



BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung



frauen leben



Familienplanung und Migration

**DOKUMENTATION
DER WISSENSCHAFTLICHEN
ABSCHLUSSTAGUNG**

Dienstag 26./
Mittwoch 27.
Oktober 2010
Berlin,
Hotel Aquino

Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-942816-05-2

Die Beiträge der Dokumentation geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Publikation ist als Diskussionsforum gedacht.

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, Tel. 0221 8992-0
www.bzga.de
www.sexualaufklaerung.de
www.forschung.sexualaufklaerung.de

Redaktion:

Angelika Hefßling, BZgA

Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Anneliese Hendel-Kramer
und Rainer Wagner, SoFFi F.

Bildnachweis:

Alle Portraits: privat
Tagungsfotos: Mercedes Debeyne, Berlin

Konzept, Lektorat und Gestaltung:

Kühn Medienkonzept & Design GmbH, Hennef

Druck:

Asmuth, Köln

Auflage:

1.1.05.12

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/
den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestelladressen:

Per Post: BZgA, 51101 Köln
Per Fax: 0221 8992-257
Per E-Mail: order@bzga.de

Bestellnummer: 13315000

frauen leben **Familienplanung und Migration** **im Lebenslauf**

**Dokumentation
der wissenschaftlichen Abschlusstagung
am 26./27. Oktober 2010 in Berlin**

Vorwort

■ Grußworte

Schriftliches Grußwort der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, *Dr. Kristina Schröder*

Schriftliches Grußwort der Staatsministerin für Migration, Flüchtlinge und Integration, *Prof. Dr. Maria Böhmer*

■ Eröffnung

Familienplanung und Migration als Herausforderung für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Prof. Dr. Elisabeth Pott

Von Migration zur Transmigration? Betrachtungen zum Wanderungsgeschehen in Deutschland und Europa
Prof. Dr. Norbert F. Schneider

Familienplanung und Migration im Lebenslauf
Prof. Dr. Cornelia Helfferich

■ Vorträge

Familiengründung der zweiten Generation türkischer Migrantinnen, *Dr. Nadja Milewski* 23

Familie und Migration seit 1960
Dr. Helen Baykara-Krumme 24

Muster von Familie und Geschlechterbeziehungen in Osteuropa, *Dr. habil. Ingrid Oswald* 26

■ Workshops

1 Der Übergang in Familie: Was brauchen Migrantinnen und wie erreicht man sie? Die Perspektive der Frauen 30

Familie zwischen Zeit, Geld und Bildung – ein Vergleich osteuropäischer und türkischer Frauen
Dr. Jan Kruse 31

Bildung und Familiengründung – ausgewählte Ergebnisse der BZgA-Städte-Studie „frauen leben – Familienplanung und Migration“, *Heike Klindworth* 32

Partnerwahl und Partnerschaftsentwicklung bei Migrantinnen als Thema der Beratung
Resi Conrads-Mathar 33

Diskussion und Schlussfolgerungen 34

2 Der Übergang in Familie: Was brauchen Migrantinnen und wie erreicht man sie? Die Perspektive der Männer 35

Geschlechterbilder von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund, *Michael Tunç* 36

Sexualaufklärung, Sexualität und kontrazeptives Verhalten im Lebenslauf von Männern mit Migrationshintergrund
Debora Niermann 37

Statuswechsel und Familienökonomie bei jungen Männern aus Roma-Flüchtlingsfamilien, *Max Schmidt* 37

Diskussion und Schlussfolgerungen 38

3 Fertilität und Familienplanung von Migrantinnen: Bleibt alles anders? Antworten demografischer Forschung 39

Wandel der Fertilität von Migrantinnen
Dr. Susanne Schmid 40

Fertilität und Familienplanung bei Migrantinnen – Analysepotenziale mit dem neuen deutschen Beziehungs- und Familienpanel (pairfam), *Dr. Petra Buhr* 41

Migration oder Mobilität? Familie und Berufsmobilität im modernen Europa <i>Heiko Rüger</i>	42	Versorgungs- und Beratungsbedarf für Migrantinnen mit niedriger Bildung, <i>Dr. med. Emine Yüksel</i>	64
Diskussion und Schlussfolgerungen	43	Drei Generationen türkisch-muslimischer Frauen und ihre Bildungseinstellungen, <i>Canan Korucu-Rieger</i>	65
4 Themen in der Beratung: Körperkonzepte und Vorstellungen von Sexualität	44	Diskussion und Schlussfolgerungen	66
Sexualethische Konzepte des Islam und ihr Wandel in der Gegenwart, <i>Prof. Dr. Patrick Franke</i>	45	8 Migration als Herausforderung für die Familienpolitik auf kommunaler Ebene <i>Holger Wunderlich</i>	67
Sexualitäts- und Partnerschaftskonzepte in der Migration <i>Meral Renz</i>	46	Beispielhafte Politik in Berlin, Nürnberg, Oberhausen und Stuttgart	69
Subjektive Konzepte von Körper und Verhütung im türkischen und osteuropäischen Kontext <i>Prof. Dr. Cornelia Helfferich</i>	47	9 Familienplanung und Migration: Entwicklungen, Diskussionen und Zugänge in den Nachbarländern Niederlande, Österreich und Schweiz <i>Olaf Kapella, Dr. Ineke van der Vlugt, Dr. med. Marina Costa, Dr. med. MPH Elisabeth Zemp Stutz</i>	72
Diskussion und Schlussfolgerungen	48	Diskussion und Schlussfolgerungen	73
5 Themen in der Beratung: Schwangerschaftserleben und -konflikte	49	Expertenrunde	
Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft von Migrantinnen in Deutschland aus medizinethnologischer Sicht – zur Notwendigkeit transkultureller Kompetenz <i>Dr. phil. Magdalena Stülb und Yvonne Adam</i>	50	Offene Fragen und notwendige Entwicklungen – Perspektiven von Experten und Expertinnen aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen	76
Schwangerschaftsverläufe und Geburten <i>Dr. med. Neslişah Terzioglu</i>	51	Who's who	82
Diskussion und Schlussfolgerungen	52	Referentinnen und Referenten,	82
6 Themen in der Beratung: Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik	56	Moderatorinnen und Moderatoren	82
Pränataldiagnostik – Bedeutung und Bedarf bei Migrantinnen <i>Dr. med. Neslişah Terzioglu</i>	57	Veranstalterinnen	85
Eheschließungen unter Migrantinnen und Migranten <i>Yasemin Yadigaroglu</i>	58	Tagungsorganisation	85
Vorstellungen von Planbarkeit und Machbarkeit von Kindern bei türkischen und osteuropäischen Migrantinnen <i>Prof. Dr. Cornelia Helfferich</i>	59	Online-Informationen der BZgA	86
Diskussion und Schlussfolgerungen	60	Publikationen der BZgA	87
7 „Nötig ist Bildung, Bildung, Bildung.“ Zugang zu Migrantinnen mit niedriger Bildung	61		
Sinus-Milieu-Studie – eine Differenzierung von Zugangswegen zu Migrantinnen, <i>Ilona Renner</i>	62		
Interkulturelle Gesundheitsmediatoren für einen niedrigschwiligen Zugang: Erfahrungen des bundesweiten Projekts „Mit Migranten für Migranten (MiMi)“ <i>Elena Kromm-Kostjuk</i>	63		

Gut zehn Jahre nach dem Symposium „Familienplanung und Lebensläufe von Frauen – Kontinuitäten und Wandel“ in Freiburg im Breisgau richtet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ihren Blick auf das Thema Migration. Fragen zum Informations- und Beratungsbedarf von Frauen mit Migrationshintergrund zu den Themen Familienplanung und Verhütung standen im Fokus der wissenschaftlichen Tagung „frauen leben – Familienplanung und Migration“. Sie fand am 26. und 27. Oktober 2010 in Berlin statt. Anlass der Tagung war die Vorstellung der Ergebnisse der von der BZgA geförderten Studie „frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf“. Für die Untersuchung wurden in Berlin, Stuttgart, Nürnberg und Oberhausen 1.674 Frauen mit türkischem bzw. mit osteuropäischem Migrationshintergrund jeweils im Alter von 20 bis 44 Jahren befragt. Die Themen: ihre Migrationsgeschichte, ihr reproduktiver Lebenslauf und ihre aktuelle Lebenssituation.

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler präsentierten und diskutierten aktuelle Ergebnisse aus unterschiedlichen Fachrichtungen. Neben Forschung standen aber auch Erfahrungen aus der praktischen Arbeit mit Migrantinnen und Migranten im Fokus. In Vorträgen und Workshops ging es um grundsätzliche Fragen wie die nach dem Zusammenhang bzw. dem Einfluss von Migration und Mobilität auf Familienplanungsprozesse sowie um Fragen zum Beratungsbedarf und zur Erreichbarkeit dieser Zielgruppe. Ansätze, die für die Beratungsarbeit mit Migrantinnen und Migranten wichtig sind, wurden aus unterschiedlichen Perspektiven diskutiert.

Auch die kommunale Perspektive wurde berücksichtigt. Welche Problemlagen und Fragestellungen gibt es in den Städten und Gemeinden in Bezug auf die Bevölkerung mit Migrationshintergrund – aber auch: Was bewährt sich in der Praxis? Erfahrungen aus den Nachbarländern Niederlande, Österreich und Schweiz rundeten die Berichte aus der Praxis ab.

In der vorliegenden Dokumentation sind die autorisierten Fachbeiträge – Vorträge und Workshopbeiträge – zusammengestellt.

Ziel der erfolgreichen und intensiven Tagung war es, fachliche Impulse zu setzen, den Austausch von Wissenschaft und Praxis zu fördern, interdisziplinäre Netzwerke zu bilden und die internationale Kooperation zu intensivieren. Zudem lieferten die Ergebnisse vielfach Anregungen zur Weiterentwicklung von zielgruppenspezifischen Maßnahmen und Medien.

Weitere Informationen zur Tagung, zu den beteiligten Expertinnen und Experten sowie zur Studie „frauen leben – Familienplanung und Migration“ sind unter www.forschung.sexualaufklaerung.de im Internet zu finden.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2012
Projekt: frauen leben – Familienplanung und Migration

Sehr geehrte Damen und Herren,

auch wenn ich heute nicht persönlich anwesend sein kann, heiÙe ich Sie ganz herzlich auf der Tagung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „frauen leben – Familienplanung und Migration“ willkommen. Ich freue mich sehr, dass Sie sich dieses wichtigen Themas annehmen.

Dank der Studie von Frau Professorin Helfferich haben wir nun endlich eine gute Datengrundlage zu Partnerschaft und Elternschaft, Familiengründung und Lebensplanung von Migrantinnen in Deutschland. Die Ergebnisse der Studie bestätigen, dass Frauen mit Zuwanderungsgeschichte besondere Unterstützung brauchen. Die Gründung einer Familie in einer neuen Umgebung und in einem fremden Land stellt für sich genommen schon eine besondere Herausforderung dar. Hinzu kommen nicht selten sprachliche Defizite. Nötig sind daher maßgeschneiderte Angebote, um zugewanderte Frauen rechtzeitig zu erreichen. Dazu gehören auch bessere Bildungs- und Erwerbschancen, um die Integration von Frauen mit Migrationshintergrund zu fördern.

Doch es geht nicht nur um die Frauen! Es geht auch darum, die Ehemänner und Väter mit einzubeziehen. Denn während viele Migrantinnen der zweiten und dritten Generation sich eher an modernen Rollenbildern orientieren, sehen wir gerade bei jungen männlichen Migranten aus islamisch geprägten Familien noch immer eine starke Fixierung auf traditionelle Rollenbilder. Das hat Auswirkungen sowohl auf die Familienplanung als auch auf das Zusammenleben in der Familie. Ich halte es jedenfalls für ein deutliches Alarmsignal, wenn 72% der von Frau Professorin Helfferich befragten türkischen Frauen sich für das Thema „Was tun bei Gewalt in der Familie?“ interessieren. Sogar 78% wünschen sich mehr Informationen über die Rechte von Männern und Frauen in der Familie.

Die Unterstützung von Migrantinnen und Migranten bei der Familienplanung ist deshalb weit mehr als Familienberatung. Sie leistet auch einen wichtigen Beitrag zur Integration von Familien mit Migrationshintergrund. Dafür danke ich allen, die sich in Wissenschaft und Praxis im Spannungsfeld Familienplanung und Migration engagieren, und wünsche der Veranstaltung viele fruchtbare, spannende und konstruktive Diskussionen.

Dr. Kristina Schröder

Schriftliches Grußwort der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Kristina Schröder



Schriftliches Grußwort der Staatsministerin für Migration, Flüchtlinge und Integration, Prof. Dr. Maria Böhmer



Sehr geehrte Damen und Herren,

die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat sich mit dem Forschungsprojekt „Familienplanung und Migration im Lebenslauf von Frauen“ einem wichtigen Thema gewidmet.

Die Familie ist der Kern der Gesellschaft. Entscheidungen, die in der Familie getroffen werden, stellen die Weichen in vielen Fragen des Lebens. Es liegt daher auf der Hand, dass die familiären Entscheidungen auch den Integrationsweg eingewanderter Familien maßgeblich prägen. Umgekehrt beeinflusst die Migration auch die Familienplanung. Und Familienplanung hat wichtige gesundheitliche Aspekte.

Diese vielfältigen Bezüge sind in der Untersuchung „Familienplanung und Migration im Lebenslauf von Frauen“ herausgearbeitet worden. Die Bundeszentrale hat damit eine Selbstverpflichtung aus dem Nationalen Integrationsplan umgesetzt. Hierfür danke ich der Bundeszentrale und allen Mitwirkenden sehr herzlich.

Zugewanderte Frauen stehen vor der Herausforderung, einer Vielzahl eigener und fremder Ansprüche gerecht werden zu wollen. Das Einleben und vor allem die schwierige berufliche Eingliederung in die Gesellschaft erfolgen häufig in einer Phase, in der Kinder geplant sind. Die Mehrfachbelastung kann negative gesundheitliche Auswirkungen haben. Und die gesundheitlichen Fragen zur Familienplanung können innerhalb der Familie oft nicht thematisiert werden und tragen somit zu Informations- und Erfahrungsdefiziten bei.

Wenn wir all dies verhindern wollen, müssen wir zukünftig mehr in eine kultursensible gesundheitliche Aufklärung und Beratung investieren. Ihre Forschungsergebnisse bestätigen uns hierin: Einwanderinnen haben oft einen hohen Informationsbedarf zu medizinischen Themen, Rechten und Pflichten von Frauen und Männern in der Familie und zum Thema häusliche Gewalt.

Gleichzeitig müssen wir ein besonderes Augenmerk auf die Unterstützung von zugewanderten Frauen bei der beruflichen Eingliederung richten. Es ist erklärtes Ziel der Bundesregierung, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu fördern – und dies gilt natürlich auch für Frauen mit Migrationshintergrund.

Die Bundesregierung setzt ihre Arbeit mit dem Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung des Integrationsplans fort. Wir entwickeln gemeinsam mit Bund, Ländern, Kommunen und dem nichtstaatlichen Bereich Zielgrößen, anhand derer die Umsetzung von Integrationsmaßnahmen messbar wird. Und erstmals haben wir ein eigenständiges Dialogforum zu den Themenbereichen Gesundheit und Pflege eingerichtet, um der wachsenden Bedeutung des Themas gerecht zu werden.

Ich freue mich auf die weitere Mitwirkung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung an der Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund und wünsche Ihnen eine erfolgreiche Tagung.

Mit freundlichen Grüßen
Prof. Dr. Maria Böhmer

Eröffnung

Familienplanung und Migration als Herausforderung für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Prof. Dr. Elisabeth Pott, Direktorin
der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Von Migration zur Transmigration? Betrachtungen zum Wanderungsgeschehen in Deutschland und Europa

Prof. Dr. Norbert F. Schneider,
Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung

Familienplanung und Migration im Lebenslauf

Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Sozialwissenschaftliches
FrauenForschungsInstitut an der Ev. Hochschule Freiburg

Eröffnung

Familienplanung und Migration als Herausforderung für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



**Prof. Dr. Elisabeth Pott,
Direktorin der
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat in den letzten Jahren die Lebenslage von Migranten und Migrantinnen insbesondere im Hinblick auf die Präventions- und Gesundheitsförderung in den Blick genommen.

Die Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung berücksichtigt dabei die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit und den Nationalen Integrationsplan. Menschen mit Migrationshintergrund sind eine sehr heterogene Gruppe, wie wir aus einigen Studien wissen. Im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung spielen verschiedene Einflussfaktoren wie z.B. Abhängigkeit vom Herkunftsland, Geschlecht, Alter, Sozialstatus und die Aufenthaltsdauer bzw. die Einwanderergeneration eine Rolle. Es ist also enorm wichtig, Menschen mit Migrationshintergrund sehr differenziert und umfassend zu betrachten, d.h. **auch** unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen und nicht generell unter einer Defizitperspektive.

Wir wissen z. B., dass das günstigere Stillverhalten von Müttern, der niedrige Tabakkonsum bei Mädchen und der geringe Alkoholkonsum bei Jugendlichen aus islamisch geprägten Ländern Gesundheitsressourcen bieten. Auf der anderen Seite gibt es gerade im Gesundheitsbereich bei bestimmten Gruppen eine ungünstigere

Situation beispielsweise beim Ernährungs- und Bewegungsverhalten oder bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchung und Impfungen. Bestimmte Teilgruppen von Migrantinnen und Migranten finden keinen Zugang zu Gesundheitsinformationen und Angeboten. Gründe können in den unterschiedlichsten Zugangsbarrieren liegen:

- Kulturelle Barrieren (unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte)
- Sprachliche Barrieren (geringere Sprachkompetenz oder Analphabetismus)
- Rechtliche Barrieren (illegaler Aufenthaltsstatus)
- Unsicherheiten über Institutionen und Leistungen des Gesundheitswesens in Deutschland (Migranten kennen beispielsweise keine vergleichbaren Strukturen)
- Soziale Benachteiligung und die Erfahrung in Deutschland mit Diskriminierung

Aufgrund der Ausprägung unterschiedlicher Probleme gerade in diesen Gruppen sind passgenaue Informationen, Beratung und konkrete Hilfen für sie besonders wichtig. Für viele Akteure im Präventionsbereich stellt sich hier die Frage, was die Gruppen charakterisiert, wie man Menschen mit Migrationshintergrund erreicht und anspricht und welche organisatorischen und personellen Voraussetzungen nötig sind.

Bei der Aufklärungsarbeit berücksichtigt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung folgende Kriterien und Vorgehensweisen, die für erfolgreiche Maßnahmen der Gesundheitsförderung entscheidend sind:

- Spezielle Angebote für Teilzielgruppen da, wo Regelangebote nicht ausreichen, Nutzung vorhandener Strukturen, sozial-räumlich vernetzte Angebote
- Partizipation und Kooperation mit Menschen und Organisationen mit Migrationshintergrund bei Planung, Durchführung und Evaluation
- Abgestimmter Ansatz von Medien und personaler Kommunikation

Der gesetzliche Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Sexualaufklärung und Familienplanung verpflichtet uns auch konzeptionell, Menschen mit Migrationshintergrund in den Blick zu nehmen. Dafür hat die BZgA ein eigenes Migrationskonzept „Migrantinnen und Migranten als Zielgruppe in der Sexualaufklärung und Familienplanung“ entwickelt.

Das Ziel unseres gesetzlichen Auftrages ist es, Menschen zu einem verantwortlichen, gesunden und selbstbestimmten Umgang mit Sexualität und Familienplanung in einem umfassenden Sinne zu befähigen. Die Teilaspekte dieses Zieles sind:

- Die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (in Anlehnung an die Arbeit der WHO)
- Schwangerschaftskonflikte zu vermeiden und zu lösen

- Ein gesellschaftliches Klima zu schaffen, das sexual- und familienfreundlich ist und dabei offen gegenüber unterschiedlichen Lebensstilen, Orientierungen, Einstellungen, Wertüberzeugung

Derzeit sind etwa zwei Fünftel der Frauen mit Migrationshintergrund zwischen 20 und 44 Jahre alt und somit in einem Alter, in dem die Themen Partner- und Elternschaft, Körperwissen, Kinderwunsch, Sexualität und Verhütung, aber auch Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikte eine aktuelle Rolle spielen. Was für die Gesundheitsförderung im Allgemeinen zu beobachten ist, gilt besonders für Sexualaufklärung/Familienplanung: Kulturelle und religiöse Traditionen können dafür verantwortlich sein, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Sachen Sexualität, Fruchtbarkeit, Ehe und Familie unterschiedliche Einstellungen und Verhaltensweisen zeigen. Bedeutsam sind besonders Unterschiede in folgenden Punkten:

- Rollenverhalten der Geschlechter
- Kommunikation über Sexualität
- Wissen über Sexualität und das Körpergeschehen
- Bewertung und Bedeutung von Sexualität, Ehe und Familie sowie
- Bedeutung von Sexualnormen und religiösen Werten



„Das Ziel unseres gesetzlichen Auftrages ist es, Menschen zu einem verantwortlichen, gesunden und selbstbestimmten Umgang mit Sexualität und Familienplanung in einem umfassenden Sinne zu befähigen.“

Teilweise gibt es dadurch erhebliche Barrieren und Hürden für ein gesundheitsgerechtes Verhalten. Tradierte Geschlechterrollen und religiöse Vorstellungen können einer offenen, toleranten und emanzipatorischen Sexualaufklärung/Familienplanung entgegenstehen.

Für die Sexualaufklärung und Familienplanung sind dies Barrieren, aber auch Herausforderungen. Ziel ist es, kulturelle Besonderheiten bei der Ansprache von Migrantinnen und Migranten zu respektieren, soweit sie sich im Rahmen des Rechts- und Wertesystems der Bundesrepublik Deutschland befinden.

Dabei ist die Gewinnung von Schlüsselpersonen, insbesondere mit Migrationshintergrund, im Gesundheits-, Bildungs- und Freizeitbereich entscheidend. Voraussetzung für migrationsensible Angebote ist jedoch eine differenzierte Zielgruppenanalyse. Die Forschungslage und die Evaluation von Medien und Maßnahmen im Hinblick auf Gesundheitsförderung, insbesondere Familienplanung und Sexualaufklärung, sind für die Zielgruppe Erwachsene mit Migrationshintergrund noch nicht hinreichend. Für die Zielgruppe der Jugendlichen mit Migrationshintergrund jedoch hat sich die Datenlage erheblich verbessert.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung fördert seit Jahren Studien zu Einstellungen und Verhaltensweisen von Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund im Bereich Körperwissen, Partnerschaft, Sexualität, Verhütung und Aids. Die BZgA erprobt auch migrationsensible Evaluationen und Studien zu ihren Aufklärungsmedien und Maßnahmen.

Die aktuelle Studie Jugendsexualität zeigt, dass sich das Verhütungsverhalten von jugendlichen Migrantinnen und Migranten in den letzten Jahren deutlich verbessert hat. Bei den Jungen aus Migrantenfamilien hat sich der Anteil der Nichtverhütenden in den letzten Jahren nahezu halbiert.

Gleichzeitig zeigt die Studie auch, dass religiös orientierte Jugendliche häufiger sexuelle Abstinenz üben als Jugendliche, die sich keiner Konfession eng verbunden fühlen. Dies gilt für deutsche Jugendliche (gleichermaßen bezogen auf Katholiken und Protestanten) ebenso wie für Jugendliche mit Migrationshintergrund (hier vor allem bezogen auf den muslimischen, aber auch auf den katholischen Glauben). Bei den Mädchen mit Migrationshintergrund wird darüber hinaus jedoch deutlich, dass es die jungen Frauen muslimischen Glaubens generell, parallel dazu auch diejenigen mit türkischer Staatsangehörigkeit, sind, die nur in äußerst geringem Umfang in jugendlichem Alter sexuelle Aktivitäten entwickeln.

Auch die Sinus-Milieu-Studie hat für die BZgA 14- bis 17-jährige Jugendliche mit Migrationshintergrund u.a. zu Sexualität und Partnerschaft befragt.

Bei der Frage zur Stellung von Männern und Frauen in einer Partnerschaft bestätigen nur 65%, dass Männer und Frauen gleichberechtigt sind – wobei auffällt, dass deutlich mehr Mädchen (73%) als Jungen (59%) diese Auffassung vertreten. In traditionellen und

religiös verwurzelten Milieus – so die Studie – sind Sexualität und die Kommunikation darüber angst- und tabubesetzt und lehnen die Jungen die Gleichberechtigung der Geschlechter mehrheitlich ab. Weiter stellt die Sinus-Milieu-Studie die Frage: Wie kommunizieren jugendliche Migranten und Migrantinnen über das Thema Sexualität? Dabei zeigt sich, dass etwa ein Drittel der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen erklärt,

- dass sie kein Problem damit haben, über Sexualität zu sprechen,
- dass sie prinzipiell kein Problem damit haben, über Sexualität zu sprechen, aber aufgrund des sehr persönlichen Themas es vorziehen, dies mit Leuten tun, die ihnen nahestehen,
- dass sie entweder am liebsten nicht über das Thema sprechen oder dazu keine Angaben machen möchten.

Das Thema Sexualität wird also in Familien mit Migrationshintergrund je nach Herkunft sehr unterschiedlich behandelt. Lediglich 51% der Mädchen und nur 41% der Jungen mit Migrationshintergrund werden überhaupt im Elternhaus über Verhütung beraten. Insbesondere in türkischen Familien gibt es kaum eine Sexualerziehung in Form eines aufklärenden Gesprächs.

Bildung ist – so zeigen alle Studien – für die Kommunikation über Sexualität, Verhütung und Partnerschaft ein sehr entscheidender Faktor. So kommt der Schule eine immense kompensatorische Funktion im Hinblick auf Sexuaufklärung und Familienplanung zu. Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund äußern in Befragungen einen erheblichen Informationsbedarf zu den Themen Verhütung, Schwangerschaft und Geburt, Zärtlichkeit und Liebe, aber auch zu sexuellen Praktiken. Bei eher tabuisierten Themen, wie z.B. Homosexualität, Prostitution oder Pornografie, besteht dagegen ein äußerst geringes Interesse.

Erfreulicherweise zeigt auch die Sinus-Milieu-Studie, dass 66% der befragten 14- bis 17-jährigen Migranten und Migrantinnen die Tatsache, dass es eine staatliche Stelle wie die BZgA gibt, bei der jeder Informationen über Fragen zu Sexualität, Partnerschaft und Liebe erhalten kann, für gut befinden. Davon würde aber nur die Hälfte diese Einrichtung auch nutzen. 14% lehnen eine solche Institution rundweg ab, weil sie überflüssig sei. **Die Aufgabe der BZgA besteht also darin, prinzipiell vorhandene Zustimmung in aktive Nutzungsbereitschaft umzusetzen.**

Aus unseren Evaluationen wissen wir, dass am häufigsten die jugendlichen Migrantinnen und Migranten im Schulunterricht mit Medien der BZgA in Berührung kommen, des Weiteren über Broschüren oder durch Erwähnung in Zeitungen oder Zeitschriften oder durch die bundesweit bekannten Aids-Plakate.

Die Sinus-Milieu-Studie bestätigt, dass Jugendliche zur Sexuaufklärung Jugendzeitschriften und deutsche Medien bevorzugen. Zwei Drittel möchten in deutscher Sprache informiert werden (Printbereich), und 90% der Jugendlichen nutzen Printmedien in deutscher Sprache. Gleichzeitig machen die Ergebnisse deutlich, dass die Milieus „religiös verwurzelt“ und „entwurzelt“ andere Zugänge benötigen.

Bei der Wahl des Trägermediums für Aufklärung kommt dem Internet höchste Bedeutung zu. Das Internet ist das wichtigste Medium für Jungen mit Migrationshintergrund. Jugendliche sind ausgesprochen Internet-affin und verbringen immer mehr Zeit „online“, daher lohnt es sich, dieses Medium verstärkt für Informations- und Aufklärungskampagnen zu nutzen, wie es die BZgA z.B. mit loveline.de, einem Internetangebot für Jugendliche, auch tut. Personale Kommunikation ist bei vielen sogenannten schwer erreichbaren Zielgruppen unverzichtbar.

Das Projekt „komm auf Tour“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erreicht durch seinen Einsatz als Mitmachparcours in Hauptschulen viele bildungsferne Jugendliche mit Migrationshintergrund. Ziel des Projektes ist es, spielerisch, jugendgerecht und ressourcenorientiert Stärken für eine perspektivische Lebens- und Familienplanung bei Jugendlichen zu entwickeln. Nach Durchlauf des Parcours wissen mehr türkische Mädchen und Jungen, wie sie sich über Sexualität und Verhütung informieren können. Geschlechtsstereotype werden weniger vertreten, und türkische Mädchen interessieren sich mehr für einen Beruf.

„Bildung ist aber – so zeigen alle Studien – für die Kommunikation über Sexualität, Verhütung und Partnerschaft ein sehr entscheidender Faktor.“

Jugendliche sind eine wichtige Zielgruppe für die BZgA im Themenfeld Sexuaufklärung und Familienplanung, eine andere sind Frauen im reproduktiven Alter. Über Migrantinnen im reproduktiven Alter wissen wir wenig. Um das Wissen über den unterschiedlichen Bedarf an Information und Unterstützung bei Fragen der Familienplanung zu gewinnen, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung deshalb die

Studie „Frauen leben: Familienplanung und Migration im Lebenslauf“ in Auftrag gegeben. Hier wurden Frauen mit türkischem und Frauen mit osteuropäischem Migrationshintergrund jeweils im Alter von 20 bis 44 Jahren über ihre Migrationsgeschichte, ihren reproduktiven Lebenslauf und die aktuelle Lebenssituation befragt. Die Vergleichsgruppen sind westdeutsche Frauen ohne Migrationshintergrund.

Aus dieser Studie erhofft sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung relevante Ergebnisse zur Umsetzung ihrer Angebote im Themengebiet Sexuaufklärung, Verhütung, Schwangerschaft und Familienplanung.

Vor der Präsentation der Ergebnisse wird **Herr Professor Dr. Schneider**, der neue Leiter des Instituts für Bevölkerungsforschung, uns noch einige zentrale Erkenntnisse und Fakten zum Thema Migration vorstellen.

Woran denken wir, wenn von Migration die Rede ist? Verbreitet ist bis heute das klassische Verständnis von Migration im Sinne eines dauerhaften Umsiedelns in ein anderes, oftmals unbekanntes Land. Migranten erscheinen aus der Perspektive des Ziellandes oftmals als Fremde, die andere Sitten und Gebräuche pflegen und sich dadurch von der einheimischen Bevölkerung unterscheiden.

Migranten migrieren, so die dazugehörige Annahme, weil sie ein Land verlassen wollen, in dem sie unbefriedigende Lebensbedingungen oder sogar Gefährdungen vorfinden. Als typische Pushfaktoren, also als Faktoren, die zum Verlassen eines Landes führen, gelten Arbeitslosigkeit, Verfolgung und Armut. Im Zielland dagegen erhoffen sich die Migranten Sicherheit, einen günstigeren Arbeitsmarkt und bessere Lebensbedingungen, alles Beispiele für die üblicherweise genannten Pullfaktoren, die Umstände also, die zur Wahl eines bestimmten Ziellandes führen. Zugrunde liegt dieser Auffassung die Vorstellung, Migranten lösen sich vom Herkunftsland ab und werden vom Zielland angezogen und aufgenommen. Migrationspolitik ist entsprechend vielfach auf ein Wanderungsgeschehen gerichtet, das durch eine dauerhafte Umsiedlung oder zumindest durch einen langfristigen Aufenthalt im Zielland gekennzeichnet ist. Ziel einer solchen, meist nationalstaatlich betriebenen Migrationspolitik ist es, Migranten zu assimilieren oder zu integrieren.

Merkmale des gegenwärtigen Migrationsgeschehens in Europa

Neuere Befunde zeichnen entgegen diesen weit verbreiteten Vorstellungen ein anderes Bild des gegenwärtigen Wanderungsgeschehens. Die Rede ist von Transmigration. „Sie zeichnet sich dadurch aus, dass der Wechsel zwischen verschiedenen Lebensorten in unterschiedlichen Ländern kein singulärer Vorgang ist, sondern zu einem Normalzustand wird, indem sich der alltagsweltliche Sozialraum der **Transmigranten** pluri-lokal über Ländergrenzen hinweg zwischen verschiedenen Orten aufspannt. Das Verhältnis zwischen Herkunfts- und Ankunftsregion wird hier also durch die Herausbildung von auf Dauer angelegten **transnationalen Sozialräumen** gestaltet“ (Gogolin/Pries 2003:9).

Transmigration ist mithin kein einmaliges Geschehen im Sinne einer Umsiedlung, sondern ein meist sehr differenzierter und anhaltender Prozess, eines Lebens und Hin-und-Her-Pendelns zwischen zwei Welten – räumlich und kulturell. Bezogen auf das gegenwärtige Wanderungsgeschehen in Europa verweisen neuere empirische Befunde der Mobilitäts- und Migrationsforschung auf sechs Spezifika:

1. Geringe Migrationsdynamik und eingeschränkte Umzugsbereitschaft
2. Veränderte Wandermotive: Berufliche und ökonomische Gründe verlieren an Bedeutung
3. Gewandeltes Wanderungsverhalten: Fluide und disparate Formen von Transmigration lösen die klassische Migration ab
4. Substitution von Migration und residenzieller durch zirkuläre Mobilität
5. Wanderung führt zur Entstehung transnationaler Identitäten, sie fördert nicht primär den Wechsel der nationalen Identität

Von Migration zur Transmigration? Betrachtungen zum Wanderungsgeschehen in Deutschland und Europa



**Prof. Dr. Norbert F. Schneider,
Bundesinstitut für
Bevölkerungsforschung**

6. Räumliche Mobilität und sozialer Aufstieg entkoppeln sich in weiten Teilen Europas, Mobilität erfolgt zunehmend zur Vermeidung sozialen Abstiegs

Im Folgenden sollen diese Besonderheiten des gegenwärtigen Mobilitätsgeschehens näher beschrieben und erklärt werden.

Ad 1: Geringe Migrationsdynamik und eingeschränkte Umzugsbereitschaft der Europäer

Die Mehrheit der Menschen in Europa scheint kaum umzugs- und migrationsbereit zu sein. Für die meisten Menschen stellen Migration und Binnenwanderung eher eine Bedrohung als eine Chance dar. Die geringe Wanderdynamik der Europäer belegen folgende Zahlen: Etwa 80% der Europäer leben in der Region, in der sie aufgewachsen sind, und haben auch noch nie an einem anderen Ort gelebt (Eurofound 2006)¹; nur etwa 2% der Europäer (EU-27) lebten 2008 in einem anderen als ihrem Heimatland (Migranten) und 4% der Einwohner Europas sind Migranten aus Drittländern (Vasileva 2009). Weitere Daten zeigen, dass etwa 1% der Europäer

¹ Diese Zahl repräsentiert das durchschnittliche Niveau der Umzugsmobilität innerhalb der betrachteten europäischen Länder (EU-25 ohne Rumänien und Bulgarien). Zwischen den einzelnen Ländern variiert das Mobilitätsniveau erheblich. In den nordischen Ländern haben etwa 40% bereits in einer anderen Region oder einem anderen Land gelebt, während in den süd- und osteuropäischen Ländern im Durchschnitt nur etwa 15% bzw. 10% ihre Heimatregion bereits einmal residenziell verlassen haben (Eurofound 2006: 3).

(EU-25) im erwerbsfähigen Alter pro Jahr aus beruflichen Gründen über weite Distanzen umziehen; das Gleiche gilt für 2,3% der US-Amerikaner (Coomans 2002).

Für die relativ geringe Umzugsbereitschaft in Europa sind kulturelle und strukturelle Ursachen verantwortlich. **Kulturell:** Während etwa in den USA mit Umzug vornehmlich ein „Aufbruch zu neuen Ufern“ und ein „Bloß weg von hier“ konnotiert wird, dominiert in Europa hingegen eher die Haltung, durch Umzug lieb gewonnene Lebensumstände zu verlieren. **Strukturell** ist festzustellen, dass nach wie vor hohe Mobilitätsbarrieren in Deutschland und in Europa bestehen. Zu nennen sind neben Sprachbarrieren vor allem unterschiedliche Bildungs- und soziale Sicherungssysteme.

Neuere Zahlen für Deutschland verweisen zudem darauf, dass Deutschland gegenwärtig nicht als Einwanderungsland gelten kann, jedenfalls nicht, wenn die Wanderungssalden der letzten Jahre und die seit beinahe zwanzig Jahren sinkende Zuwanderung herangezogen werden (vgl. Abbildung 1 und Abbildung 2).

Abbildung 1: Zu- und Abwanderung nach und von Deutschland 1991-2009

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011

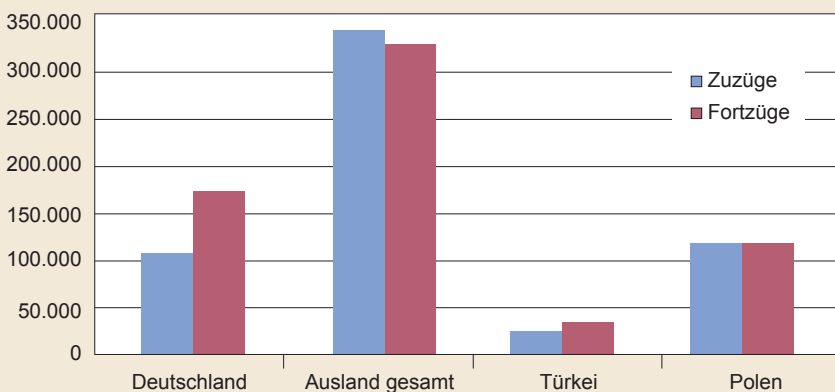
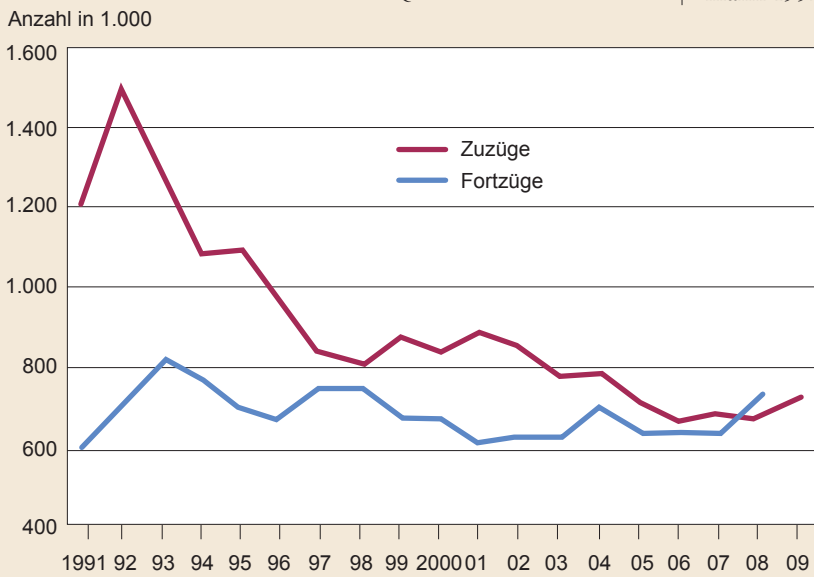


Abbildung 2: Zu- und Fortzüge nach und von Deutschland nach Nationalitäten

Nach einem Zuwanderungshoch Anfang der 1990er Jahre mit rund 1,5 Millionen Zuwanderern ist deren Zahl auf rund 721 Tausend im Jahr 2009 um mehr als die Hälfte zurückgegangen. Die Zahl der Auswanderungen ist im selben Zeitraum, bei einigen Schwankungen, vergleichsweise konstant geblieben und lag im Jahr 2009 bei etwa 734 Tausend Fortzügen und damit um etwa 13 Tausend über der Zahl der Zuzüge.

Bei einer näheren Betrachtung des Wanderungsgeschehens nach Staatsangehörigkeit wird erkennbar, dass mit ca. 60 Tausend größere Wanderungsverluste im Jahr 2008 vor allem bei deutschen Staatsangehörigen zu verzeichnen waren, während die Zu- und Fortzüge bei zwei der größten Bevölkerungsgruppen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Deutschland ein nahezu ausgeglichenes Saldo aufwiesen (Abbildung 2).

Ad 2: Wandel der Wanderungsmotive: Berufliche Gründe verlieren an Bedeutung

In den klassischen Wanderungstheorien werden bessere materielle Lebensbedingungen im Zielland als dominierendes Motiv für Migration benannt. Nach einiger Zeit des Aufenthalts sogenannter Mobilitätspioniere ziehen weitere Personen aus der Verwandtschaft und der Herkunftsregion nach und es entsteht eine Art Sogwirkung, die auch als **Kettenmigration** bezeichnet wird. Bei Kettenmigration handelt es sich um eine „universelle und wahrscheinlich auch die quantitativ bedeutsamste Form der Migration“ (Heckmann 1992: 99).

Neuere Befunde der Migrationsforschung über die Motive für Migration in Europa lassen erkennen, dass ökonomische Motive gegenwärtig nicht dominieren. Die Befunde der europäischen Studie PIONEUR verweisen auf drei zentrale Wanderungsmotive: Jeweils etwa ein Viertel der Menschen, die zwischen europäischen Ländern migrieren, tun dies aus beruflichen Gründen, der Familie und/oder der Liebe oder eines besseren Klimas bzw. einer besseren Lebensqualität wegen. Dabei zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Während bei Männern berufliche Gründe überwiegen, sind es bei Frauen Familie und Liebe, die sie zur Migration bewegen (Pioneer Research Group 2006). Nach den Befunden der BSTME-Erhebung wird deutlich, dass soziale vor kulturellen und ökonomischen Wanderungsmotiven rangieren (Verwiebe 2006: 162): „Ein knappes Drittel der befragten Personen (31%) gibt als alleinigen Hauptgrund für innereuropäische Wanderungen soziale Gründe an. Erst an dritter Stelle kommen die ökonomischen und beruflichen Gründe mit einem Anteil von 14%. Rein kulturelle Gründe werden von 16% der Personen genannt. Ein Bündel unterschiedlicher Gründe aus allen drei Bereichen findet sich bei 39% der EU-Bürger. Bei sechs Prozent der Befragten finden sich Wanderungsgründe aus allen drei Bereichen.“

Ähnlich sind auch die Daten über die Aufenthaltszwecke von Staatsangehörigen aus Nicht-EU-Staaten in Deutschland zu bewerten, wie sie vom Statistischen Bundesamt ausgewiesen werden.



„Neuere Befunde der Migrationsforschung über die Motive für Migration in Europa lassen erkennen, dass ökonomische Motive gegenwärtig nicht dominieren.“

kann, wieder in ihr Herkunftsland zurückkehren. Der Gastarbeiter entspricht diesem Typus. Die Migranten verlassen befristet ihr Heimatland und kehren dahin auch wieder zurück.

Nach Befunden mit Daten des AZR ist anzunehmen, dass die Zahl der Rückwanderer angestiegen ist. „Die in Deutschland lebenden Ausländer aus Drittstaaten können zu einem nicht unerheblichen Teil als zirkuläre Migranten betrachtet werden. Anhand von Daten des Ausländerzentralregisters (AZR) wurde festgestellt, dass 10,7 Prozent der rund 4,3 Millionen aufhältigen Drittstaatsangehörigen

(Nicht-EU-Bürger) bereits mindestens einmal aus Deutschland fortgezogen und danach erneut zugewandert sind. Bei 2,6 Prozent der Drittstaatsangehörigen haben sich solche Fort- und erneuten Zuzüge innerhalb der letzten fünf Jahre ereignet. 2,3 Prozent der aufhältigen Ausländer aus Nicht-EU-Staaten sind schon mindestens zweimal aus Deutschland fortgezogen und dazwischen sowie danach erneut

zugezogen“ (Schneider/Parusel 2011: 8). Diese Form der Wanderung findet sich besonders bei Personen, die aus beruflichen bzw. ökonomischen Gründen migrieren, sie sind seltener bei Personen, die aus sozialen oder kulturellen Gründen wandern. Die hier zitierten Daten lassen vermuten, dass sich die Aufenthaltsdauer einer wachsenden Zahl von Personen auch aufgrund rechtlicher Regelungen² verkürzt.

Auch sie lassen die Vielfalt von Wanderungsmotiven und die vergleichsweise geringe Bedeutung rein ökonomischer Wanderungsmotive erkennen (vgl. Abbildung 3).

Der häufigste Aufenthaltsgrund sind demnach familiäre Gründe (23%), danach folgen, meist kurzfristige, Aufenthalte im Rahmen von Bildung und Ausbildung (21%) und erst an dritter Stelle berufliche Gründe (13%).

Ad 3: Gewandeltes Wanderungsverhalten – fluide Formen der Wanderung

Eine weitere bedeutsame Veränderung des Wanderungsverhaltens besteht darin, dass die in der Vergangenheit dominierende Form der dauerhaften Wohnsitzverlagerung in Verbindung mit einer stabilen und eindeutigen Veränderung des Lebensmittelpunktes an Bedeutung verloren hat.

Stattdessen haben sich vielfältige Formen der Transmigration verbreitet. Zu den prominentesten dieser fluiden Mobilitätsformen gehören die folgenden:

Weiterwanderung und temporäre Wanderungen

Vielfach halten sich Menschen, die in ein Land migriert sind, dort nur befristet auf, um danach in ein anderes Land zu wandern, etwa wenn sich die Arbeitsmarktbedingungen im ursprünglichen Ziel-land verschlechtern oder anderswo bessere Optionen entstehen.

Temporäre Wanderungen liegen vor, wenn sich Migranten in einem Zielland aufhalten und nach einem mehr oder weniger langen Aufenthalt, der sich auf die gesamte Dauer des Erwerbslebens erstrecken

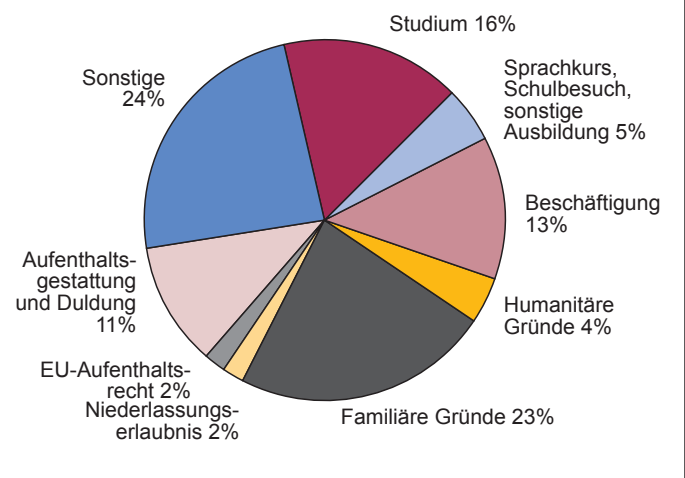


Abbildung 3: Zuzüge von Staatsangehörigen aus Nicht-EU-Ländern im Jahr 2009 nach ausgewählten Aufenthaltszwecken und Aufenthaltstiteln

Quelle: BAMF 2011: 23; (N=197.873)

* Darunter fallen u. a. Personen mit einem Aufenthaltstitel oder Personen, die einen Aufenthaltstitel beantragt haben.

2 „Diese Zulassungszeiträume (maximale Dauer des Aufenthalts in Deutschland) der von der ZAV bearbeiteten Verfahren betragen für Haushaltshilfen: maximal 3 Jahre; für Saisonarbeiter: max. 6 Monate pro Kalenderjahr; für Schausteller: max. 9 Monate pro Kalenderjahr; für Gastarbeiter: max. 18 Monate; für Werkvertragsarbeiter: für die Dauer des Werkvertrags, in der Regel 2 Jahre, Ausnahmen möglich; für ausländische Fachschüler: max. 3 Monate; für Spezialitätenköche: max. 4 Jahre; für internationalen Personalaustausch (Beschäftigung ausländischer Mitarbeiter eines internationalen Unternehmens in einer deutschen Niederlassung): max. 3 Jahre; für die Ferienbeschäftigung ausländischer Studenten: max. 3 Monate während der Semesterferien im Heimatland.“ (Schneider/Parusel 2011: 62)

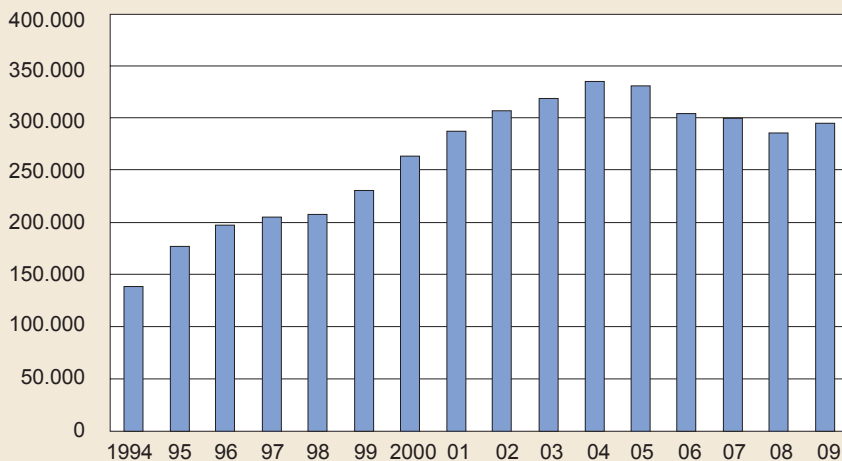


Abbildung 4: Vermittlungen von Saisonarbeitnehmern und Schaustellergehilfen in Deutschland 1994–2009

Quelle: BAMF 2011

Anmerkung: Über die Bundesagentur für Arbeit vermittelte Saisonarbeitnehmer; es wurde nur erfasst, wer einen Wohnsitz in Deutschland anmeldet.

Saisonarbeitnehmer

Eine andere Gruppe von Transmigranten stellen Saisonarbeitnehmer dar. Diese sind laut Gesetzgebung (rechtliche Grundlage ist die Beschäftigungsverordnung, hier speziell § 18) für die maximale Dauer von 6 Monaten pro Kalenderjahr in Deutschland beschäftigt, vorwiegend im Bereich der Land- und Forstwirtschaft und im Hotel- und Gaststättengewerbe. Hauptherkunftsländer der Saisonarbeitnehmer sind Polen (Anteil 2008: etwa 68%; sinkend) und Rumänien (rund Anteil 2008: 27%, steigend). Pflege- und Gesundheitsberufe werden – auch wenn sie vorübergehend angelegt sind, dagegen nicht in Saisonarbeit erfasst (BAMF 2011). Die quantitative Entwicklung der Saisonarbeit in Deutschland ist durch ein leichtes Auf und Ab bei einem Hoch im Jahr 2004 gekennzeichnet. Im Jahr 2009 wurden knapp 300 Tausend Saisonarbeiter offiziell vermittelt (vgl. Abbildung 4).

Da die Statistiken nicht personenbezogen geführt werden, liegen keine Zahlen darüber vor, wie viele Saisonarbeitnehmer über mehrere Jahre hinweg immer wieder nach Deutschland kommen.

In Privathaushalten beschäftigte Migrantinnen

Ein relativ „junges“ und an Verbreitung zunehmendes Beispiel transnationaler Migrantinnen stellen Migrantinnen dar, die zur Ausübung von Pflege- und Familienarbeit, der sog. „drei Cs“, Cooking, Cleaning, Caring, ihr Herkunftsland (vorübergehend) verlassen. Hier zeigt sich anschaulich eine globale Verknüpfung: In den hoch entwickelten Industrienationen steigt, begünstigt durch veränderte Familien-, Erwerbs- und Wohlstandsverhältnisse, die Nachfrage von Privathaushalten nach solchen möglichst preiswerten Dienstleistungen (vgl. Lutz 2007). Diese Tätigkeiten wiederum sind für Frauen aus weniger entwickelten Ländern dann attraktiv, wenn das Wohlstandsgefälle besonders ausgeprägt ist.

Aufgrund sprachlicher Barrieren, die zwischen Herkunfts- und Zielland existieren und die es zu bewältigen gilt, sind es vorwiegend

gut ausgebildete Frauen, die migrieren und die im Zielland häufig unterhalb ihrer Qualifikation tätig sind. Auf dem Arbeitsmarkt des Herkunftslandes entsteht eine entsprechende Lücke an qualifizierten Arbeitnehmerinnen. Darüber hinaus kann eine „Pflege-Lücke“ dort

entstehen, wo diese Frauen zur Pflege von eigenen Angehörigen oder Kindern fehlen (vgl. Rerrich 2006). Diese Lücke zu schließen, gestaltet sich in den Herkunftsländern meist schwierig, da aufgrund der dort vorherrschenden Rollenbilder die Übernahme von Haushalts- und Pflegeaufgaben durch Männer noch weniger verbreitet ist als in den Industrieländern und daher oftmals keine Substitution durch sie erfolgt. Wegen der meist ungünstigen ökonomischen Gegebenheiten, die trotz hoher Remissionen (Waren- und Geldsendungen der im Ausland tätigen Frauen) bestehen bleiben, können Substitutionen durch externe Dienstleistungen dort ebenfalls nicht in hinreichendem Umfang erfolgen (vgl. Abbildung 5).

		EU 6
Zirkuläre Mobilitätsformen	Fernpendler	41
	Vari-Mobile (Personen, die oft auf Geschäftsreisen sind)	20
	Wochenendpendler (Shuttler)	3
	Fernbeziehungen	4
Residenzielle Mobilitätsformen	Umzug innerhalb eines Landes	18
	Migranten	2
Multi-Mobilität	Zwei oder drei Mobilitätsarten gleichzeitig	13
Gesamt		100

Abbildung 5: Beruflich veranlasste Mobilitätsformen in Europa

Quelle: JoMob and FamLives 2008

Diese „weibliche Rückseite der Globalisierung“ (Lutz 2007) verstärkt und erneuert soziale Ungleichheiten, global wie individuell: Zahlreiche der angesprochenen Arbeitsverhältnisse bewegen sich in informellen oder sogar illegalen Bereichen. Während z. B. in Italien, Spanien, Portugal, Griechenland und Großbritannien die Legalisierung vergleichsweise leicht und weit verbreitet ist, sind Deutschland, die Niederlande und die skandinavischen Länder eher restriktiv. Trotz einzelner Neuregelungen (z.B. „Haushaltshilfe für haushaltsnahe Dienstleistungen in Haushalten mit Pflegebedürftigen“ durch die Bundesagentur für Arbeit) bleibt der Sektor prekär und es ist von hohen Dunkelziffern auszugehen. Die quantitative Datenlage ist zu diesem Bereich unzureichend.

Ad 4: Substitution von residenzieller durch zirkuläre Mobilität

Daten aus europäischen Studien zeigen, dass etwa 50% der Erwerbstätigen Erfahrungen mit beruflich veranlasster Mobilität haben (Schneider/Meil 2008; Schneider/Collet 2010). Dabei wird auch deutlich, dass ein erheblicher Teil des Mobilitätsgeschehens auf Fernpendeln und andere Formen zirkulärer Mobilität entfällt. Beruflich bedingte Umzüge, grenzüberschreitend oder innerhalb eines Landes, sind dagegen vergleichsweise wenig verbreitet. Das Verhältnis zwischen zirkulärer und residenzieller Mobilität beträgt 3:1, d.h., nur etwa ein Viertel des gesamten beruflich veranlassten Mobilitätsgeschehens besteht aus Umzug.

Die Befunde belegen auch die Annahme, dass in Zeiten häufiger Wechsel der Arbeitsorte, zunehmend befristeter Arbeitsverträge, verbesserter Verkehrs- und Kommunikationsinfrastruktur Pendeln

zunehmend als Substitut für Umzugsmobilität praktiziert wird. Die Europäer sind sesshaft und heimatverbunden, aber als Pendler hoch mobil.

Ad 5: Wanderung führt vermehrt zur Entstehung transnationaler Identitäten, nicht zum Wechsel der nationalen Identität

In Zeiten der innerhalb Europas in weiten Teilen geöffneten Grenzen, einer zunehmend zentralisierten Gesetzgebung in Europa, eines intensivierten Handels und Austauschs, weltumspannender Kommunikationsmöglichkeiten und einer verbesserten Transportinfrastruktur verdichten sich Beziehungen der (Trans-)Migranten im Herkunfts- sowie im Zielland (oft auch in weiteren Ländern), wobei die Bindungen zum Herkunftsland nicht abbrechen, sondern meist weiter bestehen. Dauer und Dichte der Vernetzung in den transnationalen Sozialräumen prägen die transnationale Identität. Migranten in der globalisierten Welt erscheinen als multilokale grenzüberschreitende Menschen, die in ihrem Alltag zwischen Herkunfts- und Zielland, zwischen zwei oder mehr Kulturen „pendeln“. Sie bewegen sich in transnationalen Sozialräumen, die „als multiple, durchaus widersprüchliche und spannungsgeladene Konstruktionen auf der Basis identifikativer und sozialstruktureller Elemente der Herkunfts- und der Ankunftsregion“ bestehen (Gogolin/Pries 2003: 9f.). Transnationale Identität kann sich jenseits staatsbürgerlicher oder kultureller Identität eigenständig entfalten, wenn die unterschiedlichen kulturellen und gesellschaftlichen Erfahrungen im Sinne einer Synthese integriert und weiterentwickelt werden können. Dies gelingt nicht immer. Dann entstehen sogenannte „Patchwork-Identitäten“, die sich durch Ambivalenzen, ungelöste Widersprüche und schwer miteinander in Einklang zu bringende Versatzstücke auszeichnen (Halm/Thränhardt 2009).

Ad 6: Räumliche und soziale Mobilität

Indem räumliche Mobilität im Berufsleben zunimmt und sich die Einkommensunterschiede in Europa verringern, scheinen sich räumliche und soziale Mobilität allmählich zu entkoppeln. Räumliche Mobilität führt nicht mit einer gewissen Selbstverständlichkeit zu sozialem Aufstieg (Ausnahmen finden sich weiterhin in einigen Ländern Ost- und Südosteuropas), sondern dient mehr und mehr zur Vermeidung sozialen Abstiegs (Ruppenthal/Rüger 2010). Dabei scheinen lebenslaufbezogene Unterschiede zu bestehen. Vor allem jenseits von 45 Jahren steigt die Wichtigkeit räumlicher Mobilität zur Vermeidung sozialen Abstiegs (Giza-Poleszczuk et al. 2010: 213).

Binnenmigration

Wenn über grenzüberschreitende Wanderung gesprochen wird, darf nicht vernachlässigt werden, dass das Wanderungsgeschehen wesentlich auch durch Binnenmigration geprägt wird. Im Hinblick auf die sozialen und individuellen Folgen ist Binnenwanderung häufig ähnlich wie grenzüberschreitendes Wandern zu qualifizieren. So bestehen in einigen europäischen Ländern erhebliche Mobilitätsbarrieren, wie etwa in Belgien zwischen dem flämischen und dem wallonischen Landesteil. Zwischen beiden finden kaum Umzüge statt. Ein plastisches Beispiel für weniger stark ausgeprägte, aber dennoch bedeutsame Mobilitätsbarrieren innerhalb von Ländern zeigte die Filmkomödie *Sch'tis*, in der die vorurteilsbehaftete Abneigung der Südfranzosen gegenüber dem nördlichen Teil des Landes und gegenüber seinen Bewohnern persifliert wurde.

Durchaus verbreitet bestehen innerhalb von Ländern spezifische kulturelle Mobilitätsbarrieren, die höher sein können als zwischen Ländern. Neben kulturellen sind nicht selten auch strukturelle Mobilitätsbarrieren anzutreffen. Im Falle Deutschlands werden

solche Umzugshemmnisse durch die föderale Struktur mit ihren unterschiedlichen Schul- und Bildungssystemen hervorgerufen, die vor allem für Familien umzugshemmend wirken.

Ähnlich bedeutsam wie im Falle von grenzüberschreitender Wanderung sind die strukturellen Folgen von Binnenmigration in den Regionen. Ein Beispiel sind die neuen Bundesländer, die seit 1990 erhebliche Wanderungsverluste, vor allem von gut ausgebildeten jungen Menschen, hinnehmen mussten, was sich in einigen Regionen sehr nachteilig auf die Bevölkerungsstruktur ausgewirkt hat. Die neuen Bundesländer weisen insgesamt einen negativen Saldo von knapp 1,8 Mio. zwischen 1989 und 2009 auf (Berechnungen des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung mit Daten des Statistischen Bundesamts). Durch Binnenmigration können regionale Prozesse der Alterung und Schrumpfung der Bevölkerung forciert werden, aber auch ein rasantes Bevölkerungswachstum, wie dies etwa bei der Entwicklung von Megastädten beobachtet werden kann.

Zwischenfazit 1

Auch wenn – wie Kritiker des Transnationalisierungsdiskurses betonen – der hybride Aspekt von Transmigranten keineswegs ein neues Phänomen ist (Kivisto 2001) und nicht alle Länder in gleichem Ausmaß betroffen sind, bietet ein transnationales Verständnis, in dem Migration nicht als punktuelles Ereignis und als Übergang zwischen zwei Nationalstaaten, sondern als fluider, offener und fortwährender Prozess betrachtet wird, neue Chancen für Politik und Forschung.

Zum Zusammenhang zwischen Mobilität und Familie

Einer der gesellschaftlichen Faktoren, die in der Gegenwart Familie besonders nachhaltig prägen, sind die Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt und hier vor allem auch das Mobilitätsgeschehen. Gerade im Falle erhöhter Mobilität wird Familie oftmals als ein multilokales Beziehungsgefüge gelebt, das durch die Familienmitglieder tagtäglich mit Leben und mit Sinn gefüllt und entwickelt werden muss. Diese Herstellungsleistung ist durch die Vereinbarkeitserfordernisse von Beruf, Familienleben und Mobilität besonders voraussetzungsreich und diffizil.

Familienmitglieder benötigen besondere Kompetenzen und Strategien im Umgang mit Raum und Zeit, um Familienleben über Entfernungen hinweg aufrechtzuerhalten. Die Herstellung von Familie unter den Bedingungen von Mobilität wird zu einer Herausforderung mit ganz neuer Qualität. Insbesondere fehlen oftmals erprobte Strategien, um Familie zu leben. Das gilt für die Gestaltung der Partnerbeziehung ebenso wie für die Eltern-Kind-Beziehung. Es gilt auch für die Beziehung zu den eigenen Eltern, zur Verwandtschaft und zum weiteren sozialen Umfeld. Vorliegende Befunde (Meil 2010) belegen, dass zwischen Familie und Mobilität enge und vielschichtige Interdependenzen bestehen. Einige davon sollen kurz betrachtet werden.

Ganz allgemein gilt: Familie erschwert Mobilität und Mobilität erschwert Familie – sowohl im Hinblick auf die Familienentwicklung als auch bzgl. der Gestaltung der Familienbeziehungen. Der Zusammenhang ist bei Frauen deutlich stärker ausgeprägt als bei Männern und gilt für Pendelmobilität stärker als für Umzug und Migration. Zwei empirische Beispiele sollen dies illustrieren. Zunächst ein Beispiel aus der europäischen Mobilitätsstudie zum Zusammenhang zwischen Mobilität und Familienentwicklung

(Rüger 2010; Ruppenthal/Lück 2009). Bei Frauen ist Mobilität mit geringerer Kinderzahl assoziiert. Dies ist in erster Linie auf eine höhere Verbreitung Kinderloser zurückzuführen. Betrachtet man nur Mütter, unterscheidet sich die Kinderzahl zwischen mobilen und nichtmobilen nur geringfügig. Allerdings ist festzustellen, dass Mobilität bei Frauen zu einem Aufschub der Elternschaft führt. Neben dem engen Zusammenhang von Mobilität und Familie verweisen die Daten der Studie auch darauf, dass erhöhte Mobilität erhebliche gesundheitliche Risiken mit sich bringt (Schneider/Rüger/Münster 2009). Die Befunde zeigen, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen und erhöhtes Stresserleben vor allem bei zirkulärer Mobilität und, besonders ausgeprägt, vor und bis zu knapp zwei Jahre nach einem Umzug auftreten.

Ein zweites Beispiel entstammt deutschen Daten aus dem Generations- und Gender-Programm, namentlich der Zusatzbefragung von in Deutschland lebenden Türkinnen. Ausländische Frauen in Deutschland bekamen in den Jahren 2002–2004 im Durchschnitt etwa 1,6 Kinder, deutsche Frauen im selben Zeitraum nur 1,3. Je nach Herkunftsland der Migrantinnen fällt das Geburtenverhalten unterschiedlich aus. Türkische Migrantinnen haben eine höhere Fertilität als die Angehörigen vieler anderer in Deutschland lebender Nationalitäten, sie haben eine höhere Kinderzahl als Personen ohne Migrationshintergrund, aber mit einer TFR (Total Fertility Rate) von 1,7 eine geringere Fertilität als in der Türkei lebende Frauen (TFR in der Türkei 2009: 2,2).

Zu erwarten ist, dass kurzfristig keine vollständige Adaption an das Geburtenverhalten im Zielland stattfinden wird, sondern längerfristig (mindestens zwei Generationen) Differenzen bestehen werden.

Zwischenfazit 2

Migration bzw. Mobilität und Familienentwicklung stehen in einer interdependenten Beziehung: Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird in Zeiten erhöhter Mobilitätsanforderungen beträchtlich erschwert. Zudem erfordert die Vereinbarkeit von Familie und Mobilität besondere Kompetenzen im Hinblick auf die „Herstellung“ und Fortführung von Familienbeziehungen. Kompetenzen, die nicht selbstverständlich vorhanden sind, aber durch geeignete Maßnahmen gezielt gestärkt und entwickelt werden können. Da die Zusammenhänge zwischen Familienentwicklung und Mobilität bei Frauen signifikant stärker ausgeprägt sind als bei Männern, ist zu folgern, dass erhöhte Mobilität die Geschlechtergerechtigkeit zu Lasten der Frauen beeinträchtigt. Schließlich ist zu konstatieren, dass Mobilitätsentscheidungen durch die jeweilige Familiensituation beeinflusst werden, gleichzeitig haben umgekehrt Mobilitätsentscheidungen Einfluss auf die Familienentwicklung.

Fazit

Die dargestellten Befunde legen nahe, dass Veränderungen der Wandlungsmotive und des tatsächlichen Migrationsgeschehens stattgefunden haben und weiter stattfinden. Dem aktuellen Sachstand angemessen wäre es, wenn Transmigration und transnationale Migrationen sowie die verstärkte Pendelmobilität in der wissenschaftlichen Forschung und insbesondere in der politischen Debatte mehr Aufmerksamkeit fänden.

Sowohl innerhalb der Länder als auch zwischen den Ländern bestehen zum Teil erhebliche Mobilitätsbarrieren. Diese sind für Familien zumeist höher als für Menschen ohne Kinder. Wenn moderne Staaten freizügige Mobilität fördern wollen, sind sie gehalten, diese Mobilitätshemmnisse genau zu prüfen und dort zu beseitigen, wo sie unerwünschte Einschränkungen des (Binnen-)Migrationsgeschehens verursachen.

Bezogen auf Deutschland kann gegenwärtig nicht davon ausgegangen werden, dass die Herausforderungen des demografischen Wandels durch verstärkte Zuwanderung grundlegend verringert werden können. Um dies zu erreichen, wäre Zuwanderung in einer unrealistischen Größenordnung erforderlich. Schätzungen der Vereinten Nationen gehen davon aus, dass Deutschland und Italien im Verhältnis zur Bevölkerungsgröße die weltweit höchste Anzahl von Einwanderern bräuchten, um die Schrumpfung der Bevölkerung zu stoppen. In den kommenden 50 Jahren müssten dann jährlich deutlich mehr als eine Million Menschen nach Deutschland einwandern.

Die Veränderungen des Wanderungsgeschehens bedeuten für die Gesellschaft eine enorme Herausforderung. Es besteht jedoch kein Anlass, das gegenwärtige Geschehen vornehmlich als krisenhaft zu betrachten. Vielmehr gilt es, die sich dadurch bietenden Chancen zu erkennen und konstruktiv zu nutzen.

Literatur:

- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (Hg.) (2011): Migrationsbericht 2009
- Coomans, Géry (2002): On external and internal labour mobility in the EU and U.S. <http://www.dol.gov/ilab/media/reports/otla/labormarkskills/labormarkskills.htm#012>. (Download am 21.6.2011)
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) (2006): Long-distance mobility in Europe: Getting the balance right. Dublin
- Giza-Poleszczuk, Anna/Stec, Magdalena/Komendant, Agata/Rüger, Heiko (2010): Social Class and Job Mobilities. Human Capital, External Constraints and Mobility Framing. In: Schneider, Norbert E./Collet, Beate (eds.): Mobile Living Across Europe II. Causes and Consequences of Job-Related Spatial Mobility in Cross-National Comparison, Opladen/Farmington Hills: Barbara Budrich Publishers, 195–214
- Gogolin, Ingrid/Pries, Ludger (2003): Stichwort Transmigration und Bildung. www.inccas.de/download/publ_2004_lp_transmigrationundbildung.pdf
- Halm, Dirk/Thranhardt, Dietrich (2009): Der transnationale Raum Deutschland-Türkei. Aus Politik und Zeitgeschichte 39–40, 33–38
- Heckmann, Friedrich (1992): Ethnische Minderheiten, Volk und Nation. Soziologie interethnischer Beziehungen. Stuttgart: Enke
- Kivisto, Peter (2001): Theorizing transnational immigration: a critical review of current efforts. In: Ethnic and Racial Studies 24, 4, 549–577
- Lutz, Helma (2007): Vom Weltmarkt in den Privathaushalt. Die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung. Opladen/Farmington Hills: Barbara Budrich Publishers
- Meil, Gerardo (2010): Job Mobility and Family Life. In: Schneider, Norbert E./Collet, Beate (eds.): Mobile Living Across Europe II. Causes and Consequences of Job-Related Spatial Mobility in Cross-National Comparison, Opladen/Farmington Hills: Barbara Budrich Publishers, 215–235
- Pioneer Research Group (2006): Pioneers of the European integration „from below“: Mobility and the emergence of European identity among national and foreign citizens in the EU. Executive summary. www.obets.ua.es/pioneer/difusion/PioneerExecutiveSummary.pdf (Download am 15.11.2007)
- Rerrich, Maria S. (2006): Die ganze Welt zu Hause. Cosmobile Putzfrauen in privaten Haushalten. Hamburg: Hamburger Edition
- Rüger, Heiko (2010): Berufsbedingte räumliche Mobilität in Deutschland und die Folgen für Familie und Gesundheit. In: Bevölkerungsforschung Aktuell 31, 2, 8–12
- Ruppenthal, Silvia/Rüger, Heiko (2010): Räumliche Mobilität in Zeiten beruflicher Unsicherheit. In: Soeffner, Hans-Georg (Hg.): Unsichere Zeiten. Herausforderungen gesellschaftlicher Transformationen. Verhandlungen des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Jena 2008. Wiesbaden: VS (CD)
- Ruppenthal, Silvia/Lück, Detlev (2009): Jeder fünfte Erwerbstätige ist aus beruflichen Gründen mobil. Berufsbedingte räumliche Mobilität im Vergleich. ISI 42, 1–5
- Schneider, Jan/Parusel, Bernd (2011): Zirkuläre und temporäre Migration. Working Paper 35, hgg. von der Nationalen Kontaktstelle des Europäischen Migrationsnetzwerkes und vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
- Schneider, Norbert E./Collet, Beate (eds.) (2010): Mobile Living Across Europe. Volume 2: Causes and Consequences of Job-Related Spatial Mobility in Cross-National Comparison. Opladen/Farmington Hills: Barbara Budrich Publishers
- Schneider, Norbert E./Meil, Gerardo (eds.) (2008): Mobile Living Across Europe. Volume 1: Relevance and Diversity of Job-Related Spatial Mobility in Six European Countries. Opladen/Farmington Hills: Barbara Budrich Publishers
- Schneider, Norbert E./Rüger, Heiko/Münster, Eva (2009): Berufsbedingte räumliche Mobilität in Deutschland: Formen, Verbreitung und Folgen für Gesundheit, Wohlbefinden und Familienleben. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 44, 7, 400–409
- Vasileva, Katya (2009): Citizens in the European countries account for the majority of the foreign population in EU 27 in 2008. In: eurostat. Statistics in focus. Population and social conditions. Issue number 94
- Verwiebe, Roland (2006): Transnationale Mobilität innerhalb Europas und soziale Ungleichheit. In: Heidenreich, Martin (Hg.): Europäisierung und soziale Ungleichheit. Frankfurt/Main: Campus, 155–186

Die Studie „frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf“ hat das Ziel, die Familienbildungsprozesse und die Familienplanung von Frauen mit türkischem und mit osteuropäischem Migrationshintergrund – die beiden größten Herkunftsgruppen in der Migrationsbevölkerung – zu erheben und den jeweiligen Bedarf an Information und Unterstützung bei Fragen in diesem Themenfeld zu bestimmen.

Familienplanung bedeutet in dem Projekt in einem weiten Sinn nicht nur die Anwendung von Verhütung und den Abbruch von Schwangerschaften, sondern beinhaltet auch z.B. Heirats- und Kinderwünsche, Zulassen und Austragen von gewollten oder ungewollten Schwangerschaften, das Eingehen von Partnerschaften und Sexualität. Gefragt wird in der Studie: Welche Vorstellungen und Wünsche zur Gestaltung von Familie im Lebenslauf „bringen“ Migrantinnen „mit“ und wie verändern sich diese unter den Bedingungen in Deutschland? Wie beeinflusst die Migration den Lebenslauf? Welche Bedeutung haben die Praktiken der Verhütung und des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland? Die Studie ist nicht bundesweit repräsentativ, sondern repräsentativ für die vier beteiligten Kommunen.

Profile der Migrationsgruppen

Eine Besonderheit der **türkischen Befragten** ist die aktuelle Zuwanderung von jungen türkischen Frauen überwiegend im Zusammenhang mit einer Heirat und Heiratsmigration und damit ein beträchtlicher Anteil auch **junger**, neu zugewanderter, also zur ersten Generation gehörender Frauen. Das durchschnittliche Alter bei der Migration betrug 16,9 Jahre; häufig kamen die Zugewanderten im Alter von 18 bis 22 Jahren. 62% der Zugewanderten kamen als Verheiratete, aber noch ohne Kinder – ein typisches Merkmal derjenigen, die als Ehefrauen nach Deutschland geheiratet haben. Eine weitere Besonderheit ist die niedrige oder fehlende Ausbildung der Zugewanderten.

Eckdaten der Studie (2006–2010)

Sozialwissenschaftliches FrauenForschungsInstitut an der Ev. Hochschule Freiburg (SoFFI F.)/Institut für Soziologie der Universität Freiburg (Prof. Dr. Wolfgang Essbach)²

- Telefonische Interviews mit standardisiertem Fragebogen: 20- bis 44-jährige Frauen mit türkischem (N=842) und osteuropäischem (n=832) Migrationshintergrund³ (Vergleichsgruppe: N=839 Frauen ohne Migrationshintergrund) in Oberhausen, Stuttgart, Nürnberg und Berlin; Zufallsstichproben aus den Einwohnermelderegistern, altersquotiert; regional repräsentativ
- N=45 qualitativ biografische Interviews und N=15 Gruppendiskussionen
- Leitfadeninterviews mit N=8 Expertinnen und Experten (Familien- und Schwangerschaftsberatungsstellen für Migrantinnen, Gynäkologinnen)

Familienplanung und Migration im Lebenslauf¹



Prof. Dr. Cornelia Helfferich,
Sozialwissenschaftliches
FrauenForschungsInstitut an
der Ev. Hochschule Freiburg

Die **osteuropäischen Befragten** kamen überwiegend aus den ehemaligen GUS-Staaten und schließen Aussiedlerinnen ein. Die Zuwanderung erfolgte überwiegend Mitte bis Ende der 90er Jahre, daher sind in der Altersgruppe 20 bis 44 Jahre (noch) wenige Frauen der zweiten Generation zu finden. Die Frauen kamen häufig mit den eigenen Eltern, teilweise mit Ehemann und Kindern. Sie kamen mit einer höheren Qualifikation, aber ihre Abschlüsse wurden in Deutschland häufig nicht anerkannt.

Wie und mit welchen Vorstellungen gestalten Migrantinnen Familie in ihrem Lebenslauf?

Die Lebensläufe der Migrantinnen sind dadurch gekennzeichnet, dass – anders als bei der westdeutschen Vergleichsgruppe – eine (frühe) Heirat und Kinder oder zumindest ein Kind selbstverständlich waren und beides zusammengehörte. Der Anteil alleinstehender Mütter ist gering (türkische Befragte: 2%, osteuropäische Befragte: 5%). Und ebenfalls anders als bei den westdeutschen Frauen: Die Familienphase beginnt früh im Lebenslauf. Die türkischen Frauen gingen im Durchschnitt mit 21 Jahren die erste Ehe ein und die Mütter bekamen im Schnitt mit 23,3 Jahren ihr erstes Kind; für osteuropäische Frauen beträgt das Durchschnittsalter 22,3 Jahre resp. 23,7 Jahre. Eine (vergleichsweise) frühe Mutterschaft war gewollt oder wurde erwartet.

1 Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse und weiterführende Literatur: Helfferich, Cornelia/ Klindworth, Heike/Kruse, Jan (2011): frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf. Vertiefungsbericht. Köln: BZgA

2 Wissenschaftliche Mitarbeit: Heike Klindworth, Jan Kruse, Durchführung der Telefoninterviews: tns EMNID

3 Als Migrantinnen gelten dabei alle, die selbst oder deren Eltern zugewandert sind (entsprechend der Definition des Mikrozensus 2005); zur „zweiten Generation“ zählen alle, die entweder in Deutschland geboren sind oder in einem Alter von unter 12 Jahren nach Deutschland zugewandert sind, die also überwiegend in Deutschland aufgewachsen sind.

Für beide Migrationsgruppen ist die Pille das häufigste Verhütungsmittel. Allerdings wird sie weniger genutzt als in der deutschen Vergleichsgruppe und die qualitativen Interviews zeigen deutliche Vorbehalte gegenüber „den Hormonen“. Beide Gruppen haben deutlich höhere Abbruchprävalenzen: 31% der osteuropäischen Frauen, 19% der türkischen Frauen (8% der westdeutschen Frauen) hatten jemals eine Schwangerschaft abgebrochen. Diese hohen Abbruchprävalenzen sind aus den Herkunftsländern bekannt und sie betreffen vor allem die zugewanderten Frauen und weniger die zweite Generation.

Darüber hinaus gibt es Unterschiede zwischen insbesondere der jeweiligen ersten Generation der Migrationsgruppen bezogen auf die Dynamik der Ereignisse im Lebenslauf und die Kontrolle der Fruchtbarkeit.

Türkische Frauen: „früher Beginn – frühes Ende der Familienplanung“

Der erste Geschlechtsverkehr und die frühe Heirat (nach kurzer Phase des Kennenlernens des Partners) und bei Heiratsmigrantinnen auch die Migration fielen zeitlich eng zusammen. Kinder kamen erst nach der Heirat; voreheliche Geburten kamen kaum vor. Mehrere Kinder folgten mit einem gewissen Abstand. Die Familienplanung endete vergleichsweise früh. Dieses Muster ist insbesondere ausgeprägt bei (niedrig qualifizierten) Frauen der ersten Generation.

Die frühe und gedrängte Folge der Ereignisse entspricht in der ersten Generation der türkischen Befragten einer erst später einsetzenden Kontrolle der Fruchtbarkeit: Nur ein Drittel der Frauen der ersten Generation verhütete vor dem ersten Kind (in der zweiten Generation erhöhte sich der Anteil auf 70%). Dies wurde damit begründet, dass Verhütung vor der Heirat mangels sexueller Kontakte nicht nötig war, und danach wurden (mehrere) Kinder gewünscht. Die selten vorkommenden Schwangerschaftsabbrüche bei ledigen Frauen dienten vor allem dazu, die Schande vorehelicher Sexualität nicht offenkundig werden zu lassen.

Ein Teil der Schwangerschaftsabbrüche fand zwischen dem ersten und dem zweiten Kind statt. Die qualitativen Interviews zeigen, dass hier und bei folgenden Abbrüchen eine grundsätzliche Einstellung der Selbstverständlichkeit von Kindern bestand und daher nicht eine bewusste Entscheidung für Verhütung getroffen wurde bzw. Vorbehalte gegen Verhütung bestanden oder seitens der Ehepartner unsicher verhütet wurde, aber die situativen Bedingungen ein Austragen der Schwangerschaft nicht zuließen.

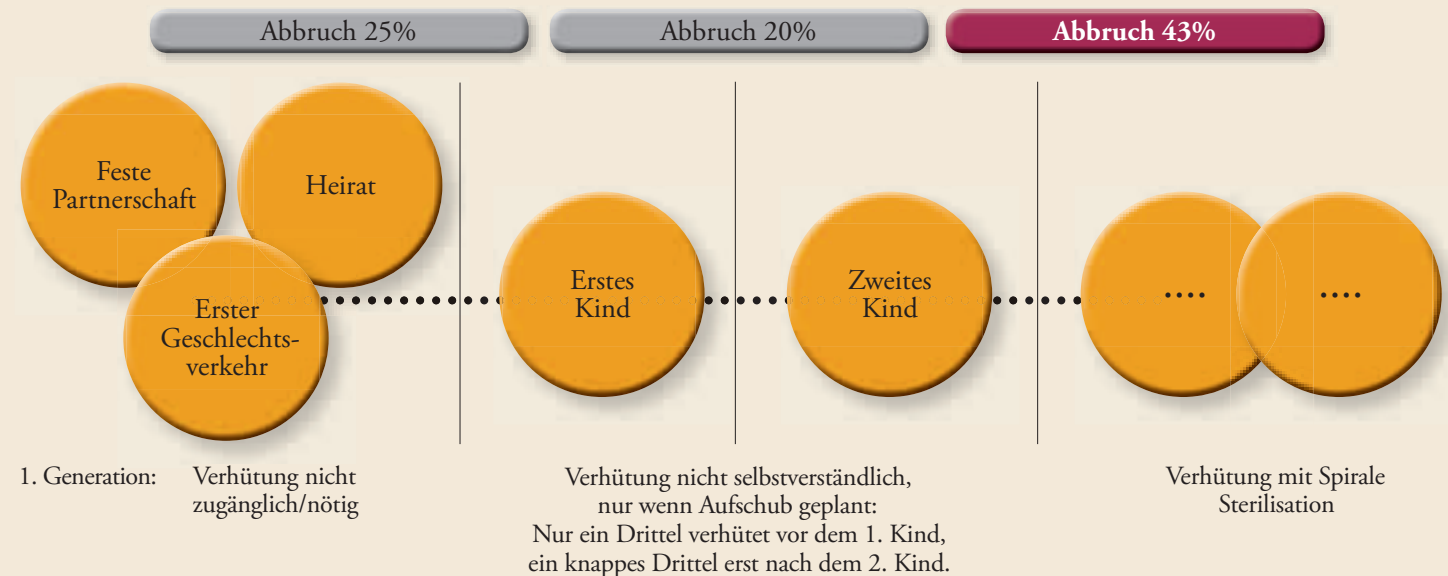
„Nach einem (früh geborenen) ersten Kind wurde eine zweite Geburt häufiger aufgeschoben: Wenn es kaum möglich ist, ein Kind zu versorgen, überfordern zwei Kinder erst recht.“

81% der türkischen Frauen in der Altersgruppe ab 35 Jahre wollten keine Kinder mehr. Die Begrenzung der Kinderzahl geht einher mit Überlegungen, nun die Spirale oder eine Sterilisation als eine langfristige Verhütungsmethode zu nutzen. Das Ende der Familienplanung wird in knapp einem Fünftel als Abbruchgrund genannt und ein großer Anteil des Abbruchgeschehens konzentriert sich hier. Ein großes Thema der türkischen Frauen ist es, zu alt für ein (weiteres) Kind zu sein.

Osteuropäischen Frauen: „früher Beginn der Familienplanung – dann längere Geburtenabstände“

Die voreheliche Phase von Partnerschaften war länger, dann aber fielen in jungen Jahren Heirat und erstes Kind zeitlich eng zusammen, sei es, dass jung verheiratet ein Kind gewünscht wurde, sei es, dass eine ungewollt eingetretene, frühe Schwangerschaft zu einer Heirat führte. Bei der ersten Generation fanden häufig Heirat und die Geburt eines Kindes im Herkunftsland statt. Einerseits gab es Anreize für eine frühe Heirat und Mutterschaft (Zugang zu Wohnung, Status), andererseits war der Alltag unter den prekären Bedingungen der Transformationsländer schwierig zu bewältigen, was gegen Kinder sprach. Nach einem (früh geborenen) ersten Kind wurde eine zweite Geburt häufiger aufgeschoben: Wenn es kaum möglich ist, ein Kind zu versorgen, überfordern zwei Kinder erst recht. Der Abstand zwischen erstem und zweitem Kind ist besonders groß, wenn die Migration dazwischen lag. In Deutschland war der Grund

Abbildung 1: Reproduktive Ereignisse und Familienplanung im Lebenslauf: türkische Frauen



für den Aufschub einer weiteren Geburt die Schwierigkeit, Nachqualifikation bzw. Erwerbstätigkeit und Familie zu vereinbaren.

Nur 60% der Frauen der ersten Generation verhüteten vor dem ersten Kind. Für diejenigen, die das Kind im Herkunftsland bekommen hatten, waren die schwierige Erhältlichkeit und schlechte Qualität der Verhütungsmittel sowie fehlende Aufklärung Gründe. Ungewollte Schwangerschaften wurden dann abgebrochen, wenn die Bedingungen, ein Kind aufziehen zu können, zu schlecht waren. Nach dem ersten Kind dienten Verhütung und Schwangerschaftsabbrüche der Vergrößerung des Geburtenabstandes. Das große Thema der osteuropäischen Frauen in Deutschland ist die Vereinbarkeit von Ausbildung bzw. Beruf und Familie und die fehlende Kinderbetreuung.

Was ändert sich bei der zweiten Generation?

Der Wandel von der ersten zur zweiten Generation weist bei beiden Migrationsgruppen – auf unterschiedlichem Niveau – Gemeinsamkeiten auf:

- Das Alter bei der Heirat und bei der Geburt des ersten Kindes steigt moderat, bleibt aber deutlich unter dem Niveau der westdeutschen Frauen. Nach wie vor wird eine etwas frühere Mutterschaft gewünscht! Der Anteil derer, die den Partner vor der Heirat weniger als 6 Monate kannten, verringert sich – die voreheliche Phase wird entzerrt.



„Ungewollte Schwangerschaften wurden dann abgebrochen, wenn die Bedingungen, ein Kind aufziehen zu können, zu schlecht waren. Nach dem ersten Kind dienten Verhütung und Schwangerschaftsabbrüche der Vergrößerung des Geburtenabstandes.“

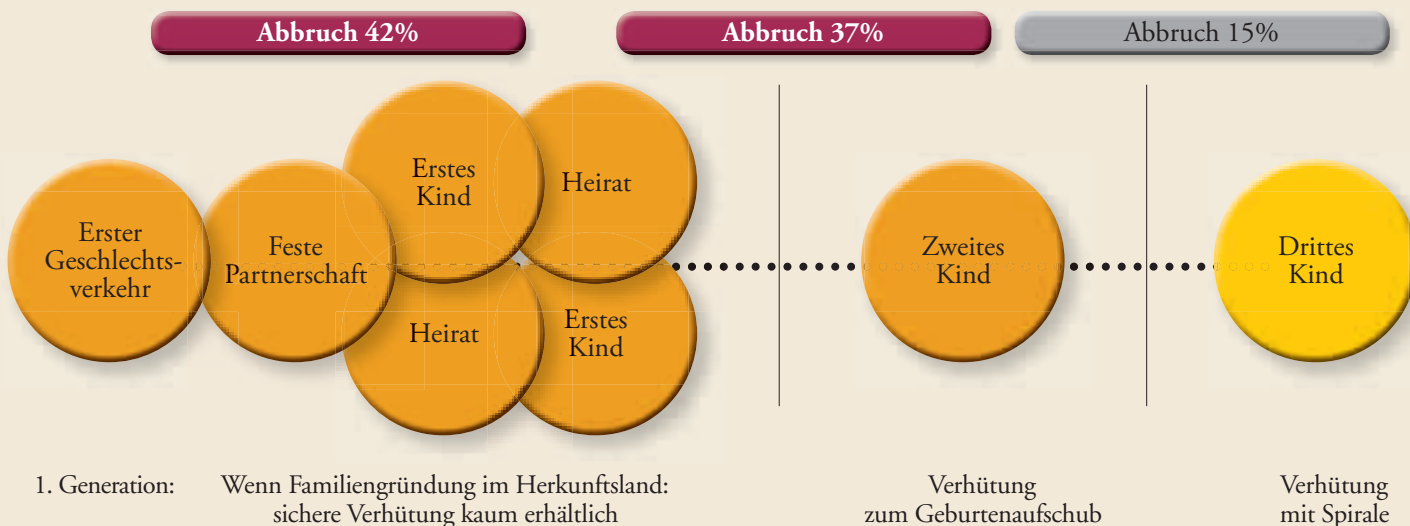
- Die durchschnittlich gewünschte und die realisierte Kinderzahl gehen zurück – vor allem, um den gestiegenen Ansprüchen an Kindererziehung genügen zu können.
- Die Verhütung beginnt häufig vor dem ersten Kind und der Zugang zu Verhütung verbessert sich.
- Die Abbruchprävalenz geht deutlich zurück (in der türkischen Gruppe von 22 auf 12%, in der osteuropäischen Gruppe von 35 auf 12%).

Die gleichen Effekte hat Bildung. Insbesondere bei den türkischen Migrantinnen überlagern sich die Effekte der nun zugänglichen höheren Bildung und der Generationenzugehörigkeit.

Man kann aber nicht von einer „Übernahme deutscher Muster“ sprechen. Denn es bleiben „traditionelle“ Elemente erhalten: bei den türkischen Migrantinnen die hohe Bedeutung von Familie und der Wert der Jungfräulichkeit vor der Ehe, bei osteuropäischen Frauen die Verbindung von Familien- und Berufsorientierung. Es findet vielmehr eine „Modernisierung innerhalb des türkischen Musters“ statt; die osteuropäischen Frauen erweisen sich mit ihrer

zeitlich gestreckten Familienbildung ohnehin als modern (nur geht die Normalität **früher** Mutterschaft verloren). Die zweite Generation passt sich vielmehr auf der Basis ihrer „mitgebrachten“ Vorstellungen der normativen und institutionalisierten Zweigliederung „erst (eine längere) Ausbildung, dann Familie“ in Deutschland an. Diese ist für beide Migrationsgruppen neu: für die türkischen Frauen, weil erst die zweite Generation regelhaft Zugang zu Bildung hat, und für osteuropäischen Frauen, weil sie aus den Herkunftsländern eine gute Vereinbarkeit von Ausbildung und Familie kennen.

Abbildung 2:
Reproduktive Ereignisse und Familienplanung im Lebenslauf: osteuropäische Frauen



**Familiengründung
der zweiten
Generation türkischer
Migrantinnen**

**Familie
und Migration
seit 1960**

**Muster
von Familie und
Geschlechter-
beziehungen in
Osteuropa**



Vorträge



e



Vorträge des Rahmenprogramms

Zur Analyse des Geburtenverhaltens von internationalen Migrantinnen und ihren Nachkommen werden vor allem zwei Erklärungsansätze herangezogen. Zum einen spielt die Sozialisation eine Rolle: Sind Familienbildungsmuster, Normen und Werte aus dem Herkunftsland auch im Zielland bei der Familienbildung maßgebend, oder passen sich Migrantennachkommen den demografischen Mustern des Ziellandes an? Zum anderen sind sozio-ökonomische Faktoren zu berücksichtigen: Inwiefern wirken sich Unterschiede zwischen Migrantinnen und Nichtmigrantinnen auf den Familienbildungsprozess aus?

Hier kommt dem Bildungsabschluss der Frau eine zentrale Rolle zu. Studien zum Geburtenverhalten zeigen, dass niedrige Bildung mit höheren Kinderzahlen einhergeht. Deutschlands Zuwanderer stammen meist aus Ländern, in denen die Geburtenraten höher sind als in Deutschland, und ihr sozio-ökonomischer Status ist meist relativ niedrig. Zudem ist mit Zuwanderung häufig ein sozialer Abwärtstrend verbunden, der sich in den Folgegenerationen z. B. noch in einer unterdurchschnittlichen Bildungsbeteiligung zeigt.

In der Studie des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP 1984–2004, Frauen der Geburtsjahrgänge 1946–1983) wird den Fragen nachgegangen, ob sich die Familiengründung von Frauen mit Migrationshintergrund von der unter Frauen ohne Migrationshintergrund unterscheidet, und – wenn ja – inwiefern dabei soziodemografische Unterschiede zwischen Migrantinnen und Nichtmigrantinnen eine Rolle spielen.

Mit Daten des Sozio-ökonomischen Panels wurde der Übergang in die Mutterschaft für türkische Migrantinnen der ersten und zweiten Generation in Westdeutschland analysiert.¹ Zur ersten Generation gehören Frauen, die kinderlos im Alter von 15 Jahren oder älter zugewandert sind. Die zweite Generation bilden Frauen, die bis zum Alter 14 mit ihren Eltern zugewandert sind oder in Deutschland geboren wurden. Vergleichsgruppen sind Zuwanderinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Griechenland, Italien und Spanien sowie westdeutsche Frauen ohne Migrationshintergrund.

In der zweiten Generation beginnen Frauen mit türkischem Hintergrund die Familiengründung am frühesten: 50% haben vor ihrem 25. Geburtstag ein erstes Kind bekommen. Es folgen Frauen mit italienischem oder spanischem Hintergrund; jede Zweite von ihnen ist bis zum 26. Lebensjahr Mutter geworden. Bei Westdeutschen ist dies im Alter von 28 Jahren der Fall. Frauen mit ex-jugoslawischem oder griechischem Hintergrund werden hingegen im Mittel mit etwa 30 Jahren Mutter.

Schaut man sich den Anteil der Frauen an, der kinderlos bleibt, so ist dieser mit etwa einem Fünftel in der türkischen zweiten Generation etwa so hoch wie unter Westdeutschen. Italienerinnen und Spanierinnen bleiben seltener kinderlos, Frauen aus Ex-Jugoslawien und Griechenland häufiger. Insgesamt zeigt sich im Vergleich der Migrantengenerationen, dass Frauen der zweiten Generation die Familiengründung in höherem Alter beginnen als die erste Generation, und der Anteil kinderloser Frauen ist im Durchschnitt um einige Prozentpunkte höher.

¹ Zur ausführliche Darstellung der Analyse s. Milewski, N. (2010): Fertility of Immigrants. A Two-Generational Approach in Germany. Demographic Research Monographs. Hamburg: Springer [Doctoral Thesis]. www.demogr.mpg.de/books/drm/006/.

Familiengründung der zweiten Generation türkischer Migrantinnen



**Dr. Nadja Milewski,
Universität Rostock**



„Während ein Viertel der Frauen der ersten Migrantengeneration keinen Schulabschluss hat, beträgt dieser Anteil in der zweiten Generation insgesamt nur etwa 12%.“

Der Unterschied in den Erstgeburtenraten zwischen den Generationen wie auch zwischen der zweiten Generation und westdeutschen Frauen kann mit Unterschieden in den sozio-demografischen Strukturen erklärt werden. So ist der Anteil der verheirateten Frauen in der ersten Migrantengeneration höher als in der zweiten und unter Nichtmigrantinnen. Auch zeigt sich in der zweiten Generation ein Trend zu einer höheren Bildungsbeteiligung als in der ersten Generation. Während z. B. ein Viertel der Frauen der ersten Migrantengeneration keinen Schulabschluss hat, beträgt dieser Anteil in der zweiten Generation insgesamt nur etwa 12% (unter westdeutschen Frauen unter 3%). Berücksichtigt man in der Analyse Alter, Familienstand, Geburtsjahrgang, Bildungshintergrund und Erwerbstätigkeit der Frau sowie Bildung und Erwerbstätigkeit des Partners, gleichen die Erstgeburtenraten von Frauen der zweiten Generation denen von Nichtmigrantinnen. Auch finden sich dann in der zweiten Generation keine signifikanten Unterschiede nach Herkunftshintergrund.

Daraus ist zu schlussfolgern, dass Unterschiede im Geburtenverhalten von Türkinnen, anderen Migrantinnen und deutschen Frauen nicht aus dem Migrationshintergrund per se resultieren, sondern vor allem aus Unterschieden in der Bildungsbeteiligung. Schaut man sich den weiteren Familienbildungsprozess an, so finden sich im Übergang

zum zweiten Kind kaum Unterschiede zwischen der zweiten Generation und deutschen Frauen. Frauen der zweiten türkischen Generation haben jedoch häufiger ein drittes Kind als andere Migrantinnen und Deutsche. Sollten sich die Bildungsstrukturen künftig weiter annähern, ist auch von einer zunehmenden Annäherung der Familienbildungsmuster auszugehen.

Diese Annahme wird unterstützt durch einen internationalen Vergleich der zweiten Generation aus der Türkei. Mit Daten des Projektes „The Integration of the European Second Generation“ (2006–008) wurde der Übergang in die Mutterschaft von Türiinnen der zweiten Generation in Deutschland mit Türiinnen der zweiten Generation verglichen, die in Österreich, der Schweiz, Frankreich, den Niederlanden und Schweden leben. Hier zeigt sich, dass in Deutschland lebende Türiinnen verglichen mit Frauen aus anderen europäischen Ländern die geringste Neigung haben, eine Familie zu gründen.

Familie und Migration seit 1960

Dr. Helen Baykara-Krumme,
Technische Universität
Chemnitz

Durch die Anwerbung von Gastarbeitern, die 1955 mit den Verträgen mit Italien begann, erlebte Deutschland eine Einwanderungsphase, deren vielfältige Auswirkungen die Politik und Gesellschaft bis heute beschäftigen. Im Vordergrund dieses Beitrags stehen familienbezogene Aspekte des Wandels über die Zeit. Welche Muster lassen sich bei Familien vor einer Einwanderung und danach finden? Sind Veränderungen im Zusammenleben, in der Partnerwahl oder im generativen Verhalten zu beobachten?



Wandel ist auf verschiedenen Ebenen möglich und kann verschiedene Ursachen haben (Nauck 2002, 2007). Individuen verlassen ihren Herkunftskontext und finden neue Lebensbedingungen vor, die ihre Handlungen als Kontext strukturieren. Verhaltensänderungen können Ergebnis von Situationsanpassungs- oder Akkulturationsprozessen im Migrationskontext sein. In der Regel ändern sich Einstellungen langsamer als das Verhalten. Das gilt sowohl für intragenerationale Veränderungen auf individueller Ebene als auch für den Wandel, der intergenerational stattfindet, auf der Basis von mehr oder weniger stark ausgeprägten Transmissions-

prozessen zwischen Eltern und ihren Kindern. Differenzen zwischen den (Einwanderungs-)Generationen sind daher vor allem bei Verhaltens-, weniger bei Einstellungsindikatoren zu erwarten.

Für die Messung individueller Veränderungen sind Paneldaten die aussagekräftigste Datenbasis, die jedoch für Migranten vergleichsweise selten vorliegen und bisher auch nie die Phase vor der Migration mit berücksichtigen. Beschränkt man die Analysen auf Zeitreihen, also Querschnittsdaten, die oftmals die einzige vorliegende Datenbasis darstellen, so können sich hinter Differenzen zu verschiedenen Zeitpunkten nicht nur individuelle Wandlungsprozesse, sondern auch sozialstrukturelle Veränderungen in der Zusammensetzung der Migrantenbevölkerung verbergen. Diese Selektionseffekte sind auf Geburten und Sterbefälle, aber viel mehr noch auf Remigration und andauernde Immigration zurückzuführen, die beide charakteristisch für das Wanderungsgeschehen – nicht nur in Deutschland – sind.

In Deutschland sind zwischen 1974 und 2008 insgesamt 20,5 Millionen ausländische Staatsangehörige zugewandert, darunter 2,6 Millionen Türken und 1,5 Millionen Italiener, zugleich aber auch 16,9 Millionen Ausländer abgewandert. Nach langer Zeit mit einem bis auf wenige Ausnahmejahre positiven Wanderungssaldo liegt seit 2008 die Zahl der Fortzüge aus Deutschland wieder über jenen der Zuzüge. Sowohl nach Italien als auch in die Türkei findet derzeit mehr Auswanderung aus Deutschland statt, als umgekehrt Menschen nach Deutschland einwandern. Dabei handelt es sich auch um viele Menschen im jungen und mittleren Alter: Der Anteil der über 50-Jährigen beträgt z.B. bei den Emigranten in die Türkei lediglich 22,5%, Kinder unter 18 Jahre machen 11,4% aller Auswanderer aus.

Die Altersstruktur der ausländischen Bevölkerung Deutschlands zeigt über die Jahre eine Normalisierung. Auffällig ist dabei der Alterungsprozess der Migrantenbevölkerung. Die Kohorte der Arbeitsmigranten, die heute mit ihren Familien in Deutschland leben, hat das Renteneintrittsalter erreicht. Derzeit leben bereits 1,4 Millionen über 64-Jährige mit Migrationshintergrund in Deutschland, darunter auch viele (Spät-)Aussiedler, die als Ältere im Familienverband eingereist sind. Altern in der Migration ist ein entsprechend wichtiges Thema für die Altenhilfe geworden.

Leben in den 1980er Jahren noch viele ausländische Staatsangehörige weit entfernt von ihrem im Herkunftsland verbliebenen Ehepartner, so ist heute das eheliche Zusammenleben im Einwanderungsland das dominante Muster. Viel seltener als damals leben auch minderjährige Kinder getrennt von ihren Eltern, wobei transnationale Familienformen weiterhin existieren: Etwa ein Sechstel der im Rahmen der wiederholten durchgeführten RAM-Studie des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge befragten ausländischen Staatsangehörigen gab an, mindestens ein Kind zu haben, das im Ausland lebt. Dieselben Daten zeigen, dass die Bereitschaft zu einer Ehe mit einer/einem Deutschen tendenziell gestiegen ist. Im Generationenvergleich zeigt sich entsprechend auch eine Zunahme binationaler Ehen bei den Kindern der Einwanderer gegenüber ihren Eltern, wobei sich die Höhe des Niveaus und des Anstiegs zwischen den verschiedenen Herkunftsgruppen deutlich unterscheidet (Schroedter/Kalter 2008). Besonders bei den türkeistämmigen Migranten spielen weniger die Einheimischen, dafür jedoch die Nichtmigranten der Herkunftsgesellschaft eine wichtige Rolle als potenzielle Ehepartner. Dies zeigen auch aktuellere Daten, die nicht mehr nach Staatsangehörigkeit, sondern nach dem – für die Frage der Beziehungen zwischen den verschiedenen ethnischen Gruppen aussagekräftigeren – Migrationshintergrund und Herkunftsland (der Eltern) unterscheiden. Transnationale Heiratsmigration ist heute ein nicht nur empirisch relevantes, sondern auch integrationspolitisch viel diskutiertes Thema. Die Visastatistik verzeichnet nach einem

deutlichen Rückgang zuletzt wieder einen leichten Anstieg der Zahl der Heiratsimmigranten (Baykara-Krumme/Fuß 2009).

Über die Zeit hat sich schließlich das generative Verhalten verändert. Am aussagekräftigsten sind dazu die Zahlen der CFR (Cohort Fertility Rate), bei der für Frauen über 40 Jahre, die verschiedenen Geburtskohorten angehören, die faktischen Kinderzahlen betrachtet werden (Schmid/Kohls 2010). Für die Migranten aus den ehemaligen Anwerbestaaten zeigen sich deutliche Rückgänge in der Geburtenhäufigkeit, jedoch auf unterschiedlichen Niveaus. Differenziertere Analysen zeigen deutliche Bildungs-, aber auch Herkunfts- und Migrationseffekte (Milewski 2007, 2010). Nur unter Berücksichtigung der Entwicklung

im Herkunftsland lassen sich migrationsbedingte Veränderungen von gesamtgesellschaftlichen Wandlungsprozessen trennen. Diese Vergleichsperspektive hatte in den 1970er bzw. 1990er Jahren Nauck für intergenerationale Transmissionsprozesse angewandt (2000). Seine Daten zeigten, dass der intergenerationale Austausch unter Migrationsbedingungen stärker ist und zu einer stärkeren Synchronität im Hinblick auf Werteinstellungen führt. Aktuelle Daten zu der Qualität von Generationenbeziehungen in Migrantenfamilien können lediglich mit denen der Einheimischen im Einwanderungsland

verglichen werden. Die Generationensolidarität zeigt sich hier in insgesamt ähnlicher Weise: Weder Krisendiagnosen noch Verweise auf kulturspezifische Unterstützungspotenziale beschreiben angemessen die Familiensituation im Migrationskontext.

Mit der Zunahme der politischen Aufmerksamkeit für die heterogene Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund hat sich im vergangenen Jahrzehnt auch die Datenlage zu verschiedenen Aspekten der Lebenssituation im Migrationskontext etwas verbessert, vor allem durch die Berücksichtigung der gesamten Wohnbevölkerung anstelle einer Beschränkung auf die deutschen Staatsangehörigen. Für die Untersuchung der vielfältigen Facetten des Wandels in Migrantenfamilien seit dem Beginn der Arbeitsmigration vor 50 Jahren sind weiterhin verschiedene Datenbasen notwendig. Paneldaten ermöglichen die Analyse individueller Familienverläufe. Kohortenanalysen stellen ein ergänzendes Mittel zur Messung sozialhistorischer Veränderungen dar. Nur ein Multi-Actor-Design eignet sich zur Messung intergenerationaler Veränderungen. Internationale Datensätze bzw. Herkunftslanddaten schließlich erlauben den Fokus auf Migrationseffekte. Nur anhand geeigneter Daten lassen sich fundierte und belastbare Aussagen treffen und Fehlinterpretationen vermeiden.

Literatur:

- Baykara-Krumme, H.; Fuß, D. (2009): Heiratsmigration nach Deutschland: Determinanten der transnationalen Partnerwahl türkeistämmiger Migranten. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 34, 1–2, 135–164
- Milewski, N. (2007): First child of immigrant workers and their descendants in West Germany: Interrelation of events, disruption, or adaptation? In: Demographic Research 17, 859–896
- Milewski, N. (2010): Immigrant fertility in West Germany: Is there a socialization effect in transitions to second and third births? In: European Journal of Population 26, 297–323
- Nauck, B. (2000): Eltern-Kind-Beziehungen in Migrantenfamilien – ein Vergleich zwischen griechischen, italienischen, türkischen und vietnamesischen Familien in Deutschland. In: Sechster Familienbericht: Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Empirische Beiträge zur Familienentwicklung und Akkulturation. Materialien zum 6. Familienbericht, Band I. Opladen: Verlag Leske + Budrich, 347–392
- Nauck, B. (2002): Dreißig Jahre Migrantenfamilien in der Bundesrepublik. Familiärer Wandel zwischen Situationsanpassung, Akkulturation, Segregation und Remigration. In: Nave-Herz, R. (Hg.): Kontinuität und Wandel der Familie in Deutschland. Stuttgart: Enke Verlag: 315–339
- Nauck, B. (2007): Immigrant Families in Germany. Family change between situational adaption, acculturation, segregation and migration. In: Zeitschrift für Familienforschung 19, 34–54
- Schmid, S.; Kohls, M. (2010): Fertility of Female Immigrants in Germany. In: Salzmann, T.; B. Edmonston, B.; Raymer, J. (eds.): Demographic Aspects of Migration, 179–207
- Schroedter, J. H.; Kalter, F. (2008): Binationale Ehen in Deutschland. Trends und Mechanismen der sozialen Assimilation. In: Kalter, F. (Hg.): Migration und Integration. Wiesbaden: VS Verlag, 351–379

„Auffällig ist dabei der Alterungsprozess der Migrantenbevölkerung. Die Kohorte der Arbeitsmigranten, die heute mit ihren Familien in Deutschland leben, hat das Renteneintrittsalter erreicht.“

Muster von Familie und Geschlechter- beziehungen in Osteuropa

Dr. habil. Ingrid Oswald,
Otto-von-Guericke-
Universität Magdeburg

Das komplexe Thema soll anhand eines bestimmten Migrationsverhaltens dargestellt werden: der Heiratsmigration im Kontext der sogenannten „Feminisierung der Migration“. Dieses Migrationsphänomen ist in den letzten beiden Jahrzehnten immer mehr in den Vordergrund gerückt; zum einen auf der Realebene des empirisch zu beobachtenden Migrationsgeschehens in Europa, insbesondere nach Deutschland, zum anderen auf der Metaebene der medialen Aufmerksamkeit, aber vor allem der wissenschaftlichen Beschäftigung.

Die Migrationsforschung zeigt, dass es heute sowohl die unabhängige, von Frauen initiativ betriebene Arbeits- und Pendelmigration gibt, aber auch den – immer frauen- und kinderdominierten – Familiennachzug und damit die Heiratsmigration. Bei all diesen Migrationsformen gelten Frauen aus Osteuropa als besonders wanderungsfreudig. Folgende Fragen knüpfen daran an:

- Wie ist der Trend dieser Entwicklung?
- Was ist der besondere Hintergrund, wobei in Rechnung gestellt werden muss, dass mit „Osteuropa“ die ehemaligen staatssozialistischen Staaten gemeint sind?
- Welche Aspekte beziehen sich auf die spezifischen Familienmuster?

In der Bundesrepublik nehmen interethnische Ehen seit Jahren deutlich zu. Ende der 1980er Jahre wurden rund 36.000 Ehen zwischen Deutschen und Nichtdeutschen geschlossen, vor fünf Jahren schon über 60.000. Das waren rund 16% der damals geschlossenen Ehen.

Dabei heiraten weitaus mehr deutsche Männer ausländische Frauen als deutsche Frauen ausländische Männer. Derzeit sind die wichtigsten Herkunftsländer Polen und Russland, das in der folgenden kurssorischen Darstellung im Fokus steht.

Paare, die im Ausland geheiratet haben, stellen in Deutschland in der Regel einen Antrag auf Familienzusammenführung. Ehepartner, die im Rahmen der Familienzusammenführung nach Deutschland gekommen sind und über eine Aufenthaltserlaubnis verfügen, erhalten im Scheidungsfall ein eigenständiges Aufenthaltsrecht, wenn die Ehen seit mindestens zwei Jahren Bestand haben. Da es sich um ein ganz offizielles „Migrationstor“ handelt, dessen Nutzung dennoch häufig misstrauisch beobachtet wird (Stichwort „Scheinehe“), sei der Motivkomplex im Folgenden kurz ausgeführt. Insbesondere drei Aspekte spielen bei der deutsch-russländischen Eheschließung (wobei meist die Frau aus Russland kommt) eine Rolle:

1. Eine gute „Passung“ hinsichtlich eines eher traditionellen Rollenverständnisses
2. Der rapide Wandel geschlechtsspezifischer Chancen und Risiken in Russland
3. Migration mit der Hoffnung auf eine Zukunftsperspektive und ein Leben in eigener Verantwortung

Ad 1: Eine gute „Passung“ hinsichtlich eines eher traditionellen Rollenverständnisses

Nach wie vor ist die Familienorientierung bei Frauen aus Russland sehr hoch. Dies ist verknüpft mit der Bereitschaft zur Familiengründung in einem jungen Lebensalter, wobei jedoch die Realisierungschancen in den letzten beiden Jahrzehnten für Frauen drastisch gesunken sind. Das Realeinkommen ist auch heute noch weit geringer als unmittelbar nach dem Zerfall der Sowjetunion oder gar in den spätsowjetischen Jahren.

Ein wichtiges Hintergrunddatum ist das Alter bei der ersten Eheschließung. Dieses ist generell in Osteuropa weitaus niedriger als in westlichen Gesellschaften, wobei sich schon zu sowjetischen Zeiten ein deutliches West-Ost-Gefälle zeigte: Im Baltikum z. B. glich das generative Verhalten in allen konstituierenden Faktoren viel eher West- als Osteuropa.

Diese Familienorientierung ist komplementär zu den Erwartungen eines Teils der männlichen Bevölkerung in Deutschland – dies ist mit „guter Passung“ gemeint.

„Es galt das Idealbild der ‚arbeitenden Mutter‘, das auch der Normalfall war und ein Familienleben mit Kindern bei gleichzeitiger Ausbildung und Berufsausübung beinhaltete.“



„Es scheint so zu sein, dass Frauen in Osteuropa/Russland trotz – oder gerade wegen der politischen und sozialen Transformationsprozesse in nur geringem Maße ihre privaten und/oder beruflichen Vorstellungen unterbringen können.“

Männer fühlten sich im sozialistischen Staat entmündigt und als Begleiter der tüchtigen Frauen, die alles konnten, lächerlich gemacht und entwürdigt.

Gegenwärtig scheint es im postsowjetischen Russland eine Art „Nachholprozess“ zu geben: Männer orientieren sich an einer Karriere ohne politische Gängelung, aber mit „Vorzeige-Familien“. Frauen werden dabei auf traditionelle Geschlechterstereotype festgelegt.

Das „Nachholbedürfnis“ der russischen Männer, sich in Wirtschaft und Politik hervorzutun, wird begleitet von einer gewissen Zurückhaltung bei der Eheschließung. Tatsächlich scheinen die kontinuierlich sinkenden Verheiraturaten auf das Konto der Männer zu gehen. Bei weiterhin hoher – aber nicht erfüllter – Familienorientierung steigt daher der Anteil der unehelich geborenen Kinder an allen Geburten seit den Wendejahren steil an.

Ad 3: Migration mit der Hoffnung auf eine Zukunftsperspektive und ein Leben in eigener Verantwortung

Als Ausweg aus dem Entweder-oder, dem Verzicht auf Familie oder auf einen Beruf, bietet sich die Migration als vielversprechende Option an. Dahinter steht nicht selten die Hoffnung, auf einem relativ höheren Niveau sozialer und ökonomischer Sicherheit doch wieder beides „unter einen Hut zu bringen“, Familie und Beruf, und dabei in einem Rahmen, der das alles erleichtert: gute Infrastrukturen, Rechtssicherheit, eine funktionierende Verwaltung.

Das von den Frauen aus Russland (und anderen osteuropäischen Staaten) präferierte Familienmuster trifft in Deutschland auf komplementäre Bedürfnisstrukturen, womit sich ein ganz spezifisches, trans- und polykulturelles Segment in der Pluralität moderner Eheformen ergibt. Es scheint so zu sein, dass Frauen in Osteuropa/Russland trotz – oder gerade wegen – der politischen und sozialen Transformationsprozesse in nur geringem Maße ihre privaten und/oder beruflichen Vorstellungen unterbringen können. Zwar geht es heute nicht mehr um das bloße Überleben wie noch vor 20 Jahren, doch die alltägliche Lebensführung scheint vor allem für Frauen ein Problem zu sein. Zu nennen sind dabei insbesondere die geringe staatliche Unterstützung bei der Kindererziehung, Schwierigkeiten bei Ausbildung und Arbeitssuche, Angst vor Gewalt und Kriminalität.

Ad 2: Der rapide Wandel geschlechtsspezifischer Chancen und Risiken in Russland

Die jungen Frauen, die gegenwärtig in Deutschland eine Familie gründen (wollen), haben in der Regel gut bis bestens ausgebildete Mütter, die in der sowjetischen Zeit beides hatten: Beruf und Familie. Es galt das Idealbild der „arbeitenden Mutter“, das auch der Normalfall war und ein Familienleben mit Kindern bei gleichzeitiger Ausbildung und Berufsausübung beinhaltete. Sehr häufig bedeutete dies eine „gestaffelte“ Mutterschaft, also Geburten in Abständen von sieben bis zehn und mehr Jahren, die mit einer neuen Eheschließung einhergingen.

Junge Frauen in Russland verweigern sich heute diesem Modell immer mehr, da es eine Doppelt- und Dreifachbelastung bedeutete, so lange Haushalt und Familie nach wie vor Frauensache war.

Ein Ausweg können daher der Verzicht auf (frühe) Mutterschaft sein sowie die Verfolgung von Ausbildung, Beruf und Karriere. Das ist ersichtlich ein eher „westliches“ Modell, daher nur in den Großstädten verbreitet.

Ein anderer Ausweg ist die „offensive“ Re-Traditionalisierung des Rollenverhaltens. Dies bedeutet ein Ehemodell, in dem Männer Alleinverdiener sind und die Frauen sich um Haushalt und Kinder kümmern. In der Forschung gilt dies als eine Folge der „Krise der Männlichkeit“, die die letzten sowjetischen Jahre beherrschte: Die

**1 Der Übergang in Familie:
Was brauchen Migrantinnen und
wie erreicht man sie?
Die Perspektive der Frauen**

**2 Der Übergang in Familie:
Was brauchen Migrantinnen und
wie erreicht man sie?
Die Perspektive der Männer**

**3 Fertilität und Familienplanung von
Migrantinnen: Bleibt alles anders?
Antworten demografischer Forschung**

**4 Themen in der Beratung:
Körperkonzepte und Vorstellungen
von Sexualität**

**5 Themen in der Beratung:
Schwangerschaftserleben und
-konflikte**

**6 Themen in der Beratung:
Schwangerschaftserleben und
Pränataldiagnostik**

**7 „Nötig ist Bildung, Bildung, Bildung.“
Zugang zu Migrantinnen
mit niedriger Bildung**

**8 Migration als Herausforderung
für die Familienpolitik
auf kommunaler Ebene**

**9 Familienplanung und
Migration: Entwicklungen,
Diskussionen und Zugänge in
den Nachbarländern
Niederlande, Österreich und
Schweiz**



Work



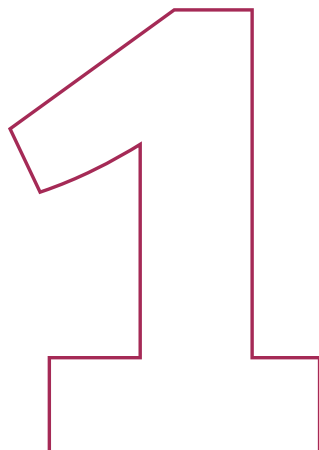
shops

Der Übergang in Familie: Was brauchen Migrantinnen und wie erreicht man sie? Die Perspektive der Frauen

Moderation: Angelika Heßling,
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Was Migrantinnen im Zusammenhang mit Familienplanung brauchen, hängt davon ab, wo sie selbst Schwierigkeiten sehen und wo sie Unterstützungsbedarf erkennen lassen. Der Bedarf kann auch an den Themen abgelesen werden, die Migrantinnen in die Beratung einbringen. Die Beiträge des Workshops vertiefen in dieser Hinsicht die Perspektive von türkischen und osteuropäischen Migrantinnen und berichten über Erfahrungen aus der Beratung.

Vorstellungen von Familiengründung und entsprechende Verhaltensmuster von Migrantinnen sind in Deutschland mit den Bedingungen der (Un-)Vereinbarkeit konfrontiert. So gilt es nun z.B., vor der Geburt des ersten Kindes eine Ausbildung abzuschließen. Nachteile bezogen auf Erwerbstätigkeit und Ausbildung lassen sich bei einer späten Mutterschaft eher abfangen und treffen vor allem Frauen, die in jungen Jahren Mütter werden. Gerade dies ist aber bei Migrantinnen eher verbreitet und wird auch positiv bewertet. Der erste Beitrag geht der Bedeutung der Vereinbarkeit für Migrantinnen nach (**Jan Kruse**). Der zweite Beitrag mahnt, bei der Frage „Was brauchen Migrantinnen?“ nicht nur nach nationaler Herkunft, sondern vor allem nach Bildung zu differenzieren (**Heike Klindworth**). Die Beratungsperspektive kann in dem dritten Beitrag (**Resi Conrads-Mathar**) einen guten Einblick geben in die – altersabhängigen – Fragen, Sorgen und Nöte, für die Migrantinnen in der Beratung Antworten und Hilfe suchen. Hier geht es zudem um die Ressourcen, die die von den Migrantinnen benötigte Beratung selbst braucht.



Familie zwischen Zeit, Geld und Bildung – ein Vergleich osteuropäischer und türkischer Frauen

Dr. Jan Kruse, Universität Freiburg

Migration ist nicht nur eine Wanderung zwischen Ländergrenzen, sondern vor allem eine zwischen kulturellen Konzepten und Vorstellungen sowohl der privaten als auch gesellschaftlichen Lebensführung, insbesondere in Hinblick auf die Gestaltung des reproduktiven Lebenslaufes. Diese biografische Gestaltung ist dabei an der Schnittstelle zwischen der Privatheit familiärer Beziehungen und der Öffentlichkeit – und dies meint vor allem die Sphäre der Erwerbsarbeit – angesiedelt. Jene Schnittstelle bildet jedoch allzu oft ein Spannungsverhältnis und zieht Vereinbarkeitsprobleme nach sich. Diese Problematik zeigt sich vor allem in Zeiten eines raschen sozialen Wandels, der bisherige Normative entwertet, die soziale Bewältigungsfunktionen für jene Schnittstelle darstellten – oder eben im Falle einer länderübergreifenden Migration.

In der Studie „frauen leben II – Familienplanung und Migration im Lebenslauf“ werden sowohl in der osteuropäischen als auch in der türkischen Untersuchungsgruppe Vereinbarkeitsprobleme deutlich. Allerdings zeigen sich sowohl innerhalb als auch zwischen den beiden Gruppen unterschiedliche Äußerungen und biografische Lagerungen dieser Problematik. Die statistischen Daten verdeutlichen, dass die Unterschiede vor allem in verschiedenen Ausgangsbedingungen und Verläufen in Bezug auf Bildung, Familien- und Erwerbsbiografie sowie sozialen Status begründet sind. Zudem zeigt sich, dass innerhalb beider Gruppen nach der Generationenzugehörigkeit unterschieden werden muss.

Die qualitativen Daten können zudem zeigen, dass sich hinter den alltagspraktischen Problemen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie ein komplexes Geflecht verschiedener sozialer Dimensionen und Phänomene verbirgt (insbesondere Geschlechterrollenkonzepte und -verhältnisse, die biografische Sequenzierung von (Aus-)Bildung und Familiengründung, konkrete Familienmodelle entlang der Dimensionen von Öffentlichkeit und Privatheit, Erziehungs- und Sozialisationskonzepte), die unterschiedliche Muster von Vereinbarkeitsproblemlagen generieren.

Dies veranschaulicht, wie komplex das Problem der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. Erwerbstätigkeit tatsächlich ist und somit **thematisch mehrdimensional** verfolgt und **biografisch eingebettet** werden muss – was sich vor allem im Kontext von Migrationsprozessen zeigt. In diesem Zusammenhang wird zudem eine spezifische Problemzone der Vereinbarkeit deutlich: nämlich das

„In der Studie ‚frauen leben II – Familienplanung und Migration im Lebenslauf‘ werden sowohl in der osteuropäischen als auch in der türkischen Untersuchungsgruppe Vereinbarkeitsprobleme deutlich.“



Spannungsfeld von **Zeit, Geld und Bildung**¹. Einerseits „braucht Familie Zeit“, sowohl im biografischen als auch im alltäglichen Sinne, andererseits „braucht Familie Geld“, um Konsummöglichkeiten, gesellschaftliche Teilhabe (Integration, Inklusion) und Bildungschancen zu realisieren. In kapitalistischen Gesellschaften wird Geld jedoch über Erwerbsarbeit erzielt, so dass sich dann in Bezug auf Familie ein Dilemma von „Zeit haben für die Kinder“ versus „Geld haben für die Kinder“ ergibt. Und quer hierzu liegt die Bildung, denn für Bildung braucht man Zeit, die in Deutschland jedoch vom Zeitkontingent für die Familie abgeht, da sie aufgrund des kulturellen Konzepts „zuerst Ausbildung, dann Kinder“ die Familiengründung bzw. -erweiterung hinauszögern kann. Bildung vermittelt allerdings auch Erwerbschancen und somit den Zugang zu besser gestellten sozioökonomischen Positionen.

In den beiden befragten Herkunftsgruppen zeigen sich im Rahmen dieses spezifischen Spannungsverhältnisses in Hinblick auf die Familiengründungsprozesse und deren Wandel unterschiedliche Muster. Es kann dabei nicht von einem „türkischen“ oder einem „osteuropäischen“ Muster gesprochen werden, da sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede sowohl innerhalb als auch zwischen den beiden Herkunftsgruppen finden.

¹ Siehe hierzu auch verschiedene Beiträge in Herwartz-Emden, Leonie (Hg.) (2000): Einwandererfamilien: Geschlechterverhältnisse, Erziehung und Akkulturation. IMIS-Schriften, Band 9. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch

Bildung und Familiengründung – ausgewählte Ergebnisse der BZgA-Städte-Studie „frauen leben – Familienplanung und Migration“¹

Heike Klindworth, Sozialwissenschaftliches Frauenforschungsinstitut, Freiburg

Die vergleichsweise frühe und selbstverständliche Mutterschaft ist, wie die Ergebnisse der Studie „frauen leben – Familienplanung und Migration“² zeigen, ein wesentliches Kennzeichen des reproduktiven Lebenslaufs türkischer und osteuropäischer Migrantinnen³ (vgl. Helfferich in diesem Band). Inwieweit wird der Familienbildungsprozess der Migrantinnen von der Bildung beeinflusst?



Für Frauen ohne Migrationshintergrund ist lange bekannt, dass höhere Bildungsqualifikationen und damit einhergehende berufliche Ambitionen aufgrund der schwierigen Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu einem Aufschub der Familiengründung führen. Dieser Bildungseffekt findet sich auch in den beiden Migrantinnengruppen, wie die folgenden Ergebnisse, die jeweils für die erste und zweite Generation zutreffen⁴, zeigen:

- Auch wenn das Altersniveau bei den Migrantinnen insgesamt niedriger ausfällt, so gilt auch hier, dass die Frauen mit hoher Schulbildung jeweils etwa drei bis vier Jahre später das erste Kind bekommen haben als Frauen mit niedrigen Schulqualifikationen.
- In beiden Migrantinnengruppen führen niedrige Schulabschlüsse häufiger zu einem Verzicht auf Berufsqualifikationen. Besonders deutlich zeigt sich dies bei den **türkischen Frauen**. Lediglich ein Viertel derjenigen, die über niedrige Bildungsqualifikationen verfügen, hatte vor der Familiengründung eine Ausbildung absolviert

(osteuropäische Frauen: 62%). Bei den Frauen mit hoher Schulbildung waren es in beiden Herkunftsgruppen hingegen jeweils deutlich über 80%.

- In beiden Migrantinnengruppen begannen Frauen mit hoher Schulbildung deutlich häufiger vor dem ersten Kind mit der Verhütung und schoben somit die Familiengründung häufiger auf als die Befragten mit niedrigen Schulabschlüssen (Abbildung 1).
- Bei höher qualifizierten **türkischen** und **osteuropäischen Migrantinnen** lag der erste Abbruch, falls zutreffend, mit 50% bzw. 54% häufiger vor der Geburt des ersten Kindes als bei den Frauen mit niedrigeren Schulqualifikationen (22% bzw. 37%). Bei den letztgenannten erfolgte der erste Abbruch somit mehrheitlich nach der Geburt eines Kindes oder mehrerer Kinder und ist als (zumindest zeitweise) Begrenzung der Familiengröße zu werten.

Der Wandel von der ersten zur zweiten Generation ist in beiden Migrantinnengruppen dadurch gekennzeichnet, dass die erste Mutterschaft (wenn auch nur moderat) aufgeschoben wird und die Verhütung häufiger vor dem ersten Kind beginnt (vgl. Helfferich in diesem Band). Den oben beschriebenen Bildungseffekten entsprechend lässt sich dieser Wandel in der **türkischen Gruppe** vor allem über die unterschiedliche Verbreitung qualifizierter Bildungsabschlüsse erklären. Während die erste Generation, die häufig im Zusammenhang mit einer Heirat und einer baldigen Familiengründung zuwanderte, einen relativ hohen Anteil an Frauen mit niedrigen Bildungsqualifikationen aufweist, ist die zweite Generation deutlich besser mit Bildungsressourcen ausgestattet. Bei den **osteuropäischen Frauen** findet sich kein derartiger Bildungsaufstieg. Da die erste Generation bereits ein hohes Bildungsniveau mitbrachte, trägt der Bildungseffekt hier nicht zum Generationeneffekt bei. Er gilt für das Herkunftsland wie für Deutschland. Die Ergebnisse zeigen, wie wichtig es ist, Migrantinnen nicht nur nach ihrer Herkunft und Migrationsgeschichte, sondern auch nach

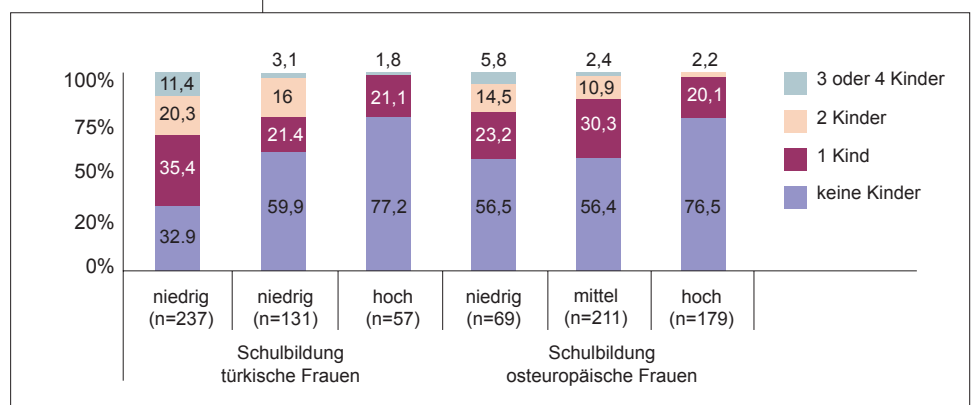


Abbildung 1: Zahl der Kinder bei erstmaliger Verhütung nach Herkunftsgruppe und Schulbildung (in %)

Quelle: BZgA, Datensatz „frauen leben II“ 2009, 20- bis 44-jährige Frauen mit und ohne Migrationshintergrund
Filter: alle Frauen, die jemals verhütet haben, nur Nürnberg und Berlin

1 Eine ausführliche Darstellung der Studienergebnisse findet sich in: Helfferich, Cornelia; Klindworth, Heike; Kruse, Jan (2011): frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf. Vertiefungsbericht. Köln: BZgA.
2 Zu den Eckdaten der Studie s.a. den Beitrag von Cornelia Helfferich in diesem Band.
3 Zu den Eckdaten der Studie s.a. den Beitrag von Cornelia Helfferich in diesem Band.
4 Die „zweite Generation“ umfasst diejenigen Frauen, die entweder in Deutschland geboren sind oder in einem Alter von unter 12 Jahren zugewandert sind.

Merkmale der sozialen Lage zu unterscheiden. Nur so lässt sich vermeiden, dass das jeweilige Familienplanungsverhalten vorschnell allein auf kulturelle und migrationsspezifische Differenzen zurückgeführt wird. Unter Umständen ist der Einfluss der sozialen Lage, insbesondere der Bildung, wichtiger als die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Herkunftsgruppe.

Partnerwahl und Partnerschafts-entwicklung bei Migrantinnen als Thema der Beratung

Resi Conrads-Mathar, Diözesan-Caritasverband Aachen

Der Beitrag widmet sich der Frage: Wen erreichen wir in der katholischen Schwangerschaftsberatung? Die Informationen stammen aus Statistiken der Beratungsstellen und aus Gesprächen mit Beraterinnen. Sowohl bei der Lebenslage als auch bei den Beratungsthemen muss unterschieden werden nach türkischen, nichteuropäischen und osteuropäischen Ratsuchenden.



Migrantinnen in der Schwangerschaftsberatung und Gruppenarbeit

80% der Beratenen haben keinen Berufsabschluss, 50% sind Hausfrauen, 70% sind arbeitslos. Je niedriger der Bildungsstand, umso wichtiger ist die Perspektive „Familie und Mutter sein“. Türkische Frauen haben meist innerethnische Partnerschaften. Bei der ersten Generation wurden die Ehen im Heimatland arrangiert. Frauen der zweiten Generation hinterfragen teilweise die traditionellen Heiratsregeln, sie fühlen sich häufig zerrissen zwischen den beiden Kulturen. Je ein Drittel der Beratenen ist katholisch oder muslimisch. Muslimische Frauen schätzen in katholischen Beratungsstellen den eindeutigen Glaubens- und Wertebezug.

Für türkische Frauen sind Kinder „von Gott geschenkt“, die Ehemänner lehnen Verhütung überwiegend ab, daher wird Verhütung in geringem Umfang praktiziert. Bei Afrikanerinnen wird mit zunehmender Kinderzahl Familienplanung ein wichtiges Thema. Osteuropäische Frauen akzeptieren einen Schwangerschaftsabbruch ethisch neutral auch als Verhütung. Ungewollte Schwangerschaften sind für Türkinnen und Osteuropäerinnen seltener ein Problem als für deutsche Frauen.

Nichteuropäische Frauen sind sehr an Gruppenarbeit und Gesprächsgruppen interessiert, wohingegen türkische Frauen wenig Interesse an langfristigem Kontakt haben, da sie sehr familien- und stadtteilbezogen leben.

Migrantinnen in der sexualpädagogischen Arbeit

Zielgruppe der sexualpädagogischen Arbeit sind überwiegend 16- bis 17-jährige Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund in Förderschulen. Die Lebensplanung der Mädchen richtet sich zunächst auf Ausbildung und Beruf. Mangels Chancen in diesem Bereich wird dann doch die Perspektive Schwangerschaft und Familiengründung konkret. Jungen zeigen weniger schulischen Ehrgeiz als Mädchen. Als zukunftsrealistische Möglichkeit wird alternativ zu einer Erwerbstätigkeit der SGB II-Bezug (Arbeitslosengeld) und eine Familiengründung in Betracht gezogen. Mädchen haben nur geringe Verhütungskenntnisse. Freundschaften bewegen sich meist innerhalb des eigenen Kulturkreises, teils wird das von der Familie gewünscht, teils mangelt es an Kontaktmöglichkeiten zu deutschen Jugendlichen. Jungen pflegen wechselnde Freundschaften, auch zu deutschen Mädchen, sie haben aber ein geringes Verhütungsbewusstsein.

„Für türkische Frauen sind Kinder ‚von Gott geschenkt‘, die Ehemänner lehnen Verhütung überwiegend ab, daher wird Verhütung in geringem Umfang praktiziert.“

Beratungsinhalte: Wer hat welche Fragen, Sorgen, Nöte?

Bei **türkischen Ratsuchenden** geht es oft um Zukunftsperspektiven für die Familie. Die Sicherstellung des Lebensunterhaltes ist Aufgabe des Mannes, selten sind die Frauen berufstätig. Finanzielle Not wird als gegeben hingenommen, finanzielle Probleme werden offen angesprochen. Es besteht ein Anspruchsdenken nach materiellen

Hilfen, und es wird erwartet, dass die Beratungsstelle hilft, diese zu bekommen. Psychosoziale Probleme werden von Türkinnen anders als von deutschen Frauen nicht thematisiert.

Bei **Ratsuchenden aus nichteuropäischen Ländern** gibt es Fragen zum häufig ungeklärten Aufenthaltsstatus. Eine Heirat mit deutschen Staatsbürgern (auch aus aufenthaltsrechtlichen Gründen) führt oft zu Partnerschaftsproblemen. Psychosoziale Probleme ergeben sich aus der Mehrfachbelastung (durch Haushalt, Kindererziehung, Berufstätigkeit), der Distanz zur Herkunftsfamilie und persönlichen Traumata. Die Frauen bewegt die Frage, wie in Deutschland Kinder erzogen werden. Häufige Beratungsthemen sind zudem die Wohnsituation und finanzielle Probleme (vor allem bei Studentinnen).

Osteuropäische Frauen sind überwiegend vollzeitbeschäftigt, sie wollen gute Deutschkenntnisse sowie Schul- und Berufsabschlüsse erwerben. Sie sind beruflich ehrgeizig und wünschen sich einen hohen Lebensstandard. Beratungsthemen sind die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und Belastungen in der Partnerschaft (z. B. durch Gewalt, Alkoholismus). Diese Themen werden jedoch nur genannt, selten problematisiert im Sinne einer Bearbeitung.

Was braucht es?

Die Beraterinnen wünschen sich multikulturelle Treffpunkte, interdisziplinäre stadtteilorientierte Kooperationen und Vernetzung mit Familienzentren. Die Arbeit mit den Männern sollte im Hinblick auf Rollenbilder, Kindererziehung und Familienverantwortung verstärkt werden. Auf politischer Ebene sollten aufenthaltsrechtliche Probleme schneller entschieden werden.

Um auf die Lebenssituation von Migrantinnen positiv Einfluss nehmen zu können und ihre Entfaltung zu ermöglichen, müssen von politischer Seite Ressourcen zur Verfügung gestellt und bedarfsgerechte Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Aus der Fülle der Anknüpfungspunkte, die die reichhaltigen Beiträge anbieten, konnten nur Einzelaspekte in der Diskussion vertieft werden. Gemeinsamkeiten zwischen den Migrationsgruppen wurden dabei ebenso deutlich wie Unterschiede zwischen und innerhalb der beiden Gruppen. Theoretische Aspekte, die diskutiert wurden, betrafen Weiblichkeits- und Erziehungskonzepte. Auf beratungspraktischer Ebene wurde die Rolle von Ehemännern der Migrantinnen in der Beratung und die Bedeutung der Fremdsprache diskutiert.

Ein erstes Fazit, das sich aus der Diskussion nach den Workshopbeiträgen und aus der Abschlussdiskussion herausarbeiten lässt, betrifft die Bedeutung der kommunalen bzw. Stadtteilbene, die mehrfach unterstrichen wurde, vor allem im Zusammenhang mit der Erreichbarkeit von und dem Zugang zu Migrantinnen, aber auch um über kommunale Vernetzung entsprechende Wege zu Hilfen zu bahnen.

Das zweite Fazit betrifft die prekäre finanzielle Situation und die niedrige Qualifikation insbesondere von türkischen Migrantinnen, die Beratung suchen, mit der Schlussfolgerung, dass hier auf politischer Ebene Handlungsbedarf besteht. Aufgrund der Beratungsverläufe von Schwangeren kann Schwangerenberatung insbesondere Heiratsmigrantinnen kaum Türen in den Bildungsbereich öffnen.

Das dritte Fazit greift den Beitrag von Resi Conrads-Mathar auf und mündet in die Schlussfolgerung, dass Beratungsstellen, die eine angemessene Beratung von Migrantinnen im Zusammenhang mit Familiengründung oder -erweiterung sicherstellen (wollen), mit entsprechenden Ressourcen auszustatten sind.

Der Übergang in Familie: Was brauchen Migrantinnen und wie erreicht man sie? Die Perspektive der Männer

Moderation: Dr. Jan Kruse,
Universität Freiburg

Familie und Familienplanung sind nicht nur Frauensache, auch wenn die Verantwortung dafür häufig Frauen zugeschrieben wird. Männer mit Migrationshintergrund sind zum einen Teil der Partnerschaft und Paarbeziehung, in der der gemeinsame Lebenslauf gestaltet wird und ein Kind gewünscht wird oder nicht, verhütet wird oder nicht etc., zum anderen sind sie mit ihrem Aufklärungs- und Beratungsbedarf eine eigene Zielgruppe. Nachdem die Familienforschung die Bedeutung der Männer allgemein entdeckt hat und Angebote für Väter entstehen, setzt sich die Erkenntnis auch zaghaft für Männer mit Migrationshintergrund durch. Auch für sie stellt sich die Frage, welchen Bedarf an Beratung sie haben und wie sie erreicht und angesprochen werden können.

Weil über die reproduktive und sexuelle Gesundheit von Migranten wenig bekannt ist, haben die Beiträge in diesem Workshop einen erkundenden Charakter: Sie stammen alle aus dem Bereich der qualitativen Sozialforschung und zeigen, wie (bestimmte Gruppen von) Männer(n) mit Migrationshintergrund über Verhütung, Heiraten und Kinder und Geschlechterrollen denken und wie sie Geschlechterbeziehungen gestalten und Verhütung handhaben. Der erste Beitrag stellt Ergebnisse der Studie „Rollenverständnisse von Frauen und Männern mit Zuwanderungsgeschichte unter Berücksichtigung intergenerativer und interkultureller Einflüsse“ (BMFSFJ/mgepa NRW) vor und berichtet unter anderem von den Geschlechterarrangements und Rollenaufteilungen, die Männer mit türkischem und osteuropäischem Migrationshintergrund, abhängig von Generationenzugehörigkeit und Bildung, praktizieren bzw. später praktizieren wollen (**Michael Tunç**). Der zweite Beitrag hat die gleichen Gruppen von Migranten und ebenfalls eine deutsche Vergleichsgruppe qualitativ befragt, nun aber zu Sexualaufklärung, Kinderwunsch und Familie sowie Verhütung (**Debra Niermann**, Studie „männer leben 2“). Der dritte Beitrag zeichnet aus Gruppendiskussionen das Muster der Familiengründung von jungen Roma-Bürgerkriegsflüchtlingen nach, das sich unter den besonderen Bedingungen der Einbindung in eine patriarchale Großfamilie und unsicheren Zukunftsperspektiven herausgebildet hat (**Max Schmidt**).

Workshops



Geschlechterbilder von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund

Michael Tunç, Väter in Köln e.V.

Die BZgA-Studien „frauen leben“ und „männer leben“ haben nicht nur vielfältige neue Erkenntnisse bezüglich des Lebensalltags von Frauen, sondern auch von Männern mit und ohne Migrationshintergrund erbracht.

Geschlechterarrangements interkulturell

Dennoch mangelt es in der Männlichkeits- und Väterforschung noch an Forschungen, die Männer/Väter mit Migrationshintergrund untersuchen (vgl. Tunç 2010). Und es müssen dringend mehr vergleichende Untersuchungen im Sinne der Programmatik der Intersektionalität durchgeführt werden, die nach Geschlechterbildern von Frauen und Männern mit und ohne Migrationshintergrund in Abhängigkeit vom Bildungsmilieu, von der ethnisch-kulturellen Herkunft, vom Alter



sowie hinsichtlich der Generationenbeziehungen zwischen Eltern und Kindern fragen. Diesen Ansatz verfolgt die Studie „Rollenverständnisse von Frauen und Männern mit Zuwanderungsgeschichte unter Berücksichtigung intergenerativer und interkultureller Einflüsse“, die vom BMFSFJ und vom MGFFI NRW in Auftrag gegeben wurde (vgl. Farrokhzad et al. 2011). In der explorativen, qualitativen Kurzstudie wurden anhand von 35 „Tandem“-Interviews Mutter und Tochter sowie Vater und Sohn unterschiedlicher Bildungsmilieus befragt, die zu je einem Drittel türkischen, russischen oder keinen Migrationshintergrund haben. In der Untersuchung wurden u.a. (Einstellungen bzgl. der) Muster der geschlechtlichen Arbeitsteilung zwischen Männern und Frauen gefunden, aus denen die Typen konservative, bedingt egalitäre und egalitäre Geschlechterarrangements entwickelt wurden.

Hervorgehoben werden kann das Untersuchungsergebnis, dass sich insgesamt mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede zwischen den befragten Frauen und Männern mit Migrationshintergrund auf der einen und ohne Migrationshintergrund auf der anderen Seite entdecken lassen. Und es konnte gezeigt werden, dass konservative Geschlechterarrangements das dominante Modell darstellen, gefolgt von bedingt egalitären Geschlechterarrangements. Nur eine Minderheit der Befragten lebt bzw. bevorzugt demnach egalitäre Geschlechterarrangements. Und etwas mehr Männer als Frauen praktizieren bzw. vertreten konservative Geschlechterarrangements. Bei Befragten der jüngeren Generation bilden bedingt egalitäre Geschlechterarrangements die Mehrheit. Als Kernergebnis der Studie herausgestellt werden kann aber, dass das Bildungsniveau der Untersuchten das entscheidende Kriterium dafür ist, welche Lebensmodelle die Untersuchten präferieren. Vereinfacht gesprochen gilt in der Regel das Prinzip, je höher das Bildungsniveau, desto egalitärer das Geschlechterarrangement.

„Und es konnte gezeigt werden, dass konservative Geschlechterarrangements das dominante Modell darstellen, gefolgt von bedingt egalitären Geschlechterarrangements.“

Schlussfolgerungen

Für zukünftige, interkulturelle Vergleichsstudien kann es möglicherweise zweckmäßig sein, Fragestellungen in Bezug auf Geschlechterarrangements aus einem gesamtgesellschaftlichen Blickwinkel heraus zu bearbeiten und den Fokus auf Fragen der Integration fallen zu lassen. Da viele

Studien im Kontext von Männlichkeit/Väterlichkeit auf Einstellungen der Untersuchten basieren, sind u.a. interkulturell vergleichende Zeitbudgetstudien für dieses Forschungsfeld von herausragendem Interesse, um Wandlungsprozesse familialer Geschlechterarrangements empirisch zu prüfen (vgl. Farrokhzad et al. 2011).

Zum praktischen Arbeitsfeld gendersensibler Familien- und Elternbildung in der Einwanderungsgesellschaft ist zum Schluss noch zu sagen, dass gleichermaßen Genderkompetenz wie interkulturelle Kompetenz nötig sind, um nicht nur Mütter, sondern auch Väter mit Migrationshintergrund professionell zu unterstützen (vgl. Tunç 2009).

Literatur:

- Farrokhzad, Schahzad/Ottersbach, Markus/Tunç, Michael/Meuer-Willuweit, Anne (2011): Verschieden – Gleich – Anders? Geschlechterarrangements im interkulturellen und intergenerativen Vergleich. Wiesbaden: VS-Verlag
- Tunç, Michael (2009): Migration, soziales Milieu, Männlichkeit. Versuch der Klärung einer verschlungenen Problemkonstellation. Väter in der interkulturellen Elternarbeit. In: Grimm, Andrea (Hg.): Zur Bildung befähigen. Wie kann das Bildungsscheitern der jungen männlichen Migranten überwunden werden? Loccumer Protokolle 08/09. Rehburg-Loccum: Evangelische Akademie Loccum, S. 67–90
- Tunç, Michael (2010): Männlichkeiten in der Migrationsgesellschaft. Fragen, Probleme und Herausforderungen. In: Prömper, Hans/Jansen, Mechthild M./Ruffing, Andreas/Nagel, Helga (Hg.): Was macht Migration mit Männlichkeit? Kontexte und Erfahrungen zur Bildung und Sozialen Arbeit mit Migranten. Opladen/Farmington Hills: Barbara Budrich, S. 19–35

Sexualaufklärung, Sexualität und kontrazeptives Verhalten im Lebenslauf von Männern mit Migrationshintergrund

Debora Niermann, Pädagogische Hochschule Freiburg

Die Sonderauswertung „Sexualaufklärung, Sexualität und kontrazeptives Verhalten im Lebenslauf von Männern mit osteuropäischem und türkischem Migrationshintergrund“ (Laufzeit 1/2010 – 2/2010) wurde am Sozialwissenschaftlichen Frauenforschungsinstitut Freiburg (SoFFI F.) im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt.



„Über Kondom und Pille hinaus sind relativ wenig Kontrazeptive bekannt.“

Die Sekundäranalyse erfolgte auf der Datenbasis von 17 teilnarrativen Einzelinterviews, die im Rahmen der von der Baden-

Württemberg Stiftung geförderten qualitativen Machbarkeitsstudie „Männer leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf von Männern“ (Laufzeit 12/2009 – 12/2010) erhoben wurden. Ziel der Untersuchung war es, die Sichtweisen von Männern mit Migrationshintergrund auf die Themen Sexualität und Sexualaufklärung zu beschreiben, zu verstehen und vor dem Hintergrund ihrer spezifischen Migrationslagen interpretieren zu können.

Bei den befragten Männern mit türkischem und osteuropäischem Migrationshintergrund ist überwiegend ein unzureichendes Wissen über Sexualaufklärung, Sexualität und Kontrazeption zu konstatieren. Über Kondom und Pille hinaus sind relativ wenig Kontrazeptive bekannt bzw. bestehen Missverständnisse über deren Verwendung. Während das Kondom als geeignetes Kontrazeptivum in losen Beziehungen in der Jugendphase gilt, findet mit zunehmendem Alter und fester Partnerschaft ein Wechsel zur Pille und damit auch ein Wechsel der Verhütungsverantwortung in der Partnerschaft statt. Während seitens der osteuropäischen Gruppe eine **Verhütungsnotwendigkeit** zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften betont wird, stellt **Nichtverhütung** für einen Großteil der türkischen Gruppe eine Selbstverständlichkeit dar. Bei den Männern mit türkischem Migrationshintergrund schließen hoher Familialismus und der daran geknüpfte generalisierte Kinderwunsch die Verwendung von Verhütungsmitteln vor allem kurz nach der Eheschließung aus. Kontrazeptiva werden im Kontext reproduktiver Planung erst später zum Abschluss der Familiengründungsphase und damit zur Begrenzung der Kinderzahl relevant.

Bei beiden Migrationsgruppen ist die **Rolle der Eltern** bei der Vermittlung von Aufklärungswissen als ein nachrangiger Zugang zu beschreiben. Für die türkische Gruppe verbietet das Respektgebot eine offene intergenerationale Thematisierung; die elterliche Funktion liegt vielmehr in der Weitergabe moralischer Leitlinien. Für die osteuropäische Gruppe, die in Abgrenzung zu ihrer eigenen als defizitär beschriebenen Aufklärung in der Jugendphase klar ein präventives Aufklärungskonzept befürwortet, ist wiederum fraglich, inwieweit vor allem die in der Sowjetunion aufgewachsenen Eltern aufgrund ihrer eigenen ungenügenden Informiertheit als angemessene Wissensvermittler agieren können. Vor diesem Hintergrund und der als unzureichend beschriebenen medial gestützten Selbstaufklärung in Peerkontexten kommt der **schulischen Wissensvermittlung** für beide Migrationsgruppen hohe Bedeutung zu. Dabei gilt es, sexualpädagogisches Handeln an den subjektiven Deutungen der befragten Gruppen auszurichten. Während die Vermeidung ungewollter Reproduktion für Jugendliche mit osteuropäischem Migrationshintergrund ebenso wie für deutsche Jugendliche einen Anknüpfungspunkt zur Thematisierung von kontrazeptivem Verhalten darstellt, gilt es, für die Angehörigen der türkischen Gruppe das hohe Bewusstsein eines Ansteckungsrisikos beim Geschlechtsverkehr in losen Beziehungen als kommunikativen Zugang wahrzunehmen.

Statuswechsel und Familienökonomie bei jungen Männern aus Roma-Flüchtlingfamilien

Max Schmidt, Evangelische Hochschule Freiburg

Im Rahmen eines qualitativ-explorativ angelegten Forschungsprojekts zu Familienplanung im Lebenslauf von Männern (2009, Sozialwissenschaftliches Frauenforschungsinstitut Freiburg, Teil eines Projekts der Baden-Württembergstiftung) fanden drei Gruppendiskussionen mit 12 jungen Männern im Alter von 15 bis 25 Jahren aus Roma-Flüchtlingfamilien statt. Zwei zentrale Ergebnisse können berichtet werden:

- Zum einen hat die ökonomische Lebensplanung der jungen Männer eine spezifische Form als „Familienökonomie“
- Zum Zweiten gibt es eine besondere Konstruktion von Männlichkeit als Statuswechsel von einem jugendlichen Mann zu einem „richtigen, erwachsenen Mann“, die mit der Vorstellung, Vater zu werden, zusammenhängt

Der kollektive Erfahrungshintergrund aller Teilnehmer besteht in der geografischen Herkunft (Kosovo), im Erleben des Kosovokrieges und der Flucht nach Deutschland als Kind oder Jugendlicher mit der Familie sowie eine 6- bis 10-jährige Erfahrungspraxis in Deutschland in Bezug auf Wohn-, Sozialstruktur-, Bildungs- und zum Teil Erwerbskontexte.

Die hier vorgestellten Ergebnisse beziehen sich vor allem auf die Gruppendiskussion mit den 17- bis 20-Jährigen. Wie in den anderen Diskussionen auch, lässt sich – und dies ist ein zentrales Ergebnis –

eine gemeinsam in der Gruppensituation vollzogene Verortung der jungen Männer im familiären Kontext finden, in den alle weiteren Konstruktionen eingebettet sind (z.B. Bewältigung von marginalisierten Lagen, der aktuelle und angestrebte Status im Männlichkeitskonstrukt). Auch die Ökonomie, also das planvolle Handeln zur Deckung des wirtschaftlichen Bedarfs, wird nur in Rahmen und Verortung von Familie konstruiert. Beides, die Sozialisation zum „erwachsenen Mann“ als auch der ökonomische Anteil im Ganzen, nämlich an der Familie, lässt sich exemplarisch rekonstruieren: Bei dem Stimulus „In Deutschland ziehen viele junge Frauen und Männer von zu Hause aus, leben allein, machen eine Ausbildung, arbeiten oder studieren. Wie steht Ihr dazu? Wie seht Ihr das?“ greift die Gruppe die Gegenüberstellung auf:



A: Also (...) **man muss halt mit der Familie – halt bei uns ist es halt so: wenn ich zum Beispiel jetzt heirate (...), dass meine Frau halt mit das mit meiner Mutter und so hilft und so, dass halt zusammen wohnen al- nicht getrennt (...)**

B: **Dass wir halt zusammen arbeiten, zusammenhalten und dass wir eine große Familie machen also große Familie sind (...)**

C: Na ja, bei der Deutsche ist das so: wenn man 18 oder 19 ist (...), hat er seine **Ausbildungsstelle fertig gemacht, dann muss er umziehen (...)** und irgendwie selbst verdienen halt (...) **dass er selbst wohnt**

Familie wird als „zusammen arbeiten zusammen leben“ verstanden. Man zieht nicht aus (zumindest nicht vor der eigenen Familien-gründung), sondern übernimmt mehr Verantwortung innerhalb der Familie, wodurch die Familie größer wird. Die Ökonomie lässt sich als Funktionsbereich der Familie fassen. Zu den genannten Existenzsicherungspraxen zählen Arbeiten („**kann ich sozusagen das Geld, wo ich arbeite, alles für mein Vater geben, weil ich brauch das nich**“), Altmetallhandel und Transferleistungen. In Abgrenzung dazu wird die Sozialisation des Deutschen zum erwachsenen Mann als eine Sozialisation konstruiert, die aus der Herkunftsfamilie herausführt: Er wohnt getrennt von der Familie und arbeitet selbst. In den Gruppendiskussionen wird die Sozialisation zum erwachsenen, „richtigen“ Mann mit drei Phasen beschrieben:

1. Ein ritualisierter Übergang aus der männlichen Jugend in den Status des „richtigen“, „erwachsenen“ Mannes (familiär organisierte Sozialisationsetappe: Verwandte kommen besichtigen, Vater darf „keinen Scheiß“ mehr machen, muss Verantwortung tragen)
2. Eine ritualisierte sexuelle Initiation (erstes sexuelles Zusammen-treffen der zukünftigen Braut und des Bräutigams im Neben-raum, während die Familie feiert und auf die Bestätigung der Jungfräulichkeit wartet)

3. Die in die Großfamilie traditionell eingebundene Vaterschaft (Ehepartner werden von der Familie ausgewählt, Brautgeld wird entrichtet, Verwandte kommen die Kinder besichtigen, Antreten der Generationenfolge: Sohn wird Nachfolger seines Vaters, indem er Kinder erzieht – immer als Söhne angesprochen –, Sorge weitergibt und Eltern ernährt).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Familien-gründung Teil der ritualisierten und institutionalisierten männlichen Sozialisation ist. Ökonomie ist Bestandteil des familiären Raums und kann damit als eine Familienökonomie gefasst werden. Es findet in beiden Bezügen eine starke Verortung der jungen Männer im familiären Verband statt. Die marginalisierte Lage wird über Konzepte innerhalb des Verbandes zu lösen gesucht, was als Begründung für das Fortbestehen der Familienplannungsmuster und der Männlichkeitsvorstellungen gelesen werden kann.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Aufgrund der Ausrichtung der Beiträge nahmen die Schlussfolgerungen die Leerstellen der Forschung in den Blick: Generell wurde das unzureichende Wissen über Migranten bedauert und Abhilfe gefordert. Interkulturelle Vergleichsstudien, die systematisch die Merkmale Geschlecht und mit/ohne Migrationshintergrund einbeziehen und zusätzlich nach Bildung und/oder sozialer Lage differenzieren, wurden gewünscht. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass es viele Gemeinsamkeiten zwischen Männern mit und ohne Migrationshintergrund gibt, dass also Unterschiede nicht überzeichnet werden sollten. Beides, die Differenzierung und die Feststellung von Gemeinsamkeiten, kann Klischeebildungen und Stereotypisierungen entgegenwirken. Auch wurde eine Lebenslaufperspektive empfohlen, um die biografischen Veränderungen z.B. bei der Heirat, beim Hineinwachsen in Vaterschaft oder bei einer Trennung aufgreifen zu können.

Eine Reihe von Schlussfolgerungen betreffen die Praxis: Generell sollten vielfältige Angebote für Migranten geschaffen bzw. ausgebaut werden. Dabei ist an den unterschiedlichen Orientierungsmustern der jeweiligen Zielgruppen anzuknüpfen, was interkulturelle Kompetenz und Geschlechtersensibilität der Professionellen voraussetzt. Bezogen auf Verhütung wurde die Bedeutung schulischer Sexualaufklärung unterstrichen, da Eltern Söhne nur begrenzt aufklären (können). Und schließlich sollten gerade die Ansätze partnerschaftlicher Gestaltung von Geschlechterbeziehungen im Leben von Männern mit Migrationshintergrund aufgegriffen werden, die die Forschung gefunden hatte.

Fertilität und Familienplanung von Migrantinnen: Bleibt alles anders? Antworten demografischer Forschung

Moderation: Prof. Dr. Monika Häußler-Sczepan, Hochschule Mittweida

Große Bevölkerungsbefragungen können Veränderungen des generativen Verhaltens von Migranten und Migrantinnen – also deren Familienplanung, Familiengründung und Familienerweiterung – als längerfristige Veränderungsprozesse abbilden. Solche Veränderungen und die sie beeinflussenden Faktoren sind von Interesse für die demografische Entwicklung, aber auch für die Einschätzung des Beratungsbedarfs. Der Workshop hat zum einen die Aufgabe, eine Brücke zwischen den eher demografisch eingeordneten Forschungen und der sozialpsychologischen, sexualpädagogischen und medizinischen Praxis herzustellen und einen Austausch zu ermöglichen. Zum anderen steht diese Forschung vor großen Herausforderungen, nicht zuletzt deshalb, weil sich das Phänomen „Migration“ selbst laufend verändert (z.B. über Zuwanderungsregulierungen oder über die Länge der Aufenthaltsdauer und die Abfolgen der Migrationsgenerationen) und neue, flexible Formen der Migration wie Pendelmigration entstehen.

Der erste Beitrag (Susanne Schmidt) stellt Auswertungen mehrerer großer Datensätze (u.a. Mikrozensus, RAM-Befragung von Migranten und Migrantinnen) zusammen. Er geht auf Spezifika des generativen Verhaltens von Migrantinnen ein und auf den Wandel der Familienplanungsmuster von der ersten zur zweiten Generation der Migrierten. Der zweite Beitrag (Petra Buhr) berichtet über die jüngst gestartete Panel-Studie pairfam, die Veränderungen der intimen Beziehungen und der Familiendynamik 14 Jahre lang begleitet wird. Obwohl die Studie nicht Migrantinnen fokussiert, sind erste Teilaussagen für diese Gruppe möglich. Der dritte Beitrag (Heiko Rüger) zeigt die Auswirkungen von berufsbezogener Mobilität (z.B. Pendeln) und provoziert die Frage, ob das Verständnis von Migration als einmalige, grenzüberschreitende Verlagerung des Lebensmittelpunktes nicht zu kurz greift und ob für Fragen des Einflusses auf das generative Verhalten nicht ein Anschluss an die Ergebnisse der Mobilitätsforschung sinnvoll ist.

Workshops



Wandel der Fertilität von Migrantinnen

Dr. Susanne Schmid, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg

Die Rolle von Migrationsbewegungen angesichts stagnierender und alternder Bevölkerungen wurde in Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit bereits vielfach thematisiert. Das generative Verhalten von Migrantinnen blieb dagegen bisher eher unbeleuchtet, was dem in der Vergangenheit eher geringen Migrantenanteil und mangelnden Daten geschuldet war. Aufgrund demografischen Wandels wird jedoch differenziertes Wissen hinsichtlich Geburtenentwicklung und zukünftigem Arbeitskräftepotenzial immer wichtiger.

In der Studie wurde zunächst theoretisch aufgezeigt, dass Migrations- und Fertilitätsentscheidungen sich gegenseitig bedingen. Die Kinderzahl einer Migrantin im Zielland der Migration wird demzufolge von herkunftsland- und ziellandbezogenen Aspekten, dem Wanderungsmotiv, sozio-demographischen Aspekten der (Ehe-)Partner, dem Migrationsvorgang selbst sowie der Aufenthaltsdauer bestimmt.¹

Die Prüfung verschiedener Datensätze ergab, dass die Datenlage zu Analysen des generativen Verhaltens von Migrantinnen in Deutschland, trotz der vergleichsweise hohen Zahl von 7,8 Mio. Frauen mit Migrationshintergrund, überaus schwierig ist. Zwar stellt die amtliche Geburtenstatistik eine verlässliche und langfristig vergleichbare Datenbasis dar, Untersuchungen einzelner Staatsangehörigkeiten sind aber nur eingeschränkt möglich. Daher wurden erstmals alternative Datensätze, wie die prozessproduzierten Daten der gesetzlichen Rentenversicherung und die Repräsentativbefragung „Ausgewählter Migrantengruppen in Deutschland 2006/2007“ (RAM), zur Analyse des generativen Verhaltens von Migrantinnen herangezogen.²

Die empirischen Analysen zeigen, dass zwischen Migrantinnen und Nichtmigrantinnen in Deutschland von 1970 bis 2007 durchgängig beträchtliche Differenzen im generativen Verhalten zu beobachten sind. Zwar resultieren aus der Verwendung verschiedener Datengrundlagen unterschiedliche Ergebnisse, die Tendenz einer höheren Geburtenhäufigkeit bei Migrantinnen bleibt aber bestehen. Die detaillierte Analyse einzelner Migrantinnengruppen ergab weiterhin,

1 Schmid, Susanne; Kohls, Martin (2010): Fertility of female immigrants in Germany. In: Salzmann, T.; Edmonston, B.; Raymer, J. (Hg.): Demographic Aspects of Migration. VS Verlag: 179–208.

2 Schmid, Susanne; Kohls, Martin (2009): Sind die FDZ-RV Daten für eine Analyse des generativen Verhaltens von Migrantinnen geeignet? In: DRV-Schriften 55: 121–143.
Schmid, Susanne; Kohls, Martin (2010): Reproductive behaviour of female migrants in Germany. In: Coleman, D.; Ediev, D.: Effects of migration on demographic change and population composition in Europe – Special Issue of the Vienna Yearbook of Population Research. Wien, 39–62.

dass zwischen verschiedenen Migrantinnengruppen erhebliche Differenzen auftreten.

Mittels des Datensatzes RAM konnten zusätzlich Einflussfaktoren auf das generative Verhalten von Migrantinnen untersucht und bestimmt werden. So zeigen Migrantinnen aus der Türkei, die ihre reproduktive Phase im Jahr 2007 weitgehend abgeschlossen haben, die mit Abstand höchste Geburtenhäufigkeit, während Migrantinnen aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawien, Italien und Griechenland deutlich niedrigere Werte aufweisen. Weiterhin ist festzu-



„Weiterhin ist festzustellen, dass ein deutscher Partner die Geburtenhäufigkeit reduziert, weil dadurch vermehrte Kontakte zu Deutschen bestehen und daher eher eine Angleichung an die generativen Normen und Werte des Aufnahmelandes erfolgt.“

stellen, dass ein deutscher Partner die Geburtenhäufigkeit reduziert, weil dadurch vermehrte Kontakte zu Deutschen bestehen und daher eher eine Angleichung an die generativen Normen und Werte des Aufnahmelandes erfolgt.

Der zumindest bei Frauen in den alten Bundesländern festgestellte Zusammenhang zwischen höherem Bildungsstand und niedrigerer Fertilität konnte auch bei Migrantinnengruppen in Deutschland bestätigt werden. Der Stand der sprachlichen und identifikatorischen Integration gibt Aufschluss über den Grad der Übernahme von Normen und Werten des Aufnahmelandes, die zur Verringerung der Geburtenhäufigkeit führen. Hierbei ist davon auszugehen, dass mit zunehmender Aufenthaltszeit im Zielland der Migration sozialisierte Aspekte des Herkunftslandes an Relevanz verlieren und angenommene Aspekte des Ziellandes an Bedeutung zunehmen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass zwischen dem generativen Verhalten von Migrantinnen und Nichtmigrantinnen auch heute noch beträchtliche Unterschiede existieren. Allerdings deuten die Analysen daraufhin, dass das generative Verhalten von Migrantinnen in Deutschland sehr stark von Anpassungsprozessen an die Normen und Werte des „Niedrig-Fertilität-Landes“ Deutschland geprägt ist. Somit ist zu erwarten, dass auch Migrantinnen, die ursprünglich mit einer „hohen“ gewünschten Zahl von Kindern nach Deutschland zuwanderten, mit zunehmender Aufenthaltsdauer die Realisierung dieser Kinderwünsche nicht im gleichen Umfang wie im Herkunftsland umsetzen. Die tatsächlich realisierte Kinderzahl in Deutschland ist allerdings zumeist noch höher als bei den deutschen Frauen.

Fertilität und Familienplanung bei Migrantinnen – Analysepotenziale mit dem neuen deutschen Beziehungs- und Familienpanel (pairfam)

Dr. Petra Buhr, Universität Bremen,
Institut für empirische und angewandte Soziologie (EMPAS)

Pairfam (Panel Analysis of Intimate Relationships and Family Dynamics) ist eine repräsentative, interdisziplinäre Längsschnittstudie zur Erforschung partnerschaftlicher und familialer Lebensformen in der Bundesrepublik Deutschland.

Ziele und Design von pairfam

Die Studie pairfam wird von den Universitäten Bremen, Chemnitz (zzt. Koordination und Nutzerservice), Mannheim und München durchgeführt. Inhaltliche Schwerpunkte von pairfam sind Gründung, Etablierung und Gestaltung von Paarbeziehungen, Elternschaftsentscheidungen, intergenerationale Beziehungen, Erziehungsverhalten/ kindliche Entwicklung und soziale Einbettung. Die erste Befragung fand 2008/2009 statt. Befragt wurden 12.400 Personen in drei Geburtskohorten (1991–1993, 1981–1983, 1971–1973; **Kohortendesign**). Befragt werden auch die Partner der Befragten sowie ab Welle 2 die Eltern und ein Kind im Alter von 8 bis 16 Jahren (**Multi-Actor-Design**). Geplant sind 14 Befragungswellen im jährlichen Abstand. Die im Rahmen des pairfam-Projekts erhobenen Daten stehen der wissenschaftlichen Öffentlichkeit kostenlos für Auswertungen zur Verfügung (siehe www.pairfam.de).

Erfassung des Migrationshintergrunds

Grundgesamtheit von pairfam sind in Privathaushalten lebende deutschsprachige Personen. Personen mit Migrationshintergrund sind damit grundsätzlich eingeschlossen. Neben der Staatsbürgerschaft wurde das Geburtsland der Befragten und ihrer Eltern erhoben. Fast ein Drittel der Befragten hat einen Migrationshintergrund: Knapp 6% stammen aus einer Aussiedlerfamilie, bei etwa 6% ist ein Elternteil nicht in Deutschland geboren und bei etwa 15% sind beide Eltern im Ausland geboren (darunter knapp 5% in der Türkei). Die Befragten mit Migrationshintergrund verteilen sich etwa zur Hälfte auf die erste und zweite Generation.

Instrumente im Bereich Fertilität

Jährlich erhoben werden die **intermediären Variablen der Fertilität** (Geschlechtsverkehr, Empfängnisverhütung, Schwangerschaft, Geplantheit der Schwangerschaft, Fruchtbarkeit/Zeugungsfähigkeit, Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt). Beim **Kinderwunsch** wird nach der **idealen gewünschten** und der **realistisch erwarteten Kinderzahl** gefragt. Weiterhin wird die **Fertilitätsintention** in den nächsten zwei Jahren erhoben. Ergänzt wird die Erhebung durch zwei Fragen nach relevanten Altersgrenzen (erwartetes und spätestes Alter für das erste/nächste Kind). Der Entscheidungs- und Abwägungsprozess für oder gegen Kinder wird durch die **Values of Children**, die Wichtigkeit von **persönlichen Voraussetzungen** für Elternschaft, die **Einschränkungsbereitschaft**, die **antizipierten Auswirkungen** von Elternschaft



„**Personen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich in Hinblick auf die Lebensform, die Kinderzahl und den Kinderwunsch. Bei Frauen mit Migrationshintergrund erfolgen die Institutionalisierung der Partnerschaft und die Familiengründung in der Regel früher als bei Frauen ohne Migrationshintergrund.**“

auf andere Lebensbereiche und den **Entscheidungsmodus** erhoben. Der Paarkontext wird durch die Frage nach dem **Grad der Übereinstimmung** mit der Partnerin oder dem Partner in Hinblick auf die Zahl und den Zeitpunkt der Kinder berücksichtigt. Im zweijährigen Abstand werden die Zielpersonen global nach der Meinung von Freunden und Eltern in Bezug auf eine (weitere) Elternschaft und nach der erwarteten emotionalen, zeitlichen und materiellen Unterstützung im Falle einer (weiteren) Schwangerschaft gefragt. Ein weiterer Fragekomplex befasst sich mit dem Einfluss **gesellschaftlicher Rahmenbedingungen** auf Elternschaftsentscheidungen.

Ausgewählte deskriptive Ergebnisse

Personen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich in Hinblick auf die Lebensform, die Kinderzahl und den Kinderwunsch. Bei Frauen mit Migrationshintergrund erfolgen die Institutionalisierung der Partnerschaft und die Familiengründung in der Regel früher als bei Frauen ohne Migrationshintergrund. Im Alter von 25 bis 27 Jahren sind bereits über 70% der Befragten mit türkischer und etwa 50% derjenigen mit anderer ausländischer Herkunft verheiratet. Bei denen ohne Migrationshintergrund sind es nur etwa 20%. Während 30% der Frauen ohne Migrationshintergrund im Alter von 35 bis 37 Jahren noch kinderlos sind, trifft dies nur auf etwa 14% der türkisch-stämmigen Frauen und knapp 20% der Frauen sonstiger ausländischer Herkunft zu. Etwa die Hälfte der deutschstämmigen kinderlosen Frauen im Alter von 35 bis 37 Jahren erwartet, auf Dauer kinderlos zu bleiben. Bei den Frauen mit Migrationshintergrund ist der Anteil zum Teil deutlich niedriger. Es zeigt sich aber auch, dass Frauen in der zweiten Generation sich in ihrem Verhalten den Frauen ohne Migrationshintergrund angleichen.

Migration oder Mobilität? Familie und Berufsmobilität im modernen Europa

Heiko Rüger,
Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung

Der Beitrag stellt das Forschungsprojekt „Job Mobilities and Family Lives in Europe“ vor. Im Rahmen dieser europäisch-vergleichenden Studie wurden im Sommer 2007 5.552 zufällig ausgewählte Personen aus sechs europäischen Ländern (Frankreich, Deutschland, Spanien, Polen, Belgien und Schweiz) im Alter zwischen 25 und 54 Jahren mittels standardisiertem Instrument zu ihren Mobilitätserfahrungen und weiteren Themen befragt. Zusätzlich wurden 1.668 mobile Personen befragt, um die empirische Basis zu erweitern (Oversampling). Insgesamt wurden 7.220 Interviews geführt, darunter 2.432 mit mobilen Personen. Drei Forschungsschwerpunkte standen im Fokus:

- Die Verbreitung und Vielfalt berufsbedingter räumlicher Mobilität in Europa
- Die Gründe und Umstände der Entstehung beruflicher Mobilität
- Die Konsequenzen beruflicher Mobilität für Familienleben, Karriere, subjektives Wohlbefinden und soziale Beziehungen¹

Die Ergebnisse verweisen auf eine hohe quantitative Relevanz beruflich bedingter räumlicher Mobilität in Deutschland und Europa (z.B. Schneider/Meil 2008): Nahezu jeder zweite Erwerbstätige im Alter zwischen 25 und 54 Jahren ist gegenwärtig berufsbedingt mobil oder war es einmal im Verlauf des Erwerbslebens. Zirkuläre Formen von Mobilität (wie bspw. Fernpendeln) sind deutlich weiter verbreitet als residenzielle (wie bspw. Fernzüge innerhalb eines Landes): Rund 70% der gegenwärtig mobilen Personen sind zirkulären, rund 20% residenziellen Formen zuzurechnen, rund 10% sind gleichzeitig in beiden Formen mobil.

Die Frage nach einem möglichen Zusammenhang zwischen Migrationserfahrungen und Berufsmobilität in Deutschland ist bislang wenig erforscht. Im vorliegenden Beitrag wurden Personen mit Migrationshintergrund wie folgt definiert: (1) Das eigene Geburtsland war nicht die BRD oder die ehemalige DDR bzw. (2) das eigene Geburtsland war die BRD oder die DDR, jedoch mindestens ein Elternteil wurde weder in der BRD noch in der DDR geboren. Die in Deutschland Geborenen, von denen mindestens ein Elternteil als Ausländer in der BRD oder der DDR geboren wurde, sowie Kinder der dritten Gene-

ration, deren Großeltern nach Deutschland eingewandert sind, waren mit den vorliegenden Daten nicht identifizierbar.

Die Befunde (Rüger et al. 2011) zeigen, dass die erwerbstätigen Migranten innerhalb Deutschlands mit 24,2% signifikant häufiger mobil für den Beruf sind als deutsche Erwerbstätige mit 17,6%. Besonders erwerbstätige Migrantinnen (21,7%), vor allem jene mit eigener Migrationserfahrung (23,4%), erweisen sich im Vergleich zu deutschen erwerbstätigen Frauen (11,6%) deutlich häufiger als beruflich mobil. Der Unterschied zwischen Migranten und Deutschen ist **nicht**, der zwischen Migrantinnen und deutschen Frauen hingegen **zu einem großen Teil** mit einer differenziellen Zusammensetzung nach soziodemografischen und beruflichen Merkmalen zu erklären.

Während Berufsmobilität ein wichtiges Merkmal des Arbeitsmarktes geworden ist, verweist eine wachsende Zahl an Studien auf ihre un-intendierten Folgen: Sie ist äußerst zeitaufwendig (z.B. Rüger/Ruppenthal 2010), assoziiert mit nachteiligen Effekten für Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden (z.B. Limmer/Rüger 2010), und häufiges Umziehen geht mit einem erhöhten Trennungsrisiko für Partnerschaften einher (Boyle et al. 2008). Daneben wird für verwandte Phänomene wie beispielsweise flexible oder unsichere Beschäftigungsverhältnisse vermutet, dass sie zu einer niedrigeren Fertilität führen (z.B. Adsera 2004).

Für die vorliegenden Analysen wurde zwischen gegenwärtigen und früheren Mobilitätserfahrungen sowie zwischen zirkulären und residenziellen Mobilitätsformen unterschieden. Die Familienentwicklung wurde anhand der Indikatoren Kinderlosigkeit, Anzahl der Kinder und Alter bei Erst-

geburt untersucht. Berechnet wurden multivariate Regressionsmodelle. Referenzgruppe waren Personen ohne Mobilitätserfahrungen. Die Analysen fokussierten auf Personen im Alter zwischen 37 und 45 Jahren.



**„Bei Männern sind
Mobilitätserfahrungen
im Erwerbsverlauf
weitgehend unab-
hängig von der
Familienentwicklung.“**

Die Ergebnisse zeigen, dass – unabhängig von anderen Merkmalen – das „Risiko“ (gegenwärtiger) Kinderlosigkeit bei Frauen mit gegenwärtigen und vergangenen Mobilitätserfahrungen im Verlauf der bisherigen Erwerbsbiografie ansteigt. Es wird auch deutlich, dass (gegenwärtige) Kinderlosigkeit bei Frauen vermehrt mit Mobilität einhergeht. Bei Männern sind Mobilitätserfahrungen im Erwerbsverlauf hingegen weitgehend unabhängig von der Familienentwicklung. Zusammenfassend lässt sich festhalten:

- Berufsbedingte räumliche Mobilität ist in Deutschland und anderen europäischen Ländern weit verbreitet – die alleinige Konzentration auf grenzüberschreitende Migration greift daher zu kurz.
- Es besteht ein Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und Berufsmobilität innerhalb Deutschlands: Migranten scheinen häufiger berufsmobil zu sein als Deutsche – insbesondere Migrantinnen mit eigener Migrationserfahrung.

¹ Zur Operationalisierung der verschiedenen Formen berufsbedingter räumlicher Mobilität vgl. bspw. Limmer/Schneider (2008).

- Berufsmobilität scheint bei Frauen negative Effekte auf die Familienentwicklung zu haben – nicht jedoch bei Männern.
- Merkmale der Berufsmobilität dürften ein wichtiger Faktor bei der Untersuchung der Familienentwicklung sein – es wäre zu klären, ob dies auch für Migrantinnen und Migranten zutrifft.

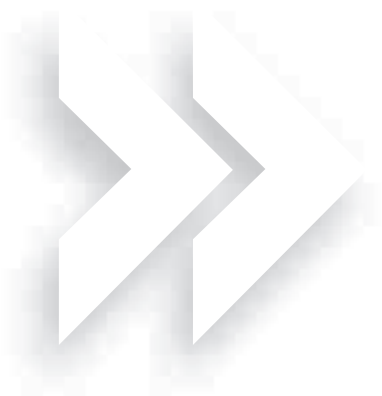
Insgesamt werden vielfältige Verschränkungen zwischen Prozessen der Migration, der (Berufs-)Mobilität und der Familienentwicklung deutlich – teilweise mit klaren geschlechtsspezifischen Unterschieden.

Literatur:

- Adsera, A. (2004): Changing fertility rates in developed countries. The impact of labor market conditions. *Journal of Population Economics* 17, 17–43
- Boyle et al. (2008): Moving and union dissolution. *Demography* 45, 1, 209–222
- Limmer, R.; Rüger, H. (2010): Job Mobilities and Quality of Life. In: Schneider, N. F.; Collet, B. (eds.): *Mobile Living Across Europe II. Causes and Consequences of Job-Related Spatial Mobility in Cross-National Comparison*, Opladen/Farmington Hills: Barbara Budrich Publishers 263–289
- Limmer, R.; Schneider, N.F. (2008): Studying Job-Related Spatial Mobility in Europe. In: Schneider, N. F.; Collet, B. (eds.): *Mobile Living Across Europe II. Causes and Consequences of Job-Related Spatial Mobility in Cross-National Comparison*, Opladen/Farmington Hills: Barbara Budrich Publishers 13–47
- Rüger, H.; Ruppenthal, S. (2010): Advantages and Disadvantages of Job Mobility. In: Schneider, N. F.; Collet, B. (eds.): *Mobile Living Across Europe II. Causes and Consequences of Job-Related Spatial Mobility in Cross-National Comparison*, Opladen/Farmington Hills: Barbara Budrich Publishers 69–95
- Rüger, H.; Tarnowski, A.; Erdmann, J. (2011): Migration und Berufsmobilität. Sind Migranten mobiler für den Beruf als Deutsche? *Hamburg Review of Social Sciences* 5, 3, 26–51
- Schneider, N. F.; Meil, G. (eds.) (2008): *Mobile Living Across Europe I. Relevance and Diversity of Job-Related Spatial Mobility in Six European Countries*, Opladen/Farmington Hills: Barbara Budrich Publishers

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die vorgestellten Auswertungen nutzen und geben als „Verzatzstücke“ unterschiedlicher Kategorisierungen Antworten auf unterschiedliche Fragen. Eine erste Schlussfolgerung ist daher, dass das Phänomen der „Familienplanung und Migration“ so heterogen ist, dass ein Zusammenspielen unterschiedlicher Erkenntniszugänge notwendig und eine Brücke zur Beratungspraxis sinnvoll ist. Eine zweite Schlussfolgerung wurde anhand der Mobilitätsforschung formuliert: Der Zusammenhang zwischen Mobilität und generativem Verhalten ist für Männer anders vermittelt als für Frauen. Auch sonst wurde wiederholt auf geschlechterabhängige Aspekte innerhalb der Gruppe der Migrantinnen hingewiesen. Die Diskussion der Familienplanung von Migranten und Migrantinnen kann hier den Hinweis gewinnen, dass eine geschlechtersensible Perspektive und eine Betrachtung der jeweiligen Geschlechterbeziehungen notwendig sind. Da Migrationsphänomene länderspezifisch reguliert sind, wurde, so eine dritte Schlussfolgerung, eine international vergleichende Perspektive gewünscht. Die vierte Schlussfolgerung betrifft die Aufmerksamkeit für neue Formen der Migration, die nicht mehr dem aktuell noch bedienten Paradigma der einmaligen Übersiedlung von Menschen aus „fremden“ Ländern nach Deutschland entsprechen. Wenn künftig auch Migration flexibler wird, z.B. mit befristeten Aufenthalten oder Pendeln, und Familien „transnational“ zu betrachten sind, rückt die Frage nach der Bedeutung von Mobilität allgemein für die Familienbildung stärker in den Vordergrund anstelle ethnisch-kultureller Differenzen, die derzeit noch stark fokussiert werden.



Workshops

Themen in der Beratung: Körperkonzepte und Vorstellungen von Sexualität

Moderation: Dr. Silja Matthiesen,
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie,
Zentrum für Psychosoziale Medizin,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Der Workshop stellte sich der für die interkulturelle Arbeit mit Migrantinnen und Migranten wesentlichen Herausforderungen, einen verstehenden Zugang zu aus deutscher Sicht „fremden“ Vorstellungen von Körper, Sexualität und Geschlechterbeziehungen zu vermitteln. Ohne eine Betrachtung dieser Themen aus der Sicht von Migrantinnen und ohne eine Erweiterung des eigenen, an spezifische Traditionen und historische Entwicklungen gebundenen Vorverständnisses ist weder eine angemessene Beratung noch eine angemessene Forschung möglich.

Der erste Beitrag zeigt aus islamwissenschaftlicher Sicht die Vorschriften der islamischen Sexualethik als ehemals in sich konsistentes Normensystem. Viele Elemente wurden aber im Zuge der Modernisierungsprozesse relativiert oder modifiziert, so dass heute widersprüchliche Regeln und vielfältige Auslegungen gelten (**Patrick Franke**). Der zweite Beitrag berichtet über Erfahrungen aus der sexualtherapeutischen Praxis und geht auf die Belastungen, Störungen und Probleme von Migrantinnen ein, die in der Sexualpädagogik aufzugreifen bzw. in der Sexualtherapie zu bearbeiten sind. Die rechtliche und soziale Lebenssituation von Migrantinnen in Deutschland mit ihren Folgen für die (Macht-)Beziehungen von Frauen und Männern bildet den Hintergrund, vor dem die Themen der Migrantinnen zu verstehen sind (**Meral Renz**). Der dritte Beitrag rekonstruiert die subjektive Bedeutung von Empfängnisverhütung aus Material der qualitativen Sozialforschung für türkische und osteuropäische Frauen. Die Konzepte von Verhütung sind verbunden mit spezifischen Vorstellungen von Lebensplanung, Geschlechterbeziehungen sowie Körperkonzepten und in diesen Zusammenhang gestellt haben auch „Verhütungsmythen“ ihren Sinn (**Cornelia Helfferich**).

Sexualethische Konzepte des Islam und ihr Wandel in der Gegenwart

Prof. Dr. Patrick Franke, Universität Bamberg

Der Islam hat, bedingt durch unterschiedliche geografische, historische und soziale Kontexte, eine Vielzahl unterschiedlicher Ausprägungen angenommen. Doch es gibt ein System von sexualethischen Normen, über die zum großen Teil auch heute noch Einigkeit besteht.

Die traditionelle islamische Sexualethik

Die Normen der islamischen Sexualethik lassen sich anhand von acht Punkten beschreiben:

- Von grundlegender Bedeutung für den Alltag der Muslime sind die Reinheitsvorschriften (**tahara**) der islamischen Rituallehre, die das Verhältnis zwischen Sexualität und Religion regulieren. Hierzu gehört, dass Frauen und Männer nach bestimmten sexuellen Handlungen als unrein (**dschunub**) gelten und erst nach einer rituellen Waschung (**ghusl**) wieder beten oder religiöse Pflichten erfüllen dürfen.
- Sehr wichtig für die klassische islamische Sexualethik ist auch die binäre Unterscheidung zwischen **nikâh** („erlaubter Geschlechtsverkehr“) und **zinâ** („unerlaubter Geschlechtsverkehr“). Erlaubt ist der Geschlechtsverkehr nur im Rahmen der Ehe oder des Konkubinats des Mannes mit der eigenen Sklavin. Als **nikâh** ist der Geschlechtsverkehr nicht nur nicht Sünde, sondern sogar ein frommes Werk. **Zinâ** dagegen gilt als eine der großen Sünden (**kabâ'ir**), die in ihrer Schwere nur noch von Unglauben (**kufr**) und Mord (**qatl**) übertroffen wird.
- Wie in anderen Religionen, gibt es auch im Islam Inzest- und Eheverbote. Eine Besonderheit des Islam ist die Ausweitung des Inzestkonzeptes von der Blut- auf die Milchverwandtschaft.
- Von großer Bedeutung für den Bereich der Sexualität ist ebenfalls das sogenannte Gebot zur Verhüllung der **'awra** („Schambereich“). Beim Mann gilt als **awra** der Bereich zwischen Bauchnabel und Knien, der immer bedeckt gehalten werden sollte. Der Umfang der **awra** der Frau ist von der Situation abhängig, in der sie sich befindet. Wenn sie von Männern gesehen werden kann, die nicht in einem die Heirat ausschließenden Verwandtschaftsverhältnis zu ihr stehen, muss sie mit Ausnahme von Gesicht, Händen und Füßen auch alle anderen Teile ihres Körpers bedecken. Mit dem Gebot zur „Verhüllung der Scham“ eng verbunden ist im traditionellen Islam die Geschlechtertrennung (**hidschâb**, eigentlich „Vorhang“), die in vielen muslimischen Gesellschaften bis heute das soziale Leben prägt.



„Kennzeichnend für die traditionelle islamische Sexualethik ist auch die asymmetrische Konzeption der Ehe, die dem Mann eine privilegierte Stellung einräumt. Innerhalb der Ehe besteht ein synallagmatisches Verhältnis zwischen Geldleistung des Mannes und sexueller Verfügbarkeit der Frau.“

- Kennzeichnend für die traditionelle islamische Sexualethik ist auch die asymmetrische Konzeption der Ehe, die dem Mann eine privilegierte Stellung einräumt. Innerhalb der Ehe besteht ein synallagmatisches Verhältnis zwischen Geldleistung des Mannes und sexueller Verfügbarkeit der Frau. Abgesehen von bestimmten Zeiten, während derer Geschlechtsverkehr verboten ist (Menstruation, Wochenbett, Tage des Ramadan-Monates), hat der Mann theoretisch unbegrenzten Zugriff auf die Sexualität seiner Ehefrauen. Allerdings werden üblicherweise auch den Ehefrauen einige sexuelle und reproduktive Rechte zugestanden. Vom Rechtsprinzip her ist die islamische **nikâh**-Ehe kein Le-

bensbund, sondern ein Dauervertrag, der dem Grundsatz nach ähnlich wie ein Lohnverhältnis funktioniert. Der Mann kann diesen Vertrag durch dreimalige Verstoßung (**talâq**) der Frau relativ leicht wieder auflösen. Die Frau hat nach dem klassischen islamischen Recht grundsätzlich kein Scheidungsrecht, kann sich aber unter bestimmten Umständen von ihrem Mann freikaufen, indem sie teilweise oder ganz auf das ihr zustehende Brautgeld (**mahr**) verzichtet.

- Da **nikâh** einen religiösen Wert an sich darstellt und seine Rechtfertigung nicht erst durch die Fortpflanzungsabsicht erhält, hat der traditionelle Islam ein relativ entspanntes Verhältnis zur Empfängnisverhütung. Tolerant urteilen die meisten muslimischen Gelehrten auch hinsichtlich der Abtreibung, allerdings nur bis zum vierten Monat, weil zu dieser Zeit nach islamischer Vorstellung dem Kind die Seele eingehaucht wird. Nach diesem Zeitpunkt galt und gilt bis heute Abtreibung einhellig als verboten.
- Sowohl im Koran (vgl. Q 24:32) als auch in verschiedenen Berichten, die auf den Propheten zurückzuführen sind, werden die Muslime aufgefordert, Männer und Frauen, die unter ihrer Obhut stehen, so früh wie möglich zu verheiraten. Daher waren in den vormodernen islamischen Gesellschaften Kinderehen sehr verbreitet. Freiwillige Ehelosigkeit wird dagegen im Islam allgemein verpönt.
- Auch wenn es in den islamischen Ländern eine lange Tradition der gleichgeschlechtlichen Liebe gibt, so galten doch gleichgeschlechtliche sexuelle Handlungen immer als Sünde.

Veränderungen seit dem frühen 20. Jahrhundert

Das klassisch-islamische sexualethische System hat bereits im 19. und frühen 20. Jahrhundert durch den Kontakt mit westlichen Werte- und Rechtsvorstellungen einige bedeutsame Veränderungen erfahren. So ist in vielen islamischen Ländern in der Kolonialzeit die Kinderehe verboten worden. Und durch die weitgehende Abschaffung der Sklaverei ist die für das sexuelle Leben des Mannes bis dahin wichtige Institution des Konkubinats weggefallen. In einzelnen Ländern wie der Türkei (1926) und Tunesien (1956) wurde auch die Polygamie verboten, in vielen anderen wurde sie durch die Einführung eines Systems von Eheverträgen, bei dem die Frau die Heirat einer Nebenfrau durch den Mann per Vereinbarung abbedingen kann, zumindest zurückgedrängt. Die Zeit bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts brachte in verschiedenen islamischen Ländern noch andere rechtliche Verbesserungen für Frauen (Verbot von Zwangsehe, Gleichstellung der Ehefrau im Scheidungsrecht, Aufhebung der Verschleierungspflicht usw.). Insgesamt haben die umfassenden Modernisierungs- und Sakularisierungsprogramme, die in vielen Ländern der islamischen Welt um die Mitte des 20. Jahrhunderts aufgelegt wurden, dazu geführt, dass dort Komponenten des islamischen sexualethischen Normensystem zum Teil stark in den Hintergrund gedrängt wurden.

Im Zuge des allgemeinen Reislamisierungsprozesses, der in den späten 1960er Jahren einsetzte und mit einem Kampf gegen autoritäre politische Systeme einherging, wurde die islamische Sexualethik allerdings revitalisiert. So sind z. B. seit den 1970er Jahren viele muslimische Frauen freiwillig zum Tragen des Kopftuches zurückgekehrt, um damit ihre Zugehörigkeit zur muslimischen Glaubensgemeinschaft und ihre hohe Moralität zu dokumentieren, aber auch ihren Protest gegen die autoritären Modernisierungsregime zum Ausdruck zu bringen („Verschleierte Revolution“). In einigen Ländern wie Iran, Pakistan, Sudan, Afghanistan, Nigeria, in denen islamische Bewegungen Einfluss auf bzw. Kontrolle über staatliches Handeln erlangten, kam es auch zu einer umfassenden Islamisierung der Sexualpolitik. Die Rückkehr zu den klassischen islamischen Sexualnormen ist allerdings nicht auf die staatliche Ebene beschränkt, sondern hat auch in den muslimischen Gesellschaften viele Befürworter. Seit den 1980er Jahren lässt sich z. B. in einigen islamischen Ländern ein Revival der islamischen Polygamie beobachten.

Im Rahmen des Reislamisierungsprozesses ist auch eine islamische Frauenbewegung entstanden. Ihre Bemühungen im sexualethischen Bereich zielen vor allem darauf ab, für solche Koranverse, aus denen im traditionellen Islam die Erlaubnis zur Anwendung von Gewalt gegenüber Frauen in der Ehe abgeleitet wird (insbesondere Q 4:34), neue frauenfreundlichere Auslegungen durchzusetzen. Einige im westlichen Ausland lebende muslimische Frauen haben in Büchern auch zu einer umfassenden Reform der islamischen Sexualethik aufgerufen.

Sexualitäts- und Partnerschaftskonzepte in der Migration

Meral Renz¹, Praxis für Psychotherapie, Paar- und Sexualtherapie, Sexualpädagogik, Interkulturelle Therapie, Essen

Die interkulturelle Gesellschaft braucht eine interkulturelle Sicht auf Sexualitäts- und Partnerschaftskonzepte. Dabei sind drei Ebenen zu berücksichtigen: die globale Sicht, die Situation in der Bundesrepublik und persönliche Möglichkeiten und Ressourcen.

Globale Sicht

Migration ist eine globale Erscheinung. Menschen emigrieren aus wirtschaftlichen, politischen oder persönlichen Gründen. Migrantinnen und Migranten bringen eine Vielfalt von Wertvorstellungen in die Gesellschaft ein, die teilweise denen des Aufnahmelandes widersprechen. In der Arbeit mit Zielgruppen in Prävention und Beratung ist es notwendig, Sexualität und Partnerschaften aus Migrationsicht zu betrachten.



„Der Wunsch, innerhalb einer Ethnie zu heiraten, ist ein Phänomen, das vor allem in der Migration eine große Rolle spielt.“

Die Situation in der Bundesrepublik

Familie bekommt in der Migration einen großen Stellenwert und entwickelt eine vielfältige Familienkultur, die unterschiedlichen Einflüssen (z.B. muttersprachlichen Medien, religiösen Gemeinschaften) unterliegt. Die Lebensbedingungen von Migrantenfamilien sind von Gesetzen bestimmt, die die Zuwanderung, die Arbeitsaufnahme und den Status regeln. Der Wunsch, innerhalb einer Ethnie zu heiraten, ist ein Phänomen, das vor allem in der Migration eine große Rolle spielt. Seit dem Anwerbestopp können Menschen aus Nicht-EU-Ländern nur als Touristen oder durch den Ehegattennachzug in die BRD einreisen. Diese Tatsache führt dazu, dass es mehr Zwangsheirat oder arrangierte Ehen gibt, wenn die Lebensbedingungen im Heimatland durch Kriege oder schlechte wirtschaftliche Lage Menschen zum Auswandern zwingen. Ehepartner, die im Rahmen von Ehegattennachzug nach Deutschland kommen, sind rechtlich und finanziell vom Partner abhängig. Die Heiratmigration schafft zudem ein Machtgefälle zwischen den Ehegatten. Aufgrund der wirtschaftlichen und ge-

¹ Renz, Meral (2007): Sexualpädagogik in interkulturellen Gruppen. Infos, Methoden und Arbeitsblätter. Praxisbuch. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr

sellschaftlichen Bedingungen stehen Familie und Partnerschaft unter großem Druck. Unterschiedliche Sozialisation der Ehegatten im Heimatland und als Migrant oder Migrantin in Deutschland erschweren die Beziehung. Oft können in der BRD aufgewachsene Personen sich zudem nicht in ihrer Muttersprache adäquat ausdrücken und die Heiratsmigranten oder -migrantinnen nicht auf Deutsch. Die Migration beeinflusst und verändert Geschlechtsidentität, Geschlechterrollen sowie die Geschlechter- und Generationenhierarchie. Zum Beispiel gerät ein Mann, der in der Heimat eine gesellschaftlich höhere Stellung besaß, durch die Heiratsmigration in die Abhängigkeit von der Ehefrau und deren Familie. Das Scheitern einer Beziehung kann für angeheiratete Person wegen der Abhängigkeit negative Folgen im rechtlichen und persönlichen Bereich haben.

Persönliche Möglichkeiten und Ressourcen

Sozioökonomische Bedingungen sowie kulturell-religiöse Prägungen der Herkunft einerseits und die Lebensbedingungen im Aufnahme-land andererseits beeinflussen unter anderem Sexualerziehung, Partnerwahl und Familienplanung. Persönliche Ressourcen bestimmen, wie sich Menschen unter Migrationsbedingungen entwickeln und ihr Leben gestalten. Die Migration bedeutet die Trennung von der Familie und vom sozialen Umfeld und führt zu Ausgrenzungs- oder Diskriminierungserfahrungen, Identitätsproblemen und Verunsicherung durch veränderte Geschlechterrollen.

Für eine zufrieden stellende Partnerschaft und Sexualität brauchen Paare Ressourcen und Fähigkeiten. Dazu gehören das Vertrauen in die eigene Stärke, Genuss- und Beziehungsfähigkeit sowie selbst bestimmte Sexualität. Je höher Bildungsstand und ökonomische Unabhängigkeit sind, desto mehr beeinflussen sie die selbstbestimmte Partnerwahl, die Familienplanung und die Sexualität. Obwohl aufgrund der Migration ein Teil der Männer sich in einer schwächeren Position wiederfindet, sind meistens die Frauen die gesellschaftlich Schwächeren. Sie haben weniger Freiräume, sich unabhängig von Herkunft und Familie in Partnerschaft und Sexualität zu erproben. Die Stellung der Frau ist entscheidend für das Heiratsalter, die Partnerwahl, für Schwangerschaft, Verhütung und Schwangerschaftsabbruch. Voreheliche Geschlechtsbeziehungen sind in der Regel nicht erwünscht. Die Ehe wird im jungen Alter eingegangen. Die sexuelle Unerfahrenheit kann zu Problemen wie Vaginismus und zu Orgasmusproblemen führen.

Resümee für die Praxis

In der Beratungspraxis ist es erforderlich, die Migrationsgeschichte und die rechtliche und soziale Lebenssituation der Migrantinnen und Migranten zu kennen und sich mit Machtasymmetrien auseinanderzusetzen. Die Beratung sollte ressourcenorientiert sein. Zum Beispiel wird im Islam Sexualität als positiver Bestandteil des Lebens gesehen. Empfängnisverhütung ist erlaubt und Schwangerschaftsabbruch möglich. Durch eine Stärkung der Frauen verbessert sich die Situation der Familien.

Subjektive Konzepte von Körper und Verhütung im türkischen und osteuropäischen Kontext

Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Sozialwissenschaftliches Frauenforschungsinstitut, Evangelische Hochschule Freiburg

Frauen sprechen, wenn sie über Verhütung sprechen, immer auch über „Anderes“: über ihren Körper, über Männer, über ihr Leben und ihre Wünsche. In der Studie „frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf“¹ konnten osteuropäische und türkische Migrantinnen in 41 qualitativ-biografischen Interviews über ihre Erfahrungen mit Verhütungsmethoden sprechen. In der Auswertung wurden diese Aussagen zu Verhütung als Manifestationen eines übergreifenden, vielfältigen Diskurses aufgefasst, der dieses „Anderere“ mit umfasst.



„Türkische ebenso wie osteuropäische Frauen der ersten Generation begannen häufig erst nach dem ersten Kind zu verhüten.“

Die Gegenüberstellung eines türkischen und eines osteuropäischen Diskurses über Verhütung soll dabei Unterschiede vor dem Hintergrund der jeweiligen Kontexte für Verhütung aufzeigen: Bei den befragten türkischen Frauen spielt sich der größte Teil des Verhütungsgeschehens innerhalb einer Ehebeziehung ab, die auf Dauer angelegt ist. Für osteuropäische Frauen spielt Verhütung auch bei sexuellen Kontakten ohne Trauschein eine Rolle und sie rechnen eher damit, dass eine Ehe gelöst wird und sie dann das Kind oder die Kinder allein erziehen müssen.

Auf der Ebene der genutzten Verhütung zeigen sich zunächst wenig Unterschiede: Die Pille ist das verbreitetste Verhütungsmittel; die Spirale gewinnt an Bedeutung, wenn die Familienplanung abgeschlossen ist. Türkische ebenso wie osteuropäische Frauen der **ersten Generation** begannen häufig erst nach dem ersten Kind zu verhüten. Allerdings sind die Gründe dafür unterschiedlich: Bei türkischen Frauen machten der hohe Wert von Jungfräulichkeit vor der Ehe, ein junges Heiratsalter und ein baldiger Kinderwunsch eine frühere Verhütung nicht erforderlich. Bei den osteuropäischen Frauen der **ersten Generation** spielte dagegen für die fehlende Verhütung vor dem ersten Kind die mangelnde Erhältlichkeit von Verhütungsmitteln in den ex-sozialistischen Herkunftsländern eine große Rolle. Die Veränderungen in

¹ Eine ausführliche Fassung mit Literaturangaben: Helfferich, Cornelia/Klindworth, Heike/Kruse, Jan (2011): frauen leben. Familienplanung und Migration im Lebenslauf. Vertiefungsbericht. Köln: BZgA, Kapitel 7.4

der zweiten Generation – vor allem die nunmehr biografisch früher einsetzende Verhütung – ist Teil der Entkoppelung von Heirat und erstem Kind (Geburtenaufschub) bzw. teilweise auch der Entkopplung von Sexualität und Ehe, die in Deutschland längst vollzogen wurde und die nun die beiden Migrationsgruppen in unterschiedlicher Stärke beeinflusst.

Ähnlichkeiten und Unterschiede finden sich auch in der Rede über das Verhüten:

- **Sicherheit:** Je selbstverständlicher Kinder sind und je flexibler der Rahmen der Ehe nach dem Motto „Kinder sollen kommen“ gesehen wird, desto weniger ist Planungssicherheit durch Verhütung im türkischen Diskurs prioritär. Sicherheit ist dagegen für osteuropäische Frauen spätestens nach dem ersten Kind durchgehend zentral.
- **Der Körper:** Einen großen Raum nimmt in dem türkischen Diskurs der negative Einfluss von Hormonen ein, die die Stimmung beeinflussen, die Fruchtbarkeit beeinträchtigen und „Dinge mit meinem Körper passieren“ lassen. Mit einem eher psychosomatisch-ganzheitlichen Körperbezug erscheinen Pille und Spirale als Störungen. Auch in dem osteuropäischen Diskurs kommen Nebenwirkungen und Risiken vor, Hormone gelten als „Gift“, „Gefahr“ und „Belastung“ für den Körper. Dem werden aber eine gute Verträglichkeit, eine hohe Zufriedenheit und sogar positive Auswirkungen auf den Körper gegenübergestellt. Die „Schäden“ werden abgewogen gegen Schäden z.B. durch einen Schwangerschaftsabbruch. Der Körper und die Fruchtbarkeit werden eher als funktional zu Kontrollierende angesprochen.
- **Die Geschlechterbeziehungen:** In dem türkischen Diskurs, der Sexualität an die Ehe bindet, ist Verhütung Gestaltung der Familie zusammen mit dem Mann („Wir“-Perspektive) – auch wenn dieser der Frau die Verhütung „überlässt“. In dem osteuropäischen Diskurs ist die reproduktive Autonomie der Frau als Möglichkeit, ihr Leben mit oder ohne Kinder und mit oder ohne einen Mann autonom zu gestalten, ein hoher Wert („Ich“-Perspektive).

Beide Diskurse verändern sich. Sie enthalten als Ganzes widersprüchliche Elemente und es gibt viele Überschneidungen – so kann z.B. auch in bestimmten familiären Situationen Sicherheit in dem türkischen Diskurs ein hohes Gewicht bekommen. Dennoch ist es wichtig, dieses unterschiedliche „Andere“, also Konzepte des Körpers, der Geschlechterbeziehungen und der Lebensplanung, in den Blick zu nehmen, die den Diskurs über Verhütung bestimmen. Weiter – und mit der Studie „frauen leben“ nicht zu leisten – sollte noch Sexualität als wesentliches viertes „Andere“ in die Analyse einbezogen werden.

Diskussion und Schlussfolgerungen

In der Diskussion wurden die Gültigkeit der traditionellen islamischen Sexualethik für junge Frauen heute und die prinzipielle Kompatibilität westlich-christlicher und islamischer Sexualitätskonzepte, die aus unterschiedlichen historischen Entwicklungen entstanden sind, hinterfragt. Insgesamt wurde die Bedeutung unterstrichen, die dem Einnehmen der Perspektive der Migrantinnen zukommt. Angesichts der vielschichtigen Prozesse der Relativierung und Revitalisierung traditioneller islamischer Sexualethik wurden Differenzierungen angemahnt und es wurde der Schluss gezogen, dass die Vielfalt und die Widersprüchlichkeit von Normensystemen und Lebensweisen bezogen auf Sexualität und Verhütung heute zu berücksichtigen sind. Der Workshop selbst hat zudem gezeigt, wie produktiv eine berufsgruppenübergreifende Diskussion ist, die weiterentwickelt werden sollte.

Themen in der Beratung: Schwangerschaftserleben und -konflikte

**Moderation: Sybill Schulz,
Familienplanungszentrum – BALANCE, Berlin**

Schwangere und Gebärende bedürfen einer optimalen Begleitung und Betreuung, um gesundheitliche Risiken für Mutter und Kind abzufangen. Die Versorgung ist dabei an der Schnittstelle von psychosozialer Schwangerenberatung, Begleitung durch Hebammen und ärztlicher Betreuung angesiedelt.

Der Workshop bietet einen Rahmen für die Analyse, ob auch Migrantinnen eine solche bestmögliche Beratung erhalten bzw., wenn diese Frage verneint werden muss, was benötigt wird, um die Versorgung von Migrantinnen zu verbessern. Die Zusammensetzung der Teilnehmerschaft und der Referierenden macht es dabei möglich, die Perspektiven von Beratenden, Hebammen und Geburtshelfern, Ärzten und Ärztinnen und Forschenden zusammenzubringen. Der erste Beitrag zeichnet die Sichtweise der Migrantinnen selbst nach und arbeitet ihre Ressourcen – unter anderem ihre sozialen Netze – heraus, mit denen sie sich aktiv in dem Gesundheitswesen orientieren sowie aktiv handeln und entscheiden. Transkulturelle Kompetenz wird für die beratenden pflegenden und medizinischen Berufe in der Geburtshilfe als Voraussetzung für eine angemessene Versorgung angesehen (Magdalena Stülb und Yvonne Adam). Der zweite Beitrag stellt die Ergebnisse eines Modellprojektes vor, bei dem im klinischen Kontext Ursachen der Unterversorgung schwangerer Migrantinnen untersucht und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung implementiert wurden (Neslisah Terzioglu).

Work shops



Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft von Migrantinnen in Deutschland aus medizinethnologischer Sicht – zur Notwendigkeit transkultureller Kompetenz

Dr. phil. Magdalena Stülb und Yvonne Adam, AMIKO – Institut für Migration, Kultur und Gesundheit, Freiburg

Wie die Forschung zu Migration und Gesundheit allgemein, so sind auch Untersuchungen zu Schwangerschaft und Geburt von Migrantinnen bislang überwiegend von defizitorientierten Ansätzen geprägt. Dadurch werden Migrantinnen in erster Linie als eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe eingeschätzt. In unserer Dissertationsforschung wählten wir daher einen ressourcenorientierten Ansatz und gingen der Frage nach, wie Migrantinnen selbst ihre Situation wahrnehmen, wie sie es schaffen, sich in unserem Gesundheitssystem zu orientieren und sich für eigene Bedürfnisse und Interessen einzusetzen.

Das methodologische Repertoire der Ethnologie, das insbesondere auf qualitativen Erhebungsverfahren basiert, ermöglicht es, die Perspektive von Betroffenen aufzugreifen. Über mehr als ein Jahr hinweg begleiteten wir Frauen, die aus verschiedenen Ländern der Welt nach Deutschland gekommen waren. Sie verfügten über unterschiedliche Bildungshintergründe, Sprachkompetenzen, berufliche Voraussetzungen, ökonomische Hintergründe und familiäre Bedingungen.



„Transkulturelle Kompetenz ist somit zu einer sozialen Schlüsselkompetenz geworden.“

Die Ergebnisse der Forschung zeigen, dass sich die befragten Frauen selbst als Akteurinnen verstehen und in ihren sozialen Netzwerken eine wichtige Ressource sehen. Diese Netzwerke sind transnational, indem sie sich über verschiedene Länder erstrecken, und transkulturell, indem sie Menschen mit verschiedensten kulturellen Hintergründen umfassen. Sie dienen sowohl der sozialen, emotionalen und ökonomischen Unterstützung als auch der Vermittlung von schwangerschafts- bzw. mutterschaftsspezifischem Wissen. Damit leisten sie einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung von Migrantinnen in der Phase des Mutterwerdens. Der Rückgriff auf diese Netzwerke ermöglicht den Frauen eine aktive Auseinandersetzung mit den lokalen geburtshilflichen Angeboten und unterstützt sie in ihrer Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit. Trotz vielfältiger Barrieren und durchaus wahrgenommener Defizite nutzen die für diese Studie befragten Migrantinnen ihre individuellen Spielräume, um die „Geburtskultur“ mitzugestalten.

Frauen als transkulturelle Akteurinnen zu begreifen, stellt eine wichtige Grundlage der Schulungen und Trainings dar, die wir in unserem Institut für Migration, Kultur und Gesundheit (AMIKO) speziell für beratende, pflegende und medizinische Berufsgruppen in der Geburtshilfe entwickelt haben. Wir sind der Auffassung, dass alle Fachkräfte über eine transkulturelle Kompetenz verfügen sollten, die sie dazu befähigt, die Klientinnen und Patientinnen nicht nach Nationalität oder Herkunftsland zu klassifizieren, sondern diese in ihren komplexen sozialen und kulturellen Lebenskontexten wahrzunehmen. Transkulturelle Kompetenz ist somit zu einer sozialen Schlüsselkompetenz geworden. Wir haben es uns daher zur Aufgabe gemacht, unter Einbezug der Medizinethnologie und Transkulturalitätsforschung Konzepte zu entwickeln, um die Kompetenz im Umgang mit Fremdheit und Differenz zu fördern.

Ausgangspunkt ist dabei, das Alltagsverständnis von Kultur bewusst zu machen und es kritisch zu hinterfragen. Es wird deutlich, dass sich ein umgangssprachlicher Kulturbegriff auf Lebensweisen von Gruppen, auf Normen, Werte und Traditionen bezieht, die als unterschiedlich zu den eigenen wahrgenommen werden. Dies macht eine



„Denn es treffen im Gesundheitswesen keine idealtypisch gedachten Kulturen aufeinander, sondern Menschen mit unterschiedlichsten Erfahrungen.“

Reflexion der eigenen kulturellen Prägungen unabdingbar und schärft die Wahrnehmung für kulturelle Einflüsse – in Hebammenschulungen auf das Erleben von Schwangerschaft und Geburt. An vielen Beispielen aus verschiedenen Ländern demonstrieren wir dann die Vielfalt des Mutterwerdens. Die Beschäftigung mit Kulturem wird dabei zu einem „Drahtseilakt“: Wir sprechen über „fremde Kulturen“, geben Beispiele aus der ethnologischen Forschung und müssen gleichzeitig zu bedenken geben, dass dies essentialisierte Konzepte sind und nicht individuell gelebte Wirklichkeit. Diese wird durch den Einbezug migrationsspezifischer Themen

deutlich: Indem wir uns mit transkulturellen Netzwerken und Migrationsbiografien beschäftigen, mit sozialen, politischen und ökonomischen Herausforderungen der Zuwanderung, erfährt der Aspekt der kulturellen Bedingtheit von Verhaltensweisen und Lebensformen eine Relativierung. Denn jede Frau verfügt über ganz individuelle Ideale und Wünsche bezüglich ihrer Schwangerschaft und Geburt, die sich aus lokalem, aber auch translokalem Wissen und Vorstellungen zusammensetzen können. Somit greift eine Zuordnung der Klientinnen und Patientinnen nach z.B. türkischer oder osteuropäischer Nationalität zu kurz.

Transkulturelle Kompetenz geht unseres Erachtens weit darüber hinaus, Menschen einem regionalen Kulturkreis zuzuordnen und daraus bestimmte Standards für die Schwangerschaftsberatung oder die geburtshilfliche Betreuung abzuleiten. Denn es treffen im Gesundheitswesen keine idealtypisch gedachten Kulturen aufeinander, sondern Menschen mit unterschiedlichsten Erfahrungen. Sowohl die Fachkräfte als auch die zu betreuenden Frauen orientieren sich an globalem Wissen, an lokalen Bedingungen und auch an kulturspezifischen Vorstellungen: Die Interaktion von Individuen muss ins Blickfeld gerückt werden. Transkulturell kompetentes Handeln bedeutet für uns, einen empathischen Zugang zu unserem Gegenüber zu finden, dafür zunächst die eigene, vielleicht unbewusste Haltung und daraus abgeleitete Handlungen in einen kulturellen und lebensweltlichen Kontext einzuordnen. Die Wahrnehmung eigener Bedingungen ermöglicht es dann auch, die Perspektive des Gegenübers besser zu verstehen. Aber ebenso benötigen wir theoretisches Hintergrundwissen, z.B. zu Migrationszusammenhängen, kultureller Vielfalt oder konkret zu transkulturellen Netzwerken, um eine gute Lösung anstehender Probleme zu finden und alle Beteiligten als Akteurinnen und Akteure zu respektieren.

Schwangerschaftsverläufe und Geburten

Dr. med. Neslisah Terzioglu,
Frauenärztinnen Gemeinschaftspraxis Ksciuk/Terzioglu,
Nürnberg

Deutschland ist de facto ein Einwanderungsland. Heute leben hier über 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Fast die Hälfte davon sind Frauen. Migration stellt für die Betroffenen nicht nur an sich psychosozialen Stress dar, sie ist auch ein Risikofaktor für die Schwangerschaft.



„Migration stellt für die Betroffenen nicht nur an sich psychosozialen Stress dar, sie ist auch ein Risikofaktor für die Schwangerschaft.“

Es ist bekannt, dass Erkrankungen mit psychosomatischem Hintergrund, Anämien und vaginale Infektionen sowie Schwangerschaftsrisiken (z. B. Aborte, Totgeburten) bei schwangeren Migrantinnen signifikant häufiger vorkommen und diese Vorsorgeuntersuchungen in geringerem Maße in Anspruch nehmen als deutsche Frauen. Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass es sich bei jeder 7. ausländischen Ehe um eine Verwandtenehe handelt.

Seit 1998 werden im Rahmen eines Modellprojektes am Städtischen Klinikum Nürnberg die Ursachen der Unterversorgung schwangerer Migrantinnen untersucht und Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Gesundheitsversorgung implementiert.¹

Bei der statistischen Auswertung von ca. 11.000 Schwangerschaftsverläufen und Geburten im Zeitraum von 1998 bis 2002 zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Schwangeren. Bei jeder fünften Migrantin lag der Zeitpunkt der ersten Vorsorge- und Ultraschalluntersuchung jenseits der 12. Schwangerschaftswoche und somit deutlich später als bei deutschen Frauen. Bei den 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. Abweichend von der Säuglingssterblichkeit in Nürnberg in den Jahren 1980 bis 1995 lag die perinatale Mortalität 1998 im ausländischen Kollektiv höher als im deutschen (14‰ vs. 8‰).

¹ Eine ausführliche Darstellung des Projektes findet sich in: Terzioglu, Neslisah (2006): Migration – ein weiterer Risikofaktor in der Schwangerschaft? In: Forum Sexualaufklärung Nr. 3/2006. Köln: BZgA: 8–11 <http://www.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=487>.

Zur Erfassung soziodemografischer und auf die Sprachkompetenz bezogener Faktoren wurde zwischen 2002 und 2003 am Klinikum Nürnberg eine Befragung von Schwangeren durchgeführt. Die Befragungsergebnisse zeigten, dass ein Viertel der Migrantinnen über ihren stationären Aufenthaltsgrund schlecht informiert oder unwissend war, bei den Einheimischen war dies nur bei 17% der Fall. 23% der Migrantinnen hatten keine oder nur mangelhafte Lese- und Schreibfähigkeiten und – nach eigener Einschätzung – sprach ein Fünftel (sehr) schlecht deutsch. Bezogen auf den Bildungsgrad verfügten die Schwangeren mit Migrationshintergrund durchschnittlich über niedrigere Schul- und Berufsabschlüsse als die deutschen Frauen. Die Mehrzahl der Migrantinnen war in der AOK, die Mehrzahl der deutschen Frauen in einer Ersatzkasse versichert.

Die Diagnosen Anämie, vaginale Infektion, Hyperemesis und Abortus imminens waren im Migrantinnen-Kollektiv stärker vertreten. Unterteilt man alle Schwangerschaftsstörungen in eher somatische und eher funktionelle, so unterscheiden sich die Vergleichskollektive hinsichtlich ihres Anteils an den somatischen Störungen nicht wesentlich (77,9% bei Deutschen, 74,5% bei Migrantinnen). Bei funktionellen Störungen jedoch sind Migrantinnen deutlich überrepräsentiert. Unter Kontrolle der Sprachkenntnisse zeigte sich jedoch, dass der Anteil gut bis sehr gut sprechender Migrantinnen dem der deutschen Patientinnen mit funktionellen Störungen entsprach (14,6% vs. 15,0%), bei nur sehr schlecht deutsch sprechenden Migrantinnen stieg er auf 23,5% an.

Zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Migrantinnen wurden Maßnahmen der transkulturellen Pflege und transkulturellen Medizin implementiert. Nach Abschluss des Modellprojektes zeigten sich folgende Veränderungen:

- Während 1998 20% der Migrantinnen erst nach der zwölften Schwangerschaftswoche zum ersten Mal eine Vorsorgeuntersuchung besuchten, waren es im Jahr 2002 nur noch 14,7%.
- 1998 unterzogen sich nur 21% der Migrantinnen und 11% der Deutschen erst nach der 13. Schwangerschaftswoche einer Ultraschalluntersuchung. Seither haben sich die Werte angenähert (16,5% vs. 9,6%).
- Die 1998 deutlich höhere perinatale Mortalität im ausländischen Kollektiv konnte im Jahr 2001 auf ein ähnliches Niveau wie im einheimischen Kollektiv gesenkt werden (Jahr 2001: 10‰ vs. 12‰).
- Die Teilnahme von Migrantinnen an Geburtsvorbereitungskursen konnte deutlich erhöht werden.

Die Ergebnisse des Nürnberger Modellprojektes belegen, dass das Vorhandensein muttersprachlichen medizinischen Fachpersonales, der Erwerb interkultureller Kompetenz und interdisziplinäre Zusammenarbeit unbedingt erforderlich sind, um das Schicksal „Migration“ in die Richtung „Integration von Migrantinnen und Migranten in das Gesundheitswesen“ zu lenken. Zur Qualitätssicherung sollten in regelmäßigen Abständen migrationsspezifische und soziodemografische Daten in der Geburts- und Perinatalmedizin ausgewertet werden.

Diskussion und Schlussfolgerungen

In der Diskussion wurden auf der Grundlage unterschiedlicher Erfahrungsbereiche Probleme und beispielhafte Erfolge der gesundheitlichen Versorgung schwangerer Migrantinnen zusammen getragen. Beklagt wurde, dass die kostenlosen Angebote der Schwangerenberatung nach § 2 SchKG bei Migrantinnen zu wenig bekannt sind, Vernetzungen oft erfolglos sind. Auch wenn Migration nicht per se als Risikofaktor gelten kann, so sind medizinische und psychosoziale Risikofaktoren bei ihnen doch häufiger anzutreffen und bedürfen besonderer Aufmerksamkeit.

In den Schlussfolgerungen werden für wichtig erachtete Aspekte benannt: Vermittlung von inter- oder transkulturellen Kompetenzen für alle Berufsgruppen in der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe als Schlüsselkompetenz, Verbesserung und Unterstützung der ärztlichen Kommunikation (Sprachkompetenz, Kommunikationsmaterialien), damit jede Patientin ihr Recht, zu verstehen und verstanden zu werden, einlösen kann, Qualitätssicherung zur Überprüfung der Verbesserungen für schwangere Migrantinnen. Das finanzielle und organisatorische Problem der Zurverfügungstellung von Dolmetschdiensten sollte übergreifend gelöst werden – so versucht jede Beratungsstelle, Praxis oder Klinik eine eigene Lösung aufzubauen. Muttersprachliches Fachpersonal hat sich in allen Berufsgruppen bewährt. Alle Krankenkassen sollten die Zusatzleistungen erstatten, die medizinisch empfohlen werden, die aber von Migrantinnen aus schwierigen ökonomischen Verhältnissen nicht selbst bezahlt werden können. Und insbesondere sollten Beratungsstellen und Ärzte und Ärztinnen besser vernetzt werden, damit die Aufgaben der medizinischen Betreuung und der psychosozialen Beratung einander ergänzen können und der Zugang der Migrantinnen zum Beratungsangebot verbessert wird.

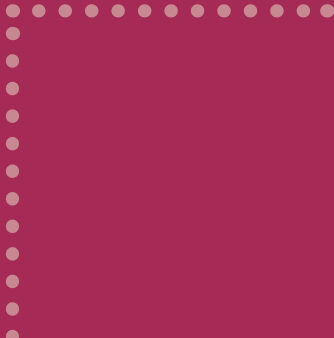


.....

impressionen

.....





impressionen







Themen in der Beratung: Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik

Moderation: Prof. Dr. Cornelia Helfferich,
Sozialwissenschaftliches Frauenforschungsinstitut,
Evangelische Hochschule Freiburg

Beratung und Behandlung stehen bei der Abklärung von Risiken von Fehlbildungen durch Maßnahmen der Pränataldiagnostik (PND) vor besonderen Herausforderungen. Dies gilt insbesondere dann, wenn eine solche Abklärung einen auffälligen Befund ergibt, mit dem sich die Schwangeren und deren Partner auseinandersetzen müssen. Allgemein wurden daher Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes entwickelt und die Rolle der psychosozialen Beratung im Feld der PND wurde über die allgemeine Formulierung eines Rechtsanspruchs auf Beratung hinaus durch die Entwicklung interprofessioneller Qualitätszirkel gestärkt.

In dem Workshop geht es um die Aspekte, die aus medizinischer und sozialer Sicht zu beachten sind, wenn Migrantinnen – vor allem Frauen mit türkischem Migrationshintergrund – die Adressatinnen sind. In einem ersten Beitrag werden Erfahrungen aus der medizinischen Praxis der PND berichtet, insbesondere Probleme der effektiven Aufklärung angesichts schwer verständlicher Dokumentationsbögen sowie mögliche kulturelle Missverständnisse (Neslisah Terzioglu). Der zweite Beitrag geht auf Verwandtenehen ein, die ein erhöhtes Risiko von Fehlbildungen bergen und damit einen erhöhten Bedarf an PND erzeugen (Yasemin Yadigaroglu). Der dritte Beitrag ergänzt die subjektive Sichtweise von türkischen und osteuropäischen Migrantinnen, was die Möglichkeiten angeht, eine Behinderung bei einem Kind auszuschließen bzw. mit einem behinderten Kind zu leben (Cornelia Helfferich).



Pränataldiagnostik – Bedeutung und Bedarf bei Migrantinnen

Dr. med. Neslisah Terzioglu,
Frauenärztinnen Gemeinschaftspraxis Ksciuk/Terzioglu,
Nürnberg

H heute ist sowohl das Angebot an Pränataldiagnostik (PND) als auch die Nachfrage aufseiten der Schwangeren fester Bestandteil der Vorsorgeuntersuchungen, trotzdem ist der Informationsstand der Frauen dazu niedrig. Aus einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 2006 geht hervor, dass 25% der Schwangeren die Bedeutung des Begriffs „Pränataldiagnostik“ nicht kannten.

Aber auch die 75%, die den Begriff definierten, machten teilweise falsche Angaben. Frauen mit höheren und mit niedrigen Bildungsabschlüssen haben nahezu gleich häufig falsche Definitionen genannt.¹ Eines der Hauptprobleme bei der PND ist von ärztlicher Seite daher die Kommunikation mit der Schwangeren.

Am 1.2.2010 ist das neue Gendiagnostikgesetz (GenDG) in Kraft getreten. Danach müssen Ärztinnen und Ärzte vor der Einwilligung zu einer PND „die betroffene Person über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung aufklären“ (§ 9 Abs. 1 GenDG). Die Ärzte und Ärztinnen müssen sich zudem überzeugen, dass die Patientin die Aufklärung verstanden hat. Falls dieser Vorschrift nicht Genüge getan wird, begeht der Arzt z.B. bei der Amniozentese eine Körperverletzung.

Für alle genetischen Untersuchungen (genetische Laboranalysen und vorgeburtliche Risikoabschätzung) und für jede pränataldiagnostische Maßnahme (z.B. Ersttrimester-Screening) muss das schriftliche Einverständnis der Schwangeren eingeholt werden. Zudem ist verpflichtend eine genetische Beratung erforderlich und bei Vorliegen eines auffälligen genetischen Befundes muss eine psychosoziale Beratung angeboten werden. Zur Aufklärung und zur Dokumentation über pränataldiagnostische Untersuchungen werden standardisierte Bögen verwendet, bei denen bereits deutsche Frauen mit akademischem Abschluss Verständnisprobleme haben. Wie viel schwieriger ist es für Migrantinnen mit schlechten Deutschkenntnissen, den Sinn der Fragen zu verstehen. Problematisch ist es, Verwandte oder den Ehemann als Dolmetscher einzusetzen, da in der Anamnese einer Patientin gynäkologische Ereignisse auftreten können, die niemand in der Familie wissen darf (z.B. Schwangerschaftsabbruch).

Zu dem rein sprachlichen Problem kommt hinzu, dass Migrantinnen mit muslimischem kulturellem Hintergrund andere Wertvorstellungen haben als deutsche Frauen. Als Beispiel lässt sich hier das Fastengebot im Ramadan anführen. Um eine Patientin davon zu überzeugen, dass dieses für Schwangere nicht gilt, muss man den Koran kennen und braucht die entsprechende transkulturelle Kompetenz.

Auffällige Befunde einer pränataldiagnostischen Untersuchung, die weiterer Abklärung bedürfen, können zu Konflikten und schwierigen Entscheidungssituationen führen. Nur wenn muttersprachliches Personal zur Verfügung steht, ist in diesen Fällen bei ungenügenden Deutschkenntnissen einer Patientin die Informations- und Aufklärungspflicht des Gendiagnostikgesetzes zu erfüllen.

Es wird gefordert, dass die Schwangere über pränataldiagnostische Untersuchungen eine informierte Entscheidung trifft. Es gibt jedoch Patientinnen, die die Entscheidung z.B. über eine Amniozentese an die Ärztin delegieren, jedoch mit der Drohung, juristisch vorzugehen, falls der Eingriff zu einer Fehlgeburt führt.



„Zu dem rein sprachlichen Problem kommt hinzu, dass Migrantinnen mit muslimischem kulturellem Hintergrund andere Wertvorstellungen haben als deutsche Frauen.“

Der kulturelle Hintergrund beeinflusst die Bewertung pränataldiagnostischer Befunde, die Akzeptanz der Schwangerschaft und den Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch.

Dies lässt sich anhand von fetalen Ultraschallbildern demonstrieren. Mit Fehlbildungen des Feten ohne bedeutende Relevanz und mit guter Prognose können sowohl deutsche als auch türkische Schwangere gut leben. Das durch eine Amniozentese festgestellte Risiko einer Infertilität eines Nachkommen ist für deutsche Schwangere jedoch ein weniger gravierendes Ereignis als für türkische.

¹ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006): Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik. 1. Auflage; Köln: S. 38f

Eheschließungen unter Migrantinnen und Migranten

Yasemin Yadigaroglu, Duisburg

Es existieren zwei Arten von Eheschließungen unter Verwandten, wobei die Art der Eheschließung von der Bildung der Familien abhängt.

- Affinalverwandschaftliche Eheschließung. Dabei handelt es sich um eine Liebesheirat.
- Patrilineare-deszendenzverwandschaftliche Eheschließung ist eine konsensuell arrangierte Ehe, d.h., die Liebe kommt erst, wenn die Kinder da sind.



„Wir brauchen interkulturelle Materialien zur Aufklärung über Verwandtenehen. Nur über den Bildungsbereich kann man Jugendliche erreichen und aufklären.“

Warum heiraten Verwandte?

- Aufgrund der gleichen Herkunft teilt das Paar die gleichen Sitten, Werte und Normen und weiß wie man handeln soll, wenn es zu Konflikten kommt. Die neu gegründete Familie bleibt im familiären und nachbarschaftlichen Solidarnetz eingebettet. So können sich die Familien gegenseitig stützen, kontrollieren und gegebenenfalls sanktionieren.
- Durch die Kinder erhoffen viele der im Heimatland lebenden Verwandten eine finanzielle Unterstützung.
- Das Scheidungsrisiko soll durch die Verwandtenehe vermindert werden. Denn bei einer Scheidung riskieren die Ehepartner, von der Familie ausgeschlossen zu werden mit allen sozialen und gesundheitlichen Folgen.
- Die statistische Datenlage zu Verwandtenehen ist sehr unbefriedigend. Nach einer Studie des Ausländerservice von 1997 heiraten untereinander: unter 5% der Italiener, 9,4% der Griechen und 21,3% der Türken.

In der Türkei gibt es sehr viele Kampagnen gegen Verwandtenehen. 2006 hat auch eine türkische Universität eine große Untersuchung zu dem Thema durchgeführt. In Deutschland sind Verwandtenehen dagegen ein Tabuthema, z.B. dürfen in Schulen Vorträge zu diesem Thema nicht gehalten werden.

Aufgrund der medizinischen Risiken für die in Verwandtenehen geborenen Kinder wurde eine Kampagne (2005–2006) gegen Verwandtenehen (darunter sind auch viele Zwangsehen) durchgeführt. Bei dieser Kampagne wurde mit der Aktion Mensch, der Stadt Duisburg und der VHS Duisburg zusammengearbeitet. Nur durch politische Kontakte und mit großem Aufwand ist es mir gelungen, in neun Schulen Aufklärungsvorträge zu halten. Danach haben mich sechs Jugendliche um Hilfe gebeten, ich habe mich an die Imame gewandt und sie zu überzeugen versucht, dass Verwandtenehe etwas Falsches ist. Dank der Imame konnte ich in die Familien hineingehen und diese aufklären.

Mit der Stadt Duisburg wurde – in Anlehnung an eine Postkartenkampagne gegen Zwangsverheiratung in Berlin – gemeinsam mit Jugendlichen eine Postkartenkampagne mit acht unterschiedlichen Motiven durchgeführt. Die Jugendlichen sollten auch in ihrer eigenen Community über diese Kampagne berichten.

Auf den Postkarten sind muslimische, alevitische, tamilische, aber auch italienische Jugendliche dargestellt, die Verwandtenehen aus ihrem eigenen Kulturkreis kennen und sich dagegen aussprechen. Aufgrund massiven Drucks sind inzwischen einige der Abgebildeten aus der Kampagne ausgestiegen. Auch mit der Unterstützung von Schulen gibt es inzwischen Probleme. Die Lehrer fühlen sich hilflos, da sie diese Themen mit den Schülern und den Familien nicht besprechen können. Seit 2009 führe ich daher die Kampagne ganz alleine durch, weil die Stadt Duisburg und die VHS Schwierigkeiten bekommen haben und die Kampagne nicht mehr unterstützen, mit dem Argument: Das ist nicht unser Thema.

Wir brauchen interkulturelle Materialien zur Aufklärung über Verwandtenehen. Nur über den Bildungsbereich kann man Jugendliche erreichen und aufklären.

Vorstellungen von Planbarkeit und Machbarkeit von Kindern bei türkischen und osteuropäischen Migrantinnen

Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Sozialwissenschaftliches Frauenforschungsinstitut, Evangelische Hochschule Freiburg

Im Zusammenhang mit Verhütung, aber auch im Zusammenhang mit der Nutzung pränataler Diagnostik stellt sich die Frage, wie sich Migrantinnen zu diesen Möglichkeiten verhalten. Sollen Kinder geplant und ihre Eigenschaften (Geschlecht und Gesundheit) „machbar“ sein? In der Studie „frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf“ wurde am Ende von 44 qualitativ-biografischen Interviews mit Frauen mit türkischem oder osteuropäischem Migrationshintergrund gefragt, ob Frauen unerwünschte Eigenschaften oder Behinderungen bei einem Kind ausschließen können sollen und ob sie sich vorstellen können, mit einem behinderten Kind in der Familie zu leben.

Die Antworten fallen in beiden Migrationsgruppen sehr heterogen aus und reichen von der Ablehnung einer solchen Planung als menschliche Hybris bis zur pragmatischen Befürwortung, moderne Technologien zum Wohle von allen zu nutzen. Auch gibt es Stimmen, dass eine solche schwierige Entscheidung jedem selbst überlassen werden müsse und die Bewertung von den konkreten Umständen abhängig sei.

Nur die türkischen Frauen stellen eine Verbindung zwischen der Fragestellung und dem Missbildungsrisiko bei Verwandtenehen her. Sie nehmen Bezug auf eigene Ängste und sprechen sich in diesem Zusammenhang vor allem für eine Risikoeinschätzung vorab aus,



„Die Nutzung der gegebenen Möglichkeiten pränataler Diagnostik nach dem Eintritt der Schwangerschaft wird kontrovers bewertet – denn hier schließt die Frage eines Schwangerschaftsabbruchs an, die als ‚sehr schwierig‘ bezeichnet wird.“

In beiden Gruppen ist gerade von denen, die sich für eine Nutzung der PND aussprechen, das Vertrauen in die Fähigkeiten der Medizin groß. Die türkischen Befragten ebenso wie die osteuropäischen konstruieren eine Medizin, die „sieht“, „erkennt“ und „weiß“, ob das Kind behindert sein wird. Der Stand der Medizin wird insbesondere von den osteuropäischen Frauen als fortgeschritten bezeichnet: „Die Medizin ist sehr stark“. Erwartet wird, dass auch der Grad der Behinderung erkannt werden kann, und gewünscht wird eine frühe Diagnose. Die Gegnerinnen der PND und eines folgenden Abbruchs berufen sich dagegen auf Beispiele von Fehldiagnosen. Die Medizin kann irren: „Vielleicht ist es gar nicht behindert?“, „Es heißt, es ist gesund, und ich bekomme trotzdem ein behindertes Kind“.

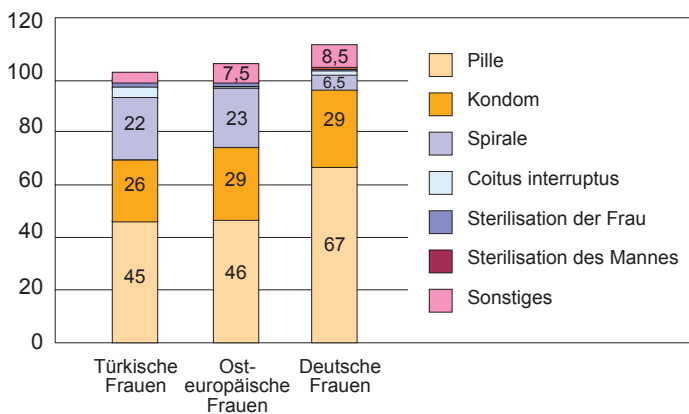


Abbildung 1: Aktuelle Verhütung 20- bis 34-Jähriger nach Migrationshintergrund (berechnet auf die, die verhüten, in %)

Quelle: BZgA, Datensatz „frauen leben II“ 2007+2009, 20-44-jährige Frauen mit und ohne Migrationshintergrund (Mehrfachnennungen möglich)

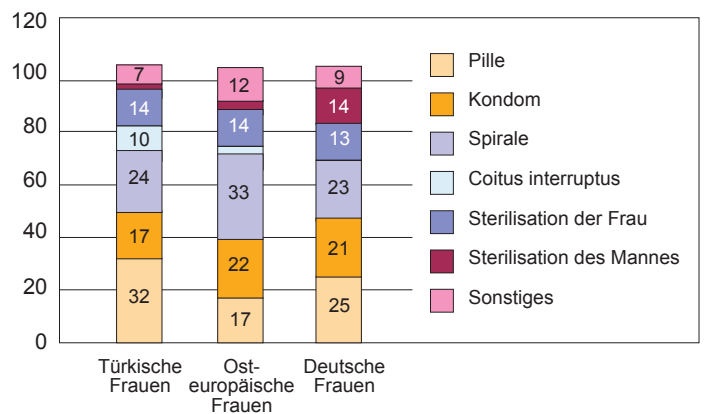


Abbildung 2: Aktuelle Verhütung 35- bis 44-Jähriger nach Migrationshintergrund (berechnet auf die, die verhüten, in %)

Quelle: BZgA, Datensatz „frauen leben II“ 2007+2009, 20-44-jährige Frauen mit und ohne Migrationshintergrund (Mehrfachnennungen möglich)

Im Hintergrund konstruieren gerade die Befürworterinnen der PND „Behinderung“ als in hohem Maß leid- und qualvoll; sie erfordert eine Fürsorge durch die Mutter, die gar nicht geleistet werden kann. Das Kind „leidet“, „quält sich ein ganzes Leben“, „hat nichts vom Leben“ – eine Verhinderung von Behinderungen wäre also auch zu seinem Wohl. Es wäre „eine schwere Belastung, die Familie würde zerbrechen“ mit der negativen Einschätzung: „Ich würde es nicht schaffen“. Auch hier gibt es in beiden Gruppen ein „Aber“: „Wenn man drinsteckt, macht man's einfach“, „wenn es da ist, ist es meine Pflicht“, „es ist trotzdem dein Kind, du hast es genauso zur Welt gebracht wie ein gesundes Kind“.

Eine Gemeinsamkeit zwischen türkischen und osteuropäischen Frauen ist das Spektrum von Ablehnung, Befürwortung und „schwieriger“ und ratloser Abwägung von Pro und Contra; auch wenn die osteuropäischen Frauen eher zu dem Pol der Befürwortung tendieren. Die überzeichneten Konstruktionen von per se qualvoller Behinderung lassen sich als Projektionen von Ängsten vor mütterlicher Überforderung verstehen und die Überschätzung der medizinischen Möglichkeiten als Hoffnung auf eine technologische Lösbarkeit des grundlegenden Problems. Dies betrifft als grundlegende Gemeinsamkeit der Lebenssituation von Müttern Frauen in beiden Migrationsgruppen.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Auseinandersetzung damit, dass ein Kind eine Fehlbildung haben kann, ist für die einzelne Frau schwierig und ebenso für die Gesellschaft. Aufklärung über medizinische Risiken bei der PND ist verbindlich geregelt, aber – so eine Schlussfolgerung in der Diskussion – die Beratung bei psychosozialen Konfliktsituationen in Zusammenhang mit PND erfordert zum einen eine stärkere Kooperation der Berufsgruppen, zum anderen bei Migrantinnen sprachliche und interkulturelle Kompetenz. Bei türkischen Migrantinnen ist mit zu bedenken, ob es sich um eine Verwandtenehen handelt. Entsprechende Aufklärungskampagnen über das erhöhte Risiko einer Fehlbildung in Verwandtenehen gibt es in der Türkei.

Für Deutschland wurde eine Lücke festgestellt, was diese Aufklärung angeht. In der Diskussion wurde deutlich, wie stark das Thema an der Schnittstelle von sehr sensiblen Argumentationslinien verortet ist: Bei den Kontroversen zu PND ist aus ärztlicher Sicht die Frage der Linderung von individuellem menschlichem Leid – auch an den sozialen Folgen der Ausgrenzung von Kindern mit Behinderung – und informierter Entscheidung angesprochen, aus historischer und sozialer Sicht geht es um die gesellschaftliche Haltung zu Behinderung, die inkludiert oder stigmatisiert und ausgegrenzt wird. Und in einer politisch aufgeladenen Diskussion zu Migration ist zwischen Verwandtenehen, arrangierten Ehen und Zwangsehen zu differenzieren. Widerstand gegen eine Aufklärung zu den Fehlbildungsrisiken in Verwandtenehen kommt aber auch von türkischen Frauen und Männern: Verwandtenehen werden ökonomisch und religiös begründet – im Koran sind aber auch Argumentationen gegen die Verwandtenehen zu finden – und sie sind in den überlieferten Traditionen verankert, die gerade bei Familien in Deutschland, die von der Entwicklung in ihren Herkunftsländern abgeschnitten sind, stark sein können. In der lebhaften Diskussion wurde eine Öffentlichkeitsarbeit gefordert, die über erhöhtes Missbildungsrisiko (z.B. bei Verwandtenehen) aufklärt, die zugleich die subjektiven Ängste und Dramatisierungen von Behinderung versachlicht und die ein positives Leben mit Behinderung fördert – und das mit einem interkulturellen Verständnis.

„Nötig ist Bildung, Bildung, Bildung.“ Zugang zu Migrantinnen mit niedriger Bildung

Moderation: Prof. Dr. Barbara Thiessen,
Hochschule Landshut

Es gibt unter Migrantinnen große Unterschiede nach Milieu und Bildung. Gerade von diesen beiden Aspekten hängt der Bedarf an Informationen ebenso ab wie der beste Weg, wie Informationen zugänglich gemacht werden können. Migrantinnen aus bildungsfernen Milieus haben den größten Informationsbedarf und sind gleichzeitig am schwierigsten zu erreichen. Ihnen – und das betrifft türkische Migrantinnen mehr als andere – gebührt eine besondere Aufmerksamkeit. Bildung ist aber nicht statisch, insbesondere nicht, wenn die Aufenthaltsdauer und die Abfolge der Migrationsgenerationen betrachtet werden.

Auch wenn Bildungsnachteile von den Eltern an die Kinder weitergegeben werden, so gibt es doch in Deutschland Chancen für den Erwerb einer Qualifikation und einen Bildungsaufstieg. Der erste Beitrag präsentiert Forschungsergebnisse, welchen unterschiedlichen Milieus Migrantinnen angehören, und leitet daraus die Notwendigkeit unterschiedlicher Zugänge ab (**Ilona Renner**). Der zweite Beitrag beschreibt einen erfolgreichen Zugang, der die Unterschiede unter Migrantinnen nutzt. Sozial gut integrierte und gebildete Migrantinnen und Migranten werden fortgebildet, um für ihre Herkunftsgruppe Gesundheitsinformationen zu vermitteln (**Elena Kromm-Kostjuk**). Der dritte Beitrag beantwortet, gestützt auf eine Erhebung in einer gynäkologischen und hausärztlichen Praxis, Fragen nach Hintergründen der Familienplanung und nach dem Beratungsbedarf von türkischen Frauen insbesondere mit niedriger Bildung (**Emine Yüksel**). Der vierte Beitrag zeigt wiederum für türkische Frauen, wie sich die Bildungswege der zugewanderten Großmütter und ihrer Töchter und Enkelinnen in Deutschland verändern (**Canan Korucu-Rieger**).

Work shops



Sinus-Milieu-Studie – eine Differenzierung von Zugangswegen zu Migrantinnen

Ilona Renner,
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Rund ein Drittel der Jugendlichen in Deutschland hat einen Migrationshintergrund. In diesem Beitrag werden verschiedene Milieus skizziert, nach denen diese heterogene Zielgruppe differenziert werden kann. Dazu hat – im Auftrag der BZgA – das Forschungsinstitut Sinus Sociovision 2008 eine repräsentative Untersuchung bei 14- bis 17-jährigen Jugendlichen durchgeführt.¹ Anhand von Werthaltungen, Lebensstilen und Orientierungsmustern wurden von Sinus Sociovision acht Milieus von Jugendlichen mit Migrationshintergrund identifiziert, die an dieser Stelle nur verkürzt dargestellt werden können:²

- **Hedonistisch-subkulturelles Milieu (33%)³:** Die Distanzierung von der Mehrheitsgesellschaft (z.B. in Outfit, Verhalten), ein Rückzug in subkulturelle Gruppen, die Ablehnung von Leistungsanforderungen und Wünsche nach Prestige sind typisch für diese Gruppe.
- **Multikulturelles Performermilieu (21%):** In diesem Milieu sind persönliches Weiterkommen, Selbstverwirklichung, Anerkennung, Offenheit und weltanschauliche Toleranz besonders wichtig. Leistungsorientierung verbindet sich mit Lust an Konsum, Genuss, Unterhaltung.
- **Entwurzeltes Milieu (12%):** Motivationslosigkeit, mangelnde Leistungsbereitschaft, Frust, ein Festhalten an Traditionen und oft prekäre Lebensumstände sind typisch für diese Gruppe.
- **Adaptiv-bürgerliches Milieu (11%):** Zufriedenheit, optimistische Einstellung, Pragmatismus und Kontaktfreude sind in diesem Milieu maßgebend. Den Werten Menschlichkeit und Gerechtigkeit kommt hohe Bedeutung zu.
- **Statusorientiertes Milieu (11%):** Beruflicher und sozialer Aufstieg, Erfolg und materieller Wohlstand sind hier zentrale Ziele, die durch Fleiß angestrebt werden.

1 Persönlich-mündlich befragt wurde eine repräsentative Stichprobe von 2.072 Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. In einem zusätzlichen Befragungsteil wurden weitere 608 Jugendliche mit Migrationsgeschichte für die Untersuchung rekrutiert.

2 Der Ergebnisbericht der Studie: BZgA (2010): Sexualität und Migration: Milieuspezifische Zugangswege für die Sexualaufklärung Jugendlicher. Köln ist als PDF-Datei verfügbar unter: <http://www.bzga.de/pdf.php?id=6d361f8ad670a38d807b3c729bc9a403>.

3 Die Zahlen in () geben den jeweiligen Anteil der Befragten, die diesen Milieus zugeordnet werden können, wieder.

- **Intellektuell-kosmopolitisches Milieu (5%):** Entfaltung der Persönlichkeit, Leistungsmotivation und eine optimistische Zukunftsperspektive sind ebenso typisch für diese Gruppe wie auch ein großes politisch-gesellschaftliches Interesse und Engagement.
- **Traditionelles Arbeitermilieu (4%):** Materielle Sicherheit, Hilfsbereitschaft und Solidarität sind hier charakteristisch. Bevorzugt werden hierarchische Strukturen und Traditionen, religiöse Bindung spielt eine untergeordnete Rolle.
- **Religiös verwurzelt Milieu (3%):** Archaisch geprägte Wertvorstellungen, die (Familien-)Ehre, Respekt vor Autoritäten, Befolgung religiöser Pflichten und Kritik am westlichen Lebensstil sind charakteristische Merkmale dieses Milieus.



14- bis 17-jährige Jugendliche sind im Vergleich zur Gesamtheit der Menschen mit Migrationshintergrund in den modernen Milieus deutlich stärker vertreten. Sie fühlen sich auch häufiger mit

„Sowohl was die Verbundenheit mit Deutschland als auch was die Sprachpraxis betrifft unterscheiden sich die Jugendlichen jedoch stark milieuspezifisch.“

Deutschland verbunden als Erwachsene (53% vs. 39%) und schätzen ihre deutschen Sprachkenntnisse zu einem höheren Anteil als sehr gut oder gut ein (90% vs. 68%). Sowohl was die Verbundenheit mit Deutschland als auch was die Sprachpraxis betrifft unterscheiden sich die Jugendlichen jedoch stark milieuspezifisch. So leben mehr als zwei Drittel der Befragten des „multikulturellen Performer-“, und des „adaptiven bürgerlichen Milieus“ gegenüber 20% derer aus dem „religiös verwurzelten Milieu“ sehr gerne in Deutschland.

Bezogen auf Sexualität, Liebe und Partnerschaft interessieren sich die Jugendlichen vor allem für „Empfängnisverhütung“, „Aids und Geschlechtskrankheiten“, „sexuelle Praktiken und Reaktionen“ und für biologische Themen. Jugendliche aus modernen Milieus interessieren sich bedeutend häufiger für diese Themen als solche aus traditionellen.

60% der Jugendlichen wünschen sich deutschsprachige und nur 7% heimat Sprachliche Informationsmaterialien (33% keine Angabe oder „ist mir egal“).

Die Ergebnisse der Untersuchung sind ein deutlicher Hinweis darauf, dass Jugendliche aus den „modernen“ Migrantmilieus mit den Materialien der BZgA genauso gut erreichbar sind wie Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Aber nicht alle Jugendlichen können vor allem mit Printmedien erreicht werden. Für die verschiedenen Milieus müssen unterschiedliche Ansprachestrategien entwickelt und passgenaue Inhalte bereitgestellt werden, um den unterschiedlichen Lebenswelten und Informationsbedürfnissen gerecht zu werden. Aus diesem Grund setzt die BZgA neben einer breiten Auswahl an Massenmedien auch personalkommunikative Strategien zur Sexualaufklärung Jugendlicher ein. Auch multimediale Angebote wie das Jugendportal www.loveline.de können durch die gegebene Anonymität und kultursensible Aufmachung ein Anspruchsweg für schwer erreichbare Zielgruppen sein.

Interkulturelle Gesundheitsmediatoren für einen niedrigschwelligen Zugang: Erfahrungen des bundesweiten Projekts „Mit Migranten für Migranten (MiMi)“¹

Elena Kromm-Kostjuk,
Ethno-Medizinisches Zentrum e. V., Hannover

Das Projekt „Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland (MiMi)“ rekrutiert, schult und unterstützt transkulturelle Gesundheitsmediatoren und -mediatorinnen, die Menschen mit Migrationshintergrund über das deutsche Gesundheitssystem und zu damit verbundenen Themen der Gesundheit informieren. Das Projekt wurde vom Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. entwickelt und im Jahr 2003 in Kooperation mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen als Pilotprojekt an vier Standorten in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen ins Leben gerufen. Inzwischen wird es in 52 Städten in 10 Bundesländern durchgeführt.

Das MiMi-Projekt verfolgt das Ziel, Migranten und Migrantinnen einen besseren Zugang zum deutschen Gesundheitssystem zu ermöglichen, das Wissen über gesunde Lebensweisen zu mehren/verbreiten und Eigenverantwortung und Handlungskompetenz zu stärken. Dazu werden in Deutschland lebende, sozial gut integrierte und gebildete Migrantinnen und Migranten zu interkulturellen Mediatorinnen und Mediatoren ausgebildet. Sie bieten dann mehrsprachige Informationsveranstaltungen für Zuwanderinnen und Zuwanderer an, die weniger gebildet und in der Gesellschaft noch nicht so gut integriert sind. Das Projekt sieht Menschen mit Migrationshintergrund als Expertinnen bzw. Experten in eigener Sache, die oftmals positive Bewältigungsstrategien entwickelt haben und somit über besondere Ressourcen verfügen. Die fünf Grundbausteine des Projekts sind folgende:

- **Schulung:** Im Programm werden mehrsprachige interkulturelle Gesundheitsmediatoren und -mediatorinnen im Rahmen einer 50-stündigen Schulung qualifiziert und zertifiziert. Vermittelt werden Themen wie „Das deutsche Gesundheitswesen“, „Seelische Gesundheit“, „Kindergesundheit“, „Gesunde Ernährung und körperliche Bewegung“ und andere Präventionsthemen. Die Referenten der Schulungen sind Gesundheitsexperten und -expertinnen aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Pädagogik, Ökotrophologie etc. an den Projektstandorten.
- **Informationsveranstaltungen:** Nach dem erfolgreichen Abschluss der MiMi-Schulung bieten die Gesundheitsmediatoren

und -mediatorinnen muttersprachliche und kultursensible Informationsveranstaltungen in Migranten-Communities an.

- **Gesundheitswegweiser:** Der Wegweiser „Gesundheit Hand in Hand“ zu Aufbau und Angeboten des deutschen Gesundheitswesens ist in 15 Sprachen verfügbar. Er beschreibt das Gesundheitssystem auf leicht verständliche Art und informiert über spezielle Gesundheitsthemen. Zudem wurden im Rahmen von MiMi-Landesprogrammen in fünf Bundesländern mehrsprachige Leitfäden zu verschiedenen länderspezifischen Gesundheitsthemen (z.B. Früherkennung, Kindergesundheit, Pflege im Alter, seelische Gesundheit) veröffentlicht.
- **Partnerschaft, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit:** Die Öffentlichkeitsarbeit findet über Medien, die Website (www.bkk-promig.de) und die regelmäßige Berichterstattung im Rahmen des Projekts statt. Ziel der Vernetzung auf lokaler, landes- und bundesweiter Ebene ist es, Gesundheits- und soziale Einrichtungen zu sensibilisieren, damit diese besser auf die Bedürfnisse von Zugewanderten eingehen können. Jährliche



„Dazu werden in Deutschland lebende, sozial gut integrierte und gebildete Migrantinnen und Migranten zu interkulturellen Mediatorinnen und Mediatoren ausgebildet.“

Projektkonferenzen, zu denen Mediatorinnen und Mediatoren und Personen aus der Politik und dem Gesundheits- und Sozialwesen eingeladen werden, fördern den Erfahrungsaustausch.

- **Monitoring und Evaluation:** Das Programm wird fortwährend durch Befragungen, durch Feedback der kooperierenden Stellen und durch Projektkonferenzen ausgewertet. Bei der Evaluation werden auch Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Migrantinnen und Migranten erfasst. Die Analyse der Ergebnisse dient der jeweiligen Überarbeitung und Anpassung der Module.

Die interkulturellen Gesundheitsmediatoren und -mediatorinnen haben eine Schlüsselrolle im MiMi-Projekt. Mit ihren Kenntnissen der Sprachen, der Mentalität und der Kultur verschiedener Herkunftsgemeinschaften, finden sie sehr erfolgreich den Zugang zu den verschiedenen Zuwanderergruppen. Migranten und Migrantinnen bauen schnell ein Vertrauensverhältnis zu den Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren auf und nehmen sich ein Beispiel an ihnen. Denn die Mediatorinnen und Mediatoren bringen neben den kulturellen Kompetenzen auch Bildung und eine beispielhafte Integration mit und sind in der eigenen Herkunftsgemeinschaft angesehen. Somit erreichen sie insbesondere Gruppen, die von gängigen Präventionsansätzen bisher nicht erreicht werden konnten. Im Laufe des Projekts wurden inzwischen über 1.300 Gesundheitsmediatoren und -mediatorinnen geschult, die jährlich mehrere Hundert Veranstaltungen bundesweit anbieten und in diesen Tausende Migrantinnen und Migranten zu Gesundheitsthemen informieren.

¹ Weitere Informationen zu dem Projekt sind unter: <http://www.bkk-bv-gesundheit.de/bkk-promig/einschbar>.

Die Mehrzahl der interkulturellen Mediatorinnen bzw. Mediatoren und die Mehrzahl der Teilnehmenden in den Veranstaltungen (ca. 80%) sind weiblich. Erreicht werden durch das Projekt auch sozial benachteiligte Zugewanderte, die im Allgemeinen als „bildungsfern“ bezeichnet werden. Viele an den Veranstaltungen Teilnehmende leben schon länger in der Bundesrepublik, wodurch nochmals unterstrichen wird, dass die aufsuchende Arbeit der Gesundheitsmediatorinnen und -mediatorinnen sehr sinnvoll ist. Vor kurzem bestätigte die Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass das MiMi-Programm eine ausgesprochen effektive Intervention zur interkulturellen Gesundheitsförderung darstellt.

Versorgungs- und Beratungsbedarf für Migrantinnen mit niedriger Bildung

Dr. med. Emine Yüksel,
Gesundheitszentrum am Borsigturm, Berlin

In einer gynäkologischen und einer Hausarzt-Praxis in Berlin wurde im Jahr 2005 die Studie „Verhütungsverhalten, ungeplante Schwangerschaften und Eheschlussmuster bei türkischen Familien in der Migration“ durchgeführt. Mit 15- bis 30-minütigen Einzelinterviews konnten 360 Frauen befragt werden.

Ergebnisse der Studie

Im Hinblick auf die Aufenthaltsdauer ergibt sich folgendes Bild: Über 30% der Befragten leben länger als 10 Jahre und 30% länger als 25 Jahre in der BRD. Über 80% der Befragten sind verheiratet und 55% der Frauen sind durch Heirat nach Deutschland gekommen. Da der Ehemann meist in der BRD aufgewachsen ist, kann es kulturelle Konflikte zwischen den beiden Partnern geben.

Es gibt nicht die türkische Frau, sondern je nach Herkunftsregion unterscheiden sich die Frauen ganz wesentlich. Frauen aus Ostanatolien und Südostanatolien haben oft einen sehr schlechten Bildungsstand. Von der regionalen Zugehörigkeit abhängig ist auch die Häufigkeit der Verwandtenehe. Frauen aus Südostanatolien sind zu über 40% mit einem Verwandten verheiratet, bei der Herkunft aus Zentral- und Ostanatolien beträgt der entsprechende Anteil 30%. Frauen aus industriellen Regionen der Türkei sind in geringerem Umfang mit einem Verwandten verheiratet. So leben nur ca. 10% der Frauen aus der Marmara-Region in einer Verwandtenehe. Ein weiterer Zusammenhang besteht zum Bildungsniveau. Über 50% der Frauen mit niedrigem Bildungsstand sind mit einem Verwandten verheiratet, bei Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen ist das nur bei ca. 10% der Fall.

Ganz wichtig ist die Form der Heirat. 30% der Ehen entstehen durch Eigeninitiative der Frau, 70% sind arrangierte Ehen. Davon sind knapp 90% gewollt arrangiert und 10% arrangiert und ungewollt, d.h., die Frau hatte hier keine Entscheidungsfreiheit. Vergleichsdaten aus einer in der Türkei mit 2.908 Paaren durchgeführten Studie zeigen ganz ähnliche Ergebnisse zur Heiratsform.¹

25% der Befragten verhüten mit Coitus interruptus, wobei viele nicht wissen, dass dies eine sehr unsichere Methode ist. Circa 15% verwenden die Pille und 10% ein Kondom. Die beiden letztgenannten Verhütungsformen werden nach der oben genannten Studie in der Türkei bedeutend häufiger angewendet als bei den Migrantinnen in Deutschland. Als meistgenannten Grund für den Coitus interruptus geben über 90% der Frauen an, dass der Mann die Verwendung eines Kondoms ablehnt. Bei der Pille wird befürchtet, sie könne zu Krebserkrankungen führen. Die Spirale wird aus religiösen Gründen abgelehnt, da diese Verhütungsform als einem Schwangerschaftsabbruch vergleichbar bewertet wird. Nach einem Coitus interruptus kam es bei knapp 60% der Frauen zu einer Schwangerschaft. Diese haben 50% der Frauen ausgetragen, 40% hatten einen Abbruch und 10% eine Fehlgeburt.



„Es gibt nicht die türkische Frau, sondern je nach Herkunftsregion unterscheiden sich die Frauen ganz wesentlich.“

Besonderheiten beim Umgang mit türkischen muslimischen Frauen in der Praxis²

Das Verständnis von körperlicher Unversehrtheit und Intimität prägt das Schamgefühl muslimischer Frauen. Darauf muss mit besonderen Umgangsformen in der Praxis eingegangen werden. Bei gynäkologischen Untersuchungen sollte die Genitalregion der Frauen bedeckt sein.

Es gibt an den Schulen im Herkunftsland und in den türkischen Familien keine Sexualaufklärung. Muslimischen Frauen ist der voreheliche Geschlechtsverkehr aus religiösen Gründen verboten, sie müssen als Jungfrau in die Ehe, da sie und ihre Familie sonst ihre Ehre verlieren.

Der Koran enthält keine konkreten Angaben zum Schwangerschaftsabbruch. Nach einem Ausspruch des Propheten kann er jedoch bis zum 120. Schwangerschaftstag durchgeführt werden. Aber in der Praxis haben die Frauen Angst vor einem Abbruch, weil sie Gottes Zorn und Strafe fürchten. Kinder bedeuten für Muslime Lebensglück, sie sind ein Geschenk Gottes. Eine künstliche Befruchtung ist erlaubt, wenn Eizelle und Samenzelle von rechtsgültig miteinander verheirateten Paaren stammen. Ei- und Samenzellspende sowie Leihmutter sind verboten.

- 1 Es handelt sich dabei um eine von der Tageszeitung Hürriyet initiierten und von TNS PIAR in den Jahren 2004 bis 2005 durchgeführten Befragung zum Sexualwissen der türkischen Bevölkerung.
- 2 Siehe hierzu auch: Yüksel, Emine; Yüksel-Sökmen, Özlem (2010): Besonderheiten beim Umgang mit muslimischen Frauen in der Praxis. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 70, S. 64 f.

Ganz wichtig für muslimische Frauen ist das Fasten im Ramadan. Davon sind unter anderen Schwangere und Stillende befreit. In der Praxis wollen Schwangere jedoch fasten, um nicht von ihrem sozialen Umfeld ausgeschlossen zu werden. Außerdem muss das Fasten nach der Schwangerschaft alleine nachgeholt werden.

Mangelnde Sprachkenntnisse und niedrige Schulbildung erschweren den Zugang zur muslimischen türkischen Patientin und behindern die Kommunikation zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin. Die Kenntnis der Kultur, Religion und des soziokulturellen Hintergrundes erleichtern eine gute Betreuung während Diagnostik und Therapie und vermeiden Missverständnisse mit muslimischen Patientinnen im Praxisalltag.

Drei Generationen türkisch-muslimischer Frauen und ihre Bildungseinstellungen

Canan Korucu-Rieger, Universität Bremen,
Fachbereich Erziehungs- und Bildungswissenschaften,
Arbeitsbereich Interkulturelle Bildung

Das Erkenntnisinteresse der hier vorgestellten Forschungsarbeit richtet sich auf die innerfamiliären Transformationsprozesse von Bildungseinstellungen bei Musliminnen mit türkischem Migrationshintergrund. Die forschungsleitenden Fragen lassen sich wie folgt zusammenfassen.

Inwiefern haben sich die Bildungseinstellungen von Musliminnen mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland während des Migrations- und Integrationsprozesses im Generationenvergleich gewandelt? Welche Einstellungen wurden beibehalten; welche wurden von den Akteurinnen im Zuge des Transformationsprozesses weiterentwickelt? Und welche Gründe liegen für die Veränderungen vor?

Der Drei-Generationenvergleich ermöglicht die Beantwortung der Fragen unter Berücksichtigung der familiären Ressourcen und der Bildungseinstellungen der jeweiligen Generation. In drei von sechs vorgesehenen Familien wurden jeweils die Großmütter, Töchter und Enkelinnen einzeln zu ihrer Bildungs- und Berufsbiografie unter den Bedingungen der Migration in narrativen Interviews befragt.

Im Folgenden sollen ausgewählte Ergebnisse zu den intergenerationalen Transformationsprozessen der Familie Aslan skizzenhaft vorgestellt werden.

Großmutter Adile (Migration nach Deutschland im Alter von 37 Jahren) wünscht sich durch die Migration eine Statusverbesserung bei gleichzeitigem Beibehalten familiärer Traditionen. Ihren Fleiß (in vielen verschiedenen Anstellungen tätig sein) und ihre Aufopferung für die Familie (trotz hoher körperlicher Belastung im Berufsleben

den Haushalt nicht zu vernachlässigen, ihrer Rolle als Gastgeberin gerecht zu werden sowie für Kinder und Ehemann zu sorgen) erwartet sie, neben einem erfolgreichen Bildungsabschluss und einer angehenden Berufstätigkeit, auch von den nachfolgenden Generationen. Allerdings ist sie sich der Erfordernisse einer hohen formalen Bildung nicht bewusst und kann aufgrund ihrer eigenen sehr niedrigen formalen Bildung keine Unterstützung anbieten.

Ihre Tochter Asuman (Migration nach Deutschland im Alter von 14 Jahren, nach Eheschließung Umzug in die Türkei, nach zehn Jahren Rückkehr in die BRD) eignet sich den starken Wunsch nach Statusverbesserung sowie materieller Besserstellung ihrer Mutter an. Diesen transformiert sie in eine verstärkte Bildungsorientierung. Sehr selbstständig und ohne elterliche Unterstützung gelingt ihr die soziale Mobilität durch eine hohe Bildungsmotivation und -anstrengung. Dabei hat sie die Bereitschaft, Anstrengungen auf sich zu nehmen und beharrlich zu sein, von ihrer Mutter übernommen.

Der weitere soziale Aufstieg bzw. der Stuserhalt der Familie soll durch den Bildungsaufstieg der eigenen Kinder, also der dritten Generation, erfolgen. So ist die zweite Generation „die treibende Kraft im Bildungsprozess der Töchter und Initiatorinnen für Statusformation“.¹

Enkelin Aylin (geboren in Deutschland, aufgewachsen in der Türkei, Migration nach Deutschland im Alter von 7 Jahren) erfüllt zwar den elterlichen Auftrag (Statusverbesserung der Mutter,



„Der weitere soziale Aufstieg bzw. der Stuserhalt der Familie soll durch den Bildungsaufstieg der eigenen Kinder, also der dritten Generation, erfolgen.“

Stuserhalt des Vaters, der in der Türkei als Anwalt tätig war), verbindet die Erfüllung gleichzeitig mit ihrer Ablösung vom Elternhaus. Die Ablösung soll durch einen Wegzug bzw. durch ein Studium in der Türkei, im Herkunftsland (der Eltern), erfolgen. Da sie in der Türkei – und nicht in einem anderen Land – studieren und leben möchte, riskiert sie keinen emotionalen Bruch mit ihren Eltern. Aylin bereitet sich über Monate auf die Zulassungsprüfungen der türkischen Universitäten vor und beginnt somit, ihren Lebensmittelpunkt fernab der Eltern zu konstruieren. Einerseits beweist sie ihren Eltern und Großeltern, dass eine Rückkehr möglich ist, andererseits kann sie ihre Individuation ohne die elterliche Kontrolle fortsetzen. Vor allem führt sie mit ihrer Remigration das intergenerationale Familienprojekt zur erfolgreichen Vollendung.

Mit der Falldarstellung der Familie Aslan wurde ein Ausschnitt aus einem laufenden Forschungsprojekt präsentiert, das für weitere Generationentriaden türkisch-muslimischer Migrantinnen nachweisen soll, wie intergenerationale Transformationsprozesse (hier am Beispiel von Bildung verdeutlicht) unter Bedingungen von Migration vonstat-

1 Gerner, Susanne (2010): „Da ist halt einfach so 'ne Bindung“. Familiäre Ablösungsprozesse junger Frauen im generationenübergreifenden Einwanderungskontext. In: Riegel, Christine; Geisen, Thomas (Hg.): Jugend, Zugehörigkeit und Migration. Subjektpositionierung im Kontext von Jugendkultur, Ethnizitäts- und Geschlechterkonstruktionen, 2., durchgesehene Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 229–248, Zitat S. 246

tengehen. Im Verlauf des Forschungsprojektes sollen Fallrekonstruktionen weiterer Familien erstellt und untereinander mit dem Ziel der Typologienbildung verglichen werden.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Eine einhellige Schlussfolgerung war, dass innerhalb der Migrationsgruppen die Unterschiede nach Milieus und nach Bildung zu beachten und unterschiedliche Wege der Vermittlung von Informationen, Aufklärung, Beratung und Behandlung zu gehen sind. Jugendliche, die in Deutschland aufgewachsen sind, sind zudem anders zu erreichen als Erwachsene, und Heiratsmigrantinnen befinden sich in einer besonderen Situation. Bei einer niedrigen Bildung, schlechten Deutschkenntnissen und/oder einem religiös verwurzelten Milieu ist es notwendig, dorthin zu gehen, wo sich die Zielgruppen ohnehin aufhalten und persönliche Ansprechpartner bereitzustellen, die den kulturellen Hintergrund verstehen. Dem medizinischen Kontext kommt hier eine große Bedeutung zu, da Ärzten und Ärztinnen Vertrauen entgegengebracht wird.

Bildung steht für Zukunftschancen in Deutschland. Eine Herausforderung ist somit die Berücksichtigung der Heterogenität nach Bildung. Gut gebildete osteuropäische Migrantinnen nutzen Broschüren, in Deutschland aufgewachsene Jugendliche sind überwiegend wie deutsche Jugendliche auch zu erreichen, bei türkischen Migrantinnen spielen Fernsehsender eine Rolle. Eine zweite Herausforderung ist es, die Veränderungen von Bildung und Milieuzugehörigkeit, insbesondere auch von religiöser Bindung, im Auge zu behalten, wenn sich in den Familien über die Generationen hinweg z.B. Bildungswege systematisch verändern. Das bedeutet, dass die Generationen – die Großeltern und Eltern – einbezogen und Weitergabe und Wandel beachtet werden sollten. Damit sind auch die differenzierenden Strategien regelmäßig daraufhin zu überprüfen, ob sich die Voraussetzungen verändert haben.

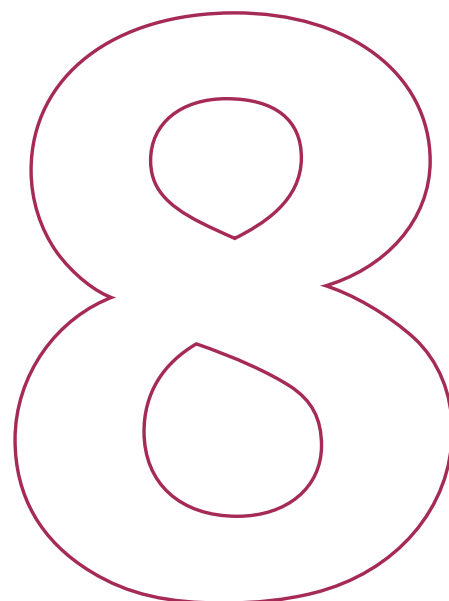
Migration als Herausforderung für die Familienpolitik auf kommunaler Ebene

Holger Wunderlich,
Ruhr-Universität Bochum,
Fakultät für Sozialwissenschaft,
Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung

Der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund liegt deutschlandweit bei ungefähr 20%. Familien mit Migrationshintergrund sind damit eine wichtige familien- und integrationspolitische Zielgruppe und stellen einen Schwerpunkt in der Familien- und Integrationsforschung dar. Zunehmend sind in diesem Zusammenhang integrierte Zugänge zu beobachten. Gemeint sind damit Zugänge einer migrationssensiblen Familienforschung und Familienpolitik und ebenso Zugänge der Migrationsforschung und Integrationspolitik mit dem Fokus auf Familie. Die BZgA-Studie „frauen leben: Familienplanung und Migration im Lebenslauf“ ist durch die explizite Berücksichtigung unterschiedlicher Migrationshintergründe bei Fragestellungen rund um das Thema „Familienplanung im Lebenslauf von Frauen“ dem Bereich migrationssensibler Familienforschung zuzurechnen.

Darüber hinaus berücksichtigt die Studie sozialräumliche Unterschiede. Sowohl beim Thema Familie als auch beim Thema Migration und insbesondere bei der Verknüpfung beider Themen spielt die kommunale Ebene eine herausgehobene Rolle. Ebenso wie sich in der familienpolitischen Diskussion die hohe Relevanz der kommunalen Ebene durchgesetzt hat (vgl. Schultz/Strohmeier/Wunderlich 2009), ist es im Diskurs über Integrationspolitik und Integrationsförderung zum Topos geworden, dass die (soziale) Integration von Migrantinnen und Migranten vor Ort stattfindet (vgl. Bade 2007: 54). Die Nichtintegration von Migrantinnen und Migranten wird zuerst in den Städten, Kreisen und Gemeinden sichtbar. Hier muss auch mit den „Folgen“ einer nicht gelingenden Integration „umgegangen“ werden. Zugleich bestehen hier aber auch besondere Chancen, die Integration erfolgreich zu gestalten. „Prozesse der (sozialen) Integration erfolgen [aber] genauso wenig in ‚die Kommune‘ hinein wie in ‚die Gesellschaft‘, sondern stets nur in differenzierte, lokal je spezifisch kombinierte Zusammenhänge“ (Bommes 2007: 117). Für eine passgenaue und möglichst integrierte Familien- und Integrationspolitik ist daher nicht nur die Berücksichtigung der lokalspezifischen Besonderheiten (bspw. des Arbeitsmarktes oder der Bildungslandschaft) wichtig, sondern insbesondere die Kenntnis darüber, welche Migrantinnen und Migranten vor Ort leben.

Workshops



Die Familie mit Migrationshintergrund gibt es nicht!

In der Regel wird ganz allgemein von den Familien mit Migrationshintergrund gesprochen. Die Familie mit Migrationshintergrund gibt es allerdings nicht. Unterscheiden wir die Familien nach ihrem Herkunftsland, so wird anhand verschiedener Studien deutlich, dass sich die sozioökonomischen Merkmale der Migrantinnen und Migranten je nach Herkunftsland zum Teil deutlich voneinander unterscheiden.

Für Nordrhein-Westfalen zeigen die Ergebnisse der kommunalen Familienberichterstattung, dass Familien mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich häufig zur (größer werdenden) Gruppe sozial benachteiligter Familien gehören. Sie haben überdurchschnittlich häufig einen niedrigen Bildungsstatus, arbeiten häufig in einer niedrigen beruflichen Stellung und haben häufig ein niedriges Einkommen (trotz Arbeit). Allerdings gibt es zum Teil deutliche Niveauunterschiede zwischen den Migrantengruppen und (damit verbunden) zwischen den Kommunen. Auf der einen Seite gibt es Kommunen wie beispielsweise Oberhausen, in denen sich die Familien mit Migrationshintergrund bezogen auf sozioökonomische Merkmale vergleichsweise wenig von den Familien ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Auf der anderen Seite gibt es Städte wie Gladbeck, in denen die Unterschiede vergleichsweise groß sind (vgl. Wunderlich 2008).

Neben diesen Unterschieden haben wir es in vielen Kommunen mit Segregationstendenzen zu tun. Segregation beschreibt die ungleiche Verteilung von Bevölkerungsgruppen in einem bestimmten Gebiet und die damit einhergehende Entmischung der Bevölkerung sowie die Konzentration von bestimmten Bevölkerungsgruppen in Teilgebieten. Bezogen auf Familien mit Migrationshintergrund ist in diesem Zusammenhang zu beobachten, dass die meisten von ihnen in (innerstädtischen oder innenstadtnahen) Quartieren mit einem vergleichsweise niedrigen sozialen Status oder in am Rand der Stadt gelegenen Quartieren des sozialen Wohnungsbaus der 1970er und 1980er Jahre wohnen. In der Stadt Mülheim an der Ruhr beispielsweise leben mehr als die Hälfte aller in Mülheim gemeldeten Nichtdeutschen in einem Drittel der Stadtteile. Von allen Deutschen in der Stadt wohnt in diesen innerstädtischen Stadtteilen nur ein Anteil von knapp 33% (Wunderlich/Lersch 2009).

Auch in der Studie „frauen leben“ hat sich mit Blick auf die einzelnen beteiligten Kommunen gezeigt, dass wir es mit Migrantengruppen mit unterschiedlichen Migrationsgeschichten und sich zum Teil deutlich voneinander unterscheidender sozialer Lage zu tun haben. Frauen mit türkischem Migrationshintergrund in Oberhausen haben andere Herausforderungen im Alltag zu bewältigen als Frauen mit (süd)osteuropäischem Migrationshintergrund in derselben Stadt oder mit dem gleichen Migrationshintergrund in Stuttgart. Daraus ergeben sich, je nach Region und Kommune, ganz unterschiedliche Anforderungen an die kommunale Familien- und Integrationspolitik.

Die kommunale Familien- und Integrationspolitik gibt es nicht!

Da es aber die Familie mit Migrationshintergrund nicht gibt, kann es auch die Familienpolitik und die Integrationspolitik nicht geben. Migrationssensible Familienpolitik in Oberhausen muss anders gestaltet werden als in den anderen an der Studie „frauen leben“ beteiligten Kommunen. Und Familien- und Integrationspolitik, die die Familien mit Migrationshintergrund in der Oberhausener Innenstadt erreicht, wird eine andere sein müssen als die, mit der die Familien mit Migrationshintergrund im eher bürgerlichen Norden von Oberhausen erreicht werden. Eine passgenaue und nachhaltige kommunale Familien- und Integrationspolitik muss sich an den (kleinräumigen) Differenzierungen der Lebenslage von Familien orientieren. Die erste Voraussetzung für Nachhaltigkeit ist also das flexible Eingehen auf die zielgruppenspezifischen Herausforderungen in der jeweiligen Kommune und den Quartieren der einzelnen Kommunen (vgl. Strohmeier/Wunderlich/Lersch 2009).



„Sowohl beim Thema Familie als auch beim Thema Migration und insbesondere bei der Verknüpfung beider Themen spielt die kommunale Ebene eine herausgehobene Rolle.“

Entscheidend ist darüber hinaus, dass die familien- und integrationspolitischen Bemühungen darauf abzielen, dass die in bestimmten Bereichen integrierten Migrantinnen und Migranten auch in anderen Lebensbereichen, bei denen es möglicherweise noch Integrationsbedarf gibt, eingebunden werden können. In den Arbeitsmarkt integrierte Migrantinnen und Migranten knüpfen nicht automatisch Sozialkontakte, nur weil sie erwerbstätig sind. Die Beherrschung der deutschen Sprache bleibt auch dann eine Voraussetzung für Sozialkontakte zu Mitgliedern der Mehrheitsgesellschaft. Kommunale Integrationsbemühungen, das zeigen auch die Ergebnisse der Studie „frauen leben“, müssen sowohl zielgruppenspezifisch als auch an den unterschiedlichen Integrationsdimensionen ausgerichtet werden (vgl. Wunderlich/Melzer 2008).

Familien- und Integrationspolitik sind auf kommunaler Ebene beides Querschnittspolitiken, die durch eine Vielzahl von beteiligten örtlichen, also über Politik- und Verwaltungszugehörigkeit hinausgehenden Agierenden geprägt sind. Fast alle Ämter in der Verwaltung und fast alle politischen Ausschüsse in einer Kommune haben mit familien- und integrationsrelevanten Themen zu tun. Querschnittspolitiken unterliegen in allen Kommunen aber den gleichen strukturellen Risiken. Auf der einen Seite besteht das Risiko der „strukturellen Nichtzuständigkeit“. Wenn alle „irgendwie“ beteiligt sind, besteht die Gefahr, dass sich niemand mehr richtig beteiligt. Auf der anderen Seite kann eine eindeutige Zuständigkeit einiger weniger bestimmter Akteurinnen und Akteure, bspw. einer/eines Familienbeauftragten oder eines Migrationsrates, dazu führen, dass die anderen Agierenden sich nicht mehr für die genannten Themen zuständig fühlen. Beides lässt sich möglicherweise überwinden, wenn Familiengerechtigkeit („family mainstreaming“) und „cultural mainstreaming“ zu obligatorischen Prüfkriterien werden. Bei politischen Konzepten

und Umsetzungsmaßnahmen wäre dann verpflichtend zu prüfen, ob „Familien unterschiedlicher nationaler, kultureller oder ethnischer Herkunft in ihren eventuell spezifischen Voraussetzungen, Lebensbedingungen und Orientierungen Berücksichtigung finden“ (Boos-Nünning 2004: 34).

Literatur:

- Bade, Klaus J. (2007): Versäumte Integrationschancen und nachholende Integrationspolitik. In: Bade, Klaus J./Hiesserich, Hans-Georg (Hg.): Nachholende Integrationspolitik und Gestaltungsperspektiven der Integrationspraxis. Göttingen: V&R unipress
- Bommers, Michael (2007): Kommunen und nachholende Integrationspolitik – Handlungsperspektiven und Handlungsspielräume, in: Bade, Klaus/Hiesserich, Hans-Georg (Hg.): Nachholende Integrationspolitik und Gestaltungsperspektiven der Integrationspraxis. Göttingen: V&R unipress
- Boos-Nünning, Ursula (2004): Familienpolitik und Familienforschung in der Einwanderungsgesellschaft. In: Krüger-Potratz, Marianne (Hg.): Familien in der Einwanderungsgesellschaft. Göttingen: V&R unipress
- Schultz, Annett/Strohmeier, Klaus Peter/Wunderlich, Holger (2009): Örtliche Familienpolitik – warum und wie? In: Blanke, Bernhard (Hg.): der moderne staat. Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management. http://www.faktorfamilie.de/faktor-familie/fileadmin/user_upload/faktor_uploads/l_Familienpolitik_dms1_2009.pdf
- Strohmeier, Klaus Peter/Wunderlich, Holger/Lersch, Philipp (2009): Kindheiten in Stadt(teil) und Familie. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Aus Politik und Zeitgeschichte 17. http://www.bpb.de/publikationen/7J3XHw0,Ungleiche_Kindheit.htm
- Wunderlich, Holger (2008): Soziale Lage von Familien mit Migrationshintergrund und Bildungsbeteiligung von Kindern mit Migrationshintergrund. www.familie-in-nrw.de/1878.0.html (letzter Zugriff am 15.07.11)
- Wunderlich, Holger/Lersch, Philipp (2009): Familien mit Migrationshintergrund in der Stadt Mülheim an der Ruhr. Unveröffentlichte Expertise
- Wunderlich, Holger/Melzer, Benjamin (2008): Komplementärauswertung Oberhausener Befragungen und Vernetzung der lokalen Kulturakteure

Beispielhafte Politik in Berlin, Nürnberg, Oberhausen und Stuttgart

Vier Kommunen haben als Kooperationspartner viel zum Erfolg der Studie „frauen leben – Familienplanung und Migration“ beigetragen: Berlin, Nürnberg, Oberhausen und Stuttgart. Im Gegenzug haben sie Daten über Bedarfslagen ihrer Einwohnerinnen mit türkischem und osteuropäischem Migrationshintergrund erhalten. Für das Forschungsteam war die Kooperation mit den Kommunen deswegen so wichtig, weil die Kommunen die entscheidende Umsetzungsebene von Angeboten sind und weil pauschale Aussagen für alle Kommunen angesichts der besonderen Profile der Kommunen wenig hilfreich sind.

Die vier Kommunen wurden ausgewählt, weil sie jeweils einen hohen Anteil an Bevölkerung mit Migrationshintergrund haben. Sie repräsentieren zudem, wenn man Einteilungen, z.B. der Bertelsmannstiftung folgt (<http://www.wegweiser-kommune.de>), unterschiedliche wirtschaftliche und demografische Rahmenbedingungen für eine kommunale Familien- und Integrationspolitik: Stuttgart gilt als prosperierend, Oberhausen als schrumpfend, Nürnberg als stabil und Berlin als aufstrebend.¹ Die vier Kommunen kamen auf der Tagung für einen Austausch zusammen und stellten einen kleinen, beispielhaften Ausschnitt ihres Engagements vor.

Berlin

Einwohnerzahl: 3.408 Mio. Menschen
Ausländische Bevölkerung: 13,8%
Personen mit Migrationshintergrund: 23,8%²

Nach Schätzungen der Stichprobenziehung für die Studie „frauen leben. Familienplanung und Migration im Lebenslauf“ lebten in Berlin 2007 ca. 24.000 Frauen mit türkischer Staatsbürgerschaft im Alter zwischen 20 und 44 Jahren und ca. 12.000 Frauen aus ehemaligen GUS-Staaten im Alter zwischen 15 und 44 Jahren.

Gestaltung und Abstimmung der Integrationspolitik des Senats ist ressortübergreifende Aufgabe des Beauftragten für Integration und Migration. In dem bei dem Integrationsbeauftragten angesiedelten Landesbeirat für Integrations- und Migrationsfragen (mit beratender Funktion; gemäß Partizipations- und Integrationsgesetz von Berlin) haben Vertreter und Vertreterinnen von Migrationsgruppen Stimmrecht. Schwerpunkte des Berliner Integrationskonzepts von 2005 (Weiterentwicklung 2007) sind die Partizipation von Migranten und Migrantinnen, Kooperation in Abstimmungsgremien und Arbeitskonferenzen mit wichtigen Agierenden auf Bezirks- und auf Landesebene sowie quartiersbezogene Aktivitäten.

Nürnberg

Einwohnerzahl: 501.000 Menschen
Ausländische Bevölkerung: 20,2%
Personen mit Migrationshintergrund: 38,3%³

2007, zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung für die Studie „frauen leben. Familienplanung und Migration im Lebenslauf“⁴, lebten in Nürnberg ca. 4.700 Frauen mit türkischer Staatsbürgerschaft und ca. 4.600 Aussiedlerinnen aus ehemaligen GUS-Staaten, jeweils im Alter zwischen 20 und 44 Jahren.

Integrationspolitik ist in Nürnberg Querschnittsaufgabe. Auf Verwaltungsebene wird sie von einer Koordinierungsgruppe „Integration“, in der alle Referate und Geschäftsbereiche der Stadt vertreten sind, übergreifend geplant. Ihre inhaltliche Arbeit wird vom „Kuratorium für Integration und Menschenrechte“ beratend begleitet, in dem alle maßgeblichen gesellschaftlichen Kräfte vertreten sind. Auf Stadtratssebene beschäftigt sich die „Kommission für Integration“ mit allen einschlägigen Fragestellungen. Der „Nürnberger Rat für Integration und Zuwanderung“ (bis 2010: Ausländerbeirat bzw. Aussiedlerbeirat) nimmt Stellung zu allen integrationsbezogenen Themen. Seit 2011 findet jährlich eine „Nürnberger Integrationskonferenz“ statt.⁵

Oberhausen

Einwohnerzahl: 217.000 Menschen
Ausländische Bevölkerung: 13%⁶
Personen mit Migrationshintergrund: 23,3%⁷

2007, zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung für die Studie „frauen leben. Familienplanung und Migration im Lebenslauf“⁸, lebten in Oberhausen ca. 2.300 Frauen mit türkischer Staatsbürgerschaft und ca. 1.700 Ausländerinnen aus ex-sozialistischen Staaten in Ost- bzw. Südosteuropa, jeweils im Alter zwischen 20 und 44 Jahren.

In Oberhausen ist das Thema Migration/Integration als Querschnittsaufgabe gegenwärtig in der „Koordinierungsstelle Integration“ im Dezernat für Familie, Bildung, Soziales angesiedelt. Die

- 1 Es wurde keine Großstadt in den Neuen Bundesländern angefragt, da der Anteil an Migrantinnen dort zu gering ist. Die vorgegebene Stichprobengröße benötigte eine Mindestgröße der Grundgesamtheit.
- 2 Alle Angaben: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2009
- 3 Alle Angaben: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2009
- 4 Der Auswertungsbericht der Studie „frauen leben“ für Nürnberg ist als download unter http://www.nuernberg.de/imperia/md/statistik/dokumente/veroeffentlichungen/berichte/umfragen/migrantinnen_2008_ergebnisse.pdf erhältlich.
- 5 Nähere Informationen zur Integrationspolitik Nürnbergs finden sich unter www.integration.nuernberg.de
- 6 Ministerium für Generationen, Familien, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (MGFFI) (2009)
- 7 Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (2009)
- 8 Der Auswertungsbericht der Studie „frauen leben“ für Oberhausen ist als download unter http://www.oberhausen.de/downloads/Studie_Frauenleben.pdf erhältlich

Koordinierungsstelle und das Familienbüro führen ihre Arbeit zukünftig mit weiteren kommunalen Stellen (z.B. Gleichstellungsstelle) im „Büro für Chancengleichheit“ zusammen. Ein Integrationsrat wirkt am kommunalen Willensbildungsprozess mit; seine Mitglieder gehören dem direkt von Ausländern und Ausländerinnen gewählten Ausländerbeirat an. Oberhausen erarbeitete ein „Leitbild zur Integration“ und, unter breiter Beteiligung der Bevölkerung, ein „Kommunales Integrationskonzept“⁹ als Bestandsaufnahme und Arbeitsgrundlage für das Handeln von Politik und Verwaltung. Zentrale Anliegen sind Sozialraumorientierung, Selbstorganisation/Partizipation sowie die interkulturelle Öffnung der Verwaltung und der Regeldienste.

Stuttgart

Einwohnerzahl: 595.000 Menschen

Ausländische Bevölkerung: 21,8%

Personen mit Migrationshintergrund: 37,3%¹⁰

2007, zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung für die Studie „frauen leben. Familienplanung und Migration im Lebenslauf“, lebten in Oberhausen ca. 4.400 Frauen mit türkischer Staatsbürgerschaft und ca. 4.800 Aussiedlerinnen aus den ehemaligen GUS-Staaten jeweils im Alter zwischen 20 und 44 Jahren.

In Stuttgart ist die Migrations- und Integrationspolitik als Gesamtstrategie in allen Bereichen des öffentlichen Lebens in einer „Stabsstelle für Integration“ angesiedelt und diese ist der Verwaltungsspitze zugeordnet. Die spezifische Gender- und Diversityproblematik im Rahmen der Migrations- und Integrationspolitik ist bei der „Stabsstelle für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern“ angesiedelt, die direkt dem Oberbürgermeister unterstellt ist. 2001 wurde vom Gemeinderat das integrationspolitische Gesamtkonzept „Bündnis für Integration“ als Leitbild, Maßnahmenpapier und politischer Auftrag verabschiedet. Schwerpunkte sind Partizipation und Chancengleichheit sowie Integrationspolitik als Standortfaktor der Stadt im globalen Wettbewerb und im demografischen Wandel.¹¹

Beispielhafte Praxis in Berlin, Nürnberg, Oberhausen und Stuttgart

Die Beispiele zeigen Aktivitäten auf unterschiedlichen Ebenen. Sie sind nur ein kleiner Ausschnitt aus der Vielfalt der Aktivitäten aller vier Kommunen.

Kommunale Umfragesysteme und Integrationsmonitoring

Oberhausen. In Oberhausen gibt es eine ausgefeilte Tradition, der Familien- und Integrationspolitik – so auch der Erarbeitung des „Kommunalen Integrationskonzepts“ – statistische, kommunal erhobene und repräsentative Daten für eine Bestandsaufnahme und

9 Stadt Oberhausen 2006

10 Alle Angaben: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2009

11 Nähere Informationen unter www.demographiekonkret.aktion2050.de

12 Der Auswertungsbericht der Studie „frauen leben“ für Oberhausen ist als download unter http://www.oberhausen.de/downloads/Studie_Frauenleben.pdf erhältlich

für entsprechende kommunalpolitische Konzeptentwicklung zu liefern. Es werden regelmäßig Familienbefragungen (2005, 2010) und Migrantinnen/Migranten-Befragungen (2006, 2009) vom Bereich Statistik und Wahlen durchgeführt. Speziell wurde ein Integrationsmonitoring im Rahmen eines integrierten Stadtentwicklungskonzeptes entwickelt, das Indikatoren der Integration in verschiedenen Dimensionen turnusmäßig überprüft und Entwicklungen im Zeitverlauf feststellen kann. Besonders von Interesse sind kleinräumige Vergleiche von Stadtteilen bzw. Sozialräumen, z.B. bezogen auf Einkommen, Zufriedenheit, Kinderzahl oder Wohnraumversorgung. Auch die Sonderauswertung von „frauen leben. Familienplanung und Migration im Lebenslauf“ für Oberhausen¹² gehört als Baustein zu diesem Umfragesystem.

Koordinationsstelle „Migration und Gesundheit“

Nürnberg. Das Projekt „Koordinationsstelle Migration und Gesundheit für russischsprachige und türkische Migrantinnen und Migranten“ wurde mit der Unterstützung des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) 12/2006 bis 12/2009 am Gesundheitsamt Nürnberg durchgeführt. Hauptzielgruppe waren Menschen mit russischsprachigem und türkischem Migrationshintergrund, die einer verstärkten niedrigschwelligen Information über die deutsche Gesundheitsversorgung und einer Unterstützung bzw. Hinführung zu den entsprechenden Angeboten zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Themen bedürfen. Die Koordinierungsstelle entwickelte viele Aktivitäten, u.a. einen Gesundheitswegweiser „Gesundheit aktuell“ und anderes muttersprachliches Informationsmaterial, Veranstaltungen und die Ausbildung von interkulturellen Mediatorinnen und Mediatoren für die Aids-Beratung. Die Koordinierungsstelle hatte im Gesundheitsamt eine koordinierende Brückenfunktion und hielt abrufbereit sprachliche und kulturelle



le Vermittlungsmöglichkeiten bereit. In der Folge wurde 2009 der Arbeitsbereich „Migrationsbezogene Gesundheitsförderung“ am Gesundheitsamt als Regeldienst eingerichtet mit dem Ziel der Erhaltung, Unterstützung und Förderung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Nürnberg.

Vernetzungs- und Kompetenzgruppe zu Migrantinnen „Migrantinnen in Beschäftigung“

Stuttgart. Der Aufbau einer Kompetenzgruppe „Migrantinnen in Beschäftigung in Stuttgart“ (MIBIS) ist Teil neuer lokaler, landes- und bundesweiter Abstimmungsstrategien und Kooperationsvereinbarungen, die Migrantinnen de facto Beschäftigung ermöglichen. Die Möglichkeit der späteren qualifizierten Beschäftigung von Migrantinnen beginnt mit spezifischen Kita-Angeboten sowie Schul- und Berufsorientierungsmaßnahmen. Im Trägernetzwerk zur Qualifikation von Migrantinnen, dem entsprechende Institutionen aus Bildung, Wirtschaft, kommunalen Ämtern und Politik angehören, wird den besonderen Anforderungen der Frauen Rechnung getragen. Der durch Gemeinderatsbeschluss und Controlling verbindliche Aufbau eines kommunalen Gender-Mainstreaming-Managements soll Migrantinnen nicht nur innerhalb der Personalpolitik der Stadt Stuttgart als wichtige Zielgruppe fokussieren, sondern auch die Dienstleistungen entsprechend ausrichten und abstimmen. Mit der Einrichtung und Koordinierung einer umfassenden Kompetenzgruppe sollen kommunale Strategien und Maßnahmen stärker verzahnt, abgestimmt und messbar gemacht werden.

Arbeitskreis Neue Erziehung e.V. (ANE) – Elternbriefe

Berlin. Der Verein ANE unterstützt seit mehr als 60 Jahren Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder mit verschiedenen Angeboten. Eines der bekanntesten Angebote sind die Elternbriefe. Insgesamt 46 von diesen erhalten Berliner Eltern von der Geburt bis zum 8. Geburtstag ihres Kindes kostenlos per Post zugeschickt. Nichtortsansässige können die Elternbriefe gegen einen kleinen Unkostenbeitrag ebenfalls abonnieren. Neben den deutschen Elternbriefen sind auch türkisch-deutsche Elternbriefe in Form einer Familiengeschichte in 16 Folgen und zwei Sprachen erhältlich. Ziel des Angebots von ANE ist die Erziehung von Kindern zu selbstbewussten und wachen Mitgliedern einer demokratischen Gesellschaft in Europa. Die soziale oder ethnische Herkunft der Eltern ist dabei unerheblich.¹³

Stadtteilmütter in Neukölln

Berlin. 2004 startete das Pilotprojekt „Stadtteilmütter in Neukölln“ vom Diakonischen Werk Neukölln-Oberspree e.V. Neuköllner Migrantinnen vorwiegend türkischer und arabischer Herkunft, die selbst im Stadtteil leben, einen eigenen Migrationshintergrund sowie eigene Kinder haben, werden zu Stadtteilmüttern in zehn Themenbereichen ausgebildet: Erziehung, Bildung, Gesundheit, Sexualität, Einwanderung, Sprache, Arbeit, Recht und gezielte Förderung von Kindern und Jugendlichen. Als sogenannte Peer-Beraterinnen agieren sie nach einem lebensweltorientierten Ansatz. Sie unterstützen Familien im Stadtteil durch Hausbesuche mit zweisprachigem Informationsmaterial und qualifizieren interessierte Migrantinnen zu semi-professionellen Helferinnen, denen dadurch ein Zugang zu entlohnter Beschäftigung ermöglicht wird (Koch 2010, Witt 2007). Das Projekt gewinnt mit dem Konzept der niedrighwelligen Familienarbeit im Milieu der eigenen Community Zugang auch zu schwer erreichbaren Familien und ist sehr erfolgreich. Große Weiterentwicklungspotenziale werden in der Kooperation mit Arztpraxen gesehen.

Literatur:

- Koch, Liv-Berit (2010): Evaluation des Modellprojektes „Stadtteilmütter gehen in die Schule“. Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse. Download unter: http://www.berlin.de/imperia/md/content/baneukoelln/2009pdf/qm/stadtteilmuetter_evaluation.pdf?start&ts=1298381425&file=stadtteilmuetter_evaluation.pdf [Stand 25.07.2011]
- Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (2009): Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen nach Migrationsstatus 2005, 2007 und 2008. Download unter: http://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2009/pdf/140_09.pdf
- Ministerium für Generationen, Familien, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (MGFFI) (2009): Zuwanderungsstatistik Nordrhein-Westfalen 2008. Düsseldorf. Download unter: <https://webshop.it.nrw.de/gratis/A149%20200800.pdf>
- Stadt Oberhausen (2006): Kommunales Integrationskonzept Oberhausen. Oberhausen
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.) (2009): Bevölkerung nach Migrationsstatus regional. Ergebnisse des Mikrozensus 2007. Wiesbaden: Hessisches Statistisches Landesamt
- Witt, Tabea (2007): Der Name ist Programm: Das Projekt Stadtteilmütter. Download unter: <http://www.buergergesellschaft.de/praxishilfen/sozialraumorientierte-interkulturelle-arbeit/beispiele-gelingender-praxis/stadtteilmuetter/106581/>

¹³ Nähere Informationen zu dem Angebot finden sich unter www.ane.de



Familienplanung und Migration: Entwicklungen, Diskussionen und Zugänge in den Nachbarländern Niederlande, Österreich und Schweiz

Moderation: Olaf Kapella, Österreichisches Institut für Familienforschung, Universität Wien



Die europäischen Länder haben – als Folge ihrer jeweiligen Zuwanderungspolitik – spezifische Migrationsprofile, die vom Zeitpunkt der Zuwanderung und von den jeweiligen Landesbedingungen geprägt sind. Entsprechend kann viel von einem Austausch untereinander gelernt werden. Die drei Beiträge berichteten aus Österreich (*Olaf Kapella*), den Niederlanden (*Dr. Ineke*

van der Vlugt) und der Schweiz (*Dr. med. Marina Costa und Prof. Dr. med. MPH Elisabeth Zemp Stutz*) – mit allgemeinen Aspekten, Forschungsergebnissen und Praxisbeispielen.

In Österreich

Die Deutschen bilden die größte Zuwanderungsgruppe; sie werden aber nicht „mitgemeint“, wenn von Migranten die Rede ist. Weitere große Migrationsgruppen kommen aus Serbien/Montenegro und aus der Türkei.

Die soziale Lage der Zugewanderten, insbesondere der aus der Türkei Migrierten, ist überwiegend schwierig.

Es liegen wenig gesicherte Forschungsdaten zu Familienplanung bei Migrantinnen aus der Türkei vor.

In den Niederlanden

Aufgrund der Kolonialgeschichte bilden neben den türkischen und marokkanischen Zuwanderern die aus Surinam und den Antillen Migrierten die größten Zuwanderungsgruppen.

Migranten und Migrantinnen aus Surinam und den Antillen sind besser integriert, insbesondere in der zweiten Generation, als die aus der Türkei und Marokko.

Partnerwahl, Lebensformen, Sexualität, Kontrazeption und Schwangerschaftsabbruch sind wichtige Themen in der Sexualaufklärung. Es gibt eine Reihe von Projekten, auch unter Nutzung des Internets, die diese Themen an Frauen und Männer mit Migrationshintergrund vermitteln.

In der Schweiz

Innerhalb Europas weist die Schweiz den höchsten Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung aus. Die wichtigsten Herkunftsländer sind Kosovo, Italien, Deutschland und die Türkei sowie afrikanische Länder und der Nahe Osten.

Die soziale Lage ist für die einzelnen Migrationsgruppen sehr unterschiedlich.

Probleme der Familienplanung sind eine geringe Nutzung von Präventionsangeboten, ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche sowie mangelnde Verhütung. Projekte werden entwickelt von PLANeS (Schweizerische Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Nach den Präsentationen aus den Niederlanden, Österreich und der Schweiz wurden – unter Einbezug der Situation in Deutschland – gemeinsam Schlussfolgerungen gezogen.

Es gibt Gruppen, die in allen Ländern zu wenig Beachtung finden. Dazu gehören vor allem **illegale Migranten und Migrantinnen**: Sie sind in jedem der vorgestellten Länder präsent und in unterschiedlicher Hinsicht eine schwer erreichbare Gruppe. Einerseits ist Forschung über diese spezifische Gruppe von Migranten und Migrantinnen kaum vorhanden. (Das stellt u.a. auch forschungsethisch eine Herausforderung dar, in Hinblick auf Anonymität und mögliche Konsequenzen, wenn sie „sichtbar“ werden und auch aus methodischen Problemen der Erreichbarkeit). Andererseits ist die Gruppe durch Angebote und Unterstützungsleistungen oft schwer erreichbar. Derzeit läuft in Berlin eine ethnologische Studie zu dieser Gruppe von Migranten und Migrantinnen. Auch fehlen Ansätze für die Präventionsarbeit mit **Kindern aus Migrationsfamilien**.

Zentrale Frage in der Diskussion war die **Gestaltung der Maßnahmen**. Sollten diese z.B. in der Sprache des Herkunftslandes gestaltet sein oder nur ergänzend als Information in der Sprache des Ziellandes angeboten werden? Konsens bestand darin, bei der Ausgestaltung der Maßnahmen oder Informationen den interkulturellen Kontext und spezifischen Hintergrund der Bevölkerungsgruppe mit zu denken und die Vielschichtigkeit deutlich zu machen.

Verbunden damit ist die Forderung und Förderung von **Kompetenz in der Arbeit mit Migranten und Migrantinnen**: Personen, die mit ihnen arbeiten, brauchen eine Expertise in der Gesundheitsaufklärung und zu den unterschiedlichen Konzepten und Vorstellungen von und über Sexualität. Für die Beratungsarbeit ist es hilfreich, wenn eine Person zum Übersetzen zur Verfügung steht. Allerdings ist eine interkulturelle Kompetenz der vermittelnden Person von zentralerer Bedeutung.

Inhaltlich wurde die **Einbeziehung des sozialen und familialen Netzwerkes** empfohlen: In der Arbeit (Beratung, Prävention) mit Migranten und Migrantinnen ist es hilfreich, Personen aus dem familialen bzw. sozialen Kontext mit einzubeziehen, z.B. Cousine und Cousin. Damit ist eine bessere Erreichbarkeit, höhere Nachhaltigkeit und ein höherer Grad der Vermittlung zu erzielen.

Als wichtig erachtet wurden das **Monitoring der Maßnahmen** sowie auch die **Evaluierung im Hinblick auf das Erreichen der gewünschten Zielgruppe**. Abstand wurde in der Diskussion von einer Evaluierung im Sinne einer Effizienz- bzw. Wirkungsanalyse genommen, da der Themenbereich der Sexualität und des reproduktiven Verhaltens zu komplex ist, um ihn auf eine „einfache“ Überprüfbarkeit herunterzubrechen. **Qualitätssicherung** der Maßnahmen sollte ebenfalls ein Aspekt sein.

Es sollte eine ergiebige **ländervergleichende Forschung in Europa** verankert werden, die in einer Verlaufsperspektive den offenen Fragen der Familienentwicklung in der Migration nachgeht.



**Offene Fragen und
notwendige Entwicklungen –
Perspektiven von Experten
und Expertinnen aus
unterschiedlichen Arbeits-
bereichen**



Experten runde

Experten runde

Offene Fragen und notwendige Entwicklungen – Perspektiven von Experten und Expertinnen aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen

Moderation:
Birgit Dederichs-Bein, Köln

Die Tagung förderte den Austausch und die Vernetzung unter unterschiedlichen Berufsgruppen, die mit der reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen befasst sind. Auf dem Podium diskutierten Vertreter und Vertreterinnen der Medizin, der Sexualaufklärung und Beratung, der politischen Verwaltung und der Forschung miteinander und stellten fest, wie ihre jeweiligen Perspektiven sich ergänzen und wo und wie sie zusammenarbeiten (können).

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Diskussion

- Für die Konzipierung und Gestaltung der Sexualaufklärung auf Bundesebene als Aufgabe der BZgA: **Eckhard Schroll**, Leiter der Abteilung für Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung und Leiter des Nationalen Zentrums für frühe Hilfen
- Für den gynäkologisch-geburtshilflichen Bereich: **Prof. Dr. Heribert Kentenich**, Professor an der Humboldt-Universität Berlin mit Arbeitsschwerpunkt Migration und Frauenheilkunde, Chefarzt der DRK-Frauenklinik Westend, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer
- Für die Gestaltung der Schwangerschaftsberatung auf Bundesebene: **Sabine Fährdrich**, Vertreterin des Fachbereichs katholischer Schwangerschaftsberatung im Caritasverband auf Bundesebene, Referentin für Schwangerschaftsberatung im Referat Familie und Generation mit Arbeitsschwerpunkt politische Lobbyarbeit sowie Schwangerschaft und Armut
- Für den Bereich der Familien- und Schwangerschaftsberatung auf Länderebene: **Sybill Schulz**, Geschäftsführerin des Berliner Familienplanungszentrum – BALANCE, Sprecherin Netzwerk Frauengesundheit Berlin, Trainerin für interkulturelle Kompetenz, Coach und Supervisorin – in der Beratung zu reproduktiver und sexueller Gesundheit
- Für die Perspektive der politischen Verwaltung: **Barbara Buck-Malchus**, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz des Landes Berlin, Ärztin, Arbeitsschwerpunkt Strukturfolgen der gesundheitlichen Versorgung und der

Familienplanung auf Länderebene. Zuständig für die Umsetzung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes bezüglich der vorzuhaltenden Beratungsangebote (in dem Spektrum von Sexualaufklärung über Pränataldiagnostische Beratung bis zur Begleitung nach der Schwangerschaft) in Berlin

- Für die Perspektive der Forschung zu Familienplanung: **Prof. Dr. Cornelia Helfferich**, Professorin an der Evangelischen Hochschule Freiburg und Leiterin des Sozialwissenschaftlichen FrauenForschungsInstituts, Freiburg, Mitglied der Sachverständigenkommission für den Ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung

1 Identifizierung von Problemen und offenen Fragen aus der Perspektive der beteiligten professionellen Arbeits- und Aufgabengebiete auf nationaler, länder-spezifischer und lokaler Ebene

Im Alltag von professionell Tätigen stehen je nach Arbeitsgebiet hinsichtlich „Migration“ unterschiedliche Probleme und Handlungsbedarfe im Vordergrund. Insgesamt ergibt sich aus der Diskussion das Bild einer Bandbreite von offenen Fragen mit Ergänzungen und Überlappungen der Perspektiven, die zusammengenommen in Richtung sinnvoller und notwendiger Kooperationen weisen.

Die Arbeit der **BZgA** dient dem Ziel, Jugendliche und Erwachsene zu befähigen, ihre Sexualität verantwortlich zu leben und Fragen der Familienplanung selbstbestimmt zu entscheiden – so wie es die internationalen Konventionen und die WHO unter dem Begriff der „reproduktiven und sexuellen Gesundheit“ verstehen. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn Maßnahmen die Adressaten und Adressatinnen erreichen. Und erreicht werden unterschiedlichen Gruppen nur, wenn ihre Lebensweisen berücksichtigt werden und die Ansprache in einer spezifischen Weise angemessen ist. (**Schroll**)

Im **geburtshilflich-medizinischen Bereich** sind vor allem positive Entwicklungen zu beobachten, besonders bei den Indikatoren der Gesundheit von Mutter und Kind und beim Zugang zu einer Sterilitätsbehandlung. Ein großes Problem sind aber die unzureichende Kontrazeption und die in der Folge eintretenden ungewollten Schwangerschaften. Als ein neues Problem erweist sich auch der „Reproduktions-tourismus“, d.h. Frauen migrieren in ein anderes Land wegen einer Eizellspende oder Frauen kommen wegen einer Sterilitätsbehandlung nach Deutschland, bringen aber äußerst unzureichende Vorstellungen vom weiblichen Körper mit. Ein weiteres bislang kaum beachtetes Problem ist die ärztliche Versorgung von Migrantinnen ohne Papiere, also Frauen, die sich illegal in Deutschland aufhalten. (**Kentenich**)

Aus der Perspektive der **Organisation der Schwangerschaftsberatung auf Bundesebene** liegt das größte Problem darin, dass von den etwa 100.000 Frauen, die in den katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen Rat suchen, etwa die Hälfte einen Migrationshintergrund hat und in dieser Gruppe wiederum 80% keinen Berufsabschluss haben. Daraus folgt, dass es bei der Schwangerschaftsberatung vor allem um Fragen der Existenzsicherung geht und darum, das Zusammenspiel von fehlender Bildung, fehlender Arbeitsmarktintegration, fehlenden Teilhabechancen und dem daraus resultierenden Gefühl sozialer und gesellschaftlicher Ausgrenzung zu durchbrechen. (**Fähndrich**)

In der Praxis der **Schwangerschaftsberatung auf Länderebene (und in der Großstadt Berlin)** wird als großes Problem gesehen, dass in die Unterstützung von Migrantinnen bei Fragen der sexuellen und re-

produktiven Gesundheit und bei der Beratung zu Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen oft eine interkulturelle Kompetenz fehlt. Dies gilt insbesondere bei einem Problem, das bislang kaum angesprochen wurde: die weibliche Genitalverstümmelung. Hier gibt es viele Fragen auch bei Gynäkologinnen und Gynäkologen, die die Ansprechpersonen der Beratung sind. Da die Frauen meist wegen Komplikationen und Beschwerden kommen, kann die Beratung nur klären, welche Schwierigkeiten vorliegen, und Maßnahmen einleiten oder geeignete Anlaufstellen suchen. Ein weiteres großes Problem sieht die Beratung im Versorgungs- und Beratungsbedarf von nicht-versicherten Migrantinnen. (**Schulz**)

Die **politische Verwaltung, speziell die Senatsverwaltung in Berlin**, ist zuständig für die Umsetzung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes bezüglich der vorzuhaltenden Beratungsangebote. Sie identifiziert das Problem, dass Daten auch zu komplexen Fragen, über die existierenden Dokumentationen der Beratungstätigkeit und die Beratungsstellen hinaus, fehlen. Sie sind aber notwendig, um Defizite zu erkennen und sie mit passgenauen Beratungsangeboten zu beheben. Weiterhin sind Kooperation und Austausch ein wichtiges Thema, um Angebote vorzuhalten und Zugangsschwellen zu senken. Großer Handlungsbedarf, der nur kooperativ angegangen werden kann, besteht bei der Frage mangelnder Bildung, denn Schwangerschaftsabbrüche, Säuglingssterblichkeit und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen allgemein sind mit niedrigem sozialem Status und niedriger Bildung verbunden – und dies findet sich häufig bei Migrantinnen. (**Buck-Malchus**)

Aus Sicht der **Forschung** sind noch viele Fragen offen. Es fehlt vor allem Wissen über die Familienplanung im Lebenslauf von Männern mit Migrationshintergrund, denn die Familienplanung ist eingebettet in Paarbeziehungen. Als Problem identifiziert wird das verglichen mit Frauen ohne Migrationshintergrund jüngere Alter von Migrantinnen bei der Geburt des ersten Kindes, denn damit sind Nachteile bezogen auf eine spätere Berufstätigkeit und gesellschaftliche Teilhabe verbunden. Dies gilt insbesondere dann, wenn Migrantinnen zum Zeitpunkt der Familiengründung ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen haben. Hier ergeben sich entsprechende Aufgaben der Bildungspolitik. Als Problemfeld wissenschaftlich zu erforschen sind zudem die Geschlechterbeziehungen zwischen jungen Frauen und Männern mit Migrationshintergrund. Zum einen sind die Mädchen weniger an der klassischen Rollenaufteilung interessiert als Jungen, zum anderen gibt es auch bei innerethnischen Heiraten zwischen der ersten und der zweiten Generation Konfliktpotenziale. (**Helfferich**)

2 Die Erreichbarkeit von Migrantinnen und die Bedeutung muttersprachlicher Angebote

In einer zweiten Diskussionsrunde fand ein Austausch zu Strategien statt, wie man Migrantinnen erreicht, welche passgenauen Angebote erforderlich sind und wie Hemmschwellen abgebaut werden können. Speziell wurde die Frage angeschnitten, ob und mit welcher Perspektive muttersprachliche Angebote (für wen) notwendig sind. Schaffen sie Parallelstrukturen, die die Integration erschweren, oder sind sie selbstverständliche Notwendigkeit in einer pluralen Angebotsgesellschaft? Das Fazit unterstreicht die Notwendigkeit vielfältiger Zugänge, eine Zweigleisigkeit von speziellen Zugängen zu Migrantinnen und Migranten einerseits und Einbezug in Regelangebote andererseits als pragmatische Antwort auf die Gegebenheiten.

Die Erreichbarkeit von Migrantinnen ist für die Medizin kein Problem: Migrantinnen wenden sich häufig an Ärzte und Ärztinnen. Sie sind die erste Anlaufstelle. In der Frauenarztpraxis, so die Erfahrung von Heribert Kentenich, sind Migrantinnen, was Schwangerschaft und Geburt angeht, gut angebunden und auch die sprachliche Verständigung ist nicht das Hauptproblem. Das gilt auch für den Bereich der Sterilitätsberatung, für die die BZgA die Entwicklung von muttersprachlichen Angeboten auf gutem Niveau unterstützt hat.



Das größere Problem sind das Gesundheitsverhalten – etwa das Rauchen und Trinken in der Schwangerschaft – und die unzureichende Verhütung. Es ist also nicht die Frage, wie Migrantinnen allgemein erreicht werden können, sondern wie das Gesundheitsverhalten verbessert werden kann. Dies ist aber ein Problem der sozialen Schicht, nicht nur der ethnischen Herkunft. Aus den Überlegungen folgt die Notwendigkeit einer Kooperation zwischen dem medizinischen Sektor und Beratungsstellen. (Kentenich)

Für die Beratungsstellen, so Sybill Schulz, ist die Erreichbarkeit von Migrantinnen dagegen ein wichtiges Thema und es werden viele Zugangswege genutzt. Die Beratungsangebote werden mit Flyern, im Internet und mit Präsentationen oder in Zeitschriften und Medien – muttersprachlich oder deutsch – veröffentlicht. Eine parallel verfolgte Strategie ist aufsuchende und zugehende Arbeit. Ein Beispiel dafür: Vietnamesische Frauen wurden in einem Community-Treffpunkt aufgesucht und eine Informationsveranstaltung zu Schwangerschaft, Schwangerenvorsorge und frühzeitiger medizinischer Versorgung wurde durchgeführt. In der Folge wurde auch der Zugang zu Beratung für diese Frauen leichter. Ein sicherer Weg ist es zudem, junge Menschen außerhalb des Settings Schule über sexualpädagogische Aufklärung und entsprechende jugendgemäße Materialien anzusprechen, so dass sie sich zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen von Teenagerberatung, gynäkologischer Sprechstunde, Verhütungsberatung Rat holen. Ein weiterer Zugangsweg sind migrantenspezifische, z.B. muttersprachliche und kulturspezifische Angebote im Internet

oder die E-Mail-Beratung, die viele Migranten und Migrantinnen in Anspruch nehmen, um Informationen über Beratungsangebote bzw. Beratungen direkt online zu erhalten. Und schließlich setzt die Beratungsstelle stark auf Vernetzung, die sich in den letzten Jahren sehr gut entwickelt hat. Die Beratungsstelle hat eine gute Kenntnis über die Angebotslandschaft der Gesundheits- und Sozialprojekte sowie staatlicher Anlaufstellen in Berlin und sie hat einen Überblick, wer zu welchem Thema welche Zielgruppe berät. Dieses Wissen wird genutzt, um Ratsuchende umgehend zu vermitteln, um die Hemmschwellen der Inanspruchnahme zu überwinden und das geeignete Setting mit adäquater, zum Teil multiprofessionaler Fachkompetenz zur Verfügung zu stellen. (Schulz)

Zur Ausrichtung der Schwangerschaftsberatung in katholischer Trägerschaft berichtete Sabine Fähndrich über die Entwicklung von mehreren Strategien, Migrantinnen, auch Migrantinnen mit einer niedrigen Qualifikation, zu erreichen: Erstens gibt es in der Schwangerenberatung die Möglichkeit der Einzelfallberatung. Zweitens werden junge Menschen mit sexualpädagogischen Angeboten in der Schule und in der außerschulischen Jugendhilfe erreicht. Als Drittes sind flankierende, spezifische Angebote der Schwangerenberatung, die sich an junge Eltern oder Alleinerziehende richten, und Treffpunkte in den Stadtteilzentren zu nennen. Die Schwangerschaftsberatung selbst ist ein niedrigschwelliger, nichtstigmatisierender Zugang, der an ein Ereignis anknüpft, das nicht problematisiert wird. Auch muttersprachliche Angebote werden dabei gut abgedeckt. Zu Zeiten der Gastarbeiterzuwanderungen waren nationalitätenspezifische Angebote entwickelt worden. Diese wurden dann vor über zehn Jahren zurückgefahren bzw. abgeschafft und sind einer Strategie gewichen, Migrantinnen in die Regelangebote aufzunehmen. Zentral ist es, die Bedarfe genau zu erkennen und entsprechend auf Kombinationen von Angeboten zurückzugreifen, also in der Beratung eine Verknüpfung herzustellen zwischen Regelangeboten und der Nutzung vorhandener Netzwerke, wie z.B. Migrantenorganisationen. Insbesondere ist eine Zusammenarbeit mit Netzwerken wichtig, die muttersprachliche Angebote machen. Es sollen dabei keine Parallelstrukturen aufgebaut, sondern Kooperationen effektiv organisiert werden. Im Vordergrund steht dabei der sozialräumliche Ansatz mit einer differenzierten Kenntnis, welche Angebote es in den Stadtteilen und Regionen gibt, und der Bündelung der Angebote. (Fähndrich)

Auch die BZgA, so Eckhard Schroll, verknüpft beide Strategien: Zum einen werden Migrantinnen und Migranten einbezogen, zum anderen werden zusätzliche und spezifische Informationsmaßnahmen für sie entwickelt. Bewährt hat sich die Präventionskampagne, die das vorhandene Wissen über die körperliche Entwicklung und über Verhütung aufgreift und darauf aufbaut bzw. erst einmal die Grundlagen an Wissen vermittelt. Was die muttersprachlichen Angebote angeht, so wird pragmatisch von dem aktuellen Bedarf ausgegangen: Man kann nicht warten, bis alle Migrantinnen Deutsch gelernt und so viel Verhütungswissen haben, um die Vorteile einer Beratung durch einen Frauenarzt oder eine Frauenärztin zu erkennen.

3 Notwendigkeit von nachhaltig verankerten Kooperationen

Bei der Diskussion um geeignete Strategien, Migrantinnen zu erreichen, wurde bereits die Bedeutung der Kooperation und Vernetzung angeschnitten, weil die Probleme nicht auf einer einzigen Ebene und nicht von einer einzigen Einrichtung bewältigt werden können. Die dritte Runde der Diskussion war den Bereichen und Formen der Kooperation zwischen den mit dem Thema der Familienplanung von Migrantinnen befassten Berufsgruppen, Arbeitsbereichen und -ebenen gewidmet.

Es ist geradezu genuiner Teil der Arbeit der BZgA, stark vernetzt auf

vielen Ebenen und mit vielen Einrichtungen zusammenzuarbeiten. Sie hat aufgrund ihrer speziellen Aufgabe und Position einen Zugang zum Bildungssystem insbesondere bezogen auf Maßnahmen, die die Berücksichtigung des Themas Sexualaufklärung an Schulen und in der Lehrerbildung fördern. Es gibt eine gute Kooperation mit Hochschulen und mit den Bundesverbänden der Wohlfahrtspflege hinsichtlich Aus- und Fortbildung. Diese Kooperationen und eine effiziente fachliche Zusammenarbeit sind notwendig und unabdingbar, um die Themen Sexualaufklärung und Familienplanung in diesen Institutionen zu verankern/zu verorten. (Schroll)



Als Bundesbehörde hat die BZgA übergeordnete Koordinations- und Entwicklungsaufgaben. Sie achtet in dieser Rolle auch darauf und setzt sich entsprechend dafür ein, dass bei der Entwicklung von Bildungsprogrammen oder Gesetzgebungsverfahren die Bedarfe der Migranten und Migrantinnen berücksichtigt und für sie Angebote geschaffen werden. Die BZgA kooperiert in diesem Zusammenhang mit einer Vielzahl von Akteuren auf Bundes- und Länderebene. Auf dieser strukturellen Ebene stellen sich Fragen der Erreichbarkeit von Migrantinnen auch indirekt über den Einfluss auf diese anderen Akteure. So werden in unterschiedlichen Bereichen Botschaften platziert, die konkret dafür werben, dass Träger von Beratungs- und Hilfeangeboten Migrantinnen und Migranten erreichen müssen, damit diese einen verantwortlichen Umgang mit Sexualität und Familienplanung erlernen können. Das betrifft auch die verbindliche Teilnahme am Sexualkundeunterricht für alle. Denn die schulische Sexualaufklärung ist für Migrantinnen und Migranten die wichtigste Informationsquelle für Fragen zu Sexualität, Verhütung oder Familienplanung.

Ein weiterer Arbeitsbereich der BZgA ist das Initiieren von Forschung, um anhand der Ergebnisse ein realistisches Bild der Probleme und deren institutioneller Bearbeitung zu gewinnen. Dabei sind Forschungsvorhaben ohne Vorurteile und praxisbezogen anzulegen und der Transfer in die Fachöffentlichkeit muss gewährleistet sein – wie auf dieser Tagung. (Schroll)

Die Kooperationen zwischen medizinischem und psychosozialen Bereich sind wichtig, weil die ärztlichen Praxen nicht alle Bedarfe abdecken können. Patientinnen sollten für spezielle Beratungsbedarfe am besten weitervermittelt werden. Die gesetzlichen Voraussetzungen für Vernetzung und Kooperation mit der psychosozialen Versorgung sind im Schwangerschaftskonfliktgesetz und im Gesetz zur Pränataldiagnostik gut abgebildet. In der Praxis gibt es aber das Problem, dass Ärzte entweder meinen, sie könnten den psychosozialen Bereich allein abdecken. Oder Ärzte distanzieren sich von den psychosozialen Aspekten und delegieren ihre Bearbeitung vollständig an Beratungsstellen. Während sie im ersten Fall die Grenzen ihrer Aufgabe und ihrer Fachkompetenz überschreiten, grenzen sie im zweiten Fall ihre Aufgabe zu stark ein: Ärzte behandeln nicht nur den Körper, sondern die ganze Person. Von dieser Haltung abgesehen sind aber die Voraussetzungen für Vernetzung gut, auch wenn es Verbesserungsbedarf gibt. Beide Seiten, Medizin und psychosoziale Beratung, brauchen sich gegenseitig, müssen aber mehr aufeinander zugehen. In Berlin selbst ist das psychosoziale Angebot sehr gut, und die Bezirksämter leisten mit hochqualifizierten Personen z.B. mit der Stillberatung eine nachgehende Arbeit nach der Entlassung von Mutter und Kind aus der Klinik. Die lokalen Netze funktionieren – insgesamt und verglichen mit anderen Regionen und Kommunen eine Luxusituation. Als Bilanz: Vernetzung und das Aufeinanderzugehen sind ebenso wesentlich wie das Erkennen der eigenen Grenzen. Von staatlicher Seite aus sollten Strukturen geschaffen werden, die die Kooperation besser fassen können. (Kentenich)

Gerade in Berlin, so Barbara Buck-Malchus für die Berliner Senatsverwaltung, gibt es auf Bezirks- und auf Landesebene Gesundheitskonferenzen mit über hundert maßgeblichen Akteuren, von Krankenkassen bis zu einzelnen freien Trägern. Und es gibt im Rahmen des Berliner Integrationskonzeptes Abstimmungsgremien. Darüber hinaus bestehen das Quartiersmanagement und die Stadtteilzentren sowie eine kleinräumige Gesundheits- und Sozialberichterstattung. Das heißt, die Strukturen sind geschaffen und es gilt nun, sie mit Leben zu füllen – und in diese Herausforderung muss noch viel Arbeit investiert werden. Was Ärzteschaft und Ämter angeht, können Kooperationsbarrieren auf lokaler Ebene gesenkt werden, z.B. wenn sich die Beteiligten besser kennenlernen und persönliche Kontakte hergestellt sind. Die Kooperation hängt auch immer von den einzelnen engagierten Personen ab. Der Austausch über die Berliner Erfahrungen mit anderen Bundesländern und mit der Bundesebene erfolgt in einem Bund-Länder-Koordinierungskreis bei der BZgA. Hier werden Informationen über die Praxis der Bundesländer weitergegeben und Themen wie Schwangerenberatung oder Finanzierung beraten. (Buck-Malchus)

Ergänzen lässt sich von Sybill Schulz für die Berliner Situation, dass dem Fachaustausch ein großer Stellenwert eingeräumt wird und dabei Verwaltung und Politik einbezogen werden. So werden z.B. Salongespräche organisiert, in denen sich Beraterinnen, aber auch Betroffene zu aktuellen fachlichen Fragestellungen (wie Pränataldiagnostik, Identitätsmodelle im Migrationskontext, Jugendsexualität im digitalen Zeitalter, Wiederherstellung der Jungfräulichkeit) äußern oder informieren können. Darüber hinaus werden Forderungen an die Politik formuliert bzw. Lösungsansätze zur Verbesserung von Präventionsmaßnahmen, Versorgungsstrukturen, Finanzierbarkeit von Leistungen und Niedrigschwelligkeit gemeinsam entwickelt. Ein eigenes Instrument in Berlin ist auch der regelmäßige Austausch über Arbeitsfelder, aktuelle Problemsituationen von Betroffenen in fachspezifischen Gremien wie der runde Tisch „Stopp FGM in Berlin/Brandenburg“, AK Sexualpädagogik u.a. Die Beteiligten kennen einander und die Hürde, dass Beratung nicht genutzt wird, weil sie nicht bekannt ist, wird gesenkt. Die Kooperation und die Arbeitskreise beziehen ausgebildete Fachkräfte aus unterschiedlichen Kulturen und Institutionen ein. Solche Strukturen wären sicher für andere Berufsfelder in ähnlicher Weise sinnvoll. (Schulz)

Die Kooperationsfrage stellt sich für Forschung unter einer etwas anderen Perspektive. Hier geht es vor allem darum, den Anwendungsbezug der Forschung zu stärken und Formen der direkten Kooperation von Forschung und Praxis weiter zu entwickeln, mit einer Zusammenarbeit bei der Erhebung von Daten und einer Rückmeldung der Ergebnisse an die Praxis nicht nur bei der Evaluationsforschung, sondern auch bei der Grundlagenforschung. Die Forschung für die BZgA ist schon so ausgelegt. Bereichernd wäre auch eine interdisziplinäre Forschung, bei der psychosoziale, medizinische und politische Aspekte sich ergänzen. Forschung sollte nicht nur kooperieren, sondern Kooperation und Kooperationsstrukturen als Gegenstand der Forschung in den Blick nehmen. (Helfferich)

Die Migrationsforschung kann für die Praxis in doppeltem Sinn Wissen zur Verfügung stellen: als zielgruppenbezogene Forschung, die Wissen für einen interkulturellen Dialog über verstehende Zugänge schafft, und als institutionen- und strukturbezogene Forschung. Die Migrationsforschung stellt sich zudem einer für die gesamte Diskussion und insbesondere für die Frage der **besonderen und spezifischen** Angebote für Migrationsgruppen wichtigen Frage: Ist die soziale Herkunft nicht teilweise wichtiger als die Frage des Migrationshintergrundes und der ethnischen Herkunft? Hat die Identifizierung von nach Ethnie und Herkunftsgruppen definierten, isolierbaren Sondergruppen und die Konstruktion „Migrationshintergrund“ überhaupt (noch) Sinn? Ist die „dritte Generation“ so heterogen und z.T. so „deutsch“, dass die Bezeichnung als Migranten eine unangemessene Diskriminierung darstellt? Geht es bei Integration nicht gerade darum, nicht einen Sonderstatus festzuschreiben, sondern Begegnungen, Kommunikation und Austausch zwischen unterschiedlichen Menschen zu fördern? Möglicherweise ist die Forschung zu Migrantinnen und Migranten – der Begriff hat gerade erst den der „Ausländerin“, des „Ausländers“ abgelöst – in absehbarer Zeit durch die Erforschung von nationaler und transnationaler Mobilität und Netzwerken zu ersetzen. Diese Diskussionen können Praxis und Forschung nur gemeinsam führen. (Helfferich)

Für die Bundesebene der Beratungsstellen des Caritasverbandes bestätigt Sabine Fähndrich, dass es gerade auf kommunaler Ebene viele Kooperationsstrukturen und Netzwerke gibt. Diese Initiativen und Organisationen sollten unter einer Federführung gebündelt werden. Hier ist die Politik gefragt, um die Rahmenbedingungen zu schaffen, denn Kooperation und Vernetzung bedürfen auch finanzieller Ressourcen. Die Kooperation zwischen Medizinerinnen und Medizinerinnen in ärztlichen Praxen und im Krankenhausbereich ist ein großes Anliegen der katholischen Schwangerenberatung. Das Gelingen einer Kooperation hängt aber stark von der Qualität der Beziehung zwischen den Beteiligten ab. Eine Kooperation konnte bislang auch deshalb nicht auf breiter Ebene installiert werden, weil Medizin und psychosoziale Beratung eine unterschiedliche Systemlogik haben, sie sprechen eine unterschiedliche Sprache und Medizinerinnen und Medizinerinnen ist häufig nicht deutlich, was psychosoziale Beratung leistet. (Fähndrich)

Die BZgA hat viel dafür getan, diese Kooperation zu verankern: Sie hat über Jahre hinweg Modellprojekte der Kooperation zwischen psychosozialer Beratung und Medizin auf den Weg gebracht und begleitet, beispielsweise im Bereich der Pränataldiagnostik. So wurden in sechs Städten mit an Pränataldiagnostik beteiligten Berufsgruppen sogenannte „interprofessionelle Qualitätszirkel“ gegründet. Das zentrale Element der Qualitätszirkelarbeit ist die gemeinsame Fallbearbeitung. In diesen interprofessionellen Qualitätszirkeln wurde als Erstes betrachtet, welche Qualifikation und welchen Zugang zum Thema bzw. zu Patientinnen/Klientinnen die jeweils andere Profession hat, um voneinander zu lernen und dann auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Das ist eine wesentliche Voraussetzung für gelingende Kooperation. Das Engagement der beteiligten Professionen – Beratung und Medizin – war hoch, aber nicht alle Qualitätszirkel haben sich verstetigen können. Die Erfahrungen zeigen, dass es zwei Hürden gibt: Bislang gibt es noch keine Tradition der Kooperation, an die angeknüpft werden kann, und es fehlen teilweise Strukturen, in die die Kooperation eingebettet werden kann. (Schroll)

Schlussfolgerungen

An der Schnittstelle der unterschiedlichen Perspektiven entstand ein Bild der Bedarfslagen bei der Familienplanung von Migrantinnen als fehlende Aufklärung, unzureichendes Gesundheitsverhalten und fehlende Ressourcen für das Ziel, Sexualität verantwortlich zu leben und Familienplanung bewusst zu gestalten. Diese Bedarfslagen wurden vor allem auf fehlende Bildung und prekäre sozioökonomische Lebensbedingungen zurückgeführt – wie es auch bei Frauen ohne Migrationshintergrund beobachtet werden kann. Bei aller Heterogenität der Gruppe der Migrantinnen gibt es so eine Teilgruppe, die einen besonders hohen Bedarf an Unterstützung hat. Es ist besonders wichtig und zugleich besonders schwierig, diese Gruppe(n) zu erreichen. Auch wenn die Bedarfslagen damit nicht migrationspezifisch in dem Sinn sind, dass sie alle Migrantengruppen in gleichem Maß und nur Migrantinnen betreffen, so können migrationspezifische Aspekte – z.B. die sprachliche Verständigung – für die Strategien der Erreichbarkeit und eine kultursensible Unterstützung eine wichtige Rolle spielen.

Die Diskussion machte deutlich, dass unterschiedliche Strategien der Ansprache, z.B. muttersprachliche Angebote und geöffnete Regelangebote, nebeneinander existieren können und sogar sollen – unter zwei Voraussetzungen: Sie müssen in der Notwendigkeit, spezifische Zugangsschwellen zu Angeboten zu senken, begründet sein und sie müssen gebündelt und koordiniert werden, um Parallelstrukturen zu vermeiden. Migrantinnen suchen von sich aus Bereiche auf: Arztpraxen, Stadtteilangebote, Migrantinnenorganisationen – nachhaltig verankerte Kooperationen mit solchen Strukturen, wo Migrantinnen ohnehin sind, haben eine besondere Bedeutung. Für alle Agierenden und Kooperierenden ist eine Förderung der interkulturellen Kompetenz wesentlich.

Nicht nur die Diskussion, sondern die Tagung insgesamt hat gezeigt, wie facettenreich das Thema „Familienplanung von Migrantinnen“ ist und wie notwendig es ist, dass die Ebenen der konkreten Beratungspraxis, der medizinischen Versorgung und der politischen Gestaltung als Rahmenbedingungen ineinandergreifen, um eine angemessene Versorgung und Unterstützung aller Migrantinnen sicherzustellen. Die Tagung konnte wichtige Impulse geben, die weiter aufzugreifen und auszubauen sind.

- Referentinnen und Referenten, Moderatorinnen und Moderatoren
- Veranstalterin
- Tagungsorganisation



Referentinnen und Referenten, Moderatorinnen und Moderatoren

Adam, Yvonne

AMIKO – Institut für Migration, Kultur und Gesundheit
Wipperstraße 2
79100 Freiburg
Tel. 0761 7070957
Fax 0761 7676960
yvonne.adam@amiko-freiburg.de
www.amiko-freiburg.de

Baykara-Krumme, Dr. Helen

Technische Universität Chemnitz
Thüringer Weg 9
09126 Chemnitz
Tel. 0371 53137461
Fax 0371 53127819
helen.baykara@soziologie.tu-chemnitz.de
www.tu-chemnitz.de

Buck-Malchus, Barbara

Senatsverwaltung für Gesundheit,
Umwelt und Verbraucherschutz
Oranienstraße 106
10969 Berlin
Tel. 030 9028-2691
Fax 030 9028-2058
barbara.buck-malchus@senguv.berlin.de

Buhr, Dr. Petra

Universität Bremen, Empas
Celsiusstraße, FVG-Mitte
28359 Bremen
Tel. 0421 218673-45
Fax 0421 218673-41
pbuhr@empas.uni-bremen.de
www.tess.uni-bremen.de

Conrads-Mathar, Resi

Caritasverband für das Bistum Aachen e.V.
Kapitelstraße 3
52066 Aachen
Tel. 0241 431-210
Fax 0241 431-450
rconrads-mathar@caritas-ac.de
www.caritas-ac.de

Costa, Dr. med. Marina

PLANeS
Schweizerische Stiftung für sexuelle
und reproduktive Gesundheit/Lust und Frust
Fachstelle für Sexualpädagogik
Langstrasse 21
8004 Zürich/Schweiz
Tel. +41 44 29930-43
Fax +41 44 29930-59
marina.costa@zuerich.ch
www.lustundfrust.ch/

Dederichs-Bain, Birgit
Moderatorin/Politikberaterin
Köln
Tel. 0221 4248537
bdederichs-bain@web.de

Fähndrich, Sabine
Deutscher Caritasverband e. V.
Karlstraße 40
79104 Freiburg
Tel. 0761 200-454
Fax 0761 200-634
sabine.fahndrich@caritas.de
www.caritas.de

Franke, Prof. Dr. Patrick
Universität Bamberg
An der Universität 11
96045 Bamberg
Tel. 0951 863-2231
patrick.franke@uni-bamberg.de
www.uni-bamberg.de/islamwissenschaft/personen/prof-dr-patrick-franke

Häußler-Sczepan, Prof. Dr. Monika
Hochschule Mittweida
Döbelner Straße 58
04741 Roßwein
Tel. 034322 48-648
Fax 034322 48-653
monika.haeussler-szczepan@hs-mittweida.de
www.hs-mittweida.de

Helfferrich, Prof. Dr. Cornelia
Sozialwissenschaftliches FrauenForschungsInstitut (SoFFI F.)
Evangelische Hochschule Freiburg
Bugginger Straße 38
79114 Freiburg
Tel. 0761 47812-690
Fax 0761 47812-699
helfferrich@eh-freiburg.de
www.soffi-f.de

Hessling, Angelika
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln
Tel. 0221 8992-238
Fax 0221 8992-363
angelika.hessling@bzga.de
www.bzga.de

Kapella, Olaf
Österreichisches Institut für Familienforschung
Universität Wien
Grillparzerstr. 7/9
1010 Wien /Österreich
Tel. +43 1 4277-48907
Fax +43 1 4277-9489
olaf.kapella@oif.ac.at
www.oif.ac.at

Kentenich, Prof. Dr. med. Heribert
DRK Kliniken Berlin|Westend
Spandauer Damm 130
14050 Berlin
Tel. 030 3035-4405
Fax 030 3035-4409
h.kentenich@drk-kliniken-berlin.de
www.drk-kliniken-berlin.de

Klindworth, Heike
Sozialwissenschaftliches FrauenForschungsInstitut (SoFFI F.)
Evangelische Hochschule Freiburg
Bugginger Straße 38
79114 Freiburg
Tel. 0761 47812-690
Fax 0761 47812-699
soffi@eh-freiburg.de
www.soffi-f.de

Korucu-Rieger, Canan
Universität Bremen
Fachbereich Erziehungs- und Bildungswissenschaften
Arbeitsbereich Interkulturelle Bildung
Postfach 33 04 40
28334 Bremen
Tel. 0421 218-69128
korucu@uni-bremen.de
www.fb12.uni-bremen.de/de/interkulturelle-bildung/vertikal/mitarbeiterinnen/canan-korucu-rieger.html

Kromm-Kostjuk, Elena
Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
Königstraße 6
30175 Hannover
Tel. 0511 168410-20
Fax 0511 457215
ethno@onlinehome.de
www.ethno-medizinisches-zentrum.de

Kruse, Dr. Jan
Universität Freiburg, Institut für Soziologie
Rempartstraße 15
79085 Freiburg
Tel. 0761 2033492
jan.kruse@soziologie.uni-freiburg.de
www.soziologie.uni-freiburg.de/kruse

Matthiesen, Dr. Silja
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinstraße 52
20246 Hamburg
Tel. 040 7410-57767
smatthie@uke.uni-hamburg.de
www.uke.de

Milewski, Dr. Nadja

Universität Rostock, Institut für Soziologie und Demographie
Ulmenstraße 69
18057 Rostock
Tel. 0381 498-4396
nadja.milewski@uni-rostock.de
www.wiwi.uni-rostock.de/soziologie/esf/

Niermann, Debora

Pädagogische Hochschule Freiburg
Kunzenweg 21
79117 Freiburg
Tel. 0761 482-0
debora.niermann@ph-freiburg.de
www.ph-freiburg.de/soziologie

Oswald, Dr. habil. Ingrid

Centre for Independent Social Research (CISR)
St. Petersburg (RU)
c/o Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg,
Institut für Soziologie
Zschokkestraße 32
39104 Magdeburg
Tel. 0391 6716613
ioswald@ipn.de
www.cisr.ru

Pott, Prof. Dr. Elisabeth

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln
Tel. 0221 8992-241
Fax 0221 8992-363
elisabeth.pott@bzga.de
www.bzga.de

Renner, Ilona

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln
Tel. 0221 8992-355
Fax 0221 8992-363
ilona.renner@bzga.de
www.bzga.de

Renz, Meral

Praxis für Psychotherapie, Paar- und Sexualtherapie,
Sexualpädagogik, Interkulturelle Therapie, Fortbildung
Hünninghausenweg 67
45276 Essen
Tel. 0201 443762
meral.renz@web.de

Rüger, Heiko

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
Friedrich-Ebert-Allee 4
65185 Wiesbaden
Tel. 0611 75-4688
Fax 0611 75-3960
heiko.rueger@destatis.de
www.bib-demographie.de

Schmid, Dr. Susanne

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)
Referat: Weltweite und irreguläre Migration, Islam, Demographie
Frankenstraße 210
90461 Nürnberg
Tel. 0911 943-4410
Fax 0911 943-4007
Susanne.Schmid@bamf.bund.de
www.bamf.de/forschung

Schmidt, Maximilian

Freiburg
mka.schmidt@gmx.de

Schneider, Prof. Dr. Norbert

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
Friedrich-Ebert-Allee 4
65185 Wiesbaden
Tel. 0611 75-2235
Fax 0611 75-3960
bib@destatis.de
www.bib-demographie.de

Schroll, Eckhard

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln
Tel. 0221 8992-210
Fax 0221 8992-363
eckhard.schroll@bzga.de
www.bzga.de

Schulz, Sybill

Familienplanungszentrum – BALANCE
Mauritius-Kirch-Straße 3
10365 Berlin
Tel. 030 577958-31
Fax 030 577958-35
Sybill.schulz@fpz-berlin.de
www.fpz-berlin.de

Stülb, Dr. Magdalena

AMIKO – Institut für Migration, Kultur und Gesundheit
Wippertstraße 2
79100 Freiburg
Tel. 0761 7070957
Fax 0761 7676960
m.stuelb@amiko-freiburg.de
www.amiko-freiburg.de

Terzioglu, Dr. Neslisah

Frauenärztinnen Gemeinschaftspraxis Ksciuk/Terzioglu
Paniersplatz 2
90403 Nürnberg
Tel. 0911 222-666
Fax 0911 222-538
nterzioglu@frauenaerztinnen-nuernberg.de
www.frauenaerztinnen-nuernberg.de

Thiessen, Prof. Dr. Barbara

Hochschule Landshut
Am Lurzenhof 1
84036 Landshut
Tel. 0871 506436
Fax 0871 5069436
thiessen@fh-landshut.de
www.fh-landshut.de/fb/sa/professoren/thiessen

Tunç, Michael

Väter in Köln e.V.
Im Bachfeld 3
51063 Köln
Tel. 0221 4000665
post@michael-tunc.de
www.michael-tunc.de

van der Vlugt, Dr. Ineke

Rutgers Nisso Groep Oudenoord 176-178
3513 EV Utrecht/Niederlande
Tel. +31 30 2329827
Fax +31 30 2329387
ineke@mrpr.nl
www.rng.nl

Wunderlich, Holger

Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Sozialwissenschaft
Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung
Universitätsstraße 150, Gebäude LOTA 38
44801 Bochum
Tel. 0234 32-29040
holger.wunderlich@rub.de
www.ruhr-uni-bochum.de/zefir

Yadigaroglu, Yasemin

Duisburg
yyadigaroglu@gmx.de

Yüksel, Dr. med. Emine

Gesundheitszentrum am Borsigturm
Berliner Straße 25
13507 Berlin (Tegel)
Tel. 030 43743843
info@gyn-gp.de
www.gyn-gp.de

Zemp Stutz, Prof. Dr. med. Elisabeth

Universität Basel/Swiss Tropical and Public Health Institute
Socinstrasse 57
4051 Basel /Schweiz
Tel. +41 61 2848384
Fax +41 61 2848105
elisabeth.zemp@unibas.ch
www.swisstph.ch

Veranstalterinnen**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**

Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln
Tel.: 0221 8992-238
Fax: 0221 8992-363
www.bzga.de

Ansprechpartnerin: Angelika Heßling
angelika.hessling@bzga.de

Sozialwissenschaftliches FrauenForschungsInstitut (SoFFI F.) an der Evangelischen Hochschule Freiburg

Buggingerstraße 38
79114 Freiburg
Tel. 0761 478126-90
Fax 0761 478126-99
www.efh-freiburg.de/soffi

Ansprechpartnerin: Prof. Dr. Cornelia Helfferich
soffi@efh-freiburg.de

Tagungsorganisation**projecta Köln**

Venloer Straße 241-245
50823 Köln
Tel. 0221 8008326
Fax 0221 8008328
www.projecta-koeln.de

Ansprechpartnerin: Benita Schulz
info@projecta-koeln.de

Weiterführende Informationen zur Tagung wie z. B. Steckbriefe der Expertinnen und Experten oder auch weiterführende Literatur zum Themenfeld sind im Online-Angebot www.forschung.sexualaufklaerung.de zu finden.

Im zweisprachigen Online-Angebot der BZgA werden Studien, Evaluationen, Modellprojekte und Expertisen zum Themenfeld Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung in deutscher und englischer Sprache vorgestellt.

The screenshot shows the website for the 'Wissenschaftliche Abschlussagung Frauen leben - Familienplanung und Migration' held on October 26-27, 2010. The page features a navigation menu with 'Home', 'Über uns', 'Aktuelles', 'Expertisen', 'Themen', 'Kontakt', and 'Suche'. The main content area includes a title bar, a list of speakers (e.g., Prof. Dr. Ina Schabert, Prof. Dr. Ina Schabert), a program schedule for Tuesday and Wednesday, a list of workshops (1a, 2, 3, 4a, 1b, 4b, 5, 6), a list of experts, and a list of studies. The website is in German and provides detailed information about the conference topics and participants.

Ein wichtiger Bestandteil der Arbeit der BZgA sind Forschung und Qualitätssicherung als Grundlage effektiver und effizienter Aufklärung. Dazu zählen die kontinuierliche Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Grundlagen und die Überprüfung der Wirksamkeit von Angeboten und Maßnahmen. Die BZgA führt daher zahlreiche Datenerhebungen und Studien durch und arbeitet dabei eng mit nationalen Expertinnen und Experten sowie Forschungseinrichtungen zusammen. Zu den Forschungsarbeiten gehören

- Studien
- Repräsentativbefragungen
- Evaluationen
- Expertisen

Um diese Arbeiten einer breiten Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen, werden die Ergebnisse in Printprodukten wie auch online bereitgestellt. Das Online-Angebot www.sexualaufklaerung.de ermöglicht einen schnellen Zugang zu den laufenden und abgeschlossenen Forschungsprojekten der BZgA. Zu jedem Projekt gibt es einen Projektsteckbrief und ein Abstract. Diese Basisinformationen werden ergänzt durch

- ausgewählte Ergebnisse
- Literatur- und Linklisten
- Informationen zu Expertinnen und Experten
- Hintergrundinformationen



frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf

Der vorliegende Band untersucht den Zusammenhang von Familienplanung und Migration sowie den Informations- und Beratungsbedarf von Migrantinnen zu Themen wie Familienplanung und Verhütung. In dieser Studie steht die Auswertung der qualitativen Befragung im Mittelpunkt. Dazu wurden Fragen zu Verhütung und Schwangerschaftsabbrüchen in den reproduktiven Lebenslauf eingeordnet. Es wird auf die Effekte der Migration selbst eingegangen und die Beschreibung der Lebensläufe wird vertieft.

Bestellnummer: 13300034
Schutzgebühr: 11 Euro

Das Fachheft ist auch in englischer Sprache als PDF erhältlich:
www.english.forschung.sexualaufklaerung.de



frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf

Zusammenfassung zentraler Ergebnisse einer Städtestudie zu Frauen mit türkischem und osteuropäischem Migrationshintergrund. Mit dem Kurzbericht zur Studie veröffentlicht die BZgA eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der quantitativen Auswertung.

Bestellnummer: 13050500

Der Kurzbericht ist auch in englischer Sprache erhältlich:
women's lives – Family Planning and Migration in women's lives
Bestellnummer: 13050570

Migrantinnen und Migranten als Zielgruppe in der Sexual- aufklärung und Familienplanung

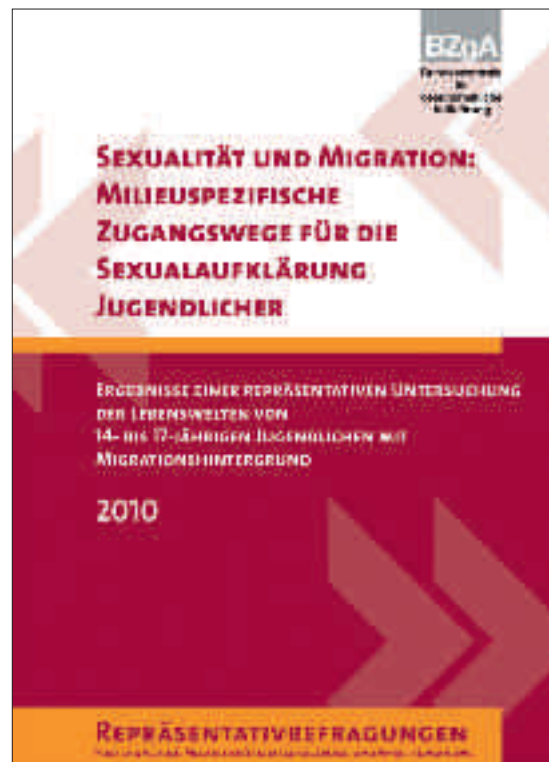
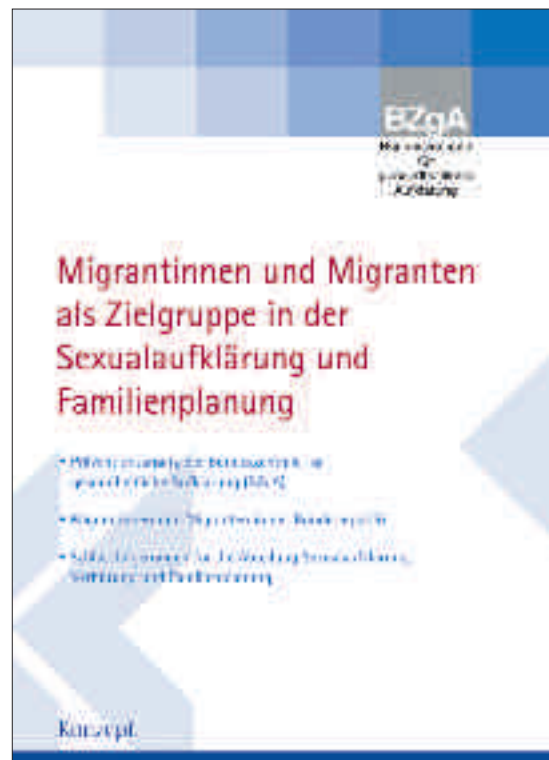
Die BZgA unterstützt einen gleichberechtigten Zugang aller Bevölkerungsgruppen zu Informationen und Angeboten der Gesundheitsförderung. Mit den Bundesländern gemeinsam entwickelte die BZgA ein Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung und Familienplanung. Ein Ausgangspunkt dieses Konzepts: Sexualität ist ein existenzielles Grundbedürfnis des Menschen, ein zentraler Bestandteil seiner Identität und Persönlichkeitsentwicklung. Dieser Präventionsansatz der BZgA zur Sexualaufklärung und Familienplanung wird auch für Menschen mit Migrationshintergrund umgesetzt.

Bestellnummer: 13007000

Sexualität und Migration: Milieuspezifische Zugangswege für die Sexualaufklärung Jugendlicher

Etwa ein Drittel der Jugendlichen in Deutschland hat einen Migrationshintergrund. Wie findet die Sexualaufklärung Zugang zu dieser Zielgruppe? Gibt es spezifische Informationskanäle oder -bedarfe, lassen sich Sprachpräferenzen identifizieren? Diesen und weiteren Fragen geht die vorliegende Repräsentativbefragung nach.

Bestellnummer: 13319300





**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

ISBN 978-3-942816-05-2