



*FORUM international* widmet sich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und der Sexuaufklärung in der Europäischen Gemeinschaft. Dabei zeigt sich gleichermaßen die große Bandbreite, Vielfalt und Aktualität dieses Themenspektrums.

Seit 2002 ist die BZgA Kooperationszentrum der WHO und unterstützt insbesondere das WHO-Programm zur intensiveren Zusammenarbeit mit den Ländern Mittel- und Osteuropas. Gemeinsam führen WHO und BZgA im November 2006 eine große internationale Tagung zum Thema „Sexuaufklärung für Jugendliche in einem multikulturellen Europa“ durch.

Dieses FORUM wurde in enger thematischer Bindung an die Tagung konzipiert. Es beschreibt die vordringlichen Probleme in einem geeinten Europa und, unter anderem, wie die Arbeit der großen Netzwerke staatlicher und nicht staatlicher Organisationen sich gegenseitig ergänzen und zunehmend Synergieeffekte erzielen.

„Es ist wichtig, zur Kenntnis zu nehmen“, so unsere Autorin Gunta Lazdane vom WHO-Regionalbüro für Europa, „dass mehr als 80% der Menschen, die in der Europäischen Region HIV-positiv sind, noch keine 30 Jahre alt sind.“ Sie skizziert die Rolle der WHO bei der Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit Jugendlicher und benennt die wichtigsten Dokumente und Initiativen der WHO-Politik in diesem Themenfeld.

Generell gilt, dass Sexuaufklärung, die den besonderen Bedürfnissen Jugendlicher Rechnung trägt, eine Schlüsselstellung bei der Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit der Menschen in Europa einnimmt, wie auch Monika Hünert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in ihrer Einleitung hervorhebt.

Jeffrey Lazarus und Jerker Liljestrand von der Lund Universität in Schweden stellen das ehrgeizige Projekt „SAFE“ (*Sexual Awareness for Europe*) vor. Es zielt darauf, ein Gesamtbild der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsmuster und -trends unter europäischen Jugendlichen zu erstellen und darüber hinaus neue Aktivitäten zu entwickeln, damit diese Bevölkerungsgruppe erreicht und die Gesundheitspolitik in den einzelnen Ländern optimiert wird.

Marleen Bosmans, Kristin Janssens und Marleen Temmerman von der Universität in Ghent, Belgien, berichten über die Situation von Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen in der EU und deren noch immer unzureichend verwirklichten Rechte auf sexuelle und reproduktive Gesundheit.

Das europaweite Vernetzungsprojekt *Aids & Mobility Europe* (A&M) stellt Georg Bröring in seinem Beitrag vor. Er skizziert die besonderen Bedürfnisse von Migrantinnen, Migranten und ethnischen Minderheiten in Europa hinsichtlich Prävention, Behandlung und Unterstützung bei HIV und zeigt, wie A&M durch den Austausch von Kenntnissen und Informationen über Ländergrenzen hinweg die Prävention von HIV in einem großen Verbund von staatlichen bis hin zu lokalen Einrichtungen fördert und intensiviert.

Elfriede Steffan und ihre Kolleginnen aus Rostock berichten über das transnationale Projekt BORDERNET, das in vier Modellregionen an den Außengrenzen der EU grenzüberschreitende Netzwerke aufbaut oder stärkt, die in den Bereichen HIV/Aids-Prävention, -Diagnostik und -Behandlung aktiv sind.

Beate Lausberg und Regina Krause schließlich erläutern das Konzept des „Mitmach-Parcours“, ein interaktives Angebot der BZgA zur Aidsprävention für Jugendliche, das schon seit zehn Jahren erfolgreich eingesetzt wird. Mittlerweile wurde der Mitmach-Parcours in Kooperation mit der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) weltweit erprobt, unter anderem in Äthiopien, El Salvador, der Mongolei, Mosambik und der Russischen Föderation, und dort jeweils den landesspezifischen Bedingungen angepasst.

Wie Sie sehen, liebe Leserinnen und Leser, ein großes Themenfeld, das in diesem FORUM schlaglichtartig, aber mit beeindruckenden Beispielen weitsichtiger, internationaler Kooperationen umrissen wird. Eine zielgruppen-gerechte Sexuaufklärung erscheint in einem erweiterten Europa wichtiger denn je.

*Ihre Redaktion*

# Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als Kooperationszentrum der WHO

Seit 2002 ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) WHO-Kooperationszentrum im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit. In dieser Funktion dient sie als Beratungs- und Informationszentrum der WHO und vernetzt sich mit anderen Kooperationszentren für sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie mit staatlichen und nicht staatlichen Organisationen auf nationaler und internationaler Ebene.

Die BZgA unterstützt insbesondere das WHO-Programm zur intensiveren Kooperation mit den Ländern Mittel- und Osteuropas in Fragen der Gesundheit und fördert eine engere Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission. „Wir freuen uns, dass wir in Europa eins der wenigen Kooperationszentren in diesem Bereich sind“, sagt DR. ELISABETH POTT, die Direktorin der Bundeszentrale. „Insbesondere sind wir stolz darauf, unseren Auftrag zur Sexualaufklärung und Familienplanung auch international fruchtbar zu machen.“

Diese gesetzliche Aufgabe wurde der BZgA 1992 auf der Basis des Schwangeren- und Familienhilfegesetzes (SFHG, Art. 1) übertragen. Zur Umsetzung entwickelt sie zielgruppenspezifische Konzepte sowie entsprechende Medien und Maßnahmen mit dem Ziel der Vermeidung von Schwangerschaftskonflikten wie auch der allgemeinen Sexualaufklärung. Grundlage der Arbeit ist das von der BZgA entwickelte und mit den Ländern abgestimmte Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung, in dem die Aufgaben, Ziele und Zielgruppen (Allgemeinbevölkerung, insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene, Multiplikatoren/Multiplikatorinnen) sowie die Konzepte benannt werden. Die BZgA arbeitet dabei eng mit allen Bundesländern zusammen. Kooperationspartnerinnen und -partner sind unter anderem Fachverbände und Nichtregierungsorganisationen (NROs), mit denen die Arbeit in Wissenschaft und Praxis umgesetzt wird.

Dazu setzt die BZgA folgende Instrumente ein:

- **Bereich Wissenschaft/Konzeption/Strategie**  
Marktübersichten, Monitoring, Qualitätssicherung (Studien und Datenerhebungen, Evaluationen zu ausgewählten BZgA-Medien und -Maßnahmen, wissenschaftliche Begleitforschung zu Modellprojekten), Strategieentwicklung, Vernetzung, Beratung von Organisationen.

- **Bereich Kooperation/Fortbildung/Schulung**

Zusammenarbeit mit nationalen Institutionen, NROs, national und international anerkannten Experten und Expertinnen; Entwicklung von unterschiedlichen Qualifizierungs- und Professionalisierungsmodellen in der Sexualpädagogik.

- **Bereich Erprobung zielgruppenadäquater Zugangswege**

Lehrplanentwicklung im universitären, schulischen und außerschulischen Bereich sowie in der betrieblichen Ausbildung; Durchführung nach geschlechtsspezifischen Ansätzen unter besonderer Berücksichtigung von Ethnizität, sozialer Lage, Lebensstil, sexueller Orientierung.

- **Bereich Entwicklung von Medien und Maßnahmen**

Vor allem Printmedien und audiovisuelle Medien für den massen- und personalkommunikativen Einsatz sowie Gesprächs- und Diskussionsangebote vor Ort für die Endadressatengruppen Kinder und Jugendliche, junge Erwachsene und Erwachsene, Eltern und Familie.

Der spezifische Arbeitsplan des Kollaborationszentrums orientiert sich am Grundprinzip der Gesundheitsförderung und zielt darauf, die Menschen durch Information, Motivation und Kompetenzvermittlung zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer Sexualität zu befähigen. Sexualität wird dabei als ein existenzielles Grundbedürfnis der Menschen verstanden, das ein zentraler Bestandteil ihrer Identität ist und sowohl biologische als auch psychosoziale und emotionale Elemente umfasst.

## Jugendliche in einem multikulturellen Europa

Konkret stehen Jugendliche im Mittelpunkt der ersten Arbeitsphase der Zusammenarbeit von WHO und BZgA. In regionalen und nationalen Strategien zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sind Jugendliche stets eine besonders wichtige Zielgruppe. Insbesondere in Anbetracht der zunehmenden Globalisierung und Grenzöffnung ist es eine zentrale Aufgabe, sie über die Möglichkeiten des Schutzes ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu informieren und ihnen das dafür notwendige Wissen zu vermitteln.

Sexualaufklärung, die den besonderen Bedürfnissen der Jugendlichen Rechnung trägt, übernimmt demnach eine Schlüsselfunktion bei der Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Da die jeweiligen gesellschaftlichen Bedingungen (Geschlechterverhältnisse, Religion, kulturelle Tabus usw.) die reproduktive Gesundheitssituation der Menschen wesentlich prägen, müssen die einzelnen Staaten Strategien und Konzepte zu ihrer Verbesserung entwickeln, die auf die lokalen Bedingungen zugeschnitten sind und der Diversität ihrer Bevölkerung Rechnung tragen. Eine besondere Herausforderung stellen in diesem Zusammenhang die spezifischen Bedürfnisse der wachsenden ausländischen Bevölkerungsteile (Flüchtlinge, Migrantinnen und Migranten, Zuwanderer) in vielen europäischen Mitgliedsstaaten dar.

Um den anstehenden Fragen in diesem Kontext nachzugehen, veranstaltet die BZgA gemeinsam mit der WHO im November 2006 die Konferenz „Sexualaufklärung für Jugendliche in einem multikulturellen Europa“.

Die große Konferenz möchte den Fachkräften der Sexualaufklärung in der WHO Euro Region ein Forum bieten, bei dem nationale Strategien und ihre Umsetzung aus staatlicher wie auch nicht staatlicher Perspektive diskutiert werden können. Die teilnehmenden Länder sind ausführlich zu nationalen Rahmenbedingungen und Strategien der Sexualaufklärung befragt worden. Die Ergebnisse sind als Dokumentation zusammengefasst und werden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in Form von Country papers zur Verfügung gestellt. Weiterhin sollen erfolgreiche Modellprojekte präsentiert werden. Das Forum dient dem Fachaustausch und hat die Förderung von Lernprozessen, Netzwerkbildung und Kooperationen in der Europäischen Region zum Ziel. Auf inhaltlicher Ebene wird angestrebt, Ergebnisse zu den drei Themenschwerpunkten der Konferenz zu erarbeiten: Multikulturalität, Qualitätsmanagement und die Umsetzung des Lebenskompetenzansatzes in der Sexualaufklärung.

Wir freuen uns, mit dieser Konferenz einen Beitrag zur Umsetzung der gemeinsamen Ziele von WHO und BZgA auf dem Gebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, auf nationaler und internationaler Ebene, leisten zu können.

*Monika Hünert*



Monika Hünert ist Diplom-Pädagogin. Seit 1999 ist sie Referatsleiterin für Zusammenarbeit und Koordination in der Sexualaufklärung und Familienplanung mit den Arbeitsschwerpunkten Gremienarbeit, Kooperationsstrukturen und Vernetzung.

**Kontakt:**

[monika.huenert@bzga.de](mailto:monika.huenert@bzga.de)

---

# Die Rolle der WHO bei der Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Jugendlichen in Europa

**Der Beitrag handelt von der Politik und den Strategien der WHO im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit, deren Voraussetzungen und der Kooperation mit 52 Mitgliedsstaaten der Europäischen Region. Ein wichtiges gemeinsames Ziel ist es, Jugendliche in Europa über alle Aspekte der Sexualität und Fortpflanzung zu informieren, sie bei einem verantwortlichen Umgang mit Sexualität und Fortpflanzung und bei der Entwicklung eines gesunden Lebensstils zu unterstützen.**

## Hintergrund

In vielen Ländern der WHO Europa Region<sup>1</sup> und weltweit bilden sexuelle Tabus und Normen machtvolle Barrieren, wenn es um die Verbreitung von Informationen, reproduktiven Gesundheitsdiensten und anderen Formen der Unterstützung geht, die junge Menschen brauchen, um gesund zu sein. Doch sexuelle und reproduktive Verhaltensweisen während der Pubertät haben unmittelbare und langfristige Folgen. Reproduktive und sexuelle Erkrankungen machen 20% der globalen Krankheitslast bei Frauen und 14% bei Männern aus.

Zwischen 1996 und 1997 haben die WHO und andere Organisationen der Vereinten Nationen 17 allgemein übliche Indikatoren der reproduktiven Gesundheit ausgewählt, die für eine globale Überprüfung verwendet werden sollten. Das Gesundheitsverhalten und die gesundheitlichen Probleme, die Jugendliche betreffen, sind ganz spezifischer Art. Bei Jugendlichen tragen vor allem folgende Faktoren zur globalen Krankheitslast bei: sexuell übertragbare Infektionen (STI), HIV, ungeschützter Geschlechtsverkehr, Alkohol- und Drogenmissbrauch. Viele dieser Faktoren sind miteinander verknüpft (WHO 1999). Die STI, HIV/Aids, ungeschützter Geschlechtsverkehr und ungewollte Schwangerschaften sowie sexuelle Entwicklung und Risikoverhalten stellen die wesentlichen Herausforderungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Jugendlichen dar.

Mehrere Studien haben gezeigt, dass das Durchschnittsalter der Jugendlichen beim ersten Geschlechtsverkehr zwischen 17,5 und 18 Jahren liegt. Es spricht einiges dafür, dass dieser Wert sich nach unten verschiebt. Im Gegensatz zum Durchschnittsalter beim ersten Geschlechtsverkehr war der Prozentsatz der 15-Jährigen, die bereits sexuelle Erfahrungen hatten, je nach Land und Geschlecht sehr unterschiedlich. Schwangerschaft im Jugendalter ist ein Phänomen, das in allen Ländern und quer durch alle Gesellschafts-

schichten auftritt. Jedes Jahr werden weltweit etwa 15 Millionen Jugendliche zwischen 15 und 19 Jahren schwanger. Vom gesundheitspolitischen Standpunkt aus betrachtet, hat dies langfristige körperliche, soziale und ökonomische Folgen für alle Betroffenen. Die Gefahr, bei der Geburt zu sterben, ist bei Mädchen, die zwischen 15 und 19 Jahren schwanger werden, doppelt so hoch wie bei Frauen zwischen 20 und 35 Jahren; bei Mädchen unter 15 Jahren besteht sogar ein fünffaches Risiko.

Es bestehen signifikante Unterschiede in den Schwangerschaftsraten der verschiedenen europäischen Länder: der niedrigste Wert beträgt 5,39 Schwangerschaften pro 1000 Frauen in der Schweiz, der höchste 64,73 Schwangerschaften pro 1000 Frauen in der Russischen Föderation. Die Analyse der Schwangerschaftsstatistiken hat gezeigt, dass sich in Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Island, den Niederlanden, Norwegen, der Russischen Föderation, Slowenien und Schweden mehr Jugendliche dazu entschließen, ihre Schwangerschaft abzuberechnen, als zu entbinden. Angaben über die bevorzugte Verhütungsmethode und sexuell übertragbare Infektionen fehlen meist für diese Altersgruppe, oder sie sind unzuverlässig. Aber es ist wichtig zur Kenntnis zu nehmen, dass mehr als 80% der Menschen, die in der Europäischen Region HIV-positiv sind, noch keine 30 Jahre alt sind.

„Allgemeiner Zugang zu reproduktiven Gesundheitsdiensten bis 2015“ war eines der Ziele der Internationalen Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung in Kairo 1994. Die meisten Länder, die auf diesem Treffen der Vereinten Nationen vertreten waren, haben zugestimmt, dass „Männer und Frauen das Recht auf Information und Zugang zu sicheren, wirksamen, erschwinglichen und akzeptablen Methoden der Familienplanung ihrer Wahl haben müssen“. Zu den reproduktiven Rechten jedes Menschen gehört das Recht auf Information, Aufklärung und Entscheidungsfreiheit.

## Initiativen und Dokumente zur Politik der WHO

2004 hat die Weltgesundheitsversammlung (*World Health Assembly*) der ersten globalen Strategie der WHO zur reproduktiven Gesundheit zugestimmt: *Reproductive health*

<sup>1</sup> zum WHO Regional Office for Europe und den Mitgliedsstaaten siehe [www.euro.who.int/countryinformation](http://www.euro.who.int/countryinformation) (Anm. d. Red.)

strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets.<sup>2</sup> Die Strategie zielt vor allem auf folgende fünf Aspekte der reproduktiven und sexuellen Gesundheit: Verbesserung von Schwangerenvorsorge, Geburtshilfe, Schwangerennachsorge und Versorgung des Neugeborenen; Bereitstellung professioneller Dienste zur Familienplanung, einschließlich der Unterstützung bei Unfruchtbarkeit; Eliminierung nicht fachgerecht durchgeführter Schwangerschaftsabbrüche; Bekämpfung von sexuell übertragbaren Infektionen einschließlich HIV, Infektionen der Fortpflanzungsorgane, Gebärmutterkrebs sowie anderen gynäkologischen Erkrankungen und die Förderung sexueller Gesundheit. In dem Dokument wird betont, dass es von essenzieller Bedeutung ist, „den Bedürfnissen von 1200 Millionen Jugendlichen weltweit gerecht zu werden und ihre Rechte zu verteidigen, um die Gesundheit dieser und zukünftiger Generationen zu schützen“ (WHO 2004).

Wo Gesundheitsdienste zur Verfügung stehen, gibt es viele Gründe (sozialer, ökonomischer und kultureller Art), warum die Menschen sie dennoch nicht nutzen – vor allem, wenn es um reproduktive und sexuelle Gesundheit geht. Die globale Strategie der WHO weist darauf hin, dass es zur „Identifizierung und Überwindung von Hindernissen erforderlich ist, mit Frauen, Jugendlichen und anderen gesellschaftlichen Gruppen zusammenzuarbeiten, um ein besseres Verständnis für ihre Bedürfnisse zu entwickeln, ihre Probleme zu analysieren und akzeptable Lösungen zu finden“.

Die WHO European Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health (SRH) der Europäischen Region der WHO von 2001 fordert die Mitgliedsstaaten dazu auf, die Jugendlichen über alle Aspekte der Sexualität und Fortpflanzung zu informieren, aufzuklären und ihnen dabei zu helfen, die Lebenskompetenzen zu entwickeln, die sie brauchen, um mit diesen Problemen in zufriedenstellender und verantwortlicher Weise umzugehen. Außerdem sollen sie gesetzliche und institutionelle Rahmenbedingungen schaffen, um ihre Gesetze und ihre Politik zu überprüfen, damit ein gleichberechtigter Zugang zur Aufklärung über SRG, zu Informationen und zu den gesundheitlichen Diensten gewährleistet ist (WHO 2001).

Die Europäische Strategie zu Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, die in Zusammenarbeit mit Mitgliedsstaaten vorbereitet worden war, wurde 2005 auf der 55. Sitzung des WHO-Regionalkomitees für Europa verabschiedet (WHO 2005). Darin werden die Länder aufgefordert, dafür zu sorgen, dass Politik, Programme und Gesundheitssysteme darauf ausgerichtet sind, die folgenden Ziele zu erreichen:

- Entwicklung eines gesunden Lebensstils
- Verhinderung von Risikoverhalten
- Beratung und Gesundheitsdienste, die auf die Bedürfnisse von Jugendlichen abgestimmt sind
- Schutz vor Ausbeutung und gefährlichen Arbeitspraktiken
- Verhütung von sexuellem, körperlichem und seelischem Missbrauch
- ein gesundes schulisches Umfeld
- ein unterstützendes häusliches und gesellschaftliches Umfeld
- die Kontrolle unangemessener Marketingmethoden, die auf Jugendliche abzielen
- vollständiger Impfschutz
- Schutz vor Verletzungen und
- Beziehungs- und Partnerschaftserziehung.

Zahlreiche europäische Länder nutzen diese Dokumente, um ihre eigenen nationalen Strategien und Programme zu entwickeln.

Wenn man die sexuelle Gesundheit von Jugendlichen untersuchen möchte, kommt man nicht ohne die Daten der Internationalen Studie zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern (HBSC-Studie) aus (CURRIE et al. 2004). Es handelt sich hierbei um eine gemeinschaftliche länderübergreifende Forschungsarbeit, die vom WHO-Regionalbüro für Europa unterstützt und von einem multidisziplinären Netzwerk mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus 41 Ländern und Regionen der Europäischen Region der WHO und Nordamerikas durchgeführt wird. Die Koordination erfolgt durch die Universität von Edinburgh in Großbritannien. Die Studie sucht nach neuen Erkenntnissen über den Gesundheitszustand von Jugendlichen, ihr Gesundheitsverhalten und ihren Lebensstil im sozialen Kontext. Sie wurde 1982 gestartet, und die erste länderübergreifende Umfrage wurde 1983/1984 durchgeführt. Seitdem werden alle vier Jahre Daten in einem gemeinsamen Forschungsbericht gesammelt. Die jüngste Umfrage fand 2001/2002 statt, die Ergebnisse wurden 2004 veröffentlicht.

Bei dem HBSC-Projekt geht es nicht nur um die Durchführung und Koordination der Studie, sondern auch darum, auf Politik, auf Programme und Praktiken, durch die Jugendliche angesprochen werden sollen, Einfluss zu nehmen, indem die Gesundheit sowie Einrichtungen, die auf Gesundheitserziehung abzielen, sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene gefördert werden.

Das WHO European Regional Advisory Panel on Research and Training in Reproductive Health, ein Beratergremium der WHO, hat bei seinem Treffen 2005 die zur Verfügung stehenden Daten zur reproduktiven Gesundheit analysiert und sich für 2006/2007 auf die folgenden Prioritäten geeinigt:

- mütterliche und perinatale Sterblichkeit und Morbidität
- Verhütung ungewollter Schwangerschaften und Gewährleistung fachgerecht durchgeführter Schwangerschaftsabbrüche
- Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie der Rechte Jugendlicher, u.a. durch die Bereitstellung gesundheitlicher Dienste, die auf deren Probleme abgestimmt sind, unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse gefährdeter und benachteiligter Gruppen
- Förderung der Rolle des Gesundheitssektors durch Maßnahmen gegen geschlechtsspezifische Gewalttätigkeit
- Familienplanung im neuen Europa.

Es gibt 52 Mitgliedsstaaten in der Europäischen Region der WHO, von denen jeder einzelne irgendwann einmal den reproduktiven Gesundheitszustand der Bevölkerung analysiert und sich auf diese Prioritäten geeinigt hat. Das WHO-Regionalbüro für Europa trifft alle zwei Jahre gemeinsame Vereinbarungen mit 29 Ländern und einigt sich dabei auch auf die Hauptarbeitsgebiete, in denen ein Land gern die Unterstützung von WHO-Expertinnen und -Experten hätte. In den letzten Jahren haben mehrere Länder (Belarus/Weißrussland, Bulgarien, Kasachstan, Lettland, die Türkei und die Ukraine) die Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Jugendlichen ganz oben auf ihre Agenda

<sup>2</sup>Übersetzt etwa „Strategie zur reproduktiven Gesundheit, um die Erreichung internationaler Entwicklungsziele und Vorhaben zu beschleunigen“.

gesetzt und ihre nationale Politik auf diesem Gebiet weiterentwickelt oder die Leistungen des Hausarztes ausgebaut, um Beratungsangebote und Dienste zur Verfügung zu stellen, die auf Jugendliche abgestimmt sind. WHO-Expertinnen und -Experten waren in Aktivitäten ganz unterschiedlicher Art involviert, von der Beurteilung der vorhandenen Dienste für Jugendliche bis hin zur Weiterbildung von medizinischem Fachpersonal über Verhütungsmethoden für Jugendliche.

### Internationale Partnerschaft

Die meisten dieser Aktivitäten werden in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit anderen internationalen Behörden durchgeführt. Die *Inter-Agency Group on Young People's Health, Development and Protection* der Vereinten Nationen, eine Untergruppe, die sich mit Diensten beschäftigt, die speziell auf die Bedürfnisse Jugendlicher abgestimmt sind, ist zweimal zu Beratungen zusammengekommen, 2001 in Litauen und 2003 in Bulgarien. Dabei haben sich die unterschiedlichen Regierungen und Interessenvertreter der baltischen Staaten, der Russischen Föderation und Südosteuropas darauf geeinigt, Dienste, die speziell auf die Bedürfnisse von Jugendlichen abgestimmt sind, in das staatliche Dienstleistungsangebot zu integrieren und dabei auf bereits vorhandene Ressourcen zurückzugreifen (LAZARUS 2006). Sie haben beschlossen, dass diese Initiative durch eine Multi-Stakeholder Partnerschaft<sup>3</sup> zwischen Regierung, Jugendlichen, Medien, Zivilgesellschaft und internationalen Institutionen gefördert werden sollte.

Aus einer weiteren Partnerschaft ist das gemeinsame Projekt *A European partnership to promote the sexual and reproductive health and rights of youth* (Laufzeit 2005 bis 2007) entstanden, das von der Europäischen Kommission unterstützt wird. Dabei versuchen das europäische Netzwerk IPPF (*International Planned Parenthood Federation*), die Universität Lund (Schweden) und das WHO-Regionalbüro für Europa gemeinsam, die gegenwärtige Situation zu beurteilen und weitere Schritte vorzuschlagen, um die Ziele, die den internationalen Verpflichtungen zugrunde liegen, zu erreichen.

Viele der Projekte und Aktivitäten in der Europäischen Region und darüber hinaus sind in der europäischen Zeitschrift für sexuelle und reproduktive Gesundheit *Entre Nous* beleuchtet worden, die seit 1982 vom UNFPA (Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen) und dem WHO-Regionalbüro für Europa veröffentlicht wird. Während spezielle Sonderausgaben von *Entre Nous*, wie zum Beispiel *Youth Friendly Health Services in Europe* (No. 58), *Does peer education work in Europe?* (No. 56) und *Adolescent SRH - helping young people to protect themselves* (No. 52), die Gesundheit und Entwicklung Jugendlicher analysieren, enthalten die Ausgaben, die regelmäßig erscheinen, Artikel zu diesem Thema in unterschiedlichen Kontexten, so etwa Gewalt gegen Frauen, Abtreibung etc.

Die WHO regt in 39 Ländern Untersuchungen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit an und unterstützt entsprechende Forschungsprojekte, darunter einige in der Europäischen Region. Welche Einstellungen Jugendliche zur

Sexualität haben, welches Risikoverhalten sie an den Tag legen und welche die auslösenden Faktoren dabei sind, wird in Kroatien, Polen und in der Türkei erforscht.

Verschiedene Zentren, die in Europa mit der WHO kooperieren, sind auf dem Gebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit für Jugendliche tätig und geben den Anstoß zur Verbesserung der sexuellen Aufklärung (wie z.B. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Deutschland), der Qualität der Gesundheitsdienste durch Weiterbildungsangebote für medizinisches Fachpersonal (wie z.B. die School of Public Health in den Niederlanden und das Department of Public Health an der Medizinischen Fakultät der Universität Hacettepe in der Türkei) oder zur Untersuchung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von jungen Migrantinnen und Migranten, Flüchtlingen und Asylsuchenden (wie das International Centre for Reproductive Health an der Universität Ghent) (WHO 2006).

### Schlussfolgerungen

Sexuelle und reproduktive Gesundheit gehört zu den Schlüsselementen eines gesunden Lebens. Damit die Jugendlichen in Europa einen guten Gesundheitszustand erreichen können, muss die Gesellschaft dafür sorgen, dass ihnen die erforderlichen Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden. Wir müssen zum richtigen Zeitpunkt und in angemessener Form für Information und Aufklärung sorgen, wohl wissend, dass die Erziehung durch Gleichaltrige, die Familie und Freunde dabei eine wichtige Rolle spielt. Wir müssen sowohl über die positiven als auch über die negativen Seiten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit informieren. Wir müssen Lebenskompetenzen vermitteln und Wahlmöglichkeiten zur Verfügung stellen. Wir müssen dafür sorgen, dass die Jugendlichen Zugang zu Diensten haben, die auf ihre Bedürfnisse abgestimmt sind. Vor allem aber müssen wir ein sicheres Umfeld schaffen, in dem die Jugendlichen Unterstützung finden. Deshalb muss unser Ziel sein, die Armut zu beseitigen, Geschlechtergerechtigkeit zu erreichen, Zwang und Gewalt abzuschaffen und zu gewährleisten, dass die Grundbedürfnisse wie Nahrung und Unterkunft erfüllt werden.

Folgende Ziele, die die WHO in ihren Strategien zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (WHO 2001) der Bevölkerung in der Europäischen Region vorschlägt, besitzen ganz klar oberste Priorität: die Reduzierung von ungewollten Schwangerschaften, Schwangerschaftsabbrüchen und sexuell übertragbaren Infektionen (STI), die Aufklärung der Jugendlichen in den Bereichen Reproduktion und Sexualität sowie die Gewährleistung, dass sie Zugang zu Diensten haben, wo sie Hilfe finden. Die Arbeit an der Umsetzung dieser Ziele in Europa ist ein kontinuierlicher Prozess. Durch den Einsatz für die Erreichung der genannten Ziele wird gewährleistet, dass nicht nur die Jugendlichen einer gesunden Zukunft entgegengehen, sondern die gesamte Europäische Region.

*Gunta Lazdane*

<sup>3</sup> „Stakeholding“ bedeutet hier etwa: gemeinsamer Einsatz, Interessenvertretung (Anm. d. Red.)

## Literatur

CURRIE, C. et al. eds. (2004): Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4) ([http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/informationssources/publications/catalogue/20040601\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/informationssources/publications/catalogue/20040601_1))

ENTRE NOUS – the European Magazine for Sexual and Reproductive Health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/entrenous>)

LAZARUS, J. V. (2004): The need for youth-friendly health services in south-east Europe. *Entre Nous* 2004 58, S. 26 (<http://www.euro.who.int/document/ENS/en58.pdf>)

WHO (1999): Programming for adolescent health and development. Geneva, World Health Organization (WHO Technical report Series No. 886)

WHO (2004): Reproductive Health Strategy to Accelerate Progress towards the Attainment of International Development Goals and Targets. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/reproductive-health/strategy.htm>)

WHO (2006): WHO collaborating centres database (online database). Geneva, World Health Organization (<http://whqlily.who.int/>)

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2001): WHO European Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. Copenhagen (<http://www.euro.who.int/document/e74558.pdf>)

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2005): European Strategy for Child and Adolescent Health and Development. Copenhagen (<http://www.euro.who.int/document/e74558.pdf>)



*Gunta Lazdane, MD, PhD, arbeitet seit 2003 im WHO-Regionalbüro für Europa als Beraterin für reproduktive Gesundheit und Forschung. Sie ist Geburtshelferin und Gynäkologin und war zuvor Professorin und Abteilungsleiterin an der Riga Stradins Universität in Lettland. Sie ist Redaktionsmitglied bei mehreren wissenschaftlichen Zeitschriften und Chefredakteurin der europäischen Zeitschrift für sexuelle und reproduktive Gesundheit *Entre nous*.*

**Kontakt:**

*gla@euro.who.int*

# Sex und Jugendliche in Europa: Was ist SAFE?

**Das Projekt „SAFE“ zielt darauf, ein Gesamtbild der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsmuster und -trends unter europäischen Jugendlichen zu erstellen und darüber hinaus neue Aktivitäten zu entwickeln, damit diese Bevölkerungsgruppe erreicht und die Gesundheitspolitik in den einzelnen Ländern verbessert wird.**

Anfang 2003, angesichts des bevorstehenden 10. Jahrestages der Internationalen Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung, hat die Universität Lund, Schweden, mit der Untersuchung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte von Jugendlichen in der Europäischen Union (EU) ein ehrgeiziges Projekt in Angriff genommen. Nach der Erweiterung der EU um zehn neue Mitgliedsstaaten stellte sich die Frage, welche länderspezifischen Unterschiede es hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Bevölkerung gibt (siehe Abbildungen S. 12–14<sup>1</sup>) und wie die einzelnen Länder jeweils mit dem Thema „sexuelle und reproduktive Gesundheit“ ihrer Bevölkerung umgehen. Wir nahmen Kontakt mit den wichtigsten Organisationen auf, die sich mit dieser Problematik auf nationaler Ebene befassen, um von ihnen zu lernen und sie auf unsere Arbeit aufmerksam zu machen; dazu gehörten das europäische Netzwerk *International Planned Parenthood Federation (IPPF)* und deren nationale Mitgliedsverbände. Um unsere Forschungsarbeit bei den politischen Entscheidungsträgern bekannt zu machen, baten wir das WHO-Regionalbüro für Europa um Unterstützung. Das dreiteilige Projekt, das daraus entstanden ist und das sich über drei Jahre erstreckt, trägt den Namen SAFE (*Sexual Awareness for Europe*).<sup>2</sup> Ziel ist es, ein Gesamtbild der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsmuster und -trends unter europäischen Jugendlichen zu liefern sowie eine Reihe von Aktivitäten durchzuführen. Dabei geht es darum, neue

Wege zu entwickeln, damit diese Bevölkerungsgruppe erreicht und die Politik verbessert wird.

In diesem Artikel berichten wir über den Teil des SAFE-Projektes<sup>3</sup>, der sich vor allem mit den sexuell übertragbaren Infektionen (STI), der sexuellen Aufklärung von Jugendlichen in Europa und schließlich der Methode befasst, die bei einer ersten Analyse auf mehreren Ebenen angewandt wurde, um die nationalen Faktoren zu bestimmen, die die sexuelle und reproduktive Gesundheit beeinträchtigen können. Als wir anfangen, wussten wir nicht, wie wenige aktuelle und vergleichbare Daten zur Verfügung standen. Die meisten Länder konnten weder zuverlässige Daten liefern, etwa über die Anwendung von Verhütungsmitteln, noch waren sie in der Lage, grobe Schätzungen abzugeben. Ähnlich war die Situation, wenn es um konkrete Angaben über STI, den aktuellen Stand und Inhalt der sexuellen Aufklärung sowie die meisten anderen Indikatoren für sexuelle und reproduktive Gesundheit, insbesondere bei Jugendlichen, ging. Bei den Syphilis-Fällen in Europa etwa (Abb. 4) war es nicht möglich, die Daten nach Alter aufzuschlüsseln.

Die Suche nach Daten führte uns über Gesundheitsministerien, nationale Statistikbehörden, das Reprostat-Projekt (das sich mit der Erstellung von gemeinsamen Indikatoren für reproduktive Gesundheit in der EU befasst), Eurostat und Nichtregierungsorganisationen schließlich zur Weltgesundheitsorganisation, wo wir auf drei sehr wertvolle Quellen stießen: die HBSC-Studien (CURRIE et al. 2004), die Jahresberichte von Euro-HIV (EUROHIV 2005) und das Zentrale Informationssystem für Infektionskrankheiten.<sup>4</sup> Das darin enthaltene Datenmaterial musste allerdings noch bearbeitet werden. Die Daten waren nur zum Teil oder noch gar nicht analysiert worden, häufig auch unvollständig. Außerdem waren die Altersangaben der Jugendlichen sehr unterschiedlich.<sup>5</sup>

## Das SAFE-Projekt

Die Idee für das SAFE-Projekt ist aufgrund des Berichtes über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte in Europa (EUROPEAN PARLIAMENT 2002a) von ANNE VAN LANCKER (MEP<sup>6</sup> Belgien) entstanden, der vom Europa-

1 Die vier Abbildungen zeigen, welche Art von Daten wir gesammelt haben. Sie werden im Abschlussbericht über das SAFE-Projekt veröffentlicht.

2 15 junge Leute aus ganz Europa haben sich bei einem Treffen im März 2005 auf diesen Namen geeinigt. Das SAFE-Projekt wird von der Europäischen Union finanziert und läuft unter der Genehmigungsnummer 2003319.

3 Die beiden anderen Teile befassen sich mit der Durchführung von Projekten zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in den EU-Mitgliedsstaaten und mit der Weitergabe unserer gesamten Forschungsergebnisse an die Minister und Gesundheitsbeauftragten der WHO beim nächsten Treffen.

4 Beide verfügbar unter [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int).

5 SAFE folgt der Einteilung der Vereinten Nationen und der IPPF; danach werden Menschen von 10 bis 24 als Jugendliche bezeichnet, zwischen 10 und 19 als Heranwachsende und zwischen 15 und 24 als junge Erwachsene.

6 MEP = Mitglied des Europäischen Parlaments (Anm. d. Red.)

parlament am 3. Juli 2002 noch bekräftigt wurde (EUROPEAN PARLIAMENT 2002b). In dem Bericht rief ANNE VAN LANCKER die EU-Mitgliedsstaaten und Beitrittsländer dazu auf, den Austausch von Informationen und Vorgehensweisen hinsichtlich der Bewältigung folgender Probleme zu verbessern: ungewollte Schwangerschaften und Abtreibung, sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte von Jugendlichen, sexuelle Aufklärung und die Entwicklung von Strategien zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Um diesem Aufruf Folge zu leisten, haben wir den Forschungsteil des SAFE-Projektes in fünf große Studien eingeteilt, die wir in der zweiten Hälfte des Jahres 2006 und im Laufe des Jahres 2007 veröffentlichen werden.

### 1. Forschung auf mehreren Ebenen in Europa

Zuerst haben wir die Daten der HBSC-Studien herangezogen (CURRIE et al. 2004), um vergleichbare Informationen über Trends in der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Jugendlichen zu erhalten. Schließlich entsprachen 20 Länder und Subregionen der erweiterten EU unseren Einschlusskriterien.<sup>7</sup> Ziel der Studie war es zu bestimmen, welche Faktoren in einem bestimmten Land bei Jugendlichen den größten Einfluss auf die Verwendung eines Verhütungsmittels haben. Dabei haben wir uns auf sozial schwache Gruppen, die sich durch besonderes Risikoverhalten oder einen speziellen Lebensstil auszeichneten (die z. B. andere durch Gewaltdrohung zu bestimmten Verhaltensweisen zwingen oder regelmäßig Alkohol trinken oder rauchen), und ihren sexuellen und reproduktiven Gesundheitszustand konzentriert. Die Verwendung von Verhütungsmitteln war ein Anhaltspunkt für den Gesundheitsstatus, denn es besteht eine signifikante umgekehrte Korrelation zwischen der Verwendung von Verhütungsmitteln, der Verbreitung von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) und ungewollten Schwangerschaften. Zu den nationalen Variablen, die untersucht wurden, gehörten die sozioökonomischen Rahmenbedingungen, die Gewährleistung einer angemessenen sexuellen Aufklärung sowie das Vorhandensein einer dominierenden Religion (*primary religion*). Diese Studie sollte solides Informationsmaterial liefern und so zu einer Verbesserung der nationalen Gesundheitspolitik für Jugendliche in der erweiterten EU sowie zu einer nuancierten Debatte über die Richtlinien der EU-Gesundheitspolitik beitragen.<sup>8</sup>

### 2. Forschung in elf Ländern (EU-Länder und Beitrittskandidaten)

Da wir nur sehr wenige vergleichbare Daten zur Verfügung hatten, bestand ein wesentlicher Teil des Projektes darin, detaillierte Analysen der nationalen Situation sowie kleine Substudien zu Schlüsselaspekten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Jugendlichen durchzuführen. Elf selbst gewählte Mitgliedsverbände der IPPF beteiligten sich, indem sie mithilfe einer Vorlage Länderprofile erstellten. Jeder von ihnen hat eine bestimmte, für sein Profil typische Fragestellung untersucht. Dadurch konnte der Verband bei zukünftigen Forschungsvorhaben zu einem bestimmten Problem gezielt die entsprechenden Informationen abrufen und sich so die Arbeit erleichtern. Die Themenpalette umfasste das Alter des ersten Geschlechtsverkehrs, die geringe Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten für Jugendliche durch gefährdete Jungen, die Rolle der Medien als Informationsquelle für sexuelle und reproduktive Gesundheit für Jugendliche sowie die Frage, wie man Jugendliche in die Arbeit des IPPF mit einbinden könnte. Zu den

elf Ländern gehörten Belgien, Bulgarien, Zypern, Estland, Deutschland, Ungarn, Lettland, die Niederlande, Polen, Spanien und Großbritannien.

### 3. Anwenderfreundliche Datenbanken

Die Suche nach Forschungsergebnissen und Daten zu bestimmten Gegebenheiten oder nach geeigneten Maßnahmen bezüglich sexueller und reproduktiver Gesundheit kann sehr mühsam sein, und der Erfolg hängt oft von einer entsprechenden Schulung ab. Zur Arbeitserleichterung stellt SAFE anwenderfreundliche Datenbanken mit fünf Verzeichnissen zusammen, die von Peers geprüfte („peer-reviewed“) Artikel enthalten (zu STI, Teenager-Schwangerschaften, Familienplanung, zum Einsatz neuer Maßnahmen und Methoden zur Unterstützung Jugendlicher und zu geschlechtsspezifischen Fragen) und öffentlich zugänglich sind.<sup>9</sup> Wenn solche Informationen schnell verfügbar sind, können Programmmanager und Entscheidungsträger/-trägerinnen die aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse mit in ihre Arbeit einbeziehen. In Verbindung mit der Umsetzung der neuen globalen Strategie der WHO zur Bekämpfung der STI werden wir auch die entsprechende Datenbank analysieren und eine systematische Bewertung der Maßnahmen vornehmen, die seit 1994 eingesetzt wurden, um deren Ausbreitung unter Jugendlichen in Europa einzudämmen.

### 4. Nachschlagewerk für sexuelle Aufklärung

Im September 2005 hat die *European Society of Contraception* (ESC) ein Seminar mit dem Titel „Sexuelle Aufklärung: der Schlüssel zur reproduktiven Gesundheit“ veranstaltet. Als Befürworter einer umfassenden sexuellen Aufklärung waren wir sehr erfreut, dass die ESC dieses Thema so in den Vordergrund gerückt hat. Aber wir waren auch besorgt, dass die Aufklärung als die zentrale Lösung für Probleme der reproduktiven Gesundheit präsentiert wurde. Wie im nächsten Absatz deutlich wird, müssen viele Faktoren mit einbezogen werden, wenn man die Auswirkungen der sexuellen Aufklärung messen möchte. So gibt es zum Beispiel nur eine lockere Verbindung zwischen sexueller Aufklärung und reproduktivem Gesundheitsstatus, obwohl sexuelle Aufklärung natürlich eine wichtige Rolle spielen kann, wenn es darum geht, Stigmatisierung und Diskriminierung zu reduzieren und Jugendlichen zu helfen, ihre Körper und die Veränderungen, die sie erleben, zu verstehen. Schließlich ist sexuelle Aufklärung dann am effektivsten, wenn sie ein integrierter Bestandteil der Vermittlung von Lebenskompetenzen ist (IPPF 2006) und wenn sie nach Bedarf in geeigneten Fächern angesprochen wird, etwa in Biologie,

7 In der HBSC-Studie hat man 15-Jährigen vier Fragen zu ihrer sexuellen Gesundheit gestellt, z.B. „Welche Verhütungsmethode(n) hast du oder dein Partner/deine Partnerin angewandt, als ihr das letzte Mal Geschlechtsverkehr hattet?“ Einige Länder haben sich allerdings dafür entschieden, diese Fragen auszulassen.

8 Die wichtigsten Ergebnisse der SAFE-Studien werden Ende 2006 im Rahmen des SAFE-Informationstages in Brüssel (Belgien) veröffentlicht. Zusätzliche Ergebnisse und eine Beschreibung der Methodologie werden 2007 als („peer-reviewed“, etwa: von Peers geprüfter) Artikel erscheinen.

9 Vier Datenbanken wurden mithilfe einer umfangreichen Zeichenkette, die mehr als 100 Begriffe umfasst, nach relevanten Artikeln durchsucht (Medline, Embase, CINHALL und PsychInfo). Für STI lautete z.B. ein Teil der Zeichenkette: „chlamydi\* or trachoma\* or blennorrhoea\* or (lymphogranuloma near vener\*) or gonorrhoea\* or gonorrhoea\* or gonococcal\* or ophthalmia neonatorum or neonatal conjunctivitis“. Mehr als 10 000 Artikel wurden, aufgeteilt nach Ländern, in die STI-Datenbank eingegeben.

Sport, Deutsch (Literatur) und Sachkunde (z.B. Ernährung). Aber wird sie so in Europa vermittelt?

In Zusammenarbeit mit externen Forschern entwickelt das SAFE-Projekt ein europäisches Nachschlagewerk für sexuelle Aufklärung, das im Herbst 2006 erscheinen wird. Ziel dieses Nachschlagewerkes ist es, alle Informationen zu diesem Thema systematisch und kohärent zusammenzutragen, so dass man die Situation in den einzelnen Ländern direkt miteinander vergleichen kann. Befürworter sollen so fundierte Argumente an die Hand bekommen, um an den Schulen eine umfassende sexuelle Aufklärung durchzusetzen und rasch nachschlagen zu können, wie dies in den Nachbarländern gehandhabt wird und was funktioniert. Die vorläufigen Ergebnisse weisen darauf hin, dass die sexuelle Aufklärung in mindestens einem von fünf EU-Ländern insgesamt unzureichend ist<sup>10</sup>, wobei es deutliche Qualitätsunterschiede innerhalb der Länder gibt und sogar innerhalb einzelner Schulen. In Litauen hat zum Beispiel die Veränderung der wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse in Verbindung mit einer starken katholischen Kirche dazu geführt, dass sich eine kleine, aber sehr einflussreiche Opposition gegen die sexuelle Aufklärung in Schulen herausgebildet hat (FAMILY PLANNING AND SEXUAL HEALTH ASSOCIATION OF LITHUANIA 2005). In Dänemark steht dagegen die sexuelle Aufklärung seit über 30 Jahren auf dem Lehrplan der Grundschulen. Allerdings gibt es große Unterschiede, was die Qualität dieses Unterrichts angeht, dies wird noch genauer untersucht.

Es ist auch sehr wichtig, sich bewusst zu machen, dass Lehrerinnen und Lehrer nicht die einzigen sind, die für sexuelle Aufklärung sorgen. In Dänemark berichtete vor Kurzem der nationale Mitgliedsverband der IPPF (SEX & SAMFUND 2005), dass 96% der Jugendlichen in den Schulen sexuell aufgeklärt worden seien, aber nur 43% die Schule als ihre wichtigste Informationsquelle zu diesem Thema bezeichnet hätten; zu einem größeren Prozentsatz berichteten sie, dass sie das meiste von Gleichaltrigen erfahren hätten. Weit mehr als die Hälfte der Jugendlichen sagten aus, dass sie mit ihren Eltern nie über sexuelle Themen redeten. Und obwohl Jugendliche sich sexuelle Aufklärung in der Schule wünschten, fühlten sich nur 10% des zuständigen Lehrpersonals ausreichend dafür ausgebildet. Eine effektive sexuelle Aufklärung könnte daher Teil verschiedener Szenarien sein: Vermittlung von Lebenskompetenzen in der Schule, Peer Education, Gesundheitsdienste, die auf die Bedürfnisse von Jugendlichen abgestimmt sind, Aktivitäten zur Gesundheitsförderung durch den Hausarzt/die Hausärztin oder der qualifizierte Rat eines Elternteils.

## 5. Entwicklung politischer Rahmenbedingungen und Richtlinien

ANNE VAN LANCKER sprach in ihrem Bericht die Empfehlung aus, dass in jedem EU-Mitgliedsstaat die Regierung mit Organisationen der Zivilgesellschaft zusammenarbeiten und eine effektive Strategie zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit entwickeln sollte. Um die Regie-

rungen dabei zu unterstützen, eine solche Strategie für Jugendliche zu entwickeln, wird SAFE die Ergebnisse seiner Forschungsarbeit dazu verwenden, ein politisches Rahmenwerk aufzustellen und Richtlinien zu entwerfen. Wir werden Rücksprache mit Gesundheitsministerien, Jugendlichen, Vertretern der EU und der Mitgliedsverbände des IPPF halten, ehe wir die Richtlinien endgültig festlegen und 2007 herausgeben.

### Der europäische Kontext

Das SAFE-Projekt konzentriert sich zwar auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie die diesbezüglichen Rechte Jugendlicher, doch es liegt auf der Hand, dass dieser Schwerpunkt nicht isoliert betrachtet werden darf. Der nationale, ja sogar der internationale Kontext muss ebenfalls berücksichtigt werden. Modelle, die größere Wirkungszusammenhänge erfassen (*ecological models*), können besonders nützlich sein, wenn es darum geht, die sexuelle Aufklärung und ihre Auswirkungen auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit zu untersuchen. Solche Modelle zeigen, dass Verhaltensweisen durch Faktoren der interpersonellen, sozialen, kulturellen und physikalischen Umgebung beeinflusst werden. Diese Variablen spielen eine entscheidende Rolle, wenn man den Gesundheitszustand der Bevölkerung ermitteln und herausfinden will, wie die Gesundheit verteilt ist. Deshalb richten sich einige der vielversprechendsten strukturellen Maßnahmen auf Elemente dieses größeren Kontextes (BERKMAN/KAWACHI 2000).

Doch ökologische Ansätze (*ecological approaches*) haben sich als schwerfällig erwiesen, wenn es darum geht, Risikoverhalten als Themenfeld der öffentlichen Gesundheitspraxis zu etablieren. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und politische Entscheidungsträger/-trägerinnen erkennen häufig nicht, wie wichtig das Umfeld ist, in das die sexuelle Aufklärung oder Werbekampagnen für Kondome eingebettet sind. Meist werden gefährdete Jugendliche unterstützt, indem man versucht, ihre Einstellungen und Verhaltensweisen zu ändern, zum Beispiel indem man sexuelle Enthaltsamkeit oder die Verwendung von Verhütungsmitteln propagiert. Bei diesem Modell wird nicht berücksichtigt, wie Faktoren des sozialen Umfeldes die Einstellungen oder Verhaltensweisen beeinflussen können, oder wie bestimmte Verhaltensweisen – etwa der Missbrauch von Alkohol oder anderen Drogen – zum Teil Reaktionen auf die Bedingungen im Umfeld sein können.

Für die Zukunft sehen wir die wichtigste Aufgabe darin, uns mit der fachlichen und ideologischen Opposition gegen eine umfassende sexuelle Aufklärung und die Verwendung von Verhütungsmitteln zu befassen, um so eine Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit der Jugendlichen in Europa zu erreichen. In ganz Europa haben die wesentlichen Interessengruppen – wie Eltern, Kirche, Politikerinnen und Politiker und Massenmedien – einen enormen Einfluss auf diese Probleme. Ohne aktuelle, präzise Informationen werden wir jedoch unmöglich beurteilen können, ob wir auf dem richtigen Weg sind oder nicht. Das SAFE-Projekt mit seiner Forschung und seinen Aktionskomponenten hat bereits zahlreiche Defizite sowie Vorschläge für zukunftsweisende Strategien aufgezeigt.

Jeffrey Victor Lazarus, Jerker Liljestrand

<sup>10</sup> Ausgehend von drei Aspekten der sexuellen Aufklärung haben wir eine Rangordnung aufgestellt: ob es sich um Pflichtunterricht handelt, seit wann der Unterricht Pflicht ist und ab welchem Alter die Kinder diesen Unterricht erhalten. Konnte die sexuelle Aufklärung als angemessen gelten, so wurden die Unterrichtsinhalte daraufhin überprüft, ob sie auch umfassend genug waren.

Abb. 1

**Anteil der 15-Jährigen in Europa, die während ihres letzten Geschlechtsverkehrs Verhütungsmittel benutzt haben**

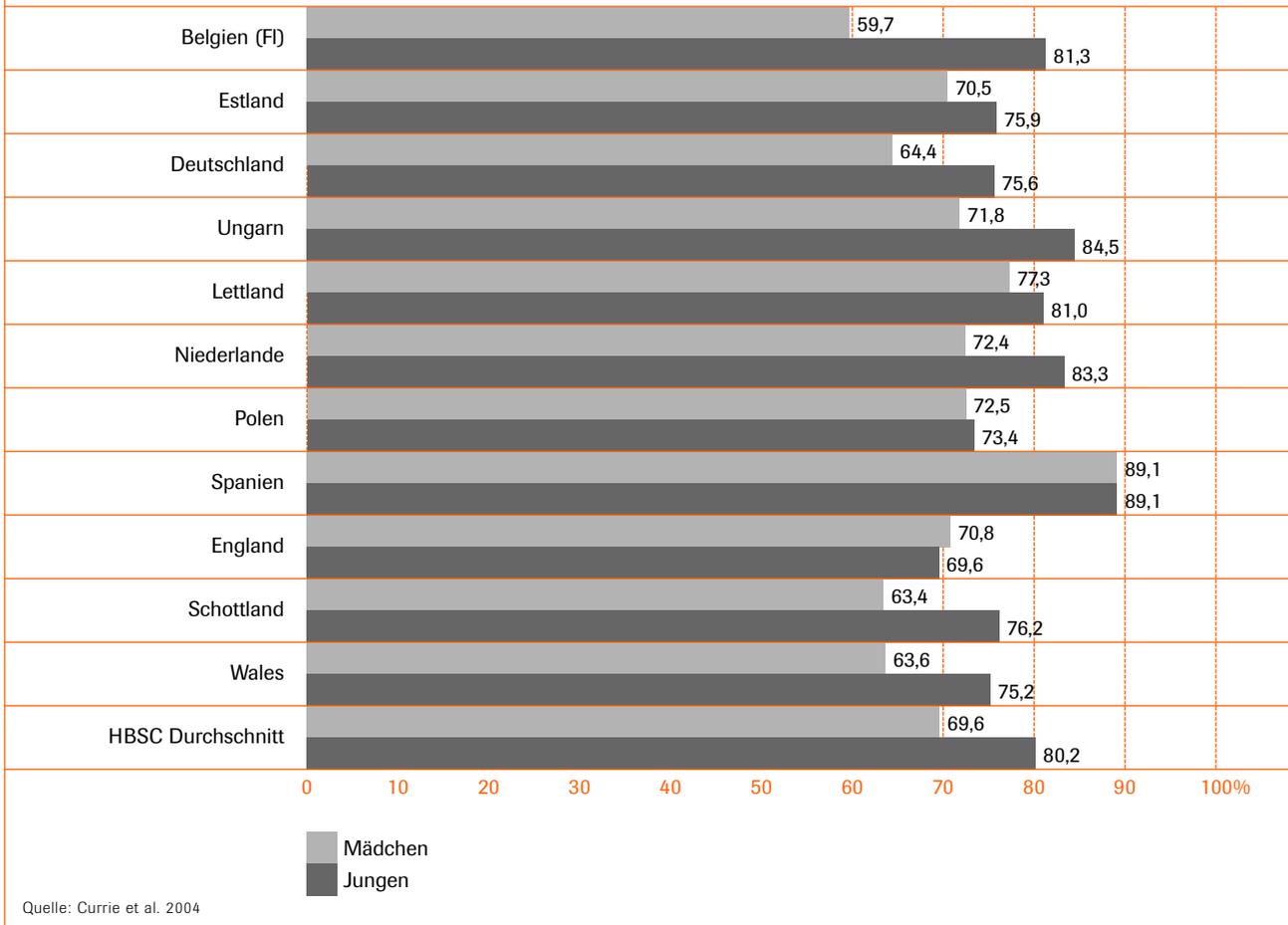


Abb. 2

**Prozentsatz der gemeldeten männlichen HIV/Aids-Fälle in der Europäischen Region der WHO**

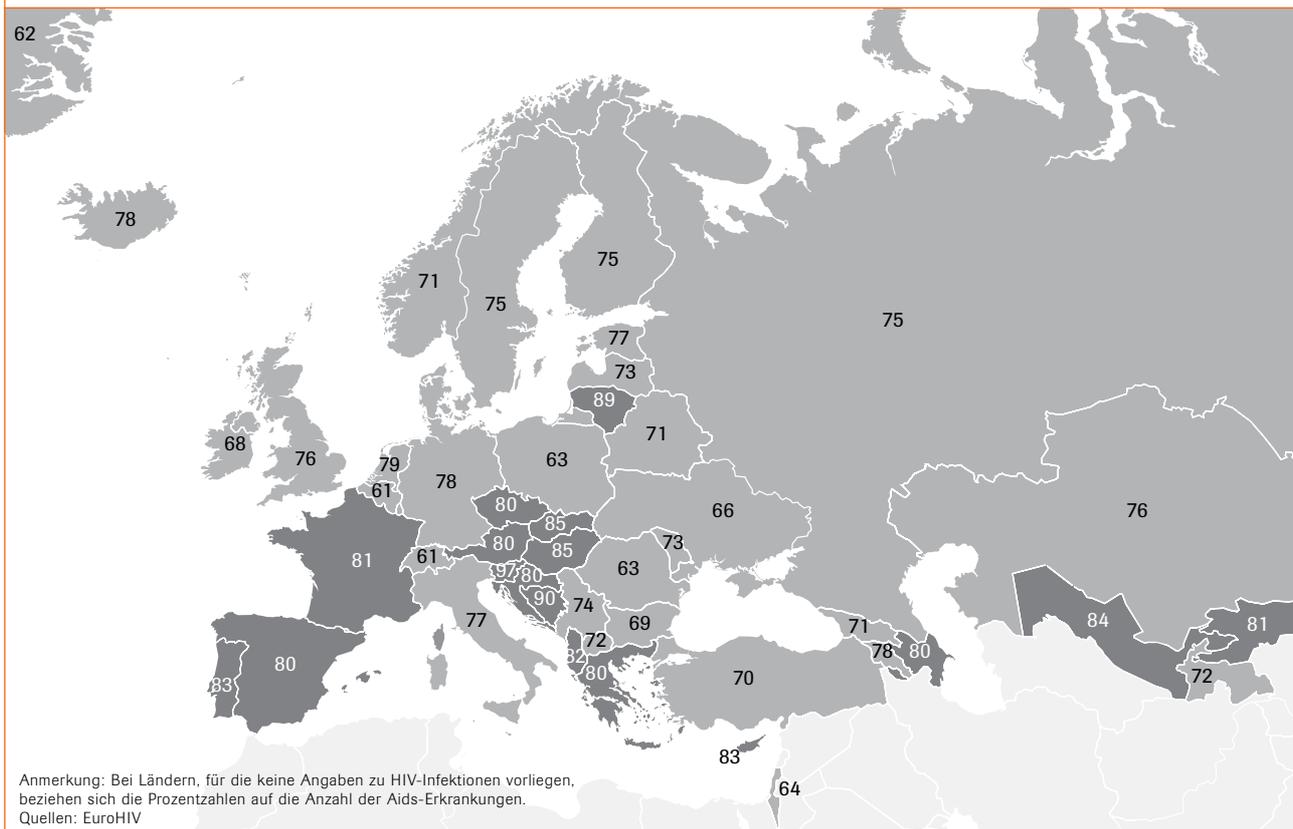
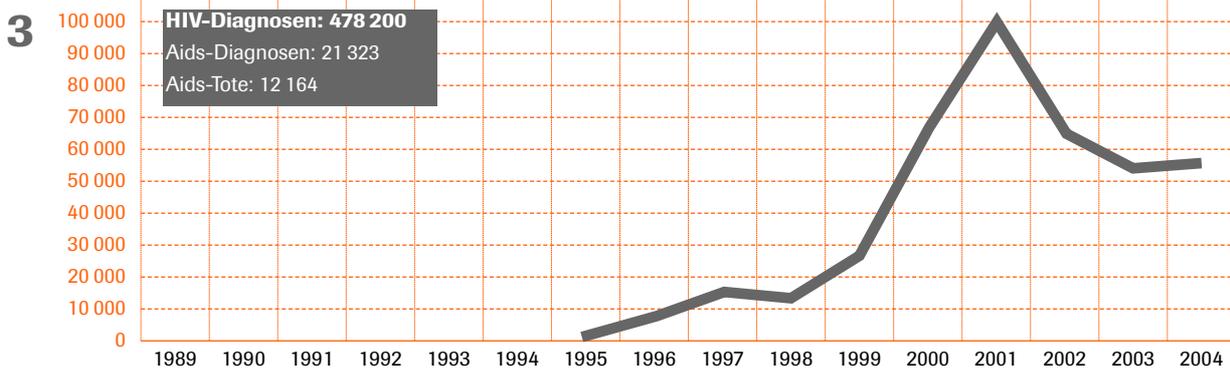
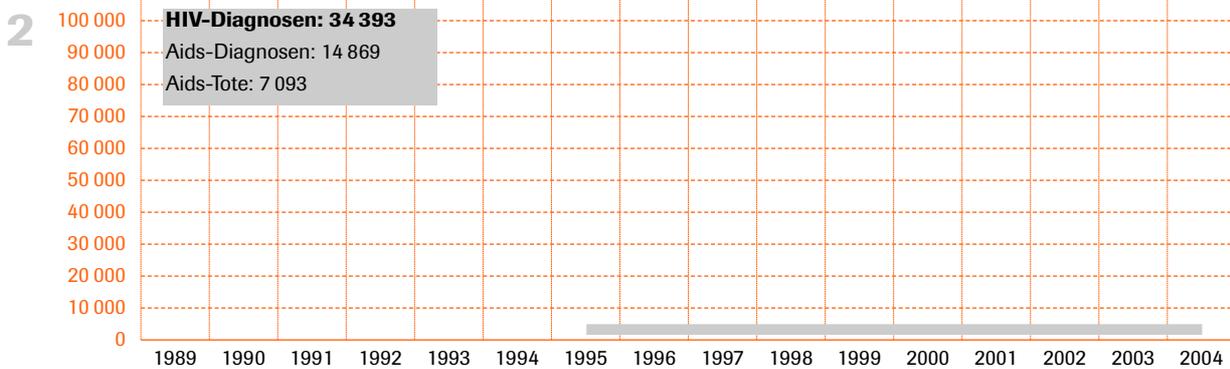
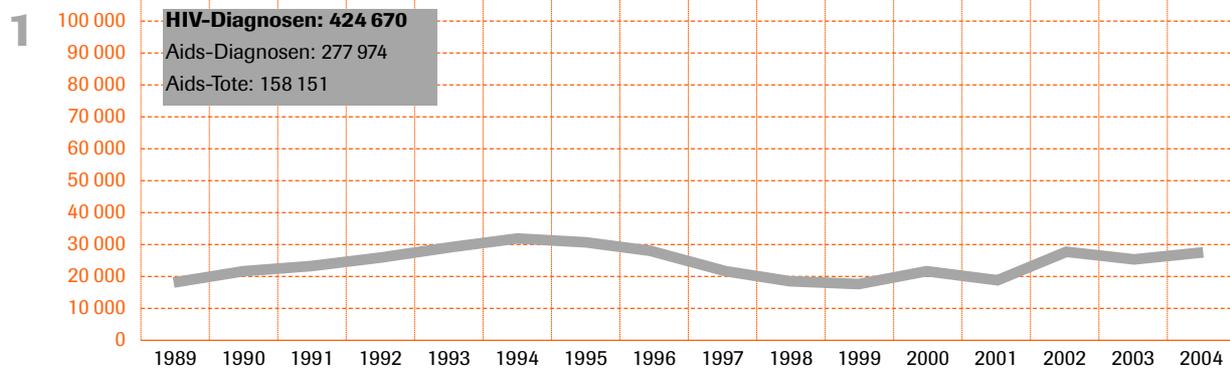


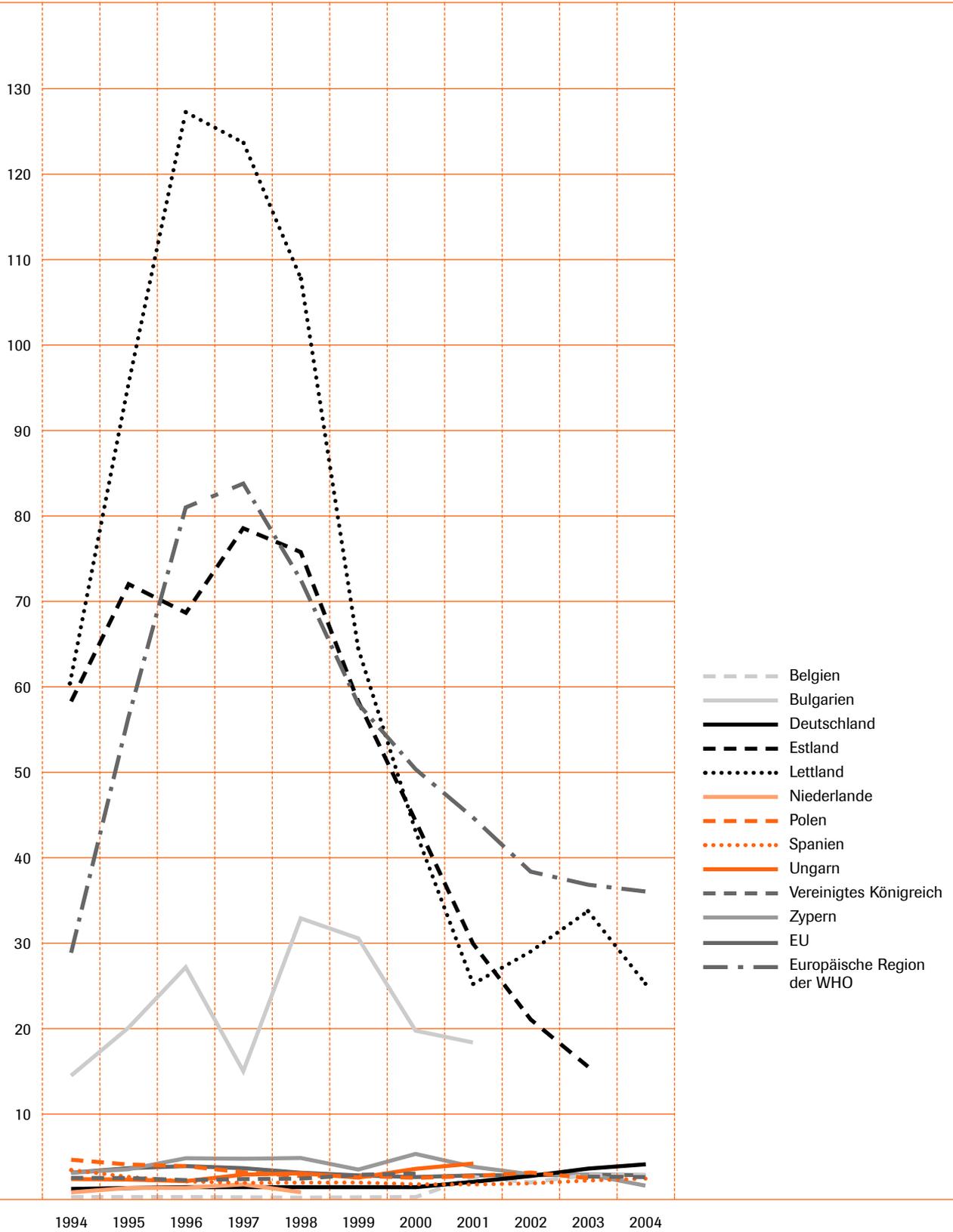
Abb. 3

**HIV-Infektionen, die in der Europäischen Region der WHO zwischen 1989 und 2005 gemeldet wurden**

Quelle: SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS/HIV/AIDS PROGRAMME. WHO/Europe survey on HIV/AIDS and antiretroviral therapy: 31 March 2006 update of cumulative totals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006

Abb. 4

**Neue Fälle von Syphilis in Europa pro 100 000 Einwohner, 1994-2004**



Quelle: WHO-Regionalbüro für Europa. Centralized information system for infectious diseases (CISID). Copenhagen <http://data.euro.who.int/cisid/>, accessed 23 May 2006.

## Literatur

BERKMAN, L./KAWACHI, I. (2000): A historical framework for social epidemiology. In: BERKMAN, L./KAWACHI, I. (eds.): Social epidemiology. New York, Oxford University Press

CURRIE, C. et al. (eds.) (2004): Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/02 survey. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents, Issue 4. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe

EUROHIV (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS) (2005): HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2004, No. 71. Saint Maurice, Institut de Veille Sanitaire

FAMILY PLANNING AND SEXUAL HEALTH ASSOCIATION OF LITHUANIA (2005): Strong families and a strong country: why reproductive health care and sexuality education make sense in Lithuania. Vilnius

IPPF (2006): IPPF framework for comprehensive sexuality education. London, IPPF

SEX & SAMFUND (2005): Strategi for styrkelse af seksualundervisningen i folkeskolen (*A strategy for improving sexuality education in primary schools*). Copenhagen

SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS/HIV/AIDS PROGRAMME. WHO/Europe survey on HIV/AIDS and antiretroviral therapy: 31 March 2006 update of cumulative totals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006

EUROPEAN PARLIAMENT (2002a). Report on sexual and reproductive health and rights (2001/2128 [INI]). <http://www.europarl.europa.eu/omk/sipade3?PUBREF=-//EP//TEXT+REPORT+A5-2002-0223+0+DOC+XML+V0//EN&L=EN&LEVEL=0&NAV=S&LSTDOC=Y>

EUROPEAN PARLIAMENT (2002b). Sexual and reproductive health and rights European Parliament resolution on sexual and reproductive health and rights (2001/2128 [INI]). <http://www.europarl.europa.eu/omk/sipade3?PUBREF=-//EP//TEXT+TA+P5-TA-2002-0359+0+DOC+XML+V0//EN&LEVEL=3&NAV=X&L=EN>

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2006). Centralized information system for infectious diseases (CISI D). <http://data.euro.who.int/cisid/>



Jeffrey Victor Lazarus, MA, MPH, ist verantwortlich für die Programme zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (STI/HIV/AIDS) des WHO-Regionalbüros für Europa und PhD-Kandidat für sexuelle und reproduktive Gesundheit an der Universität Lund (Schweden), wo er außerdem am Forschungsprojekt SAFE mitarbeitet. Er ist außerdem als Mitglied des Lehrkörpers der Universität Kopenhagen.



Jerker Liljestrand, MD, PhD, ist außerordentlicher Professor für öffentliche Gesundheitspflege an der Universität Lund (Schweden) und Leiter der Forschungsabteilung des SAFE-Projektes. Zurzeit ist er Schatzmeister der Internationalen Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe (FIGO).

**Kontakt:**

Jeffrey.Lazarus@med.lu.se

# Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen in der Europäischen Union: Rechte auf sexuelle und reproduktive Gesundheit noch immer unzureichend verwirklicht

**Die Autorinnen thematisieren, dass Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen in der Europäischen Union einen unterschiedlichen rechtlichen Status und damit auch nicht dieselben Ansprüche auf Gesundheitsversorgung besitzen. Nur wenige Länder ermöglichen Asylbewerberinnen ungehinderten Zugang zu den Diensten im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit.**

Das *International Centre for Reproductive Health* der Universität Ghent hat vor kurzem in einem Pilotprojekt die Bedürfnisse und Rechte von in der Europäischen Union (EU) lebenden Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit untersucht. Die EU setzt sich zwar vehement für die Rechte von Frauen auf sexuelle und reproduktive Gesundheit (SRG) ein, allerdings konzentriert sich dies in erster Linie auf die Situation in Entwicklungsländern. Wie die Untersuchung zeigt, werden der Schutz und die Förderung der Bedürfnisse und Rechte von Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen in Fragen der SRG in weiten Teilen immer noch vernachlässigt und haben keinen Eingang in die gemeinschaftliche Flüchtlingspolitik der EU gefunden.

## **SRG-Bedürfnisse und -Rechte von Flüchtlingsfrauen zunehmend anerkannt**

Die Frauenbewegung hat weltweit eine tragende Rolle bei der Verwirklichung der sexuellen und reproduktiven Rechte von Frauen gespielt. Lag der Schwerpunkt zunächst auf der Gesundheit von Mutter und Kind und der Regulierung des Bevölkerungswachstums, so rückte mit der Zeit die Förderung der SRG gemäß der 1994 auf der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD) in Kairo verabschiedeten Definition in den Mittelpunkt, als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur der Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen, und zwar im Hinblick auf alle Belange im Zusammenhang mit dem reproduktiven System und seinen Funktionen und Prozessen“ (UNITED NATIONS 1994, Art. 7.2). Auch das ICPD-Aktionsprogramm stellte fest, dass alle Menschen ein „erfülltes und gefahrloses Sexualeben“ und Zugang zu sicheren, wirksamen, bezahlbaren und annehmbaren Leistungen im Bereich der SRG haben sollen. Die Konferenz lenkte außerdem die Aufmerksamkeit auf die SRG-Bedürfnisse von Migrantinnen und vertriebenen Frauen, die „in weiten Teilen der Welt nur in eingeschränktem Maße Zugang zu Diensten der reproduktiven Gesundheit haben und deren diesbezügliche Rechte in spezieller Weise ernsthaft bedroht sein können“. In Kairo wurden SRG-

Rechte als Menschenrechte anerkannt (UNITED NATIONS 1994, Art. 7.3). Auf der 4. Weltfrauenkonferenz in Peking 1995 wurden sie darüber hinaus als spezielle Menschenrechte von Frauen und als universaler, unveräußerlicher, fester und unteilbarer Bestandteil der allgemeinen Menschenrechte anerkannt (UNITED NATIONS 1995).

Auch wenn die von internationalen Konferenzen verabschiedeten Dokumente keinen bindenden Charakter haben, sind sie dennoch Ausdruck eines wichtigen internationalen Konsenses, der dank eines beständigen Engagements und durch Verhandlungen und Diskussionen innerhalb und zwischen den einzelnen Staaten erzielt werden konnte. Dies erklärt, warum die für die Überwachung völkerrechtlicher Verträge zuständigen Stellen sie als Standard heranziehen, um zu überprüfen, wie Staaten ihren Vertragsverpflichtungen nachkommen (GIRARD/WALDMANN 2000). Das *Committee on the Elimination of Discrimination Against Women* forderte 1999 die Vertragsstaaten des Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*, CEDAW) nachdrücklich auf, den ungehinderten und allgemeinen Zugang aller Frauen zur gesamten Bandbreite der SRG-Dienste sicherzustellen (UNITED NATIONS 1999). Dabei betonte der Ausschuss, dass „den Gesundheitsbedürfnissen und -rechten von Frauen aus vulnerablen<sup>1</sup> und benachteiligten Gruppen wie etwa Migrantinnen, Flüchtlingsfrauen und intern vertriebenen Frauen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden soll“ (UNITED NATIONS 1999, §6). Im Laufe der Jahre haben internationale Institutionen mit dem speziellen Mandat des Schutzes von Flüchtlingen und Vertriebenen wie zum Beispiel der Hohe Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen (UNHCR), der UN-Bevölkerungsfonds (UNFPA) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Reihe von Richtlinien, Leitlinien und Anleitungen zum Schutz und zur Verwirklichung von SRG-Rechten von Bevölkerungen in humanitären Zusammenhängen erarbeitet. Allerdings zielen die zu deren Umsetzung unternommenen Anstrengungen im Wesent-

<sup>1</sup> Vulnerabel = verletzlich oder verwundbar. „Vulnerable Gruppen“ gelten als besonders gefährdet, sich im Bereich der sexuell übertragbaren Krankheiten riskant zu verhalten (Anm. d. Red.).

lichen auf die Gegebenheiten in Entwicklungsländern ab und nur selten auf die Situation von Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen in Industrieländern.

### **Unzureichende Beachtung von SRG-Rechten von Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen in der EU**

Die EU unterscheidet in ihrer Flüchtlingspolitik ausdrücklich zwischen „Flüchtlingen“ und „Asylbewerbern“. Gemäß dem UN-Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge aus dem Jahre 1951 ist ein Flüchtling eine Person, die „aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will; oder die sich als Staatenlose außerhalb des Landes befindet, in welchem sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte, und nicht dorthin zurückkehren kann oder wegen der erwähnten Befürchtungen nicht dorthin zurückkehren will“ (UNITED NATIONS 1951). Asylbewerber/-bewerberinnen werden definiert als „Personen, die sich um die Aufnahme in ein Land als Flüchtlinge bewerben und auf die Entscheidung über ihren Antrag auf Flüchtlingsstatus im Rahmen der jeweiligen internationalen und nationalen Rechtsinstrumente warten“ (IOM 2004). Der unterschiedliche rechtliche Status spielt eine ganz entscheidende Rolle, wenn es darum geht, wie die EU-Mitgliedstaaten mit den SRG-Bedürfnissen und -Rechten von Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen verfahren. Offiziell anerkannte Flüchtlinge haben dieselben Ansprüche auf Gesundheitsversorgung und speziell auch auf SRG-Dienste wie alle anderen Bürger des Gastlandes auch. Hingegen sind Asylsuchende, was den Zugang zu Gesundheitsdiensten angeht, in hohem Maße von der nationalen Aufnahmepolitik im jeweiligen Land abhängig.

Im Jahre 2003 einigte sich der Rat der Europäischen Union auf Mindestbedingungen für die Aufnahme von Asylsuchenden, die in der Richtlinie 2003/9/EG des Rates niedergelegt wurden (COUNCIL DIRECTIVE 2003). Lediglich in einem Artikel dieser Richtlinie wird Bezug genommen auf die SRG-Bedürfnisse von Flüchtlingen; dort heißt es, dass Mitgliedstaaten „die spezielle Situation von besonders schutzbedürftigen Personen wie (...) Schwangeren, Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben“, berücksichtigen sollen (Artikel 17.1). Die Pflichten der Staaten hinsichtlich der allgemeinen Gesundheit von Asylsuchenden beschränken sich darauf, dafür Sorge zu tragen, dass diese „zumindest die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten“ erhalten (Artikel 15). Der Zugang von Asylbewerbern/-bewerberinnen zu grundlegenden SRG-Diensten wie Familienplanung, Erkennung und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten und die SRG von Jugendlichen bleiben unberücksichtigt, obwohl diese Dienste als ein fester Bestandteil des Gesundheitspakets anerkannt wurden, das von humanitären Einrichtungen für Personen bereitgestellt werden soll, die durch Krieg oder bewaffnete Konflikte in Entwicklungsländern vertrieben wurden.

Im Oktober 2004 verabschiedete die Parlamentarische Versammlung des Europarates eine Entschließung zur Verbesserung von SRG-Rechten innerhalb der EU und forderte die Mitgliedstaaten auf, „den speziellen Bedürfnissen von besonders schutzbedürftigen Bevölkerungsgruppen, einschließlich Migranten, Genüge zu tun“ (COUNCIL OF EUROPE 2004, Art. II.vii). Ein enger Zusammenhang besteht zwischen der Bereitstellung von SRG-Diensten für Asylsuchende und Flüchtlinge und der allgemeinen Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten in den EU-Mitgliedstaaten, die jeweils unterschiedliche Konzepte bei der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verfolgen. Manche Staaten übernehmen selbst die Verantwortung, andere übertragen die Verantwortung für die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung von Asylbewerber/-bewerberinnen und Flüchtlingen auf Nichtregierungsorganisationen wie die Caritas, Médecins du Monde oder das Rote Kreuz. Eine Untersuchung bei verschiedenen, an der Aufnahme von Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen in der EU beteiligten Parteien bezüglich SRG ergab, dass in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Aufnahmezentren wenig Kenntnisse über deren Ansprüche und Rechte auf SRG-Dienste bestehen und dass sich diese Ansprüche insbesondere für Asylbewerberinnen je nach Land ganz erheblich unterscheiden. In manchen Ländern haben sie lediglich Anspruch auf eine Notfallversorgung; andere Länder machen eine Ausnahme für Schwangere, und nur sehr wenige, wie etwa die Niederlande, gewähren ungehinderten Zugang zu allen SRG-Diensten (JANSSENS/BOSMANS/TEMMERMAN 2005).

### **Barrieren für den Zugang zu SRG-Diensten**

Neben den gesetzlichen existieren für Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen außerdem gesellschaftliche, kulturelle und wirtschaftliche Barrieren, die ihnen sowohl vonseiten des Gesundheitssystems als auch ausgehend von ihnen selbst den Zugang zu SRG-Diensten erschweren. Diese Barrieren sind manchmal nicht leicht auszumachen, insbesondere, weil es sich bei Asylsuchenden und Flüchtlingen um eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe handelt. Einer in Großbritannien durchgeführten Studie zufolge befinden sich Schwangere aus benachteiligten Gruppen, wie zum Beispiel Asylbewerberinnen, in einer besonders prekären Lage, da ihnen mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Schwangerenvorsorge zuteilwird (GWYNETH/DRIFE 2003). Dies liegt vor allem daran, dass sie keinen Beistand aus Familie oder Freundeskreis haben oder ganz einfach Sprachschwierigkeiten sie davon abhalten, das Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen (HOUSE OF COMMONS HEALTH COMMITTEE 2003a). Sprachliche und sonstige Verständigungsprobleme machen es auch schwer, Informationen über das Gesundheitssystem im Gastland und seine Funktionsweise zu bekommen (ASCOLY/VAN HALSEMA/KEYSERS 2001). Eine andere Studie im Vereinigten Königreich hat gezeigt, dass zahlreiche Asylbewerberinnen nie über die ihnen offenstehenden Angebote der Schwangerenvorsorge informiert worden waren (HOUSE OF COMMONS HEALTH COMMITTEE 2003b). Eine Studie bei schwangeren Flüchtlingen in den Niederlanden ergab, dass diese nur geringe Kenntnisse über die holländische Entbindungspolitik (Hausgeburt oder Entbindung im Krankenhaus) und die Rolle von Ärzten/Ärztinnen, Pflegepersonal und Hebammen im Rahmen der

nachgeburtlichen Versorgung besaßen. Flüchtlingsfrauen kamen zum ersten Mal zur Schwangerenvorsorge, wenn die Schwangerschaft bereits fortgeschritten war (in manchen Fällen erst im 8. Schwangerschaftsmonat), und es ist sehr wahrscheinlich, dass viele Flüchtlingsfrauen keinerlei professionelle Vorsorgedienste in Anspruch nahmen, weder vor noch nach der Geburt (ASCOLY/VAN HALSEMA/KEYSERS 2001, S. 372–393).

Zuweilen verzichten Frauen auch auf die ihnen angebotenen Leistungen der Schwangerenvorsorge, weil die Betreuung nicht durch weibliches Personal erfolgt. Eine sudanese Muslimin in Österreich beschrieb ihr Unbehagen folgendermaßen: „Als ich einmal zur Untersuchung zum Radiologen ging, bat er mich, den Oberkörper freizumachen. Ich war schockiert. Ich sollte mich vor einem wildfremden Mann ausziehen! Das war für mich völlig unvorstellbar, aber für ihn ganz normal.“ Eine in England lebende Frau aus dem Sudan sprach über die Probleme im Zusammenhang mit einem Vaginalabstrich und erklärte, warum es für Frauen mit ihrem kulturellen Hintergrund schon schwierig sei, sich beim Gynäkologen auf den Untersuchungsstuhl zu setzen (MESTHENEOS/GAUNT/IOANNADI 1999).

Persönliche Einstellungen und mangelnde interkulturelle Kompetenz des Gesundheitspersonals haben ebenfalls Einfluss darauf, inwieweit Flüchtlingsfrauen angebotene SRG-Dienste in Anspruch nehmen. In Großbritannien lebende Flüchtlingsfrauen aus Somalia erläuterten, dass sie nicht zur Schwangerenvorsorge gingen, weil das Personal rassistisch eingestellt sei und nicht wüsste, wie es bei Schwangerschaft und Geburt mit genitalverstümmelten Frauen umgehen soll (BULMAN/McCOURT 2002).

Angebote auf Gemeindeebene haben sich als geeignetes Instrument erwiesen, um Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen zu erreichen, die Schwierigkeiten hatten, die Schwangerschaftsvorsorge zu nutzen. In Großbritannien hat sich ein Projekt bewährt, bei dem Hebammen eine begrenzte Zahl an Frauen in ihrer Gemeinde einzeln betreuten. Die Hebammen begleiteten die Frauen während der Schwangerschaft, bei und nach der Geburt. Dadurch konnten sie eine enge Beziehung zu den Müttern aufbauen und eine fortlaufende Betreuung gewährleisten (THORP 2003). Die Beständigkeit der Betreuung erwies sich als ein wesentlicher und entscheidender Faktor für die Qualität der Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt. Vor allem Asylbewerberinnen wechseln infolge der Verteilungspolitik von Asylsuchenden häufig ihren Aufenthaltsort (bzw. sind dazu gezwungen). Oft kommt es unerwartet oder kurzfristig zur Verlegung der Unterbringung und damit zur Unterbrechung einer laufenden Schwangerschaftsbetreuung. Da die asylsuchenden Mütter dabei aus ihrem sozialen Umfeld herausgerissen werden, kann dies auch die psychische Belastung und das Gefühl der Vereinsamung vergrößern (McLEISH/CUTLER/STANCER 2002).

Verständigungsprobleme wirken sich auch nachteilig auf die Inanspruchnahme von Familienplanungsangeboten seitens der Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen aus. Es gibt Hinweise darauf, dass der unzureichende Zugang zu Informationen über Familienplanung bei diesen Frauen, die häufig wenig über moderne Empfängnisverhütung wissen, zu einer höheren Häufigkeit von ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen führt (MOUTHAN/DE NEEF/RADEMAKERS 1998). Die Nutzung von Familienplanungsmethoden wird auch bestimmt durch das Angebot an modernen Kontrazeptiva für Asylbewerberinnen und

Flüchtlingsfrauen und die Art, wie diese bereitgestellt werden. In Belgien beispielsweise bekommen Frauen die Pille nur auf ärztliches Rezept und zu einem Preis, den sich die betroffenen Frauen angesichts ihrer angespannten finanziellen Lage nicht immer leisten konnten (VISSERS 2004).

Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen befinden sich oft in Situationen, in denen sie der Gefahr sexuell übertragbarer Infektionen (STI), einschließlich HIV/Aids, ausgesetzt sind. Eine holländische Studie ergab, dass ein längerer Aufenthalt in Aufnahmezentren sowie Vereinsamung und Depressionen bei Asylsuchenden zu häufigen und wechselnden sexuellen Kontakten führten (JAK 2003). Armut, Machtlosigkeit, instabile Lebensverhältnisse, Menschenrechtsverletzungen und sexuelle Gewalt tragen zur raschen Verbreitung von STI/HIV/Aids bei Flüchtlingen bei. Tabuisierte Sexualität, Stigmatisierung, mangelnde Kenntnisse über Tests und Behandlungsmöglichkeiten sowie die Angst, dass der Asylantrag bei einem positiven HIV-Test abgelehnt wird, sind Faktoren, die die Wirksamkeit von Programmen zur Prävention von STI/HIV/Aids bei Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen beeinträchtigen (EUROPEAN PROJECT AIDS & MOBILITY 2000).

## Fazit

Auch wenn sich die EU als treibende Kraft für die Verwirklichung der SRG-Rechte weltweit zeigt, so schlägt sich dieses Interesse doch in erster Linie in ihrer internationalen Politik nieder und bleibt innerhalb der Gemeinschaft selbst weitgehend unbeachtet, insbesondere was die Bevölkerungsgruppen der Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen betrifft. Vor allem für Asylbewerberinnen, deren Recht auf Gesundheit speziell auf die Schwangerenvorsorge und die Notfallversorgung beschränkt ist, kann der fehlende freie Zugang zur gesamten Bandbreite der SRG-Dienste schwerwiegende Auswirkungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand in Bezug auf SRG in allen Lebensphasen haben. Darüber hinaus besteht ein enger Zusammenhang zwischen der SRG von Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen und der SRG-Versorgung von Migrantenpopulationen generell. Eine Inanspruchnahme bestehender Angebote wird größtenteils von denselben Faktoren und Barrieren beeinflusst wie im Falle anderer Migrantinnen. Allerdings sind Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen aufgrund ihrer unsicheren rechtlichen Stellung, der psychischen Belastung und der fehlenden sozialen Eingebundenheit, mit der sie häufig zu kämpfen haben, in Bezug auf die SRG noch weitaus schutzbedürftiger. Es bedarf der stärkeren Erforschung und Verfechtung der SRG-Bedürfnisse und -Rechte von Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen und allgemein von Migrantinnen innerhalb der EU, um die Entwicklung und Umsetzung von Politiken und Programmen voranzutreiben, damit der uneingeschränkte Zugang, die Bereitstellung, Erreichbarkeit und Nachhaltigkeit umfassender SRG-Dienste für alle gewährleistet sind.

*Marleen Bosmans, Kristin Janssens, Marleen Temmerman*

## Literatur

- ASCOLY, N./VAN HALSEMA, I./KEYSERS, L. (2001): Refugee Women, Pregnancy, and Reproductive Health Care in the Netherlands. *Journal of Refugee Studies*, 2001, Vol. 14, Nr. 4:384
- BULMAN, K. H./MCCOURT, C. (2002): Somali refugee women's experience of maternity care in west London: a case study. In: *Critical Public Health*, 2002, Vol.12, Nr. 4: 365-380
- COUNCIL DIRECTIVE 2003/9/EC of 27 January 2003 laying down minimum standards for the reception of asylum seekers. In: *Official Journal of the European Communities*, 6.2.2003, [http://www.ecre.org/eu\\_developments/reception/recdirfinal.pdf](http://www.ecre.org/eu_developments/reception/recdirfinal.pdf). Zugriff: 8. November 2004
- COUNCIL OF EUROPE (2004): Parliamentary Assembly Resolution 1399. European Strategy for the promotion of sexual and reproductive health and rights, verabschiedet am 5. Oktober 2004, <http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/ta04/ERES1399.htm>. Zugriff am 6. April 2004
- EUROPEAN PROJECT AIDS & MOBILITY, NIGZ (2000): Specific needs of migrants, ethnic minorities and refugees in the field of HIV/AIDS (report of the Satellite Meeting held at the 3rd European Conference on the „Methods and Results of Social and Behaviour Research on AIDS“). Amsterdam, European Project AIDS & Mobility, NIGZ, März 2000: 9-10
- GIRARD, F./WALDMAN, W. (2000): Ensuring the Reproductive Rights of Refugees and Internally Displaced Persons: Legal and Policy Issues. *Family Planning Perspectives*. Vol. 26, No. 4, Dezember 2000, <http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2616700.html>. Zugriff am 11/10/2001
- GWYNETH, L./DRIFE, J. et al. (2003): Why Mothers die 1997-99: The fifth Report of the UK confidential inquiries into maternal deaths, RCOG Press, London, Dezember 2001
- HOUSE OF COMMONS HEALTH COMMITTEE (2003a): Eighth Report of Session 2002-03 Parliament Health Select Community, House of Commons London: The Stationery Office Limited 23 Juli 2003. Diskutiert in: THORP, S.: Born equal. *Health Development Today*, 2003, 18:21-23
- HOUSE OF COMMONS HEALTH COMMITTEE (2003b): Inequalities in Access to Maternity Services, Eighth Report of Session 2002 - 03 Parliament Health Select Community, House of Commons. London, The Stationery Office Limited, 23. Juli 2003:19
- IOM, INTERNATIONAL MIGRATION LAW (2004): Glossary on Migration. Genf, IOM
- JAK, L. (2003): Goede zorg begint bij heldere registratie: soa bij asielzoekers. *Phaxx*, 2003, 4:16-18
- JANSSENS, K./BOSMANS, M./TEMMERMAN, M. (2005): Sexual and Reproductive Health and Rights of Refugee Women in Europe. National Policies on Sexual and Reproductive Health for Asylum Seekers and Refugees. Survey Analysis. ICRH, Ghent
- MCLEISH, J./CUTLER, S./STANCER, C. (2002): A Crying shame: pregnant asylum seekers and their babies in detention. London, The Maternity Alliance
- MESTHENEOS, E./GAUNT, S./IOANNADI, E. (1999): Bridges and Fences: Refugee Perceptions of Integration in the European Union. Brüssel, ECRE Task Force on Integration, OCIV, 1999:51
- MOUTHAAAN, I./DE NEEF, M./RADEMAKERS, J. (1998): Abortus in Multicultureel Nederland. *NISSO Studies* Nr. 21. Delft, Eburon
- THORP, S. (2003): Born equal. In: *Health Development Today*. 2003, 18:21-23
- UNITED NATIONS (1951): Convention relating to the Status of Refugees. Verabschiedet am 28. Juli 1951 von der United Nations Conference of Plenipotentiaries on the Status of Refugees and Stateless Persons, abgehalten gemäß der Resolution 429 (V) der Generalversammlung vom 14. Dezember 1950. Art.I.A.2
- UNITED NATIONS (1994): Report of the International Conference on Population and Development (Kairo, 5.-13. September 1994), 94-E40486 (E) 091194. Programme of Action
- UNITED NATIONS (1995): FWCW Platform for Action Chapter IV.C.96:213; 226, September 1995, <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/>, 03/10/01
- UNITED NATIONS (1999): §2 General Comment 24 on Article 12: Women and Health (1999). Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW). 20th session, 1999. 9
- VISSERS, S. (2004): Trends Inzake de Prevalentie van Abortus bij Autochtonen en Allochtonen in Vlaanderen. Een onderzoek bij abortuscentra en gezondheidsprofessionals. Löwen, Katholieke Universiteit Löwen, 2004:94-95



Marleen Bosmans arbeitet als Politikwissenschaftlerin am International Centre for Reproductive Health (ICRH) der Universität Ghent. Der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit liegt auf der Forschung zur Verwirklichung der sexuellen und reproduktiven Rechte von Bevölkerungsgruppen, die von Krieg betroffen sind.

**Kontakt:**

ICRH- Ghent University  
De Pintelaan 185 P3  
9000 Ghent  
Belgien  
marleen.bosmans@ugent.be  
www.icrh.org



Kristin Janssens hat als Kulturanthropologin am ICRH und als Wissenschaftlerin zum Thema der sexuellen und reproduktiven Bedürfnisse und Rechte von Flüchtlingsfrauen in Europa gearbeitet. Derzeit ist sie tätig für Transact, das holländische Kompetenzzentrum für häusliche und sexuelle Gewalt, Gender- und Ethnische Studien.

**Kontakt:**

Transact  
Vinkenburgstraat 2a  
3512 AB Utrecht  
Niederlande  
kj@transact.nl  
www.transact.nl



Prof. Dr. Marleen Temmerman ist Gynäkologin und Direktorin des ICRH der Universität Ghent. Das ICRH ist eine multidisziplinäre Forschungseinrichtung zu Bedürfnissen und Rechten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und anerkanntes WHO-Kollaborationszentrum für reproduktive Gesundheit.

**Kontakt:**

ICRH - Ghent University  
De Pintelaan 185 P3  
9000 Ghent  
Belgien  
marleen.temmerman@ugent.be  
www.icrh.org

Kostenlose Kopien des ICRH-Forschungsberichts zu den Rechten und Bedürfnissen von Flüchtlingsfrauen in Europa im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (auf Englisch) können bestellt werden bei: [icrh@ugent.be](mailto:icrh@ugent.be)

---

# Besondere Bedürfnisse von Migrantinnen, Migranten und ethnischen Minderheiten in Europa hinsichtlich Prävention, Behandlung und Unterstützung bei HIV

Das europaweite Vernetzungsprojekt *Aids & Mobility Europe (A&M)* ermöglicht den Austausch von Kenntnissen und Informationen zum Thema Migration, Bevölkerungsmobilität und HIV in Europa. Aktivitäten in den Bereichen Prävention, Behandlung und Unterstützung können durch den direkten Know-how-Transfer über Ländergrenzen hinweg verbessert und in ihrer Effektivität gesteigert werden.

## Einführung

Das Thema Migration und HIV/Aids ist für alle Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) von Belang. Epidemiologische Daten verschiedener europäischer Länder zeigen, dass das Risiko einer HIV-Infektion für Migrantinnen/Migranten und junge Menschen mit multi-ethnischem Hintergrund besonders hoch ist (HAMERS et al. 2004) und dass diese Gruppen benachteiligt sind, was den Zugang zu Hilfsangeboten und Dienstleistungen angeht (A&M COUNTRY REPORTS 2003, A&M TREND REPORTS 2006). Die Marginalisierung von (einigen) Gruppen mit Migrationshintergrund erfordert dringend Konzepte, die darauf abzielen, diese Gruppen stärker zu beteiligen, die *Communities* besser einzubeziehen und ihr Selbstbewusstsein sowie ihre Handlungskompetenz zu stärken (*Empowerment*).

Migration – das bedeutet auch Bewegung in die und zwischen den Staaten Europas; Grenzgebiete – insbesondere im Osten der EU – sind dabei von besonderer Bedeutung. Bevölkerungsmobilität und HIV ist ein Paradebeispiel für ein Problem, das europaweit angegangen werden muss, da sich Migrationsentwicklungen in einem Land unmittelbar auf die Situation in einem anderen Land auswirken können.

Auf europäischer Ebene befasst sich das Netzwerkprojekt *Aids & Mobility Europe (A&M)* mit dem Thema Migration und HIV. Die im Folgenden dargestellten Informationen basieren größtenteils auf der Arbeit von A&M und seinen Partnern und Partnerinnen.

Dieser Artikel behandelt im Wesentlichen zwei Themen: zum einen das Profil von A&M und seine Aktivitäten und zum anderen die gewaltigen Herausforderungen, denen sich Angehörige von Gesundheitsberufen gegenübersehen, die im Bereich Migration und Bevölkerungsmobilität im Zusammenhang mit HIV/Aids aktiv sind.

## *Aids & Mobility Europe (A&M)*

*Aids & Mobility Europe (A&M)* ist ein europaweites Vernetzungsprojekt zum Thema Migration/Bevölkerungsmobilität und HIV. Initiiert wurde das Projekt im Jahr 1991, weil die HIV-Aufklärung viele Migrantinnen-/Migrantenpopulationen

in Europa nur unzureichend berücksichtigte und erreichte. Angesichts des Mangels an geeigneten Präventionsmaterialien, die dem sprachlichen, kulturellen und religiösen Hintergrund der einzelnen Bevölkerungsgruppen Rechnung trugen, rief man das Projekt ins Leben, um vorhandene Kenntnisse, Fähigkeiten und Informationen auszutauschen und einen Impuls für neue Initiativen im Bereich der HIV-Prävention für Migrantinnen und Migranten zu geben. Im Laufe der Jahre hat A&M alle EU-Mitgliedstaaten erreicht und auch neue Themen auf seine Agenda gesetzt, vor allem was den Zugang zu Angeboten im Bereich der Behandlung, Pflege und Unterstützung betrifft. Das A&M-Projekt ist am Niederländischen Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (NIGZ) angesiedelt und wird im Wesentlichen durch die Europäische Kommission finanziert (DG SANCO, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz).

Hauptziel von A&M ist es, durch die Entwicklung, den Austausch und die Förderung von geeigneten Strategien und Interventionen die Vulnerabilität von – insbesondere jungen – Migrantinnen/Migranten und mobilen Bevölkerungsgruppen für HIV in Europa zu reduzieren.

Waren zu Beginn nur einige wenige europäische Länder in A&M vertreten, so existieren mittlerweile in allen 25 EU-Mitgliedstaaten und in Norwegen *National Focal Points* (NFPs) als nationale Koordinationsstelle. A&M kooperiert mit anderen Akteurinnen und Akteuren wie zum Beispiel thematisch verwandten Netzwerken. Die NFPs kümmern sich um die Vernetzung in den einzelnen Ländern und fungieren als Schnittstelle zwischen nationaler und europäischer Ebene. Unter anderem erstellen sie Länderberichte, in denen sie auf wichtige Themen in den jeweiligen Ländern aufmerksam machen, und bringen Einzelpersonen und Organisationen ihrer nationalen Netzwerke in Kontakt mit europäischen Aktivitäten.<sup>1</sup> Aufgabe der A&M-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wiederum ist es, an die Europäische Kommission zu berichten und den Austausch zwischen den teilnehmenden Ländern zu erleichtern.

<sup>1</sup> NFP für Deutschland ist die Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Ansprechpartnerin ist S. KLUMB, silke.klumb@dah.aids-hilfe.de

Außer auf die Strukturen der eigenen NFPs kann A&M auch auf ein ausgedehntes Netzwerk mit über 1.300 Kontakten in Europa zurückgreifen, das von lokalen (*community-based*) Organisationen bis hin zu staatlichen Einrichtungen reicht.

Eine wichtige Rolle spielt A&M im Bereich des Monitoring und der Beobachtung aktueller Entwicklungen. Netzwerktreffen, vor allem die jährlichen NFP-Versammlungen und das *European Migrants Meeting*, bieten die Möglichkeit, sich über Migration und HIV in Europa und aktuelle Trends in diesem Bereich zu informieren. Darüber hinaus veranstalten NFPs landesweite Treffen, auf denen die Situation in den verschiedenen europäischen Ländern beleuchtet wird. Trendberichte geben Hinweise darauf, welche Art von Strategien und Interventionen benötigt werden; sie können wichtige Informationen darüber liefern, wie den sich verändernden Gegebenheiten in Europa begegnet werden kann.

Die Kommunikation der Ergebnisse des Projekts und seiner Aktivitäten erfolgt auf unterschiedlichem Wege, insbesondere über die A&M-Website<sup>2</sup> und den Newsletter.

Der aktuelle Arbeitsplan (2004 bis 2006) umfasst fünf Kernthemen, denen sich Arbeitsgruppen mit Beteiligten aus verschiedenen europäischen Ländern widmen. Die erste Arbeitsgruppe befasst sich mit epidemiologischen Entwicklungen bei Migrantinnen/Migranten und ethnischen Minderheiten; ihr besonderes Augenmerk gilt dabei der unterschiedlichen Berichterstattung der Medien über die HIV-Epidemie in Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund. Die zweite Arbeitsgruppe untersucht die Situation hinsichtlich HIV und Migration in den neuen EU-Mitgliedstaaten; Mitglieder dieser Gruppe haben aufgezeigt, dass in den neuen Mitgliedstaaten nur geringe Kenntnisse bezüglich Migration und HIV vorhanden sind, und haben sich entschlossen, Länderberichte zu erstellen, die die wichtigsten geografischen und epidemiologischen Fakten sowie die von Regierungsseite und von Nichtregierungsorganisationen unternommenen Aktivitäten beschreiben.

Schwerpunkt der dritten Arbeitsgruppe sind junge, mit HIV lebende Migrantinnen und Migranten und Möglichkeiten, wie sich deren Lage unter Berücksichtigung aller Beteiligten, das heißt Schule, Familien etc., verbessern lässt. Die Mitglieder der vierten Arbeitsgruppe haben sich mit dem Komplex HIV und Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus beschäftigt; diese Arbeitsgruppe erstellt eine Broschüre, die auf die besonderen Lebensumstände dieser Gruppe aufmerksam macht und für größeres Verständnis sorgen soll. Die fünfte Arbeitsgruppe schließlich befasst sich mit Gender-Fragen und erarbeitet ein Schulungsprogramm, das sich dem Einfluss von Geschlechterbeziehungen auf (die Prävention von) HIV widmet.

Außerdem wurde im laufenden Projektzeitraum das 8. *European Migrants Meeting* veranstaltet. Diese Konferenz dient vor allem dem Austausch von Fähigkeiten, Erfahrungen und Kenntnissen von *Community Workers*.

Auf einer Veranstaltung im September 2006 in Utrecht (NL) wurden die Ergebnisse des aktuellen Projektzeitraums einem größeren Publikum präsentiert.

Als Anschlussprojekt wurde der Europäischen Kommission ein neuer Vorschlag für den Zeitraum 2007 bis 2009 unterbreitet, der fünf Hauptarbeitsbereiche umfasst:

1. Netzwerkarbeit: Dazu gehört die regelmäßige Kommunikation mit Netzwerkmitgliedern, die Förderung der Zusammenarbeit und des Austausches innerhalb Europas und zwischen der lokalen, Regierungs- und Nichtregierungsebene, die Kooperation mit anderen europäischen Netzwerken im Sinne der Effizienzsteigerung und Nutzung von Synergieeffekten. Hierzu gehören auch das A&M-Dokumentationszentrum, in dem Literatur und Informationsmaterialien gesammelt werden, und das *A&M-Helpdesk* als Beratungsstelle für ein ausgedehntes Netzwerk aus Angehörigen von Gesundheitsberufen und politischen Verantwortlichen auf nationaler und europäischer Ebene.
2. Monitoring und Beobachtung von Trends: Dazu gehören die Untersuchung der Lage in Europa unter dem Gesichtspunkt der besonderen Bedürfnisse von Migrantinnen/Migranten, ethnischen Minderheiten und mobilen Bevölkerungsgruppen hinsichtlich HIV/Aids und die Identifizierung künftiger Themen. Jahresversammlungen der *National Focal Points* zur Beurteilung der Lage in den Teilnehmerländern stellen ebenso ein wichtiges Monitoring-Instrument dar wie die Zusammenstellung von Trendberichten und der Gedankenaustausch beim *European Migrants Meeting*.
3. Kommunikation: Dazu gehören die Veröffentlichung des zweimal jährlich erscheinenden Newsletters *A&M News* und der Versand des *A&M Resource Scan* per E-Mail. Auch die A&M-Webseite [www.aidsmobility.org](http://www.aidsmobility.org) ist ein wesentliches Kommunikationsinstrument.
4. Kompetenzförderung (*Capacity Building*): Zu speziellen Themen (z. B. Arbeit und Projektmanagement auf lokaler Ebene) werden Fortbildungsprogramme organisiert und Schulungsmaterialien entwickelt.
5. Politikentwicklung: Es werden *Task Forces* zu verschiedenen Sachthemen und geografischen Regionen (z. B. Empowerment von Jugendlichen, epidemiologische Entwicklungen und neue EU-Mitgliedstaaten) eingerichtet. Diese entwerfen und erstellen *Fact Sheets*, veranstalten Strategietreffen und bringen das Thema Migration und HIV/Aids auf die (politische) Agenda der nationalen und europäischen politischen Entscheidungsträger.

## Ein bedeutender Beitrag im Kampf gegen Aids

### Austausch von Wissen und Fähigkeiten

Mit das größte Potenzial des A&M-Netzwerks besteht darin, den Austausch innerhalb Europas zu erleichtern. Durch die Europäische Kommission steht ein Budget zur Verfügung, aus dem sich Konferenzen, Fortbildungsveranstaltungen und andere Treffen bestreiten lassen, bei denen Menschen zusammenkommen, denen die Teilnahme an internationalen Konferenzen häufig aufgrund ihrer begrenzten finanziellen Möglichkeiten verwehrt bleibt. Das von A&M etwa alle zwei Jahre veranstaltete *European Migrants Meeting* ist ein gutes Beispiel für eine solche Gelegenheit zum Gedanken- und Erfahrungsaustausch.<sup>3</sup>

Für im Bereich der Migration aktive Nichtregierungsorganisationen ist der Austausch mit anderen europäischen Ländern besonders wertvoll, weil Migrantinnen-/Migrantenpopulationen per definitionem nicht auf ein Land begrenzt sind. Muss eine Organisation in einem Land neue Interventionen für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe entwickeln, so hat möglicherweise eine Organisation in

<sup>2</sup> [www.aidsmobility.org](http://www.aidsmobility.org)

<sup>3</sup> Berichte des 7. und 8. *European Migrants Meeting* lassen sich abrufen unter [www.aidsmobility.org](http://www.aidsmobility.org).

einem anderen Land bereits diesbezügliche Erfahrungen gemacht und gibt diese gerne weiter. Unter Umständen ist eine bestimmte Gruppe von Migrantinnen und Migranten in einem Land auch so klein, dass die Entwicklung einer speziellen Intervention nicht wirklich effizient wäre. Durch die Zusammenarbeit mit einem Land, in dem diese Bevölkerungsgruppe größer ist, lässt sich die Effizienz steigern. Eventuell existieren sogar in einem Land bereits *Peer Educators* mit einem bestimmten kulturellen Hintergrund, die in einem anderen Land Aufklärungsarbeit leisten oder Fähigkeiten vermitteln können.

Europäische Netzwerke können geeignete Organisationen oder Einzelpersonen ausfindig machen, die Kolleginnen/Kollegen in Nichtregierungsorganisationen in anderen Ländern unterstützen können.

Wie wichtig diese Art des Austauschs von Wissen und Fähigkeiten ist, zeigte sich insbesondere Mitte der Neunzigerjahre, als südeuropäische Länder einen beträchtlichen und raschen Anstieg der Immigration verzeichneten und von den Erfahrungen profitieren konnten, die nordeuropäische Länder wie zum Beispiel Belgien, Großbritannien und die Niederlande mit ihrer längeren Einwanderungsgeschichte bereits gemacht hatten. Ein ähnlicher Transfer von Erfahrungen ist nun denkbar zwischen den „alten“ europäischen Ländern und den Beitrittsstaaten von 2004, und europäische Netzwerke können dabei eine wichtige und hilfreiche Rolle spielen.

#### Bewusstseinsbildung

Eine weitere wesentliche Aufgabe des A&M-Netzwerks ist die Schaffung und Schärfung von Bewusstsein. Dank der internationalen Zusammenarbeit und den Kontakten zu Fachleuten aus verschiedenen Bereichen sind europäische Netzwerke über wichtige Entwicklungen informiert und können auf das Thema Migration und HIV im Allgemeinen und/oder auf spezielle Aspekte oder Bevölkerungsgruppen aufmerksam machen. Konkret kann dies bedeuten, dass Verbände von Migrantinnen und Migranten dazu ermutigt werden, das Thema HIV/Aids auf ihre Tagesordnung zu setzen, oder dass Aids-Organisationen daran erinnert werden, der Arbeit mit Migrantinnen/Migranten und ethnischen Minderheiten angemessenen Raum zu geben.

Auf der Grundlage der Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren auf nationaler und europäischer Ebene können europäische Netzwerke auch das Bewusstsein auf politischer Ebene schärfen und so die Bedürfnisse von Nichtregierungsorganisationen unterstützen. Politisch Verantwortliche können auf die Länderberichte oder Berichte zu speziellen, migrationsbezogenen Themen hingewiesen werden. Ein Beispiel ist die Mitteilung der Europäischen Kommission über den Zugang von Migrantinnen und Migranten zu Angeboten und Dienstleistungen des Gesundheitssektors, die sich größtenteils auf die Arbeit von *Aids & Mobility Europe* stützt.<sup>4</sup>

#### Solidarität und Kampf gegen Diskriminierung

Schließlich besitzt das A&M-Netzwerk auch die Möglichkeiten, Nichtregierungsorganisationen in ihrem Kampf gegen Diskriminierung und Stigmatisierung zu unterstützen und für größere Solidarität zu sorgen. Durch ihre Einbindung in die internationale Zusammenarbeit können Mitglieder des Netzwerkes eine Stärkung ihrer Arbeit erfahren. Für Berichte kann es einen Mehrwert bedeuten, wenn sie mit europäischen Partnerinnen und Partnern erstellt wurden.

Bewährte Praktiken, die in einem Land dokumentiert sind, können für Organisationen in einem anderen Land hilfreich sein und deren Position stärken. Insbesondere was marginalisierte Gruppen angeht, kann die Beteiligung an europäischen Netzwerken ein Gemeinschaftsgefühl schaffen, zum einen bei Organisationen und Personen, die im Bereich der Migration aktiv sind, und auch zwischen den betroffenen *Communities*. Darüber hinaus können Netzwerke (politische) Statements abgeben, etwa in Form von Strategiepapieren, aber auch durch die Unterstützung von Organisationen, die sich für das *Empowerment* marginalisierter Bevölkerungsgruppen einsetzen.

#### Grenzen und Hemmnisse von A&M

Angesichts des enormen Umfangs und der Vielschichtigkeit des Themenkomplexes Migration und HIV sind die Handlungsmöglichkeiten (und die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel) von *Aids & Mobility Europe* begrenzt. Das Thema berührt so viele unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und Bereiche – Recht, Gesellschaft, Politik –, dass das Projekt in seinen jeweiligen Arbeitsplänen gar nicht alle Facetten abdecken kann. Außerdem sind nach der EU-Erweiterung nun so viele Länder involviert, dass die Umsetzung konkreter Vorhaben in den einzelnen Ländern von A&M selbst nicht zu bewältigen ist. Hier kommt den *National Focal Points* eine wichtige Rolle zu, denn sie kümmern sich um die Umsetzung solcher Aktivitäten. A&M kann lediglich beratend zur Seite stehen, entweder durch die A&M-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst oder durch die Unterstützung von Fachleuten aus anderen Ländern.

#### Herausforderungen im Bereich Migration und HIV/Aids

Im Projektzeitraum 2003 bis 2006 haben *Aids & Mobility Europe* und seine Netzwerkpartner und -partnerinnen wichtige Fakten und Daten zusammengetragen und, basierend auf den Arbeitsgruppen und dem *European Migrants Meeting*, Schlussfolgerungen und Empfehlungen formuliert. Dabei wurden vor allem die folgenden Notwendigkeiten zum Ausdruck gebracht:

- *Communities* müssen stärker einbezogen werden. Dies gilt insbesondere für Jugendliche und Migrantinnen/Migranten, die mit HIV leben.
- Es bedarf einer besseren Kommunikation über das Leben mit HIV in *Communities* mit Migrationshintergrund.
- Es müssen Anstrengungen gefördert werden, die darauf abzielen, *Communities* und Organisationen durch die Verbesserung ihrer Kompetenzen und Fähigkeiten zu stärken.
- Auf der politischen Ebene müssen lokale Organisationen und Nichtregierungsorganisationen eine stärkere Stimme erhalten.
- Beschäftigten im Gesundheitswesen und politisch Verantwortlichen müssen Fakten und gute Praktiken geliefert werden, anhand derer sie die richtigen Entscheidungen bei der Entwicklung von Interventionen und Strategien treffen können.

4 [http://ec.europa.eu/health/ph\\_threats/com/aids/docs/com\\_2005\\_654\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/aids/docs/com_2005_654_en.pdf)

- Das Monitoring und die Umsetzung der Ergebnisse der Projektarbeit und daran anknüpfender Aktionen – sowohl vonseiten der Europäischen Kommission als auch vonseiten der nationalen Partnerinnen und Partner – sind wesentlich für den Erfolg des Projekts.

Wichtige Probleme, die gelöst werden müssen, sind die unzureichende Bereitstellung von und der eingeschränkte Zugang zu Angeboten der HIV-Prävention, Behandlung und Unterstützung, die auf die Bedürfnisse der *Communities* und ethnischen Minderheiten abgestimmt sind. Insbesondere der Zugang zu Behandlung und Pflege für nicht registrierte Migrantinnen und Migranten stellt ein bislang ungelöstes Problem in der EU dar. Hier fehlt es an fundierten Kenntnissen über die mobilen Bevölkerungsgruppen mit der größten Vulnerabilität – vor allem in den neuen EU-Mitgliedstaaten. Größere Anstrengungen müssen auch und besonders unternommen werden, um die Situation im Hinblick auf die Transitmigration zu untersuchen. Im Bereich der Epidemiologie erfolgt die Datenerfassung in den einzelnen Mitgliedstaaten sehr unterschiedlich, was zu einem unvollständigen und/oder falschen Bild der Lage führt. Schließlich müssen auf der Grundlage eines an den Menschenrechten orientierten Ansatzes geeignete Maßnahmen ergriffen werden, die allen Menschen das Recht auf Gesundheit gewährleisten, sowohl auf europäischer als auch auf nationaler Ebene.

Eine der größten Herausforderungen für die Entwicklung und Umsetzung von Interventionen im Bereich HIV-Prävention und -behandlung für Migrantinnen und Migranten in Europa besteht darin, einem Solidaritätsgedanken neuen Auftrieb zu geben, aus dem heraus alle Bevölkerungsgruppen optimalen Zugang zu Angeboten und Dienstleistungen haben. Die politische Stimmung in Europa und knappe Gesundheitskassen sind nicht gerade die beste Voraussetzung für die Erreichung dieses Zieles. Dennoch ist hervorzuheben, dass die Gewährleistung des ungehinderten Zugangs nicht nur den betroffenen Gruppen nützt, sondern auch dem Gesundheitssystem insgesamt zugute kommt. Zahlreiche Aktive im Bereich HIV/Aids – auch *Aids & Mobility Europe* – wollen dazu ihren Beitrag leisten, aber alle Anstrengungen sind von vornherein zum Scheitern verurteilt, wenn sie nicht mit den entsprechenden (nationalen und europäischen) gesundheits- und sozialpolitischen Regelungen und mit ausreichender finanzieller und politischer Unterstützung einhergehen.

Weitere Informationen finden Sie auf der A&M-Webseite [www.aidsmobility.org](http://www.aidsmobility.org) oder erhalten Sie auf Wunsch von den A&M-Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern über [aidsmobility@nigz.nl](mailto:aidsmobility@nigz.nl).

*Georg Bröring*

#### Literatur

A&M COUNTRY REPORTS (2/2000): HIV/AIDS Care and Support for Migrant and Ethnic Minority Communities in Europe, NIGZ (Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention), Woerden, The Netherlands, February 2000

A&M COUNTRY REPORTS (10/2003): Access to Care: Privilege of Right? Migration and HIV Vulnerability in Europe, NIGZ (Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention), Woerden, The Netherlands, October 2003

A&M TREND REPORTS (2006): Erscheinungsdatum voraussichtlich Ende 2006. NIGZ (Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention), Woerden, The Netherlands

HAMERS, F. F. /DOWNS, A. M. (2004): The changing face of the HIV epidemic in Western Europe: what are the implications for public health policies? *The Lancet*, vol. 364, p. 83–94



*Georg Bröring ist Koordinator von Aids & Mobility Europe, das am Niederländischen Institut für Gesundheitsförderung und Prävention in Woerden, Niederlande, angesiedelt ist. Georg Bröring hat Sozialarbeit in Aachen und Kulturanthropologie in Amsterdam studiert. Er arbeitet seit nahezu 20 Jahren im Themenfeld Aids.*

#### **Kontakt:**

*Aids & Mobility Europe  
NIGZ  
P.O. Box 500  
NL-3440 AM Woerden  
Telefon +31-(0)348-439847  
Telefax +31-(0)348-437666  
[gbroring@nigz.nl](mailto:gbroring@nigz.nl)  
[www.aidsmobility.org](http://www.aidsmobility.org)*

# BORDERNET: Vernetzung von HIV/Aids- und STD-Angeboten an den Außengrenzen der EU

Im Rahmen des Modellprojekts BORDERNET werden in vier Regionen an den Außengrenzen der EU grenzüberschreitende Netzwerke aufgebaut oder gestärkt, die in den Bereichen HIV/Aids-Prävention, -Diagnostik und -Behandlung aktiv sind. Die Autorinnen berichten über Ziele und erste Erfolge von BORDERNET.

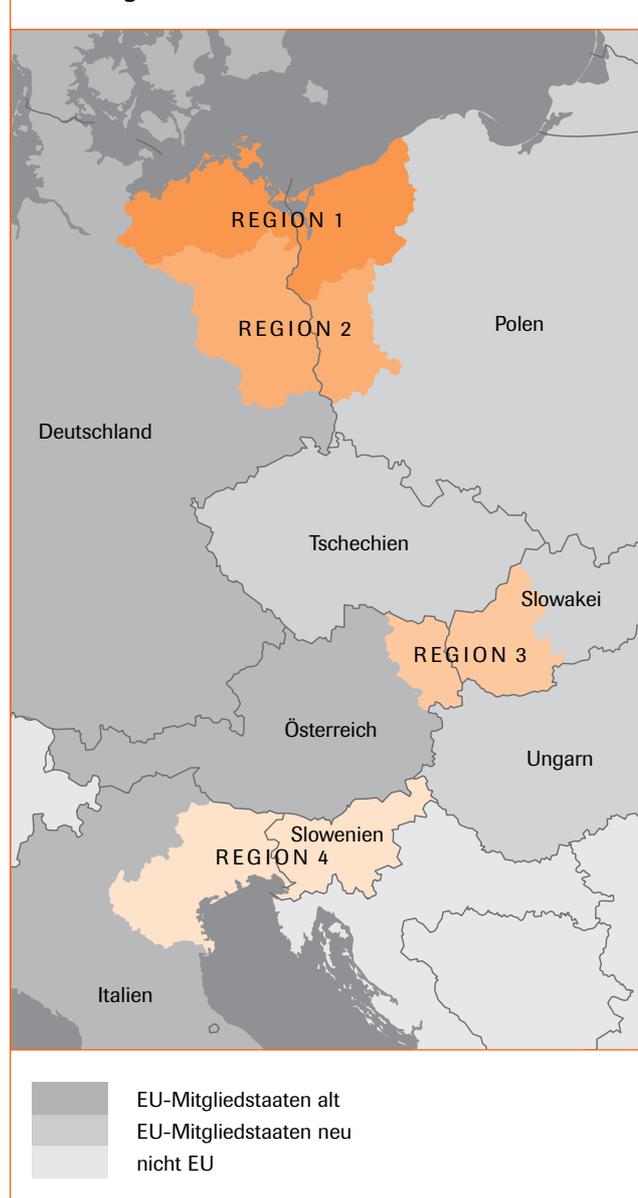
Das transnationale Projekt BORDERNET will in definierten Modellregionen Angebote zur Prävention, Diagnostik und Therapie von HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STD = *Sexual Transmitted Diseases*) grenzüberschreitend fördern und gestalten. Den Hintergrund für dieses von der EU (Abteilung Gesundheit und Verbraucherschutz<sup>1</sup>) für drei Jahre geförderte Projekt bilden die EU-Osterweiterung, die insbesondere in Osteuropa besorgniserregende Ausbreitung von HIV und die besonderen Gegebenheiten in Grenzregionen, die im Folgenden kurz erläutert werden.

## Hintergrund

Zwischen den alten und neuen Mitgliedstaaten der Europäischen Union bestehen große Unterschiede in kultureller, wirtschaftlicher und gesundheitspolitischer Hinsicht. Zum Beispiel gilt das Wohlstandsgefälle zwischen Deutschland und Polen als eines der größten weltweit zwischen zwei benachbarten Staaten. Auch die Strukturen im Gesundheitswesen sind sehr verschieden. Dies betrifft auch den Bereich der STD einschließlich Aids. Während von den öffentlichen Gesundheitsdiensten in allen bisherigen und zukünftigen EU-Ländern kostenlose und anonyme Aidstests angeboten werden, sind in zahlreichen Ländern Untersuchungen auf viele STD kostenpflichtig und nicht anonym möglich. Während zu HIV und Aids dank der Bemühungen von WHO, UNAIDS und EU in allen Ländern zumindest auf nationaler Ebene vergleichbare Statistiken geführt werden, fehlen in den meisten Ländern belastbare Daten zu vielen weiteren STD. Sowohl die Infektionsgefährdung als auch die gesundheitlichen Folgen von STD werden in vielen Ländern Europas von der Bevölkerung systematisch unterschätzt.

Grenzbereiche von Ländern sind darüber hinaus besondere, durch die Grenze geprägte Lebensräume. Insbesondere attraktive Märkte und Dienstleistungen locken zahlreiche Menschen über die Grenzen. Arbeitsemigrantinnen und -emigranten wechseln zum Teil täglich von einer Seite zur anderen. Insbesondere entlang der polnisch/deutschen und tschechisch/deutschen Grenze haben sich Prostitutions-szenen im großen Stil angesiedelt, die die regionalen

Modellregionen im Rahmen von BORDERNET



<sup>1</sup> Health and Consumer Protection Directorate-General, Directorate C – Public Health and Risk Protection

Gesundheitseinrichtungen beiderseits der Grenzen überfordern. Grenzregionen sind deshalb zu Recht als besondere Regionen ausgewiesen.

### Entwicklung des Modellprojektes

Mit dem Beitritt zentraleuropäischer Länder zur Europäischen Union im April 2004 eröffneten sich grundlegend neue Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit auf regionaler, nationaler und europäischer Ebene. Vor diesem Hintergrund beauftragte eine Arbeitsgruppe aus deutschen und polnischen Expertinnen und Experten unter Federführung des deutschen Bundeslandes Brandenburg bereits im Herbst 2003 die SPI-Forschung gGmbH, ein Pilotvorhaben zu entwickeln, das die Prävention von HIV/Aids und STD in diesen Regionen verbessert und auf die Besonderheiten der Regionen um die alten und neuen EU-Außengrenzen eingeht. Das Modellprojekt BORDERNET wird über einen Zeitraum von drei Jahren (2005 bis 2008) je zur Hälfte von der EU (Abteilung Gesundheit und Verbraucherschutz), dem deutschen Bundesministerium für Gesundheit, den Bundesländern Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, der Wojewodschaft<sup>2</sup> Zachodniopomorskie, der Universität von Zielona Gora (Lubuskie) und weiteren Institutionen in Österreich, Slowakei, Italien und Slowenien gefördert.

### Ziel und Zweck des Modellprojektes

Vier Modellregionen<sup>3</sup> verbinden beiderseits der Grenzen vergleichbare Ebenen miteinander, zum Beispiel Bundesländer (Deutschland) mit Wojewodschaften (Polen). Die Arbeitsschritte der Projekte in den Modellregionen werden in einem Step-by-step-Verfahren auf andere, sogenannte „Tandemregionen“ an den neu entstehenden EU-Außengrenzen übertragen.

BORDERNET hat sich den Aufbau und die Stärkung von grenzüberschreitenden, regional definierten Netzwerken in den Bereichen HIV/Aids- und STD-Prävention, -Diagnostik und -Behandlung zur Aufgabe gemacht. Die Angebote sollen auf diese Weise verbessert und in ihren Standards und Strukturen angeglichen werden. Das Modellprojekt begrenzt sich auf Regionen, ist darüber hinaus aber breit angelegt, das heißt es beinhaltet modellweite Datensammlung, Koordination und Austausch ebenso wie Entwicklung von gemeinsamen (Präventions-)Angeboten und Standards wie auch Intervention in einigen wenigen, genau umrissenen Feldern. Eine einheitliche Dokumentationsstruktur wird unter Verwendung von gemeinsam entwickelten Dokumentationsinstrumenten erstellt.

<sup>2</sup> in etwa vergleichbar mit Provinzen oder Bundesländern

<sup>3</sup> Zwei Modellregionen Deutschland/Polen, eine Modellregion Österreich/Slowakische Republik, eine weitere Italien/Slowenien.

<sup>4</sup> Das Robert-Koch-Institut in Berlin ist u.a. nationales epidemiologisches Zentrum.

<sup>5</sup> Messstellenstichprobe

<sup>6</sup> etwa: verletzlich, gefährdet (Anm. d. Red.)

<sup>7</sup> weitere Informationen hierzu z.B. auf der Website von „Family Health International“ <[www.fhi.org](http://www.fhi.org)>

Um den Besonderheiten der einzelnen Modellregionen gerecht zu werden, wurden neben gemeinsam in allen Regionen durchzuführenden Maßnahmen auch Möglichkeiten geschaffen, besondere Vorhaben nur regional umzusetzen.

### Vorhaben im Rahmen von BORDERNET:

- Bildung und Pflege von grenzüberschreitenden regionalen Netzwerken zur Anpassung und Verbesserung von Prävention, Diagnostik und Therapie von HIV/Aids und STD
- Entwicklung einer vergleichbaren Datenerhebung für einige wichtige STD (z.B. Syphilis, Gonorrhö, Chlamydien und HIV/Aids) auf Grundlage der bereits in Deutschland vom Robert-Koch-Institut (RKI)<sup>4</sup> durchgeführten Sentinel-erhebung<sup>5</sup>
- Befragung ausgewählter, als besonders vulnerabel<sup>6</sup> angesehener Zielgruppen (z. B. grenzüberschreitende mobile Populationen, Drogengebraucher/-gebraucherinnen, Prostituierte und Prostitutionskunden) zu Kenntnissen (HIV/Aids und STD), Präventionsverhalten und Zugang zum gesundheitlichen Hilfesystem
- Weiterentwicklung von Präventionsangeboten allgemein und für spezielle Zielgruppen
- Verbesserung und Vereinheitlichung der Diagnostik (HIV und STD)
- Verbesserung und Vereinheitlichung von Beratung zu HIV/Aids und STD nach den Methoden von VCT (*Voluntary Counseling and Testing*)<sup>7</sup>

Die Aufgaben in den jeweiligen Modellregionen orientieren sich an den Notwendigkeiten, die das im Projekt implementierte jeweilige binationale regionale Lenkungsgremium ermittelt und festlegt. Für diesen Prozess werden möglichst alle wichtigen Akteurinnen und Akteure vor Ort einbezogen (siehe Beispiel „JugendFilmTage“, S. 26).

### Stand der Arbeit

BORDERNET hat bereits die Hälfte der Projektlaufzeit bewältigt. Viele grundlegende Strukturen wurden geschaffen, dennoch sind so viele Einzelmaßnahmen zu etablieren, dass von einem Abschluss der „Aufbauphase“ keine Rede sein kann. Vielmehr starteten einige der Vorhaben erst in diesem Jahr, und es ist Teil der Konzeption von BORDERNET, dass bis zum Schluss immer neue Teilvorhaben ins Leben gerufen werden. Dieser „Research-in-Action“-Prozess beinhaltet die kurzfristige Rückkoppelung von Ergebnissen in die Praxis und will auf diese Weise zur schrittweisen Verbesserung von Maßnahmen und Angeboten beitragen. Ende Februar 2006 wurde ein erster Zwischenbericht vorgelegt, der auch auf der BORDERNET-Website ([www.bordnet-spi.de](http://www.bordnet-spi.de)) eingesehen und heruntergeladen werden kann.

### Grenzüberschreitende Vernetzung

Bisher haben mehr als 130 Institutionen in den vier Modellregionen an BORDERNET-Aktivitäten teilgenommen, darunter nicht staatliche und staatliche Organisationen, Projekte, Gesundheitsämter und -zentren, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Kliniken und Verantwortliche aus Gesundheitspolitik und -verwaltungen. Die Beteiligung weiterer Einrichtungen und Projekte ist zu erwarten (siehe Beispiel „Erweiterte Netzwerke“, S. 26).

## JugendFilmTage

Das Mobile Aufklärungs-Team zu Sexualität und Aids (MAT), dem die regionale Koordination obliegt, schlug vor, die bereits 2005 in Mecklenburg-Vorpommern erfolgreich durchgeführten JugendFilmTage (JFT) der BZgA<sup>8</sup> in der Grenzregion mit den polnischen Partnerinnen und Partnern erneut durchzuführen. Die BZgA unterstützte diesen Vorschlag und reagierte sehr schnell. In ihrem Auftrag fand schon im Mai dieses Jahres mit Sinus-Büro für Kommunikation ein grenzüberschreitender Workshop statt. Er war eng mit dem Projekt BORDERNET verzahnt und forderte direkt deutsch-polnische Kooperationspartner kommunaler und freier Träger zur Mitwirkung auf. In dem Workshop wurden lokale Angebote rund um die JFT präsentiert, den speziellen Anforderungen in den Grenzregionen angepasst und die regionale Konzeptentwicklung fachkompetent begleitet.

Das Konzept sieht vor, im Zeitraum November 2006 bis Juni 2007 in vier grenznahen Städten – Stettin, Wolgast, Greifswald und Swinemünde – die Filmtage unter der Koordination des MAT zu realisieren. Hierfür sollen die in den einzelnen Regionen oft sehr unterschiedlichen Strukturen und Netzwerke genutzt und erprobt werden. Dabei spielt die polnisch-deutsche Zusammenarbeit eine zentrale Rolle. Erfahrungen innerhalb dieses Projekts sollen wiederum als Modell für andere grenzüberschreitende Aktivitäten dienen.

## Erweiterte Netzwerke

In der Modellregion 1, speziell in Mecklenburg-Vorpommern, bestanden schon vor dem Projekt BORDERNET durch die seit 1991 landesweite Präventionstätigkeit des MAT Strukturen der Zusammenarbeit mit gesundheitsfördernden Institutionen. Hierzu gehören die Unikliniken Rostock, die vier AIDS-Hilfen des Landes, das Projekt „Abendrot“, die Gesundheitsämter und das Landesamt für Gesundheit und Soziales. Dieses funktionierende Netz konnte durch BORDERNET weiter ausgebaut werden. Im Rahmen der Sentinelerhebung knüpfte das MAT beispielsweise neue Kontakte zu niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten wie Gynäkologinnen/Gynäkologen und Dermatologinnen/Dermatologen sowie Klinikpersonal.

Durch zielgerichtete Recherchen und schriftliche Befragungen konnten im präventiven Handlungsfeld in Mecklenburg-Vorpommern neue Partnerinnen und Partner gewonnen und schon bestehende Kontakte beziehungsweise erweitert werden. Damit entstand im ersten Jahr von BORDERNET ein festes Fundament für künftige Projektvorhaben, auch im grenzüberschreitenden Raum.

Für das Netzwerk der Nachbarregion Zachodniepomorskie konnten ebenfalls Partnerinnen und Partner aus staatlichen und nicht staatlichen Einrichtungen gewonnen werden wie zum Beispiel die Klinik für Infektionskrankheiten Stettin, der Verein zur Prävention von HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten „TADA“, der ehrenamtliche Verein zur Unterstützung von Menschen mit HIV und Aids „DADU“, die Informations- und Diagnostikstelle für Aids in Stettin und Koszalin, die Sanitär- und Epidemiologiestation Stettin und Swinemünde und die Beratungsstelle für Suchtprophylaxe und Therapie „Monar“.

Da es in diesem EU-Projekt um grenzüberschreitende Modelle zur Prävention, Diagnostik und Therapie geht, haben sich beide Partnerregionen mit den unterschiedlichen Strukturen vertraut gemacht. Der Aufbau der Arbeitsbeziehung zueinander war oft nicht einfach, da sich vor allem die Kommunikation durch das Fehlen einer gemeinsamen Sprache als schwierig erwies. Zudem will grenzüberschreitende Zusammenarbeit gelernt sein, das heißt, es muss zunächst eine Vertrauensbasis entstehen und sich ein Grundverständnis füreinander entwickeln. Nach eineinhalb Jahren Projektzeit ist diese Hürde weitestgehend überwunden, Beziehungen werden gefestigt und gemeinsame Vorhaben können realisiert werden.

<sup>8</sup> Bestellung von Infomaterialien zu JFT unter [www.bzga.de/medien](http://www.bzga.de/medien), Best.-Nr. 70 878 100; s.a. FORUM 1/2005, S. 7ff. (Anm. d. Red.)

## Fachtagung und Workshop

In der Modellregion 1 fand im Mai 2006 in Swinemünde eine Fachtagung im Rahmen von BORDERNET statt. Polnische und deutsche Partnerinnen und Partner gestalteten gemeinsam das Programm. Zu den Schwerpunkten der zweitägigen Konferenz zählten medizinische und epidemiologische Aspekte zu HIV/Aids und STD, Beratung und Betreuung HIV-infizierter Personen und Aktivitäten der Nichtregierungsorganisationen und deren Präventionsarbeit. Im präventiven Bereich wurde deutlich, dass die Botschaften des Schutzes vor HIV/Aids und STD in Polen nicht im Zusammenhang mit Sexualaufklärung vermittelt werden, da es hier deutliche kulturelle und religiöse Barrieren gibt. Über Sexualität wird beispielsweise in der Schule und der Öffentlichkeit wenig oder gar nicht geredet, wohl aber über das Kondom als Schutzmittel im Kontext von STD. So unterscheiden sich auch die methodischen Herangehensweisen in beiden Ländern bei der Vermittlung von Informationen zu einem gesundheitsfördernden Verhalten.

Diese erste Konferenz im Rahmen von BORDERNET war ein wichtiges Treffen zum Erfahrungsaustausch von Expertinnen und Experten aus den Bereichen HIV/Aids und STD. Im Verlaufe der Tagung ergaben sich viele Möglichkeiten der Diskussion und der Intensivierung der Kontakte. Dadurch wurde die Zusammenarbeit gestärkt und zukünftige innovative Projekte konnten ins Auge gefasst werden. Im Frühjahr 2007 ist eine weitere gemeinsame Fachtagung geplant, dieses Mal in Mecklenburg-Vorpommern, bei der Diagnostik und Therapie von STD im Zentrum stehen werden.

Im pädagogischen und sozialen Bereich wird grenzüberschreitend erstmalig ein Workshop für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus verschiedenen Institutionen wie Schule, Gesundheitsämter, Klinik und Nichtregierungsorganisationen stattfinden. Dieser Workshop zum Thema Sexualerziehung mit Jugendlichen kann eine Plattform sein, um die unterschiedlichen präventiven und sexualpädagogischen Ansätze zu diskutieren, voneinander zu profitieren und einen gemeinsamen, flexibel zu gestaltenden Methoden-Pool zur STD-Prävention aufzubauen.

## Erweiterung der regionalen Angebote

In zwei Regionen wurden zusätzliche HIV/Aids- und STD-Testmöglichkeiten eingerichtet, weil hier ein dringender Bedarf bestand. Dies betrifft Frankfurt/Oder, hier wurde in Kooperation mit dem dortigen Gesundheitsamt und einer niedergelassenen Ärztin eine Untersuchungsmöglichkeit auf STD (inkl. HIV) geschaffen. In Zielona Gora und Stettin wurden die Sprechstunde und das Angebot für kostenlose und anonyme HIV-Tests erweitert. Im Rahmen von BORDERNET sind auch die STD-Angebote für nicht versicherte Personen nutzbar. Dies betrifft insbesondere Migrantinnen in der Prostitution.

In allen Regionen wurden HIV- und STD-Präventions- und -Diagnostikangebote besser miteinander verzahnt, hier wird wesentlich intensiver ausgetauscht und kooperiert. Diese „neue“ Kooperationsstruktur beinhaltet auch die Durchführung gemeinsamer Fortbildungen und Veranstaltungen, ein Novum in vielen Regionen.

## Datenerhebung

Mehr als 70 Partnerinnen und Partner (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitszentren, Gesundheitsämter) nehmen bisher an der Sentinelstudie teil, weitere sollen hinzukommen. Ziel dieser Studie ist der Aufbau von grenzüberschreitenden Netzwerken für STD- und HIV-Erhebungen. Insbesondere Daten über die Verbreitung von STD sollen erfasst und Risiken ermittelt werden, hier bestehen in allen beteiligten Regionen große Wissenslücken. Aber gerade die epidemiologische Verbreitung von STD kann wichtige Hinweise auf Risikoverhaltensweisen geben und gilt als Marker für die Einschätzung einer Verbreitung von HIV. Bereits seit vier Jahren führt das Robert-Koch-Institut mit Erfolg eine solche Sentinelstudie in Deutschland durch. Zur Erforschung des Risikoverhaltens in den Modellregionen wurden sogenannte KAB-Studienkonzepte entwickelt. KAB steht für *Knowledge, Attitudes and Behaviour* (Wissen, Einstellungen und Verhalten). Die Zielgruppen wurden vor dem Hintergrund bereits vorhandener Studien je nach aktuellen regionalen Erfordernissen ausgewählt, wobei grenzüberschreitende Mobilität in allen Befragungen eine große Rolle spielt. Für junge Erwachsene (18 bis 25 Jahre) werden in allen Modellregionen größere Risiken vermutet, deshalb wird diese Zielgruppe in allen Regionen befragt werden. MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) werden in zwei Regionen befragt, in denen bisher wenig oder keine Kenntnisse zu risikoreichen Verhaltensweisen und Mobilität vorliegen. Auch Migrantinnen in der Prostitution und Menschen mit HIV gehören zu den Zielgruppen der Befragung.

## Schlussbemerkung

Bereits aufgrund unserer langjährigen Erfahrungen war uns bewusst, dass ein Aufbau von grenzüberschreitenden Kooperationen auf konkreter praktischer Ebene eine sehr lohnenswerte, aber auch sehr mühevoll Aufgabe sein kann. Dabei stellen Barrieren in Einstellungen und Organisationsstrukturen häufig größere Hindernisse dar als sprachliche Hürden. Aber die vielen bereits aktiven Initiativen in der Grenzregion sind eine fruchtbare Basis, die es BORDERNET ermöglicht, Strukturen auszubauen und die schon begonnenen Kooperationsprozesse zu fördern und zu stärken.

*Elfriede Steffan, Tzvetina Arsova-Netzelmann,  
Kathrin Bever, Irmgard Boeckmann*



*Elfriede Steffan ist Diplom-Soziologin. Ihre Forschungsergebnisse in den Bereichen Gesundheits- und Frauenforschung wurden in zahlreichen Berichten, Büchern und Fachzeitschriften publiziert. Sie ist stellvertretende Geschäftsführerin der SPI Forschung gGmbH und Mitglied des Nationalen Aids-Beirats der Bundesrepublik Deutschland.*



*Tzvetina Arsova-Netzelmann ist Diplom-Psychologin und hat zehn Jahre als Forscherin, Projektkoordinatorin und Evaluatorin in Bulgarien im Bereich Gesundheitsförderung, Aidsprävention und sexuelle Aufklärung für besonders benachteiligte Gruppen (Roma, Prostituierte) gearbeitet. In der SPI Forschung gGmbH ist sie seit 2002 an verschiedenen Forschungs- und Interventionsprojekten mit Schwerpunkt „Grenzüberschreitende Kooperation“ beteiligt.*



*Kathrin Bever ist Lehrerin, individual-psychologische Beraterin und Supervisorin sowie Projektleiterin des MAT Rostock. Schwerpunkte ihrer Arbeit sind Erwachsenenbildung, Koordination landesweiter Projekte und Konzeptentwicklung.*



*Irmgard Boeckmann ist Fachkrankenschwester für Psychiatrie/Neurologie und Mitarbeiterin des MAT Rostock. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind ebenfalls Erwachsenenbildung, Koordination landesweiter Projekte und Konzeptentwicklung.*

#### **Kontakt:**

SPI Sozialpädagogisches Institut  
Forschung gGmbH  
Elfriede Steffan  
Kohlfurter Straße 41–43  
10999 Berlin  
Telefon (030) 2521619  
spi@spi-research.de  
www.spi-research.de

#### **MAT-LAKOST**

Verein zur Förderung der Prävention im  
AIDS- und Suchtbereich in Mecklenburg-  
Vorpommern e.V.  
Frau Kathrin Bever  
Wokreuter Straße 3  
18055 Rostock  
Telefon (0381) 4923463  
info@mat-rostock.de  
www.mat-rostock.de

---

# Der BZgA-Mitmach-Parcours wirkt – weltweit!

Der „Mitmach-Parcours“ der BZgA zur Aidsprävention für Jugendliche wird mittlerweile in vielen Ländern weltweit eingesetzt. Der Beitrag beschreibt das Konzept des interaktiven Parcours und die Erfahrungen mit den Einsätzen im Ausland.

## Das Projekt

Aidsprävention und Sexualaufklärung in Deutschland gehören zu den originären Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln. Neben anderen gesundheitlichen Arbeitsschwerpunkten hat die BZgA in der bundesweiten Kampagne zur Aidsprävention methodisch vielfältige, zielgruppenspezifische und interaktive Informationsangebote entwickelt. Eines dieser Angebote ist der „Mitmach-Parcours zu Aids, Liebe & Sexualität“. Die BZgA setzt ihn seit mehr als zehn Jahren erfolgreich in ganz Deutschland ein.

HIV-Infektionen und die Aids-Erkrankung werden zunehmend zur Entwicklungsbremse in vielen Ländern und damit auch zum Hindernis für die Arbeit der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) in Eschborn. 2001 kam die GTZ deshalb mit der Frage auf die BZgA zu, ob man in der Aidsprävention kooperieren könne. Gesucht wurden erprobte und qualitätsgesicherte Medien und Instrumente, die die GTZ im weltweiten Kampf gegen Aids adaptieren könne. Schnell konzentrierte sich die Diskussion auf den BZgA-Mitmach-Parcours. Er wurde zum zentralen Projekt der Zusammenarbeit, zu der sich die zwei potenten Organisationen zusammenschlossen. Gemeinsam prüften BZgA und GTZ, ob der BZgA-Mitmach-Parcours für andere Länder adaptiert und dort genauso erfolgreich eingesetzt werden kann wie in Deutschland.

## Die Inhalte und Stationen des BZgA-Mitmach-Parcours zu Aids, Liebe & Sexualität

Der Mitmach-Parcours setzt auf den Spannungsbogen von Ernsthaftigkeit und Spaß, auf Kommunikation und Aktion. Durch Rollenspiele, Puzzles, Pantomime, Diskussionen und Fragen werden die Teilnehmenden dazu motiviert, sich mit Kopf und Herz einzubringen. Die fünf Stationen werden in Gruppen von etwa zehn Personen durchlaufen, wobei die Teilnehmenden von Moderatorinnen und Moderatoren an jeder Station zur Aktion und Diskussion motiviert werden. An jeder Station können die Jugendlichen Punkte für ihr engagiertes Mitmachen sammeln. Am Ende wird zwar eine

„Siegergruppe“ ermittelt, aber alle Gruppen werden gewürdigt und erhalten kleine Erinnerungspreise an die Aktion.

### Station „Übertragungswege von HIV“

Durch Comiczeichnungen aus dem menschlichen Alltags- und Liebesleben erfahren die Teilnehmenden, in welchen Situationen HIV übertragen werden kann oder nicht. Mithilfe eines Würfels, der eine rote, gelbe und grüne Seite hat, geben sie ihre Einschätzung zu der jeweiligen Situation ab (hohes Ansteckungsrisiko = rot, geringes Risiko = gelb, kein Risiko = grün). Anschließend erarbeiten die Jugendlichen mit dem Moderator/der Moderatorin Informationen zu Ansteckungswegen und können ihre Einschätzung mit den neuen Informationen abgleichen. Unsicherheiten zum Übertragungsrisiko von HIV werden an dieser Station deutlich und können im Gespräch untereinander und mit den Moderatoren/Moderatorinnen ausgeräumt werden.

### Station „Liebe, Sexualität und Schutz vor HIV“

An einem „Glücksrad“ setzen sich die Teilnehmenden mit situationsgerechten Schutzmöglichkeiten auseinander und kommen ins Gespräch über Themen, die oft noch tabuisiert sind. Wann sollte man das Thema Verhütung und Schutz ansprechen? Wie erklärt man dem Partner oder der Partnerin, dass einem dieser Schutz wichtig ist? Worauf sollte man achten, wenn man mit einer HIV-infizierten Person zusammenlebt oder -arbeitet?

### Station „Verhütung“

Aus einem Behälter ziehen die Jugendlichen nach und nach verschiedene Verhütungsmittel und erläutern der Gruppe, was sie zum Beispiel über ein Diaphragma, die Pille oder ein Kondom wissen. So entsteht ein Gespräch über Verhütungsmethoden, ihre Anwendung und wovor sie schützen. Anschließend müssen die Verhütungsmittel bestimmten Statements zugeordnet werden, zum Beispiel: „rezeptfreie Barriere zum Selbsteinsetzen“, „erfordert regelmäßige Einnahme“, „schützt vor HIV, ungewollter Schwangerschaft und sexuell übertragbaren Krankheiten“. So können die Vor- und Nachteile der einzelnen Verhütungsmethoden abgewogen und sichtbar gemacht werden.

### Station „Körpersprache“

Pantomimisch sollen die Teilnehmenden verschiedene Begriffe wie „Herzklopfen“, „Liebe im Auto“, „Kondomanwendung“, „Homosexualität“ etc. darstellen, die dann von der Gruppe erraten werden müssen. Diese Station gefällt den meisten Jugendlichen besonders gut und ermöglicht eine spielerische und ungezwungene Annäherung an Tabuthemen. Darüber hinaus üben die Mädchen und Jungen, sich mit dem Körper auszudrücken und Nonverbales besser zu verstehen.

### Station „Leben mit HIV“

Hier konstruieren die Teilnehmenden das Alltagsleben einer fiktiven Person, die direkt oder indirekt mit HIV/Aids konfrontiert ist, etwa dadurch, dass sie gerade das positive Ergebnis ihres HIV-Tests erhalten hat. Was geht nun in ihr vor? Was macht sie? Die Jugendlichen werden sich bewusst, wie eine HIV-Infektion in das Leben der betroffenen Person, aber auch das des Umfeldes, eingreift. Wem erzählt die Person von ihrer Infektion? Wie reagieren Verwandte, Freunde und Kollegen? Wie würde man selbst reagieren, wenn man mit dem/der Betroffenen Kontakt hätte oder gar befreundet wäre? Diese Station regt eine sehr persönliche Auseinandersetzung mit den verschiedenen Aspekten von HIV-Infektionen an. Eigene Haltungen, Vorurteile oder Unsicherheiten werden deutlich und können durch das Gespräch in der Gruppe abgebaut werden. Das Gedanken-spiel sensibilisiert für die möglichen Probleme einer/eines Infizierten und kann die Solidarität mit HIV-infizierten Menschen erleichtern.

### Lokale Kooperationspartner/-innen

Der Mitmach-Parcours der BZgA wird stets in Kooperation mit örtlichen Einrichtungen aus den Bereichen Gesundheitswesen oder Jugendbildung durchgeführt. Die BZgA will dadurch lokale Präventionsstrukturen nachhaltig stärken, den Fachkräften durch *learning by doing* Praxisanregungen für die eigene Arbeit geben und sie nicht zuletzt dazu motivieren, selber vergleichbare Präventionsangebote vor Ort zu entwickeln.

### Der BZgA-Mitmach-Parcours macht die ersten Schritte in die Welt

Erfahrungen aus der Qualitätssicherung des BZgA-Mitmach-Parcours zeigen unter anderem, dass das Konzept des deutschen Parcours grundsätzlich für andere Länder gut geeignet erscheint. Die Hauptwirkfaktoren liegen in der teilnehmerzentrierten Moderationsmethodik, die immer speziell auf die jeweilige Gruppe eingeht, und darin, dass Inhalte und Darstellungen im BZgA-Mitmach-Parcours die spezifische Lebenswelt der Zielgruppen widerspiegeln. Das bedeutet aber auch, dass der Mitmach-Parcours unter anderen Lebensbedingungen und in anderen Kulturen nicht einfach in der deutschen Fassung übernommen werden kann. Er muss an die jeweiligen landestypischen Bedingungen angepasst werden, damit die Qualitätskriterien auch in anderen Kontexten erfüllt werden. Es muss also jeweils angepasste nationale Mitmach-Parcours geben. Um landestypische Anpassungen zu entwickeln und zu erproben, haben BZgA und GTZ 2003 das Modellprojekt „Transfer des BZgA-

Mitmach-Parcours für die Entwicklungszusammenarbeit“ ins Leben gerufen. Es sollte folgende Fragen beantworten:

1. Wie kann das Konzept des BZgA-Mitmach-Parcours erfolgreich auch in anderen Ländern eingesetzt werden?
2. Welche Empfehlungen für landesspezifische Anpassungen lassen sich aufgrund der deutschen Projekterfahrungen geben?
3. Welche Qualitätsstandards sind bei der jeweiligen Konzeptanpassung unverzichtbar, damit die betreffenden „Länder-Parcours“ mittel- bis langfristig eingesetzt werden können und nachhaltig wirken?

An dem modellhaften Transfer nahmen GTZ-Projekte aus folgenden Ländern teil:

1. Äthiopien
2. El Salvador
3. Mongolei
4. Mosambik
5. Russische Föderation

Die Transferprojekte sollten in den einzelnen Ländern innerhalb bestehender GTZ-Projekte oder -Programme angesiedelt werden.

### Die Adaptationsseminare

Die GTZ beauftragte die BZgA, in der Zeit von Januar 2003 bis Mai 2004 drei Seminare durchzuführen, um den Transferprozess fachlich und kommunikativ anzuleiten. An den ersten beiden Seminaren nahmen jeweils elf Vertreter und Vertreterinnen aus den Ländern und sechs Mitarbeiterinnen der GTZ-Zentrale teil. Im dritten und letzten Seminar waren sechs Personen aus den Modellprojekt-Ländern vertreten, und die GTZ-Zentrale hatte vier Vertreterinnen geschickt. Im ersten Seminar wurde zuerst der BZgA-Mitmach-Parcours ausführlich vorgestellt: Konzept, Strategie, Ziele, Stationen, Organisation sowie Qualitätskriterien personaler Kommunikation und Moderation. Darauf aufbauend planten die Seminarteilnehmer und -teilnehmerinnen, wie jedes Land bei der Anpassung vorgehen, beziehungsweise was berücksichtigt werden soll. Dazu gehörten landesspezifische Besonderheiten, beispielsweise Tabus über Sexualität und Aids oder Einstellungen zum Verhältnis von Männern und Frauen oder Einschränkungen durch Kirche und Religionen usw. Es wurden auch Überlegungen zu nationalen und regionalen Kooperationspartnern angestellt und geplant, was zur Qualitätssicherung erforderlich ist. Die Themen waren:

- Ausgangssituation im Land,
- Ziele der Aidsprävention mit nationalen Mitmach-Parcours,
- Motivation von Entscheidungsträgern.

Im zweiten und dritten Seminar berichteten die Teilnehmenden dann, wie sich der Anpassungsprozess in ihren Ländern gestaltete und welche Erfahrungen sie dabei machten. Darauf aufbauend wurden die nächsten Schritte geplant. Die vielfältigen und sehr unterschiedlichen Erfahrungen in den Ländern boten allen Beteiligten großes Lernpotenzial. Die Erfahrungen zeigten sehr schnell, dass standardisierte Adaptationen wenig Aussicht auf Erfolg boten und der Transfer des BZgA-Mitmach-Parcours sehr individuell auf die Landesbedingungen abgestimmt werden muss.

## Die wichtigsten Ergebnisse

Seit 2004 gibt es in jedem der oben genannten fünf Länder – und darüber hinaus mittlerweile auch schon in neun weiteren, nämlich in der Ukraine, in Lettland, Litauen, Usbekistan, Kirgisistan, Kasachstan, Sambia, Ecuador und Simbabwe<sup>1</sup> – eigenständige „Landes-Mitmach-Parcours“ auf der Basis des BZgA-Konzeptes. Die Anpassungsprozesse verliefen in den Ländern sehr unterschiedlich. Die Ergebnisse, soweit sie der BZgA zugänglich sind, sind erfreulich und eröffnen vielversprechende Perspektiven:

- Junge Menschen aus den unterschiedlichsten Kulturen beteiligten sich mit viel Spaß und Begeisterung an den Länder-Parcours. Die Methodik des Mitmach-Parcours führte immer dazu, dass die Jugendlichen lebhaft und sehr engagiert mitarbeiteten und relativ offen über Einstellungen, Wünsche und Emotionen auch im Zusammenhang mit Sexualität sprachen, obwohl Sexualität in allen Ländern mit einem mehr oder weniger starken Kommunikations-Tabu belegt ist.
- Die Teilnahme am Parcours war erfolgreich: Das Wissen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nahm zu. Auch die Absicht, sich zu schützen, wuchs und die Einstellung gegenüber HIV-infizierten und aidskranken Menschen verbesserte sich deutlich.
- Für die meisten Moderatorinnen und Moderatoren war die teilnehmerzentrierte und dialogorientierte Moderation ungewohnt, anfangs schwierig zu erlernen und führte zu Unsicherheiten. Nach einiger Übung allerdings schätzten die Moderatorinnen und Moderatoren diese Art der Kommunikation, weil sie damit sehr gute Ergebnisse erzielten. Viele empfanden die neuen Moderationstechniken als Bereicherung für ihre sonstigen Tätigkeiten.

## Service-Paket „Der Mitmach-Parcours wirkt – weltweit!“

Damit künftig noch möglichst viele Länder das Konzept des BZgA-Mitmach-Parcours nutzen und von den Erfahrungen profitieren können, haben BZgA und GTZ dieses Modellprojekt ausführlich dokumentiert und praxisorientiert aufbereitet. Das gemeinsam entwickelte Service-Paket besteht aus einem Handbuch, das die Inhalte des Mitmach-Parcours, die Qualitätsstandards und die Erfahrungen der Anpassungsprozesse praxisorientiert bündelt. Das Handbuch bietet darüber hinaus eine praktische Anleitung für diejenigen, die selbst eine länderspezifische oder regionale Anpassung planen. Ein dazugehöriger Film illustriert den deutschen BZgA-Mitmach-Parcours und dessen „Länder-Varianten“ in Äthiopien, El Salvador, der Mongolei, Mosambik und in der Russischen Föderation. Eine Broschüre informiert über die wichtigsten Eckdaten des Modellprojektes. Mit diesem Angebot wollen BZgA und GTZ weitere Länder motivieren, ebenfalls „ihren“ Mitmach-Parcours zu entwickeln und einzusetzen. Das Handbuch, das in deutscher und englischer Sprache vorliegt, kann zusammen mit der Film-DVD und der Kurzbroschüre kostenlos bei den unten genannten Kontaktadressen bestellt werden.

*Regina Krause, Beate Lausberg*

## Literatur

KRAUSE, REGINA (2006): Der Mitmach-Parcours wirkt weltweit. Aidsprävention auf neuen Wegen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) (Hrsg.), Köln 2006



*Dr. Regina Krause ist Diplom-Psychologin und arbeitet seit 15 Jahren selbstständig in der Gesundheitsförderung. Sie bietet Beratung, Entwicklung von Gesundheitsprogrammen, Training sowie Workshops für Gesundheitsförderung und Kommunikation an, z.B. Projektmanagement, Präsentation, Beratung und Gruppenleitung. Regina Krause ist Verfasserin des im Text genannten Handbuchs zum BZgA-Mitmach-Parcours.*



*Beate Lausberg ist Leiterin des Referats „Ausstellungen und personale Kommunikation“ der BZgA und unter anderem für den Mitmach-Parcours verantwortlich. Sie hat Germanistik, Geschichte und Erziehungswissenschaften studiert und zuvor unter anderem als Moderatorin und Trainerin im Bereich Aidsprävention und Sexualaufklärung gearbeitet.*

### **Kontakt:**

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
Referat 3-33: Ausstellungen und personale Kommunikation  
51101 Köln  
Telefax (0221) 8992257  
beate.lausberg@bzga.de  
www.bzga.de

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH  
Abteilung Gesundheit, Bildung, Soziale Sicherheit  
Postfach 5180  
65726 Eschborn  
Telefax (06196) 79801540  
srh@gtz.de  
www.gtz.de

<sup>1</sup> In Planung sind ferner Mitmach-Parcours im Kongo und in Bangladesch.

## BROSCHÜREN

### Medienübersicht

Die Broschüre „Medien und Materialien“ der Abteilung „Sexualaufklärung und Familienplanung“ der BZgA liegt in 21. Auflage vor (Ausgabe 07/2006). Wie gewohnt enthält sie alle lieferbaren Publikationen mit den wichtigsten inhaltlichen Informationen, Abbildungen, Angaben zu Maßen und Umfang. Neben den Printmedien sind wie bisher audiovisuelle Medien sowie alle Internet-Angebote der BZgA im Themenfeld aufgeführt.

#### Bestelladresse:

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 89 92 257  
Best.-Nr. 13 010 000

### Über Sexualität reden. Zwischen Einschulung und Pubertät

Ein neuer Ratgeber der BZgA zur kindlichen Sexualentwicklung im Grundschulalter (DIN A5, 56 Seiten) ermuntert und unterstützt Eltern dabei, aktiv das Gespräch mit ihren Kindern über Sexualität und die bevorstehende Pubertät zu suchen.

Gerade in der Grundschulzeit sind Kinder den Eltern gegenüber noch sehr offen, während später bekanntlich andere Informationsquellen und Ansprechpartner wichtiger werden. Eltern können in dieser Phase in besonderer Weise zur Sexualaufklärung ihrer Kinder beitragen.

Die Broschüre vermittelt zunächst grundlegende Informationen zu Sexualität, Sexualerziehung und Kommunikation über Sexualität. Anschließend wird die sexuelle Entwicklung von Jungen und Mädchen im Grundschulalter dargestellt. Es wird gezeigt, welchen Beitrag Eltern leisten können,

damit Kinder eine positive Haltung zu ihrem Körper und ihrer Sexualität entwickeln. Dazu gehören eine kindgerechte Aufklärung, ein angemessener Umgang mit kindlicher Scham, Unterstützung bei der Körperpflege und vieles mehr.

Ein weiteres Kapitel befasst sich mit der Prävention sexueller Gewalt unter dem Titel „Vorbeugen ohne Panikmache.“

#### Bestelladresse:

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 89 92 257  
Best.-Nr. 13 660 300

### Über Sexualität reden. Die Zeit der Pubertät

Dieser neue Ratgeber (DIN A5, 80 Seiten) in gleicher Aufmachung wendet sich an Eltern, die schon mit der Pubertät ihres Kindes konfrontiert sind. Die ersten beiden Kapitel über Sexualität, Sexualerziehung und Kommunikation über Sexualität sind identisch mit denen aus der zuvor genannten Broschüre. Weitere Themen sind die Phasen der Pubertät, Körperaufklärung bei Mädchen und Jungen einschließlich der notwendigen Gesundheitsvorsorge, der Start ins Sexualleben, sexuelle Orientierung, Verhütung, Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten und Schutz vor sexueller Gewalt.

#### Bestelladresse:

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 89 92 257  
Best.-Nr. 13 660 400

### Rund um Schwangerschaft und Geburt

Mit fachlicher Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburts-

hilfe (DGPF e.V.) hat die BZgA eine umfassende Broschüre (96 Seiten, DIN A4) zum Thema „Schwangerschaft und Geburt“ für die Zielgruppe Eltern vorgelegt.

Im ersten, besonders ausführlichen Kapitel werden die einzelnen Schwangerschaftsmonate vorgestellt: Jeweils am Anfang gleichsam aus der Perspektive des Babys („Baby-Telegramm“), danach erzählen schwangere Frauen, wie sie diese Zeit gerade erleben. Außerdem bietet jeder Monat ein Schwerpunktthema zu körperlichen und seelischen Veränderungen.

Kapitel 2 befasst sich mit der Schwangerenvorsorge und mit Fragen der Pränataldiagnostik. In den Kapiteln 3 und 4 geht es um Schwangerschaft und Lebensplanung, um die Paarbeziehung und um Sexualität.

Kapitel 5 informiert unter anderem über Gesetze, die in dem Kontext relevant sind, Kapitel 6 befasst sich mit der Geburt selbst und Kapitel 7 schließlich umfasst ein Schwangerschafts-Gesundheits-Lexikon mit vielen wichtigen Stichworten sowie Hinweise auf weitere Broschüren, Bücher, Kontaktadressen und Beratungsstellen.

#### Bestelladresse:

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 89 92 257  
Best.-Nr. 13 500 000

### Ich bin dabei! Vater werden

Diese Broschüre für werdende Väter (19,5 x 19,5 cm, 32 Seiten) spricht an, was Männer in dieser nicht alltäglichen Lebensphase beschäftigt: die mitunter ambivalenten Gefühle zum Vaterwerden, die verschiedenen Phasen der Schwangerschaft und die Sexualität in dieser Zeit, die Rolle des Mannes bei der Geburtsvorbereitung, Begleitung bei den Vorsorgeuntersuchungen, die Entbindung, die erste Zeit zu dritt und das Angebot der Elternzeit.

Am Ende wird auf zahlreiche weitere Materialien und Bücher zum Thema „Vaterwerden“ hingewiesen.

**Bestelladresse:**

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 89 92 257  
Best.-Nr. 13 510 000

**STUDIEN**

**Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik**

Die BZgA hat eine repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema „Pränataldiagnostik“ (PND) durchgeführt, deren Ergebnisse im Juni 2006 in der Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“ veröffentlicht worden sind.

Fast jede Frau kommt gegenwärtig im Verlauf ihrer Schwangerschaft mit den Angeboten der PND in Berührung. Der Forschungsbericht geht vor allem der wichtigen Frage nach, ob der Wissensstand der Frauen der raschen Etablierung und Verbreitung dieser Angebote entspricht.

Das Schwangerschaftserleben, die Inanspruchnahme der verschiedenen Verfahren der PND, der Informationsstand der Frauen und ihre Einstellungen sowie die Bewertung der ärztlichen Beratung und Behandlung zur PND sind die Themen, die ausführlich erfragt und analysiert wurden.

Der auch für medizinische Laien gut verständliche Bericht mit zahlreichen Grafiken und Tabellen umfasst 62 Seiten (DIN A4) und kann kostenlos bestellt werden.

**Bestelladresse:**

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 89 92 257  
Best.-Nr. 133 19 200

**men's lives**

Der Basisbericht zur Studie „männer leben“ ist mittlerweile auch in englischer Fassung kostenlos erhältlich (74 Seiten, DIN A4). Er enthält die wichtigsten Ergebnisse einer quantitativen Befragung von rund 1 500 Männern zwischen 25 und 54 Jahren, die zu ihren Einstellungen zum Thema „Familienplanung“ Auskunft gegeben haben.

**Bestelladresse:**

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 89 92 257  
Best.-Nr. 133 180 70

**The Desire for Children and Starting a Family in Male and Female University and College Graduates**

Auch diese Studie über Kinderwunsch und Familiengründung bei Frauen und Männern mit Hochschulabschluss (68 Seiten, DIN A4), eine repräsentative Befragung von je 500 Männern und Frauen im mittleren Alter, liegt nun in englischer Sprache vor.

**Bestelladresse:**

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 89 92 257  
Best.-Nr. 133 191 70

**EVALUATIONEN**

**Sichergehn. Verhütung für sie und ihn**

In der Reihe „Evaluationen“ legt die BZgA eine Reihe von Publikationen vor, in denen, im Rahmen der Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die Akzeptanz und Wirkung von diversen Medien im Bereich Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung überprüft werden.

Die Broschüre „Sichergehn. Verhütung für sie und ihn“ befasst sich mit gängigen Möglichkeiten zur Empfängnisverhütung sowie mit deren Vor- und Nachteilen. Zentrale Frage der Evaluation (10 Seiten, DIN A4) waren: Kann die Broschüre die Entscheidung für eine bestimmte Verhütungsmethode wirksam unterstützen? Wie beurteilen Gynäkologinnen/Gynäkologen und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren die Inhalte?

**Bestelladresse:**

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 89 92 257  
Best.-Nr. 13 290 004

**On Tour! L'amour?**

Ebenfalls 10-seitig ist die Evaluation eines Travel Packs für Jugendliche, das Informationen zu den Themen Liebe, Sexualität und Verhütung enthält und in den Sommerferien an jugendliche Gruppenreisende verteilt wird. Zentrale Fragen hier waren zum Beispiel, wie gut das Travel Pack akzeptiert wird und ob die Jugendlichen es nützlich finden und darüber reden.

**Bestelladresse:**

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 89 92 257  
Best.-Nr. 13 290 005

**Wie geht's – wie steht's? Wissenswertes für Jungen und Männer**

Die Broschüre befasst sich mit den biologisch-medizinischen Aspekten der männlichen Sexualität. Die Evaluation (14 Seiten, DIN A4) geht den Fragen nach, wie gut sie die Zielgruppe anspricht und inwieweit sie dazu beiträgt, körperliche Vorgänge und Veränderungen im Sexualbereich zu verstehen.

**Bestelladresse:**

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 89 92 257  
Best.-Nr. 13 290 002

**Pränataldiagnostik – Beratung, Methoden und Hilfen**

Das Faltblatt zur Pränataldiagnostik soll Schwangere über den Sinn und die Methoden im Überblick informieren. In der Evaluation (10 Seiten, DIN A4) wird geprüft, ob Schwangere die Informationen bei der Entscheidung für oder gegen eine Methode als unterstützend wahrnehmen und ob Gynäkologinnen und Gynäkologen das Faltblatt angemessen finden und es in ihrer Praxis auslegen würden.

**Bestelladresse:**

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 89 92 257  
Best.-Nr. 13 290 001

## Liebe. Ein Film über Jugendliche und ihre große Liebe

Dies ist die Evaluation eines Dokumentarfilms, in dem Jugendliche von ihren ganz persönlichen Liebesgeschichten erzählen: über Widerstände der Eltern, Verlassenwerden oder den Umgang mit Eifersucht. Fragen der Untersuchung waren: Regt der Film Jugendliche an, sich mit Fragen rund um Liebe und Sexualität auseinanderzusetzen? Werden die angesprochenen Themen als wichtig erachtet?

### Bestelladresse:

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 89 92 257  
Best.-Nr. 13 290 006

## INTERNET

### Informationskanal zur Kindergesundheit

Das Referat „Kinder- und Jugendgesundheit“ der BZgA bietet eine Website rund um die gesunde Entwicklung von Kindern an: Auf verschiedenen Kanälen werden Informationen für verschiedene Zielgruppen aufbereitet (Eltern und erwachsene Betreuungspersonen, Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, Kinder und Jugendliche).

Zunächst ist eine Auswahl des Themenangebotes für Eltern mit Kindern bis 6 Jahren eingestellt worden. Im Laufe dieses Jahres werden sukzessive weitere Themenkomplexe integriert, so dass der Kanal „Für Eltern“ Anfang 2007 vollständig bestückt sein wird. Neben ausführlichen Informationen finden sich zu jedem Thema noch weiterführende Links, häufig gestellte Fragen, Alltagstipps und vielfältige andere Hintergrundinformationen. Im Kanal „Rat + Hilfe“ können Eltern sich darüber informieren, an wen sie sich mit Fragen zur Entwicklung und Gesundheit ihres Kindes sowie zum Familien- und Erziehungsalltag wenden können.

### Kontakt:

[www.kindergesundheit-info.de](http://www.kindergesundheit-info.de).

## TAGUNGEN

### Glück, Alltag und Verwirrung – Einführung in die interkulturelle Mädchenarbeit

Eine Fachtagung am 16. November 2006 in Münster befasst sich mit den Facetten interkultureller Mädchenarbeit. Sie bietet die Möglichkeit, eigene Erfahrungen in der interkulturellen Mädchenarbeit zu reflektieren, Ziele zu entwickeln, Ressourcen zu entdecken und Anregungen für die praktische Arbeit zu gewinnen. Die Tagung ist eine Kooperationsveranstaltung der Stadt Münster (Frauenbüro und VHS), der AG Mädchen und der Landesarbeitsgemeinschaft Mädchenarbeit in NRW e.V.

### Information:

Frauenbüro der Stadt Münster  
Andrea Reckfort  
Telefon (0251) 4921703  
reckfort@stadt-muenster.de  
Anmeldung:  
VHS Münster  
Telefon (0251) 492-4321  
infotreff@stadt-muenster.de

## FORTBILDUNGEN

### Zusatzausbildung Sexualpädagogik

Das Institut für Sexualpädagogik (ISP) in Dortmund bietet auch 2007 wieder eine einjährige, berufsbegleitende Weiterbildung an. Sie richtet sich an haupt- und ehrenamtlich in Erziehung, Betreuung, Beratung und im pflegerischen Bereich Tätige, die sich für den alltäglichen Umgang mit Sexualität in ihren Institutionen qualifizieren möchten.

Die Weiterbildung umfasst acht drei- beziehungsweise viertägige Seminare und startet im März 2007 in Dortmund.

### Kontakt:

[info@isp-dortmund.de](mailto:info@isp-dortmund.de)  
[www.isp-dortmund.de](http://www.isp-dortmund.de)  
Telefon (0231) 14 44 22

Berichte

- 3 Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als Kooperationszentrum der WHO  
*Monika Hünert*
- 5 Die Rolle der WHO bei der Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Jugendlichen in Europa  
*Gunta Lazdane*
- 9 Sex und Jugendliche in Europa: Was ist SAFE?  
*Jeffrey Victor Lazarus, Jerker Liljestrand*
- 16 Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen in der Europäischen Union: Rechte auf sexuelle und reproduktive Gesundheit noch immer unzureichend verwirklicht  
*Marleen Bosmans, Kristin Janssens, Marleen Temmerman*
- 20 Besondere Bedürfnisse von Migrantinnen, Migranten und ethnischen Minderheiten in Europa hinsichtlich Prävention, Behandlung und Unterstützung bei HIV  
*Georg Bröring*
- 24 BORDERNET: Vernetzung von HIV/Aids- und STD-Angeboten an den Außengrenzen der EU  
*Elfriede Steffan, Tzvetina Arsova-Netzelmann, Kathrin Bever, Irmgard Boeckmann*
- 29 Der BZgA-Mitmach-Parcours wirkt – weltweit!  
*Regina Krause, Beate Lausberg*

Infothek

- 32 Broschüren, Studien, Evaluationen, Internet, Tagungen, Fortbildungen

**FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung**

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

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

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

Konzeption:  
Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung  
Verantwortlich:  
Monika Hünert  
Text und Redaktion:  
Heike Lauer, Frankfurt  
Übersetzungen aus dem Englischen:  
Jutta Deutmarg, Reppenstedt  
Karin Boß, Bonn  
Layout und Satz:  
Dietmar Burger, Berlin  
Druck: Moeker/Merkur, Köln  
Auflage: 1./14./10.06

FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung 2–2006 ist kostenlos erhältlich unter der Bestelladresse  
BZgA, 51101 Köln  
Best.-Nr. 13 32 92 03  
[order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)

Alle Rechte vorbehalten.

Namentlich gekennzeichnete oder mit einem Kürzel versehene Artikel geben nicht in jedem Fall die Meinung der Herausgeberin wieder. Diese Zeitschrift wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

