld der Sexualpädagogik haben einige Autorinnen und Autoren (z.B. SALMAN/RENZ 1998; BACKES/WRONSKA 1999; MARBURGER 1999; KUNZ/WRONSKA 2000; dies. 2001a; dies. 2001b; Sielert 2005) Ansätze beschrieben, wie eine emanzipatorische Sexualpädagogik den Anspruch auf interkulturelle Öffnung einlösen und die Lebenswelt aller – insbesondere Jugendlicher mit Migrationshintergrund – angemessen berücksichtigen kann. Dies ist ein entscheidender Beitrag zur Umsetzung ihres Anspruchs, allen Zielgruppen einen Zugang zum Werte- und Normengefüge der Aufnahmegesellschaft hinsichtlich Sexualität, Geschlechterrollen und Geschlechterbeziehungen zu ermöglichen.

### 4. Sexualpädagogische Praxis

Die sexualpädagogische Praxis bietet immer wieder irritierende, bisweilen sogar verstörende Erfahrungen im Umgang mit multikulturellen Gruppen. Sexualpädagogisch Tätige werden mit eigenen Gefühlen wie Ohnmacht, Ratlosigkeit und Empörung konfrontiert, wenn ihre Angebote auf ganz oder teilweise abwertende Reaktionen der identitätssuchenden Jugendlichen beziehungsweise aus deren sozialem Umfeld stoßen<sup>4</sup>. Nicht selten begegnen sie diesem Muster gerade in der Arbeit mit jenen Zugewanderten, die (noch) stark in traditionell-religiösen Kontexten gebunden sind<sup>5</sup>. Diese „neuen“ Erfahrungen und die aktive Auseinandersetzung der pro familia-Sexualpädagoginnen und Sexualpädagogen damit, konkretisieren sich etwa in folgenden Fragen:

- Wie tolerant müssen wir in unserer Arbeit sein?  
Was müssen wir hinnehmen?
- Wie positionieren wir uns?  
Mit welchen Wert- und Normvorstellungen arbeiten wir?
- Welche Werte sind nicht verhandelbar?

### 5. Polarisierende Sichtweisen auf Sexualität

In den Zuwanderungsgesellschaften der westlichen Industriestaaten polarisiert sich der kulturelle Stellenwert von Sexualität – nicht nur, aber auch infolge von Migration und Globalisierung. Die Soziologie spricht von einem Prozess der „gespaltenen Modernisierung“: Einerseits erodieren überkommene Wertemuster massiv und neue Wertvorstellungen entstehen, wie sie beispielsweise in der Bewertung von Sexualität und Partnerschaft sichtbar werden (PRO FAMILIA 2001). Grundsätzlich hat sich bekanntlich ein Paradigmenwechsel von einer weitgehend allgemeingültigen Sexualmoral hin zu einer Verhandlungsmoral vollzogen: Sexuell ist heute das erlaubt, was in gegenseitigem Einverständnis miteinander ausgehandelt wird. Diese Verhandlungsmoral ist Bestandteil einer zivilen und demokratischen Gesellschaft, in der gleichberechtigte Individuen Intimität selbstbestimmt, aber die Grenzen anderer achtend, leben und regeln (SCHMIDT 2004).

Gleichzeitig haben aber traditionelle Sichtweisen nach wie vor für all diejenigen Gültigkeit, die die sozial- und kulturbedingten Prozesse der letzten 30 Jahre aus verschiedenen Gründen nicht mitmachen wollten oder konnten. Das trifft für eine nicht geringe Zahl von Migrantinnen und Migranten aus fast allen Teilen der Welt zu, sofern sie aus ländlichen Gebieten kommen, bildungsfern sind und im sozialen Leben ihrer Herkunftsländer entsprechende Traditionen noch ein bedeutender Faktor sind; auch die identitätsstiftende Bedeutung der Religion für Migrierende und Aussiedelnde darf hier nicht unterschätzt werden (KHOSROKHAHVAR 2005). Auch für bestimmte Teile der einheimischen Gesellschaft gewinnt die „alte Sexualmoral“ im Zuge der mancherorts zu beobachtenden Wiederbelebung des religiösen Lebens und der damit verbundenen scheinbaren Sicherheit im Zusammenleben wieder an Attraktivität.

Sexualpädagogisch Tätige sind deshalb insbesondere in multikulturellen Gruppen mit Sichtweisen konfrontiert, die traditionell-patriarchalen Lebensweisen und -entwürfen entsprechen, wie etwa Vorschriften, nach denen Sexualität nur in der Ehe und zur Fortpflanzung erlaubt sei, das Gebot der Jungfräulichkeit vor der Ehe, klare hierarchische Rollenaufteilung zwischen Mann und Frau und in der Folge die inferiore Stellung der Frau, strikter Gehorsam der Kinder, die beispielsweise nicht selbst entscheiden, ob, wen und wann sie heiraten, die Diskriminierung von Homosexualität etc.

Die Grenzen des Konflikts verlaufen nicht zwischen Religionen und Kulturen, vielmehr trennen sie jene gesellschaftlichen Kräfte, die die individuelle Selbstbestimmung im menschlichen Zusammenleben bejahen und anerkennen,

3 Obwohl pro familia seit Jahrzehnten regelmäßig mit multikulturellen Gruppen arbeitet, haben Jugendliche mit Migrationshintergrund bzw. deren Familien den gesellschaftlichen Wandel von Sexualität, Partnerschaft und Demokratisierung der Geschlechterrollen in vielen Fällen nicht mitvollzogen. Die pro familia-Sexualpädagogik muss sich deshalb fragen, inwieweit und weshalb sie ihre Ziele nicht erreichen konnte.

4 vgl. Fußnote 1

5 Ein gutes Beispiel (unter vielen) ist das Thema Jungfräulichkeit. Auf der Metaebene könnte sie beispielsweise nur ein Mittel zum Zweck darstellen, nämlich als Frau durch Heirat in einer patriarchalen Gesellschaft Wohlstand, Sicherheit und Schutz zu erlangen. Dass dieses Mittel in unserer Gesellschaft nicht mehr adäquat ist, wäre dann, bei gleichzeitiger Respektierung der Ziele dieser Frau, in der pädagogischen Arbeit bewusstseinsbildend zu thematisieren.

von jenen Kräften, die auf dem Hintergrund einer Weltanschauung oder religiösen Überzeugung ein fest gefügtes Weltbild haben und verlangen, dass Einzelne sich dem unterordnen und die vorgeschriebenen Sitten und Gebräuche unbedingt und unhinterfragt einhalten.

Zusammengefasst:

- Familienplanungsorganisationen begreifen sich seit der Konferenz von Kairo und auf dem Hintergrund der IPPF-Charta als Menschenrechtsorganisationen.
- Zuwanderung ist ein wechselseitiger Prozess, der von allen Beteiligten Öffnung beziehungsweise den Willen zum Lernen von- und miteinander fordert.
- Integration bedeutet die Schaffung von Kompetenzen zum Verständnis beziehungsweise Einstieg in das Werte- und Normsystem der Aufnahmegesellschaft.
- Sexualpädagogik ist gefordert, im Kontext der Menschenrechtsbildung und eines relativ rasch verlaufenden gesellschaftlichen Wandels, diese Entwicklungen zu begleiten, zu erklären und die Adressatinnen und Adressaten durch Aufklärung über ihre sexuellen und reproduktiven Rechte in ihren Lebenskompetenzen zu stärken.
- Der Konflikt verläuft nicht zwischen Kulturen, sondern zwischen divergierenden Lebenskonzepten.

### Die Positionierung von pro familia

Die oben skizzierten gesellschaftlichen Entwicklungen haben zu einer Neupositionierung der pro familia auf der Grundlage der IPPF-Charta geführt.

In diesem Sinne und als Antwort auf Unsicherheiten, wie sie von sexualpädagogisch Tätigen in der Praxis hinsichtlich Fragen ethischer Handlungskompetenzen geäußert wurden, skizziert dieser Beitrag im Weiteren, wie eine in den Menschenrechten verankerte pro familia-Sexualpädagogik aussehen könnte.

Eine solche Sexualpädagogik soll für einheimische wie zugewanderte Jugendliche Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit darstellen und einen bewusstseinsbildenden Prozess hinsichtlich ihrer Rechte evozieren. Sexualpädagogische Inhalte transportieren also Botschaften der Menschenrechtserziehung und wirken in diese Richtung bewusstseinsbildend. Es ist davon auszugehen, dass, wer seine Rechte kennt, sie nicht nur gegebenenfalls in Anspruch nehmen wird, sondern auch deren Einhaltung und Umsetzung für andere einfordert.

Selbstverständlich werden die Themen der Körper- und Sexuaufklärung, die Prävention ungewollter Schwangerschaft, der Schutz vor HIV/AIDS sowie Prävention von sexueller Gewalt weiterhin in das Veranstaltungsprogramm einfließen. Sie sind jedoch, und das ist neu, als Mittel zur Erreichung des Ziels anzusehen, über sexuelle Rechte aufzuklären.

### Die Diskussion innerhalb des Verbandes

In der Diskussion sind drei bedeutende Argumentationslinien auszumachen:

- Kritikerinnen und Kritikern zufolge birgt der in den Menschenrechten verankerte Ansatz die Gefahr, Probleme von Jugendlichen mit Migrationshintergrund auf kulturelle Zugehörigkeiten zu reduzieren und könnte dazu führen, dass die Individualität der Jugendlichen aus dem Blickfeld

gerät. Statt sie als Opfer ihrer Erziehung und ihrer Herkunftsfamilien zu sehen, sollten vorhandene Ressourcen wahrgenommen werden. Das Ziel könne nicht sein, allgemeingültige Werte zu vermitteln. Dahinter wird eine Indoktrination von (westlichen) Werten und, als Folge, eine einseitige Anpassung an das Normen- und Wertgefüge der Aufnahmegesellschaft gesehen. Es besteht die Befürchtung, dass diese Jugendlichen ihren eigenen identitätsstiftenden Orientierungsrahmen beziehungsweise ihr Handlungsrepertoire aufgeben müssen.

- Andere kritische Stimmen weisen auf die vergleichsweise geringen kulturellen Differenzen in ihren Veranstaltungen hin. Sie sehen allgemein wie bei sexualpädagogischen Themen keine kulturell relevanten Aspekte. Sie versuchen deshalb, kulturelle Eigenheiten möglichst klein zu halten und deuten sie eher als Folgen sozialer Verhältnisse.
- Schließlich gibt es jene sexualpädagogisch Tätigen, die bereits ansatzweise die in der Debatte befindliche Verankerung ihrer Arbeit in den Menschenrechten umsetzen. Vor dem Hintergrund der Geschichte von pro familia stellen sie in Gesprächen über Sexualität den sozialen Wandel dar, erfragen Bedeutungszusammenhänge und geben über den diskursiven Dialog Anregungen und Ideen im Sinne der sexuellen Selbstbestimmung und Gleichberechtigung der Geschlechter. Die Informationen über sexuelle und reproduktive Rechte sehen sie als Angebot, das die Jugendlichen in der Veranstaltung ablehnen, annehmen oder auch teilweise akzeptieren können. Sie geben ihnen eine Chance – die sie anders vielleicht nicht hätten – sich über ihre Rechte aufzuklären.

### Ausblick

Wenn es gelingt, eine in den Menschenrechten verankerte Sexualpädagogik als innerverbandlichen Konsens zu installieren, könnte sie eine wichtige Rolle für die Integration und Lebenskompetenzbewältigung der Jugendlichen spielen. Sie würde sowohl die Einheimischen wie die Zuwandernden mit ihren spezifischen Bedürfnissen berücksichtigen und so allen Beteiligten Lernmöglichkeiten bieten. Mit der Vermittlung von Menschenrechten beziehungsweise der Inhalte der IPPF-Charta leistet pro familia einen bedeutenden Beitrag zur künftigen Entwicklung der Zuwanderungsgesellschaft insbesondere in den komplexen Gebieten von Sexualität und Zusammenleben, weil sie den Zugang zum Normen- und Wertesystem Deutschlands unterstützt, Grundwerte thematisiert und so zur Weiterentwicklung der Zivilgesellschaft beiträgt. Denn nur so lässt sich umsetzen, was THOSS (1997) mit Blick auf das neue Selbstverständnis des Verbandes zuversichtlich formuliert hat: „Sexualpädagogik ist exemplarische Demokratiarbeit.“

*Daniel Kunz*



Daniel Kunz ist Diplom-Sozialarbeiter, Sexualpädagoge und Dozent an der Hochschule für Soziale Arbeit, Luzern. Er ist freier Mitarbeiter des pro familia Bundesverbandes und hat Lehraufträge in Sexualpädagogik an verschiedenen Hochschulen.

**Kontakt:**

HSA

Hochschule für Soziale Arbeit Luzern

Werfstraße 1

CH-6002 Luzern

dakunz@bluewin.ch

Literatur

- BACKES, H./WRONSKA, L. (1999): Peer Education. Ein Weg in der interkulturellen Sexualpädagogik. In: BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, Heft 2, S. 22–26
- BLÄTTER DER WOHLFAHRTSPFLEGE (2004): Themenheft „Interkulturelle Arbeit“, Heft 6. Baden-Baden: Nomos
- CARIGIET, E./MÄDER, U./BONVIN, J. (Hrsg.) (2003): Wörterbuch der Sozialpolitik. Zürich: Rotpunktverlag
- IPPF (1996): IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights. London: IPPF
- KHOSROKHAVAR, R. (2005): Immigranten verlieren ihr soziales Orientierungssystem. In: NZZ vom 23.3.2005, S. 46
- KUNZ, D. (2005): Integration von Jugendlichen aus Zuwanderungsfamilien – eine Aufgabe der pro familia Sexualpädagogik. Ein Debatte-Beitrag. Frankfurt: pro familia
- KUNZ, D./WRONSKA, L. (2000): Interkulturelle Sexualpädagogik in der schulischen Sexualerziehung. Hamburg: Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung, S. 13–18
- KUNZ, D./WRONSKA, L. (2001a): Sexualpädagogik im Spannungsfeld der Kulturen – zum Umgang mit Sexualität und Partnerschaft in multikulturellen Gruppen. In: Rahmencurriculum Sexualpädagogische Kompetenz. Band 18. Köln: BZgA, S. 221–252
- KUNZ, D./WRONSKA, L. (2001b): Zwischen müssen, wollen und können. Sexualpädagogik in der Einwanderungsgesellschaft. Lernchancen (22), S. 20–25
- MARBURGER, H. (1999): Ayse fehlt immer in Sexualekunde. Sexualerziehung zwischen Elternhaus und Schule. In: BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, Heft 2/1999 S. 27–30
- PRO FAMILIA (1997): IPPF Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte. Deutsche Übersetzung. Frankfurt: pro familia
- PRACHT, E./THOSS, E. (2005): Millennium – Entwicklung – Ziele. In: Informiert handeln. Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Wien: Österreichische Gesellschaft für Familienplanung, S. 10–13
- PRO FAMILIA (2001): Sexualpädagogik zwischen gesellschaftlichen Anforderungen und neuen Aufgaben. Zur Geschichte der Sexualpädagogik. In: Abschlussbericht des Modellprojekts Zusatzausbildung in der Sexualpädagogik. Frankfurt: pro familia
- SALMAN, R./RENN, M. (1998): Sexualpädagogische Arbeit mit ausländischen Jungen. Dokumentation der Fachtagung „Sexualpädagogische Jungenarbeit“. Wuppertal: Arbeitskreis Wuppertaler Fachtagung, S. 65–86
- SCHMIDT, GUNTER (2004): Das neue Der Die Das. Über die Modernisierung des Sexuellen. Gießen: Psychosozial-Verlag
- STIELERT, UWE (2005): Einführung in die Sexualpädagogik. Weinheim: Beltz
- THOSS, E. (1997): Die Themen der Zukunft: Welche innovationsträchtigen Diskurse sind in der Auseinandersetzung und Fortbildung zu berücksichtigen? In: Leipziger Texte zur Sexualität, Heft 8, S. 155–162
- THOSS, E. (2004): pro familia und die Ziele von Kairo. Einführung zum pro familia Forum für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. pro familia magazin, 32. Jg., Heft 2, S. 4–5

---

# Präventionsmappe Sexuell übertragbare Krankheiten. Information und Beratung für Menschen verschiedener Kulturen

**Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat ein neues Medium für die Beratungsarbeit mit Migranten und Migrantinnen entwickelt, mit dem sie die personale Kommunikation im Bereich Migration und sexuelle Gesundheit unterstützen will. In diesem Beitrag wird über Entwicklung und Inhalt der Präventionsmappe berichtet.**

## Migration und Gesundheit

In Deutschland leben 15,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund (STATISTISCHES BUNDESAMT 2006), die in der Regel als Migrantinnen beziehungsweise Migranten bezeichnet werden. Es gibt unterschiedliche Ansätze, diese Gruppe zu definieren. Vereinfacht gesagt gehören dazu alle Menschen, die entweder Ausländerinnen/Ausländer (ohne deutsche Staatsangehörigkeit) sind oder die selbst oder deren Eltern ihr Land dauerhaft verlassen haben, um in Deutschland zu leben.

Schon alleine die große Anzahl von Migrantinnen und Migranten lässt erahnen, dass es sich um Menschen mit sehr unterschiedlichen Lebenssituationen handelt. Ursprungskultur, Aufenthaltsstatus, Einwanderungsgrund, Erfahrungen während der Migration und in Deutschland, gesellschaftliche Teilhabe, sozioökonomischer Hintergrund sowie viele weitere Variablen machen Menschen mit Migrationshintergrund zu einer höchst heterogenen Gruppe.

So unterschiedlich wie die Lebenssituationen der Migrantinnen und Migranten sind auch ihr Gesundheitsstatus und ihr Zugang zu den Angeboten des Gesundheitssystems. So weisen zum Beispiel auf der einen Seite manche Einwanderer eine besonders gute Gesundheit auf: Diejenigen, die sich den Strapazen einer Migration aussetzen, stellen oft im Vergleich zur Bevölkerung ihres Ursprungslandes eine positive Selektion hinsichtlich körperlicher Gesundheit und psychischer Ressourcen dar. Auch können Zugewanderte ein niedrigeres Risiko für bestimmte Krankheiten (z.B. Herzinfarkt) aus ihrem Heimatland mitbringen und je nach Lebensstil in Deutschland beibehalten (RAZUM et al. 2004).

Auf der anderen Seite sind jedoch die Bedingungen der Migration und das Leben als Migrant/Migrantin in Deutschland oft so belastend, dass sie die Gesundheit beeinträchtigen: Traumatische Erfahrungen im Herkunftsland und auf der Flucht, Trennung von der Familie oder Ungewissheit über die Möglichkeit, in Deutschland bleiben zu dürfen, sind Faktoren, die krank machen können. Hinzu kommt bisweilen ein (z.T. migrationsbedingter) geringer sozioökono-

mischer Status, der als solcher bereits – auch bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund – zu schlechteren gesundheitlichen Chancen führt.

Festzuhalten ist außerdem, dass die Datenbasis zum Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund sehr schwach ist. Oftmals liegen nur vereinzelt Studien vor, die lediglich Aussagen zu bestimmten Krankheiten bei bestimmten Personengruppen zulassen.

## Migration und sexuell übertragbare Krankheiten (STD)

Ähnlich wie bei dem allgemeinen Gesundheitsstatus bei Menschen mit Migrationshintergrund stellt sich auch die Situation bei sexuell übertragbaren Krankheiten dar. Auch hier gibt es nur eine schwache Datenbasis. Und auch im Bereich der sexuell übertragbaren Krankheiten kann die Betroffenheit sehr unterschiedlich ausfallen: So gibt es zum Beispiel bezogen auf HIV/Aids Migrantengruppen, die durch ihren soziokulturellen Lebensstil ein äußerst geringes Infektionsrisiko haben. Andere Bevölkerungsgruppen haben eine vergleichsweise hohe Vulnerabilität<sup>1</sup>. So stellt das Robert-Koch-Institut seit mehreren Jahren fest, dass in Deutschland Menschen aus sogenannten Hochprävalenzländern überproportional von HIV betroffen sind. Es wird vermutet, dass die meisten dieser Betroffenen die HIV-Infektion bereits vor ihrer Einreise nach Deutschland erworben haben, jedoch sind auch Infektionen bei späteren Heimatbesuchen oder in Deutschland bei Sexualkontakten mit Personen aus derselben Herkunftsregion nicht auszuschließen (ROBERT-KOCH-INSTITUT 2006).

Auch die Aids-Erkrankungsrate ist bei Menschen aus Hochprävalenzländern höher, was zumindest teilweise auf die schlechteren Zugangsmöglichkeiten zum deutschen Gesundheitssystem zurückgeführt wird: Sie erfahren später von ihrer Infektion und erhalten seltener eine Behandlung beziehungsweise brechen diese häufiger ab.

Die schlechtere gesundheitliche Versorgung geht mit einer geringeren Erreichbarkeit bestimmter Migrantengruppen durch Präventionsmaßnahmen einher: Praktikerinnen und Praktiker stimmen darin überein, dass einige

<sup>1</sup> Vulnerabilität: Verletzlichkeit, Verwundbarkeit (Anm. d. Red.)

Migrantengruppen kaum durch die Präventionsbotschaften für die sogenannte Allgemeinbevölkerung erreicht werden. Eine Studie ergab, dass die befragten Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung über sexuell übertragbare Krankheiten besser informiert waren, jedoch schlechter über HIV und Aids. Dies galt insbesondere für Frauen aus Südosteuropa (STEFFAN/SOKOLOWSKI 2005).

Die Gründe dafür, dass eine Reihe von Menschen mit Migrationshintergrund kaum durch massenkommunikative Präventionsbotschaften erreicht wird, sind komplex. Einige sollen in der Folge beschrieben werden.

### Mögliche Barrieren für Präventionsbotschaften

Im Themenfeld Gesundheit und Migration werden verschiedene Barrieren beschrieben, die dazu führen, dass das Gesundheitssystem mit seinen Dienstleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund teilweise schwer zugänglich ist. An erster Stelle werden oft sprachliche Barrieren genannt: Sich zurechtfinden in Strukturen ohne entsprechende Sprachkenntnis ist schwierig und kostet Überwindung. Die Wahrscheinlichkeit, auf Fachpersonal zu treffen, das die eigene Muttersprache beherrscht, ist in Deutschland noch gering. Auch ein lückenhafter Wortschatz bei Migrantinnen und Migranten in Bezug auf Körper, Gesundheit, Sexualität erschwert die ohnehin nicht einfache Kommunikation mit Fachleuten, denen wiederum eine einfache Ausdrucksweise oft schwerfällt.

Kulturelle Barrieren wie unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte fallen ebenfalls stark ins Gewicht. So basiert die westliche Medizin und damit Kommunikation der Fachkräfte auf einem naturwissenschaftlichen Fundament. Das biomedizinische Erklärungsmodell der HIV-Infektion und Aids-Erkrankung entspricht nicht unbedingt den Sicht- und Erlebensweisen Menschen anderer kultureller Herkunft (vgl. RAKELMANN 2005, BEIER 2005). Hinzu kommen gerade im Bereich sexuell übertragbarer Krankheiten und insbesondere HIV/Aids auch unterschiedliche Umgangsformen mit Themen wie Sexualität, Körperlichkeit und – nicht zuletzt – Homosexualität.

Nicht zu unterschätzen sind außerdem Erfahrungen in Deutschland wie Diskriminierung, Unverständnis oder Unerwünschtheit, die nicht nur zu dauerhafter psychischer Belastung, sondern auch zu Angst vor der Nutzung von Angeboten führen können – zum Beispiel die Angst vor Ausweisung im Falle eines positiven HIV-Tests.

Für eine erfolgreiche Präventionsarbeit sind migrations-sensible Herangehensweisen erforderlich, die berücksichtigen, dass sprachliche, kulturelle oder andere Faktoren als Barrieren wirksam sein können. Wichtig ist festzuhalten, dass der Zugang zu Menschen, bei denen solche Barrieren die Erreichbarkeit einschränken, präventiv leichter durch eine (migrationssensible) personale Kommunikation zu gestalten ist als durch massenkommunikative Botschaften. Personale Kommunikation bedeutet, dass die Präventionsinhalte im persönlichen Kontakt und abgestimmt auf die jeweiligen Adressatinnen und Adressaten vermittelt werden. Um diesen Kontakt überhaupt erst herzustellen, werden oft aufsuchende Strategien im Sinne des Setting-Ansatzes (NAIDOO/WILLS 2000) genutzt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat mit der Präventionsmappe Sexuell übertragbare Krankheiten ein Medium entwickelt,

mit dem sie die personale Kommunikation im Bereich Migration und Gesundheit unterstützen will.

### Die Präventionsmappe Sexuell übertragbare Krankheiten

Das neue Medium beinhaltet alle Wissensgrundlagen und Themen, die zur Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten notwendig sind. Es gliedert sich in die sechs Kapitel „Körper, Ansteckung, HIV/Aids (inklusive Immunsystem), andere sexuell übertragbare Krankheiten, Schutz und Verhütung“. Ferner enthält es Empfehlungen und Anwendungshinweise.

Die Präventionsmappe umfasst einen flipchartartig aufstellbaren Ordner, etwas größer als DIN A4, sowie 40 Text- und 41 Bildtafeln. Der Ordner kann sowohl liegend benutzt als auch aufgestellt werden und man kann nebeneinander oder einander gegenüber sitzen. Er ist daher für Einzelberatungen und Kleingruppen gleichermaßen geeignet. Die Bildtafeln stehen als Overhead-Folien und im Internet zum Download zur Verfügung. So sind Präventionsveranstaltungen auch mit größeren Gruppen möglich.

Die Text- und Bildtafeln stellen einen Pool dar, aus dem sich jede Fachkraft eine eigene Präsentation zusammenstellen kann. Die Texttafeln dienen zur Vorbereitung sowie als Stichwortgeber in der Beratung oder Veranstaltung. Sie sind sprachlich und gestalterisch jedoch so verfasst, dass sie den Beratenen auch als Handouts mit nach Hause gegeben werden können. Die Bildtafeln zeigen die wichtigsten Informationen anhand von Bildern und sind in erster Linie für die Beratenen beziehungsweise das Publikum gedacht.

### Grundsätze bei der Entwicklung der Präventionsmappe

#### 1. Einbezug von Fachkräften mit Migrationshintergrund

In allen Phasen der Entwicklung des Mediums wurden Fachkräfte mit Migrationshintergrund einbezogen. So wurde beispielsweise in der Konzeptphase im Jahr 2003 in der BZgA ein Workshop durchgeführt, an dem zahlreiche Fachleute aus Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung und dem Themenfeld Migration teilnahmen. Ergebnis dieses Workshops war unter anderem die Entscheidung, unter Rückgriff auf bereits vorhandene Materialien ein Multiplikatorenmedium zu entwickeln, das STD-Prävention mit unterschiedlichen Zielgruppen ermöglicht, und zwar insbesondere denjenigen, die durch herkömmliche Kommunikationsstrategien kaum oder gar nicht erreicht werden.

#### 2. Ein vielseitiges Medium

Wie bereits ausgeführt, gilt die personale Kommunikation in Verknüpfung mit dem Setting-Ansatz als Methode der Wahl, um Zielgruppen zu erreichen, die mit den massenkommunikativen Maßnahmen der Aids-Aufklärung nur schwer erreicht werden können. Daher war ein wesentlicher Wunsch der Praktikerinnen und Praktiker an die BZgA, ein Medium zur Unterstützung der Multiplikatorenarbeit zu entwickeln. Gleichzeitig wurde jedoch auch das Bedürfnis geäußert, Material für die Endadressatinnen und Endadressaten zur Verfügung zu haben. Aus diesem Grund wurde ein technisch vielseitig einsetzbares Medium produziert.



### 3. Ein Medium für möglichst viele Menschen

Aufgrund begrenzter Ressourcen ist es nicht möglich, Medien für alle Gruppen in Deutschland mit der nötigen Binnendifferenzierung zu erstellen (z.B. für alle Herkunftsregionen, Frauen, Männer, Altersgruppen, Integrationsgrade etc.). Im Workshop 2003 wurde der Beschluss gefasst, ein Medium zu entwickeln, das in Sprache, Inhalt und Illustrationen möglichst vielen Menschen zugänglich ist und sie auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner anspricht. Dazu gehört zum Beispiel, dass die Texte des Mediums in einem sehr einfachen Deutsch verfasst sind – die meist einzige Sprache, die in multikulturellen Präventionsveranstaltungen zumindest ansatzweise gemeinsam vorhanden ist. Auch liegt der Präventionsmappe das biomedizinische Erklärungsmodell zu HIV/Aids der westlichen Welt zugrunde, da es dasjenige ist, mit dem Einwanderinnen und Einwanderer in Deutschland durchgängig konfrontiert sind.

### 4. Rückgriff auf vorhandenes Material

Die Präventionsmappe Sexuell übertragbare Krankheiten greift in ihren Texten und Abbildungen bewährte Medien aus Deutschland und anderen Ländern auf. Ihr voraus ging eine mehrjährige Sammlung und Bewertung von Aids- und STD-Präventionsmaterialien aus aller Welt. Viele von ihnen flossen in Inhalte, Texte oder Illustrationen ein. Besonderen Einfluss auf die Entwicklung der Präventionsmappe hatte das konzeptuell verwandte Medium „Sexuelle und reproduktive Gesundheit“ aus der Schweiz (BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT 2001). Dieses diente als Modell, das dann allerdings stark weiterentwickelt und den Bedürfnissen in Deutschland angepasst wurde.

### 5. Berücksichtigung der Barrieren

Die oben beschriebenen Barrieren werden auf vielfältige Art in der Präventionsmappe berücksichtigt. So bietet ein einführender Text Empfehlungen für die Durchführung von Präventionsveranstaltungen in interkulturellen Kontexten. Ziel ist es, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die noch wenig Erfahrung mit multikulturellen Beratungssituationen oder Präventionsveranstaltungen haben, für die oben beschriebenen Hintergründe zu sensibilisieren und zur Durchführung von Präventionsmaßnahmen zu ermutigen.

Außerdem ist die Präventionsmappe bewusst so gestaltet, dass auch Menschen, die nicht im Gesundheitsbereich tätig sind, korrekte Informationen zu sexuell übertragbaren Krankheiten sowie dem Schutz davor weitergeben können. Auf diese Weise sollen Fachkräfte anderer Berufsfelder, zum Beispiel in der Flüchtlingsberatung/-betreuung, die mit dem Thema Aids beziehungsweise STD konfrontiert werden, Möglichkeiten an die Hand bekommen, sich im Kontakt mit ihrer Klientel dem Thema zu widmen. So können Menschen mit Migrationshintergrund Informationen von den Personen erhalten, mit denen bereits ein Kontaktaufbau stattgefunden hat.

Sprachlichen Barrieren wird entgegengewirkt, indem die komplexen Themen der STD-Prävention in einem äußerst einfachen Deutsch behandelt werden. Basierend auf Erfahrungen in Präventionsveranstaltungen innerhalb von Kursen für Deutsch als Fremdsprache werden Regeln sprachlicher Vereinfachung umgesetzt, die in den Empfehlungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auch beschrieben werden. Die Texttafeln können als Modell für einfache Formulierungen dienen. (In diesem Kontext sei darauf hingewiesen, dass die BZgA darüber hinaus Materialien zur Aids-

Aufklärung für Multiplikatoren/Multiplikatorinnen und Endadressatinnen/-adressaten in bis zu 29 Sprachen anbietet).

Große Bedeutung für die Erreichbarkeit der Zielgruppe hat die sorgfältige Auswahl der Inhalte und der Illustrationen. So wurde durch den kontinuierlichen Einbezug von Fachkräften mit Migrationshintergrund dafür Sorge getragen, Inhalte in die Präventionsmappe mit aufzunehmen, die für einige Migrantengruppen hohe Relevanz haben. Beispiele sind die weibliche Circumcision (sogenannte Beschneidung der Frau), Beschneidung des Mannes, bestimmte Übertragungswege von HIV und STD etc. Bei den Illustrationen werden beispielsweise nackte Menschen zurückhaltend und ohne persönliche Gesichtszüge oder nur als Körperschemata gezeigt. Zur Darstellung von Übertragungswegen stehen unterschiedliche Abbildungen zur Verfügung, die je nach Zielgruppenzusammensetzung genutzt werden können.

### 6. Praxiserprobung

Die Präventionsmappe Sexuell übertragbare Krankheiten wurde einem breiten Praxistest unterzogen, an dem 18 Präventionsfachkräfte sowie eine Vielzahl von Migrantinnen und Migranten teilnahmen. Die Expertinnen und Experten beurteilten die Präventionsmappe in Inhalten, Texten und Illustrationen sowohl auf der Basis ihrer fachlichen Erfahrung als auch aufgrund des Einsatzes in Beratungssituationen und Präventionsveranstaltungen mit der Zielgruppe. Die Personen, die anhand der Präventionsmappe beraten und informiert wurden, entsprachen in Hinblick auf Herkunftsländer, Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, HIV-Status etc. der Heterogenität der Zielgruppe des Mediums. Der Praxistest brachte eine hohe Bestätigung für Form und Inhalt der Präventionsmappe sowie vielfältige Anregungen und Ergänzungsvorschläge, die in die Mappe eingearbeitet wurden.

*Stéphanie Berrut*



Stéphanie Berrut ist Diplom-Psychologin und arbeitet seit 2000 als Referentin für Aids-Aufklärung in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, unter anderem mit dem Schwerpunkt Migration. Sie ist systemische Therapeutin und Sexualberaterin und hat eine zweite Teilzeitstelle bei pro familia Bonn. Dort macht sie Paar- und Sexualberatung und leitet seit 2000 das Präventionsprojekt „Gesundheitsförderung für MigrantInnen“.

**Kontakt:**

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
 Referat für Aids-Aufklärung (1–12)  
 Stéphanie.Berrut@bzga.de  
 Stéphanie.Berrut@profamilia.de

**Bezug:**

Die Präventionsmappe Sexuell übertragbare Krankheiten kann von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gegen eine Schutzgebühr von 8,00 Euro und unter Nennung der Institution schriftlich bestellt werden:

BZgA, 51101 Köln  
 Telefax (0221) 8992 257  
 order@bzga.de  
 Bestellnummer 70400000  
 Zur Bewerbung der Mappe steht außerdem ein Flyer bereit.  
 Bestellnummer 70401000

**Literatur**

- BEIER, SIEGLINDE (2005): Afrikanische Migranten in Deutschland und ihr Umgang mit HIV/Aids. *Curare*, 28 (2005), 2+3, S. 188–200
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT, SCHWEIZ (Hrsg.) (2001): Sexuelle und reproduktive Gesundheit (Lehrmaterial), Bern
- NAIDOO, J./WILLS, J. (2000): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. In deutscher Übersetzung BZgA (Hrsg.) Gamburg, 2003
- RAKELMANN, G. A. (2005): Prozesse des Einzugs von Aids in die bostwanische Alltagswelt: Von einer allochthonen zu einer einheimischen Krankheit. *Curare*, 28 (2005), 1, S. 153–168
- RAZUM, O./GEIGER, I./ZEEB, H./RONELLENFITSCH, U. (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt* 101, Ausgabe 43
- ROBERT-KOCH-INSTITUT/STATISTISCHES BUNDESAMT (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themenheft HIV und Aids, 31
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2006): Leben in Deutschland, Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden
- STEFFAN, E./SOKOLOWSKI, S. (2005): HIV/AIDS und Migranten/innen – Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste. [http://www.bmg.bund.de/cln\\_040/nn\\_600110/SharedDocs/Publikationen/Forschungsberichte/f-342,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/f-342.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_600110/SharedDocs/Publikationen/Forschungsberichte/f-342,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/f-342.pdf)

## BROSCHÜREN

### Wegweiser für das deutsche Gesundheitssystem der BKK

Wie können sich Menschen, die noch nicht lange in Deutschland leben, krankenversichern? An wen können sie sich wenden, wenn sie selbst erkrankt sind oder ein Familienmitglied krank wird? Geht man zuerst zu einem Arzt/einer Ärztin oder direkt ins Krankenhaus? Und wenn zum Arzt, zu welchem eigentlich? Antworten auf diese und ähnliche Fragen gibt der Wegweiser durch das deutsche Gesundheitssystem, den der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) gemeinsam mit dem Ethno-medizinischen Zentrum in Hannover entwickelt hat und in mehreren Sprachen herausgibt. Er bietet eine umfassende Orientierungshilfe und enthält Adressen von Ämtern, Institutionen, Verbänden und Gesellschaften, die weiterhelfen können, wenn der Wegweiser Detailfragen offen lässt.

Der Wegweiser für das deutsche Gesundheitssystem liegt in den Sprachen deutsch, arabisch, englisch, französisch, kroatisch, russisch, serbisch und türkisch vor. Er kann als Druckversion (in Einzelexemplaren kostenlos, bis 10 Exemplare für 4 Euro, bis 20 Exemplare 6 Euro usw.) bezogen werden und steht im Internet als Download zur Verfügung.

#### Bestelladresse:

praevention@bkk-bv.de  
www.bkk-promig.de

### Standpunkt Schwangerschaftsberatung

Der pro familia-Bundesverband hat ein neues Positionspapier veröffentlicht: „Standpunkt Schwangerschaftsberatung. Standards und aktuelle Herausforderungen“ beschreibt das Profil und die Legitimation der pro familia-

Schwangerschaftsberatung im Kontext der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte. Es macht deutlich, welche Konsequenzen sich aus dem für pro familia charakteristischen Ansatz, der Gesundheit, Sexualität und Menschenrechte miteinander verbindet, für die Arbeit der Schwangerschaftsberatung ergeben.

Ziele, Aufgaben, Beratungsinhalte, fachliche Standards und Qualitätssicherung der pro familia-Schwangerschaftsberatung werden ausführlich dargestellt. In einem zweiten Teil geht es um aktuelle Herausforderungen, denen sich die Schwangerschaftsberatung stellt, wie etwa zunehmende Armut, Zuwanderung, HIV und Aids, Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik.

„Standpunkt Schwangerschaftsberatung“ ergänzt die bereits in dieser Reihe erschienenen Positionspapiere „Standpunkt Schwangerschaftsabbruch“ und „Standpunkt Pränatale Diagnostik“.

#### Bestelladresse:

pro familia Bundesverband  
Stresemannallee 3  
60596 Frankfurt am Main  
Telefon (069) 63 90 02  
Telefax (069) 63 98 52  
www.profamilia.de  
info@profamilia.de

### Wechseljahre – Aufbruch in eine neue Lebensphase

In erweiterter Neuauflage ist dieser 104 Seiten starke, gut verständliche Ratgeber für Frauen und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren erschienen. Die Broschüre setzt sich kritisch mit den Hormonersatztherapien auseinander und informiert über alles Wichtige zu der Lebensphase Wechseljahre und Älterwerden unter ganzheitlichen Aspekten.

Oft genügen Lebensstiländerungen wie eine ausgewogenere Ernährung, mehr Bewegung sowie Stressabbau,

um Wechseljahresbeschwerden zu lindern. Die Broschüre enthält Tipps zur Selbsthilfe und greift Erkrankungen wie Depressionen und Herzerkrankungen bei Frauen auf, die in dieser Lebensphase vermehrt auftauchen können. Der Prävention und Behandlung von Osteoporose ist ein weiterer Schwerpunkt gewidmet.

Die Neuauflage „Wechseljahre – Aufbruch in eine neue Lebensphase“ ist zum Preis von 6,80 Euro über den Buchhandel oder direkt über das Feministische Frauen Gesundheits Zentrum zu beziehen.

#### Bestelladresse:

Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V.  
Bamberger Straße 51  
10777 Berlin  
Telefon (030) 213 95 97  
Telefax (030) 214 19 27  
ffgzberlin@snaflu.de  
www.ffgz.de

## EXPERTISEN

### Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Alter

Diese Expertise des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beinhaltet umfassende Daten zu besonderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Migrantinnen und Migranten, etwa durch Berufskrankheiten und beruflich bedingte Unfälle, Verkehrsunfälle und Krankheiten. Die Problemlagen der Migrantinnen und Migranten werden im Vergleich zu denen deutscher Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer analysiert und bewertet.

Auch der Pflegebedürftigkeit älterer Menschen mit Migrationshintergrund sowie der interkulturellen Öffnung der Altenhilfe widmet sich ein Kapitel.

Im Kapitel „Schlussfolgerungen und Empfehlungen“ werden besondere

Beeinträchtigungen und Barrieren für die Teilhabe an Sozial- oder Gesundheitschancen, Rehabilitationsmaßnahmen etc. diskutiert und Ansätze zur Veränderung aufgezeigt.

Die Expertise ist in Band 6 einer Reihe des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DAZ) in Berlin publiziert und im LIT-Verlag Münster erschienen. Der Band trägt den Titel „Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland“. Er kostet 24,95 Euro.

**Bezug:**

Im Buchhandel

**DOKUMENTATIONEN**

**MigrantInnen und Gesundheit im Saarland**

Im Rahmen der Tagung „MigrantInnen und Gesundheit im Saarland. Interkulturelle Öffnung als Voraussetzung für bessere Gesundheitschancen“ wurde unter anderem über die gesundheitliche Versorgung von Migranten/ Migrantinnen, Gesundheit und Krankheit aus „fremder“ Perspektive und die interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen diskutiert. Mittlerweile liegt die Dokumentation dieser Tagung, die vom Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales des Saarlands herausgegeben wurde, als Printversion vor.

**Bestelladresse:**

Referat für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Franz-Josef-Röder-Straße 23

66119 Saarbrücken

[www.justiz-soziales.saarland.de](http://www.justiz-soziales.saarland.de)

Telefon (06 81) 9 36 21-400

Telefax (06 81) 9 36 21-943

[broschueren@soziales.saarland.de](mailto:broschueren@soziales.saarland.de)

**SINNVENTUR – Situationsanalysen und Perspektiven sexualpädagogischen Handelns**

Im November 2005 veranstalteten das Dortmunder Institut für Sexualpädagogik (isp) und die Gesellschaft für Sexualpädagogik (GSP) eine gemeinsame Fachtagung, deren Dokumentation nun als Download zur Verfügung steht. 160 Teilnehmerinnen und Teilnehmer diskutierten den Stand der Dinge in der Sexualpädagogik. Als Schlagworte für die Themenpalette seien an dieser Stelle Teenager-Schwangerschaften, Geschlechtsidentitäten, Cyberspace und

queere Sexualpädagogik versus Mädchen- und Jungenarbeit genannt. Neben den Vorträgen werden die Ergebnisse aus sieben Fachforen dokumentiert. Eine Druckfassung ist nicht geplant.

**Kontakt:**

[www.isp-dortmund.de/](http://www.isp-dortmund.de/)

Dokumentation\_SINNVENTUR.pdf

**Migration und Männlichkeit**

In der Reihe „Schriften zur Geschlechterdemokratie“, Nr. 14, hat die Heinrich-Böll-Stiftung eine Dokumentation zur Fachtagung „Migration und Männlichkeit“ (Berlin, Dezember 2005) publiziert. Unter anderem geht es darin um den Lebensalltag von Wanderarbeitern in Deutschland, Identität und Familienbezug türkischer Männer der ersten Generation (vgl. Beitrag von Margret Spohn in diesem Heft), die Arbeit mit Vätern mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund und Rollenfindung und Rollenkonflikte in Spätaussiedlerfamilien.

**Bestelladresse:**

Heinrich-Böll-Stiftung

Hackesche Höfe

Rosenthaler Straße 40/41

10178 Berlin

Telefon (030) 28 53 40

Telefax (030) 28 53 41 09

[info@boell.de](mailto:info@boell.de)

[www.boell.de](http://www.boell.de)

**ZEITSCHRIFTEN**

**Betrifft Mädchen: Migration**

Die Zeitschrift „Betrifft Mädchen“ der Landesarbeitsgemeinschaft Mädchenarbeit in NRW erscheint im Januar 2007 zum Thema „Migration“.

**Bestelladresse:**

Landesarbeitsgemeinschaft Mädchenarbeit in NRW e.V.

Robertstraße 5a

42107 Wuppertal

Telefon (0202) 75 95 046

Telefax (0202) 75 95 047

[lag@maedchenarbeit-nrw.de](mailto:lag@maedchenarbeit-nrw.de)

[www.maedchenarbeit-nrw.de](http://www.maedchenarbeit-nrw.de)

**INTERNET**

**Materialsammlung Migration und Gesundheit**

Die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW stellt eine gut recherchierte, sehr umfangreiche Materialsammlung zum Thema „Migration und Gesundheit“ im Internet zur Verfügung. „Da die migrationssensible Gesundheitsforschung sich noch in den Anfängen befindet, wird es zukünftig darum gehen, den weitergehenden Forschungsbedarf aufzuzeigen und eine Vernetzung der Verantwortlichen anzustreben. Um dieses Ziel zu erreichen, sollten relevante Informationen allen AkteurInnen zugänglich sein“, heißt es dazu im Vorwort.

Die Materialsammlung steht auch als Druckversion zur Verfügung.

**Kontakt:**

FFGZ HAGAZUSSA e.V.

Roonstraße 92

50674 Köln

Telefon (0221) 801 77 78

Telefax (0221) 240 36 53

[www.frauengesundheit-nrw.de/](http://www.frauengesundheit-nrw.de/)

[ges\\_them/migrantin/migration.htm](http://ges_them/migrantin/migration.htm)

**Cooler Klicks für kleine Denker ...**

Das Themenportal „Wissen und Wachsen“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der Initiative D 21 zur frühkindlichen Entwicklung stellt in der Rubrik „Bildung und neue Medien“ das Modellprojekt „Cooler Klicks für kleine Denker mit Migrationshintergrund“ vor. Im Mittelpunkt stehen dabei Kinder, die aufgrund ihrer fremdsprachigen Herkunft sowie ihrer räumlichen oder sozialen Rahmenbedingungen benachteiligt sind. In dem Projekt wurden medienpädagogische Möglichkeiten des „Spielplatz Computer“ für Bildungsprozesse dieser Zielgruppe ausgelotet und pädagogisch empfehlenswerte Spiel- und Lernprogramme herausgefiltert, die in ihren Anforderungen den Bedürfnissen der Kinder entsprechen.

Manche Lernprogramme konnten Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen relativ schnell alleine bewältigen. Andere hingegen erforderten eine intensivere Unterstützung und Anleitung von Seiten der pädagogisch Verantwortlichen. Aus diesem Grund wurden die Programme in drei Katego-

rien unterteilt, die über den Grad der nötigen Unterstützung Auskunft geben. Die Inhalte der Spiele, ihr Schwierigkeitsgrad und ihre Einsatzmöglichkeiten werden erläutert.

Das Projekt soll eine integrationsorientierte Pädagogik unterstützen, Kindern mit geringen Deutschkenntnissen multimediale Chancen und Bildungsmöglichkeiten zu eröffnen, die deren Neugier und Lernwünschen entsprechen.

**Kontakt:**

[www.wissen-und-wachsen.de](http://www.wissen-und-wachsen.de)  
[www.coole-klicks.sin-net.de](http://www.coole-klicks.sin-net.de)

---

### Website der pro familia

Auf der Website der pro familia finden Interessierte unter dem Suchbegriff „Migrantinnen“ viele Informationen zu Medien und Veranstaltungen zum Thema Migrantinnen und Migranten in der Sexual- und Familienplanungsberatung.

**Kontakt:**

[www.profamilia.de](http://www.profamilia.de)

---

### Donna Mobile

Donna Mobile ist ebenfalls in verschiedenen Arbeitsfeldern tätig, mit dem Ziel, die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und ihren Familien zu verbessern und die Gesundheitsdienste stärker für die gesundheitlichen Belange der Migrantinnen zu öffnen. Dazu wird mittels Öffentlichkeitsarbeit über die gesundheitliche und soziale Situation von Migrantinnen und deren Familien informiert, Gesundheitsberatungen und Veranstaltungen sowie die Unterstützung und Begleitung von Selbsthilfegruppen werden angeboten. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit ist die Fortbildung für Multiplikatorinnen/ Multiplikatoren, um sie für die Arbeit mit Migrantinnen und Migranten zu qualifizieren.

**Kontakt:**

[www.donnamobile.org/uns/uns.html](http://www.donnamobile.org/uns/uns.html)

---

### Prävention sexueller Gewalt im Internet

Nach langjährigen Forschungserfahrungen mit den Themen sexuelle Gewalt und Prävention wurde am Deutschen Jugendinstitut in München ein Internetprojekt als Lernmöglichkeit für Jugendliche ab 12 Jahren erstellt,

aus dem heraus die Website [www.niceguysengine.de](http://www.niceguysengine.de) entwickelt wurde.

Jungen und Mädchen lernen hier, sexualisierte Gewalt in ihrem Umfeld und im eigenen Verhalten zu erkennen. Mittels Fragebogen, Textbeiträgen, Interviews und Videos berichten sie über eigene Erfahrungen.

Jungen etwa dokumentieren hier ihren Umgang mit Pornografie und ergründen, was Spaß ist und wo Gewalt beginnt. Jugendliche erfahren, welche Verhaltensweisen als sexuelle Belästigung definiert werden. Sie erfahren Ausmaß und Hintergründe sexueller Übergriffe, erkennen Gruppendruck und werden zu Zivilcourage ermuntert: Wie können Weigerung und Eingreifen aussehen? Die Nutzung ist kostenfrei, außerdem steht eine CD-ROM zur Verfügung.

**Kontakt:**

[www.niceguysengine.de](http://www.niceguysengine.de)  
 Nähere Informationen:  
[perincioli@sphinxmedien.de](mailto:perincioli@sphinxmedien.de)  
[a.heiliger@t-online.de](mailto:a.heiliger@t-online.de)

---

### Elterngeldrechner geht online

Seit Dezember 2006 steht im Internet als neues Serviceangebot der „Elterngeldrechner“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bereit.

Das Angebot hilft werdenden Eltern und Frauen und Männern mit Kinderwunsch bei der gemeinsamen Planung der ersten Zeit nach der Geburt des Kindes. Für Frauen und Männer, deren Kind ab dem 1. Januar 2007 geboren wird, tritt das Elterngeld an die Stelle des bisherigen Erziehungsgelds.

Der Elterngeldrechner macht deutlich, was die gesetzliche Regelung für die Eltern konkret bedeutet. Die Berechnung des Elterngeldanspruchs erfolgt in fünf Schritten: Zuerst werden notwendige allgemeine Angaben erfragt. In einem zweiten Schritt ist das Einkommen vor der Geburt einzugeben. Dann erscheint der anzunehmende Elterngeldanspruch als Zwischenergebnis, worauf noch der gewünschte Bezugszeitraum auszuwählen ist. Will eine Person Elterngeld beziehen und nebenbei noch in Teilzeit arbeiten, muss sie in einem vierten Schritt eingeben, welches Einkommen aus der Tätigkeit sie für diese Zeit erwartet. Am Ende steht eine ausdrückbare Übersicht, aus der hervorgeht, wie viel Elterngeld den Vätern und Müttern

in den einzelnen Monaten voraussichtlich zusteht. Neben einer ausführlichen steht auch eine pauschale Schnellberechnung zur Verfügung.

Allerdings kann der Elterngeldrechner keine rechtsverbindlichen Auskünfte liefern. Die endgültige Entscheidung über das zustehende Elterngeld bleibt einzig der zuständigen Elterngeldstelle vorbehalten, bei der nach der Geburt des Kindes auch der Antrag auf Elterngeld zu stellen ist.

Unter der Internetadresse gibt es eine Liste dieser Stellen sowie weitere Informationen über das Elterngeld.

**Kontakt:**

[www.bmfsfj.de/elterngeldrechner](http://www.bmfsfj.de/elterngeldrechner)

---

### Migration und öffentliche Gesundheit

Die BZgA bietet einen Informationsdienst im Internet, der ständig aktuell über Veröffentlichungen, Projekte, Ideen, Termine, Tagungen und Fortbildungen im Themenfeld Migration und Gesundheit berichtet. Dieser Informationsdienst wird auch viermal jährlich als Druckversion publiziert.

**Kontakt:**

[bzga.de/service/infodienste](http://bzga.de/service/infodienste)

## PROJEKTE

### Modellprojekt für junge Frauen mit Migrationshintergrund

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend verstärkt sein Engagement, um die Perspektiven junger Frauen mit Migrationshintergrund auf dem Arbeitsmarkt zu verbessern und begleitet deshalb ein innovatives Projekt der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen fachlich und methodisch.

In dem Projekt „Kulturelle Vielfalt als Impuls für Entwicklung und Wachstum: Wertschöpfung durch Wertschätzung“ sollen Projektgruppen in zwei Modellregionen – Dresden und Köln – erproben, wie junge Frauen und junge Männer mit Migrationshintergrund ihre Kenntnisse und Fähigkeiten beruflich noch besser einsetzen können. Auch die lokale Wirtschaft soll profitieren. In beiden Städten wird je eine Arbeitsgruppe eingesetzt, bestehend aus Vertretern und Vertreterinnen aus Wirtschaft,

Beratung und Migrations-Selbsthilfegruppen. Die Mehrsprachigkeit und andere kulturelle Ressourcen junger Frauen und Männer mit Migrationshintergrund könnten etwa in der Tourismusbranche oder im Bankensektor verstärkt genutzt und so mehr qualifizierte Arbeits- und Ausbildungsplätze geschaffen werden.

Modellverlauf und erste Ergebnisse sollen im Europäischen Jahr für Chancengleichheit 2007 in einer vergleichenden Ost-West-Präsentation der Öffentlichkeit vorgestellt werden.

**Kontakt:**

Christina Schlich  
Katholische Fachhochschule NW  
Projektkoordinatorin  
Wörthstraße 10  
50668 Köln  
Telefon (0221) 77 57 317  
Telefax (0221) 77 57 319

**Netzwerk für Frauen und Männer mit Migrationshintergrund**

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend startet gemeinsam mit der Thomas-Morus-Akademie Bensberg ein einmaliges Modellprojekt: „Network.21“ wendet sich an junge Frauen und Männer mit Migrationshintergrund.

Den Kern des Modells bilden „Tandems“, bestehend jeweils aus zwei Frauen oder zwei Männern im Übergang von Schule oder Studium in die Berufswelt und Fachleute aus unterschiedlichen Berufen. Sie bilden jeweils eine Lehr-, Lern- und Beratungspartnerschaft. Pro Jahr sind insgesamt 21 dieser so genannten „Mentoring-Tandems“ vorgesehen, 14 Frauen- und sieben Männerteams.

Flankierend dazu gibt es Programme zur Stärkung von Schlüsselkompetenzen der Beteiligten. Dabei geht es vor allem um zentrale berufs- und fachübergreifende Fähigkeiten wie Konfliktbewältigung, Gesprächsführung, Prozess- und Projektplanung oder interkulturelle Sensibilität.

Darüber hinaus bietet die Thomas-Morus-Akademie als Projektträgerin unterschiedliche Seminare als Grundlage zivilgesellschaftlichen Engagements an, die von einem Kreis ehrenamtlich engagierter junger Frauen und Männer mit Migrationshintergrund selbst getragen werden. Ziel ist es, ein Netzwerk engagierter Nachwuchs-Akademikerinnen und -Akademiker

aufzubauen, das sich für das interkulturelle Lernen aktiv einsetzt und andere auf diesem Weg mitnimmt und unterstützt.

Das Modellprogramm ist auf drei Jahre angelegt, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds. Zur Unterstützung des Bundesministeriums gehört auch die wissenschaftliche Begleitung. Interessenten können sich direkt bewerben.

**Kontakt:**

Thomas-Morus-Akademie Bensberg  
Overather Straße 51–53  
51429 Bergisch Gladbach  
Telefon (02204) 40 84 72  
Telefax (02204) 40 84 20  
akademie@tma-bensberg.de

**Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit**

In Deutschland leben derzeit mehr als 14 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, für die auch das Gesundheitswesen eine Integrationsleistung erbringen muss. Der bundesweite Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“ wurde 1994 mit dem Ziel gegründet, einen gleichberechtigten Zugang zur gesundheitlichen Vorsorge, Beratung und Versorgung für Migrantinnen und Migranten zu schaffen.

In einem aktuellen Positionspapier hat dieses Gremium Arbeitsschwerpunkte festgelegt, die letztlich auf eine migrationssensible Öffnung der Gesundheitsdienste zielen. Dies beinhaltet vor allem Bewusstseinsbildung und Schulung von Fachkräften. Darüber hinaus setzt sich der Arbeitskreis dafür ein, dass mehr Menschen mit Migrationshintergrund auf allen Ebenen des Gesundheitswesens arbeiten.

**Kontakt:**

Büro der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration  
Postfach  
11012 Berlin  
Telefon (01888) 400 1625  
Telefax (01888) 400 1606  
dorothea.grieger@bk.bund.de  
www.integrationsbeauftragte.de

**STUDIEN**

**Youth Sexuality 2006**

Die repräsentative Wiederholungsbefragung zur Jugendsexualität der BZgA ist seit November 2006 auch in englischer Übersetzung erhältlich.

**Bestelladresse:**

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 8992 257  
Best.-Nr. 133 161 70

**DVDs**

**Kondome:  
Nur Benutzen schützt**

Drei Videoclips zum Thema Kondomnutzung sind auf einer DVD der BZgA enthalten und können im Internet angesehen werden: „69 Cent“ (ca. vier Minuten), „einTÜTEN“ (ca. eine Minute) und „Kondom Manual“ (ca. zwei Minuten), eine Anleitung zur Kondomanwendung auf Deutsch, Englisch, Französisch, Russisch und Türkisch. Zudem gibt es Informationen zur BZgA und dem Präventionsprojekt JungPositiv. Die DVD ist kostenlos erhältlich.

**Bestelladresse:**

BZgA  
Fachreferat 1-12  
51101 Köln  
www.gib-aids-keine-chance.de

**Berichte**

- 3 **Gesundheit und Migration**  
*Dorothea Grieger*
  
- 8 **Migration – ein weiterer Risikofaktor in der Schwangerschaft?**  
*Neslisah Terzioglu*
  
- 12 **Offen für alle? Die psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Zuwanderern und Strategien zur Verbesserung**  
*Ulla Wittig, Martin Merbach, Elmar Brähler*
  
- 18 **Doing Diversity: Aufklärung zu Homosexualität im Kontext von Migration**  
*Renate H. Rampf*
  
- 22 **Türkische Männer der ersten Generation in Deutschland – alles bekannt und doch völlig unbekannt**  
*Margret Spohn*
  
- 27 **Wägen und wagen – Neuorientierung der Sexualpädagogik in der Zuwanderungsgesellschaft. Zur aktuellen Debatte im Verband der pro familia**  
*Daniel Kunz*
  
- 31 **Präventionsmappe Sexuell übertragbare Krankheiten. Information und Beratung für Menschen verschiedener Kulturen**  
*Stéphanie Berrut*

**Infothek**

- 35 **Broschüren, Expertisen, Dokumentationen, Zeitschriften, Internet, Projekte, Studien, DVDs**

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

[www.sexualaufklaerung.de](http://www.sexualaufklaerung.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 dreimal.  
Aufnahme nach 1996,1  
ISSN 1431-4282

Konzeption:  
Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung  
Verantwortlich:  
Monika Hünert  
Text und Redaktion:  
Heike Lauer, Frankfurt  
Layout und Satz:  
Dietmar Burger, Berlin  
Druck: Moeker/Merkur, Köln  
Auflage: 1./14./12.06

FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung 3–2006 ist kostenlos erhältlich unter der Bestelladresse  
BZgA, 51101 Köln  
Best.-Nr. 13 32 92 04  
[order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)  
Alle Rechte vorbehalten.  
Namentlich gekennzeichnete oder mit einem Kürzel versehene Artikel geben nicht in jedem Fall die Meinung der Herausgeberin wieder. Diese Zeitschrift wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

