

Band 12

GESUNDHEITSFÖRDERUNG KONKRET

Migration und Gesundheitsförderung

Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen und die Entwicklung von Leitlinien und qualitätssichernden Instrumenten zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA. Fachtagungen und Workshops mit Expertinnen und Experten haben in dem Entwicklungsprozess eine wichtige Funktion: Sie sind ein Forum, bei dem der wissenschaftliche Erkenntnisstand und die Erfahrungen aus der praktischen Arbeit im Hinblick auf die Konsequenzen für Planung, Durchführung und Evaluation von Interventionen diskutiert werden.

In der Reihe „Gesundheitsförderung konkret“ werden deshalb neben themen- und zielgruppenspezifischen Marktübersichten sowie ausgewählten Projekten und Modellen auch die Ergebnisse von Fachtagungen und Workshops veröffentlicht. Ziel dieser Reihe ist es, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich der Gesundheitsförderung bei ihrer Arbeit konkret zu unterstützen und Anregungen für die tägliche Praxis zu geben.

Migration und Gesundheitsförderung

Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

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

Hinweis:

Die Tagung fand am 27. und 28.2.2008 in Köln statt. In diesem Band wird (wo sinnvoll) bei Vorträgen der Sachstand bis Ende 2008 berücksichtigt.

Gesundheitsförderung konkret, Band 12

Migration und Gesundheitsförderung – Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel.: 02 21/89 92-0

Fax: 02 21/89 92-300

Projektleitung: Stephan Blümel

E-Mail: stephan.bluemel@bzga.de

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen

Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen

Druck: Warlich, Meckenheim

Auflage: 1.3.08.09

ISBN 978-3-937707-66-2

Band 12 der Fachheftreihe ist erhältlich

unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,

und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben.

Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/
den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60649120

Vorwort

Ein zentrales Ziel der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist es, den gleichguten Zugang aller Bevölkerungsgruppen zu Informationen und Angeboten der Gesundheitsförderung zu gewährleisten, weshalb sie bei ihrer Arbeit Menschen mit Migrationshintergrund als Teil der Allgemeinbevölkerung besonders berücksichtigt.

Bei der Fachtagung „Migration und Gesundheitsförderung“ im Februar 2008 haben Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis diskutiert, wie „schwer erreichbare“ Migrantengruppen angesprochen werden können.

Der vorliegende Band aus der Fachheftreihe „Gesundheitsförderung konkret“ dokumentiert Inhalte und Ergebnisse der Fachtagung und soll dazu beitragen, den fachlichen Austausch – auch über die Tagung hinaus – zu fördern und Anregungen zur Weiterentwicklung von Maßnahmen auf Bundes-, Landes- und örtlicher Ebene zu geben.

Verbesserte Angebote der Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsvorsorge für Migrantinnen und Migranten fördern die gesundheitliche Chancengleichheit und Integration und dienen damit der gesamten Gesellschaft.

Köln, Juli 2009

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

Inhalt

Vorwort	3
1. Einführung in die zentralen Fragestellungen	13
Stephan Blümel	
2. Eröffnungsvortrag	17
2.1 Migration und Gesundheitsförderung – Hard to reach? Neue Zugangswege für „schwer erreichbare“ Gruppen erschließen	18
Theda Borde	
2.1.1 Einleitung	18
2.1.2 Hard to reach – ein neuer Begriff für ein altes Phänomen?	19
2.1.3 Handlungsbedarf	22
2.1.4 Migranten und Migrantinnen sind erreichbar	23
2.1.5 Neue Zugangswege zu „schwer erreichbaren“ älteren Migrantinnen erschließen	25
2.1.6 Empfehlungen	29
2.2 Diskussionsergebnisse	32
Dagmar Grundmann	
3. Aidsprävention	35
Analyse/Epidemiologie	
3.1 HIV/Aids und Migration in Deutschland – Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste	36
Elfriede Steffan, Samanta Sokolowski, Tzvetina Arsova Netzelmann	
3.1.1 Hintergrund der Studie	36
3.1.2 Zusammensetzung der Stichprobe	37
3.1.3 Ergebnisse der Studie	38
3.1.4 Empfehlungen	41

3.2 Einflussfaktoren, Sicht- und Verhaltensweisen in Bezug auf HIV/Aids bei Migrantinnen- und Migrantengemeinschaften mit dem Schwerpunkt Subsahara-Afrika	
Antje Sanogo	43
3.2.1 Befragung zur Wahrnehmung von Aids-Hilfseinrichtungen	43
3.2.2 Soziale Lebenslage in Bezug auf HIV/Aids	44
3.2.3 Umgang mit dem Versorgungssystem in Bezug auf HIV/Aids – Zugangsbarrieren	48
3.2.4 Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf HIV/Aids	52
3.2.5 Resümee	57
3.3 Einstellungen und Wissen über HIV/Aids bei Aussiedlerinnen und Aussiedlern sowie jüdischen Zuwanderinnen und Zuwanderern aus Osteuropa mit Schwerpunkt Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS)	
Laura Kouznetsov	59
3.3.1 Hintergrund der Befragung	59
3.3.2 Ergebnisse der Studie	60
3.3.3 Schlussfolgerungen	61
3.4 Arbeitsgruppe Aidsprävention: Diskussions- ergebnisse	
Moderation: Eren Ünsal	
Bericht: Sabine Goette	63
3.4.1 Leitfragen	63
3.4.2 Ergebnisse	64
3.4.3 Konsequenzen für die Planung, Durchführung und Evaluation von Interventionen	66
4. Sexuaufklärung und Familienplanung	73
<i>Analyse/Epidemiologie</i>	
4.1 Türkische Heranwachsende und Sexualität – Sexuelle Normvorstellungen und Erziehungspraxis bei türkischen Eltern	
Menekşe Gün	74

4.1.1	Einleitung	74
4.1.2	Die Situation türkischer Heranwachsender	75
4.1.3	Die Folgen einer defizitären Sexualerziehung türkischer Mädchen und Jungen	76
4.1.4	Resümee: Planung von Interventionen	80
4.2	Informationsbedarf, Informationsquellen und Beratungserfordernisse bei Frauen mit türkischem und ost- bzw. südosteuropäischem Migrationshintergrund: Ausgewählte Ergeb- nisse der BZgA-Studie „Familienplanung und Migration im Lebenslauf“	
	Heike Klindworth	83
4.2.1	Die Studie „frauen leben“	83
4.2.2	Migrationsprofil und aktuelle Lebenssituation der Migrantinnen	85
4.2.3	Informationsbedarf und Beratungserfordernisse im Bereich Familie und Familienplanung	88
4.2.4	Die Nutzung von Informationsquellen	89
4.2.5	Die Bedeutung der Sprache und der kulturellen Herkunft	91
4.2.6	Empfehlungen	92
	<i>Praktische Umsetzungsbeispiele</i>	
4.3	Sexualaufklärung und Beratung bei männ- lichen jugendlichen Migranten	
	Haydar Karatepe	94
4.3.1	Zugangsmöglichkeiten auf personaler Ebene	94
4.3.2	Mittel und Formen des Zugangs	95
4.3.3	Empfehlungen	96
4.4	Erfahrungen aus dem Familienplanungs- zentrum Hamburg: Migrantinnen aus west- afrikanischen Herkunftsländern	
	Bärbel Ribbert	101
4.4.1	Einführung	101
4.4.2	Ausgewählte Rahmenbedingungen im FPZ, die den Zugang für Migrantinnen erleichtern	102
4.4.3	Problemlagen und Bedarfe von Migrantinnen im FPZ	103

4.4.4 Problemlagen und Bedarfe von Frauen west- afrikanischer Herkunft	104
4.4.5 Empfehlungen	107
4.5 Arbeitsgruppe Sexualaufklärung und Familien- planung: Diskussionsergebnisse	
Moderation: Stefanie Amann, Anke Erath	
Bericht: Heike Lauer	109
4.5.1 Leitfragen	109
4.5.2 Ergebnisse	110
5. Impfen und Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter	117
<i>Analyse/Epidemiologie</i>	
5.1. Inanspruchnahme von Früherkennungsunter- suchungen bei Kindern aus Migrationsfamilien	118
Liane Schenk, Ute Ellert, Hannelore Neuhauser	
5.1.1 Daten zur Inanspruchnahme von Früherkennungs- untersuchungen im KiGGS	119
5.1.2 Inanspruchnahme einzelner Untersuchungen	120
5.1.3 Vollständigkeit der Teilnahme an Früherkennungs- untersuchungen	122
5.1.4 Resümee	123
5.2 Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS): Impfquoten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland	
Christina Poethko-Müller · Ute Ellert · Ronny Kuhnert · Hannelore Neuhauser · Liane Schenk · Martin Schlaud	125
5.2.1 Grundlagen und Aufbau der Studie	125
5.2.2 Ergebnisse der Studie	126
5.2.3 Resümee	132
<i>Praktische Umsetzungsbeispiele</i>	
5.3 Impflücken bei jugendlichen Migranten und Migrantinnen – Erfahrungen mit der Erreich- barkeit der Zielgruppe im Rahmen der Jugend- arbeitsschutzgesetzuntersuchung im Berliner Bezirk Mitte	
Jeffrey Butler	135

5.3.1 Hintergrund	135
5.3.2 Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutz- gesetz	136
5.3.3 Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe	137
5.3.4 Impfstatus im 10. Schuljahr nach sozialer Lage und Migrationshintergrund	138
5.3.5 Schließung von Impfständen	141
5.3.6 Empfehlungen	142
5.4 Verbesserung des Impfstatus durch klein- räumige, den sozialen Rahmenbedingungen angepasste Konzepte mit Unterstützung von Schlüsselpersonen aus Migrant*innencommunitys	
Gerhard Pallasch	144
5.4.1 Hintergrund	144
5.4.2 Ausgangssituation	145
5.4.3 Grundlagen der Impfprojekte	146
5.4.4 Konzeption und Ziele der Impfprojekte	147
5.4.5 Ergebnisse der Impfkampagnen	151
5.4.6 Bewertung von Nachhaltigkeit, Zukunfts- orientierung und Übertragbarkeit	152
5.5 Familienhebammen Münster: Aufsuchende Hilfe für Flüchtlinge sowie sozial und gesund- heitlich Benachteiligte	
Dagmar Schwarte	157
5.5.1 Aufsuchende Hilfe für Flüchtlinge in Münster	157
5.5.2 Das Projekt „Familienhebammen“	158
5.5.3 Erfahrungen und Weiterentwicklung	158
5.6 Deutsches Rotes Kreuz – Integrationsagentur Gesundheit in Köln: Gesundheitsvorsorge für Kinder aus Zuwandererfamilien	
Kora Kaminski	160
5.6.1 Kurzbeschreibung des Projekts	160
5.6.2 Vorgehensweise	161
5.6.3 Ergebnis und Ausblick	163
5.7 Erfahrungen aus einer Kinderarztpraxis	
Fikret Çerçi	164
5.7.1 Barrieren für die Versorgung	164
5.7.2 Empfehlungen	165

5.8 Arbeitsgruppe Impfen und Früherkennungs- untersuchungen im Kindes- und Jugendalter – Diskussionsergebnisse	
Moderation: Dagmar Grundmann	
Bericht: Dagmar Grundmann und Ulrike Prüß	168
5.8.1 Leitfragen	168
5.8.2 Ergebnisse	169
6. Zugangswege	175
6.1 Kooperationspartnerschaften als Zugangs- wege zur Migrationsbevölkerung	
Heinz Soremsky	176
6.1.1 Vorbemerkung: Diversität der Zielgruppen	176
6.1.2 Einrichtungen für den institutionellen Zugang zu Migrantinnen und Migranten	177
6.1.3 Die Gestaltung der Kooperation mit Migranten- selbstorganisationen	180
6.1.4 Bericht aus der Praxis am Beispiel einer Koope- rationspartnerschaft im Rahmen der Aktion GUT DRAUF der Bundeszentrale für gesundheit- liche Aufklärung (BZgA)	182
6.1.5 Das VIA-Projekt „Gesundheit für Migrantinnen und Migranten – Sensibilisierung und Prävention“	188
6.1.6 Der Zugang über die Massenmedien TV, Radio und Presse	192
6.2 Online-Kompetenz für Migrantinnen und Migranten in Deutschland	
Cornelia Lins	197
6.2.1 Projektbeschreibung	197
6.2.2 Ausgangslage	198
6.2.3 Studie: „Migranten und Medien 2007“	199
6.2.4 (N)ONLINER Atlas 2008 – Sonderauswertung Internetnutzung und Migrationshintergrund in Deutschland	207
6.2.5 Fazit und Empfehlungen	208
6.3 Umgang Heranwachsender mit Migrations- hintergrund mit Medien unter besonderer Berücksichtigung des Internets – Potenziale für die Gesundheitsförderung	
Susanne Eggert	210

6.3.1 Studienergebnisse	210
6.3.2 Aktive Medienarbeit: Das Online-Radio rasik.de	214
6.3.3 Potenziale des Internets für die Gesundheitsförderung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund	215
6.4 Diskussion der Beiträge zu Zugangswegen	
Moderation: Eren Ünsal	
Bericht: Dagmar Grundmann	217
7. Fazit und Auswertung	219
7.1 Weltcafé	
Bericht: Dagmar Grundmann	220
7.2 Schlusswort	225
8. Resümee: Handlungsempfehlungen	
Stephan Blümel	227
9. Anhang	231
Verzeichnis der Referentinnen und Referenten	232
Moderation	234
Berichterstattung	235
Konzeption der Tagung	236
Organisation	236

1 Einführung in die zentralen Fragestellungen

In Deutschland leben rund 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, die eine große Heterogenität hinsichtlich Lebenssituation, sozialer Lage, Informationsgewohnheiten, sprachlichem und kulturellem Hintergrund sowie Umgangsformen mit gesundheitsrelevanten Themen aufweisen.

Viele von ihnen werden über Aufklärungsmaßnahmen, die sich an die breite Allgemeinbevölkerung richten, erreicht. Ein Teil dieser Gruppe wird durch deutschsprachige Informationsmaterialien, TV- und Kinospots oder durch persönliche Beratung angesprochen. Andere nutzen fremdsprachige Informationen, die von zahlreichen Institutionen und Organisationen herausgegeben werden. Beispielsweise stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Informationsangebote in 29 Sprachen zur Verfügung.

Teilgruppen von Migrantinnen und Migranten werden durch die genannten Angebote allerdings nicht erreicht. Wie Untersuchungen der letzten Jahre zeigen, finden diese Menschen keinen Zugang zu Gesundheitsinformationen und Gesundheitsangeboten. Gründe hierfür können sprachliche, kulturelle, rechtliche und soziale Barrieren, die Unkenntnis über Institutionen und Leistungen des Gesundheitswesens in Deutschland sowie Erfahrungen mit Diskriminierung, Unverständnis oder Unerwünschtheit sein. Aufgrund der Ausprägung unterschiedlicher Gesundheitsprobleme gerade in diesen Gruppen wären sensible Informationen, Beratung und konkrete Hilfe für sie allerdings besonders wichtig.

Auf der Tagung haben 60 Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis diskutiert, wie diese Menschen erreicht werden können, wobei folgende Fragen im Mittelpunkt standen:

- Wer sind diese Teilgruppen? Wie stellen sich ihre Lebenssituation, Sichtweise, ihre Einstellungen, ihr Gesundheitsverhalten dar? Warum gelten sie als „schwer erreichbar“, das heißt, was hindert sie, vorhandene Präventionsangebote in Anspruch zu nehmen?
- Welche Korrelationen mit anderen Merkmalen (zum Beispiel soziale Lage) bestehen?
- Wo liegt der Informations- und Beratungsbedarf? Wo gibt es Lücken im Angebot?
- Was bedeutet dies für die Planung, Durchführung und Evaluation von Interventionen?
- Was sind bedarfsgerechte, migrations- und kultursensible Zugangswege und Angebote? In welchen Settings und mit welchen Methoden sind Migrantengruppen mit besonderem Bedarf gut erreichbar? Welche organisatorischen

und personellen Voraussetzungen sind bei den Anbietern – insbesondere Regeldiensten – notwendig, um solche Angebote zur Verfügung stellen zu können?

Von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden diese Fragen beispielhaft für die Themenbereiche Aids-Prävention, Sexualaufklärung und Familienplanung, Impfen und Vorsorgeuntersuchungen näher beleuchtet und themenübergreifende Fragestellungen zu personalkommunikativen und medienbezogenen Strategien und Methoden diskutiert. Dabei wurden die Ergebnisse aktueller Studien dargestellt sowie entsprechende Strategien und Methoden anhand praktischer Beispiele erläutert.

Stephan Blümel

2. Eröffnungsvortrag

2.1 Migration und Gesundheitsförderung – Hard to reach? Neue Zugangswege für „schwer erreichbare“ Gruppen erschließen

Theda Borde

2.1.1 Einleitung

Die vorliegenden Daten zum Gesundheitsstatus der Bevölkerung in Deutschland weisen bei Migrantinnen und Migranten im Vergleich zu Einheimischen auf höhere Gesundheitsbelastungen und einen insgesamt schlechteren objektiven und subjektiven Gesundheitsstatus im gesamten Lebenszyklus hin (Razum et al. 2008). Internationale Studien belegen den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung und zeigen neben sozioökonomischen Faktoren die Bedeutung von Migrationsfaktoren, kulturellen Faktoren, Rassismus sowie der selektiven Wirkung der Gesundheitsversorgung als weitere Wirkfaktoren für die „ethnische Verteilung“ von Gesundheit und Krankheit auf (Andrews und Jewson 1993, Smaje 1996). Diese komplexen Zusammenhänge legen nahe, dass die gesellschaftliche Inklusion und Partizipation eine wesentliche Grundlage für die Verbesserung der Gesundheitschancen von Migranten und Migrantinnen ist. Auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung müssen auf verschiedenen Ebenen ansetzen und alle oben genannten Faktoren und deren Zusammenhänge bzw. Überschneidungen berücksichtigen.

Während migrations- bzw. differenzsensible Konzepte in verschiedenen Einwanderungsländern auch im Gesundheitsbereich inzwischen zum Standard guter Praxis gehören, lassen sich erst in den letzten Jahren auch im Gesundheitssektor in Deutschland verstärkte Bemühungen zur Verbesserung der Gesundheitschancen und der Erreichbarkeit der jeweiligen Gruppen beobachten. Migranten und Migrantinnen sowie Angehörige ethnischer Minderheiten gelten in der Gesundheitsforschung, bei Präventionsprogrammen und in der Gesundheitsförderung meist als „schwer erreichbare“ Zielgruppen und werden in der Gesundheitsversorgung oft als „schwierige Patienten“ wahrgenommen (Borde 2002). Wissenslücken, die durch die mangelhafte Repräsentation von Migrantinnen und Migranten in den Studienpopulationen wissenschaftlicher Untersuchungen entstehen, haben selbst bei Fachkräften häufig grobe Verallgemeinerungen, Mutmaßungen und Stereotypisierungen in Bezug auf die tat-

sächlich sehr heterogene Gruppe der Migranten und Migrantinnen bzw. ethnischen Minderheiten zur Folge. Darüber hinaus wirkt sich die unbefriedigende Datenlage nachteilig auf deren Erreichbarkeit in anderen Bereichen aus.

2.1.2 Hard to reach – ein neuer Begriff für ein altes Phänomen?

Um die derzeitige wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik der Erreichbarkeit zu verfolgen, wurde zunächst eine *PubMed*-Recherche mit den Suchbegriffen „hard to reach + health“ durchgeführt, die für den Zeitraum 1967–2008 insgesamt 380 Einträge ergab; 135 davon wurden zwischen 2005 und 2008 publiziert. Die meist englischsprachigen Publikationen stammen vorwiegend aus den USA und aus Großbritannien und konzentrieren sich auf Fragen der Erreichbarkeit in der Gesundheitsförderung und Prävention, und hier insbesondere auf Krebsfrüherkennung, Impfprogramme, HIV/Aids, Sucht und Familienplanung. Andere thematisieren die Erreichbarkeit verschiedener Bevölkerungs- bzw. Zielgruppen in der Forschung. Die gezielte Suche nach den Begriffen „hard to reach + research“ ergab für den Gesamtzeitraum 389 Publikationen, von denen fast die Hälfte in den letzten 4 Jahren veröffentlicht wurde. Im Gesundheitsbildungssektor dagegen scheint die Auseinandersetzung mit der Thematik der Erreichbarkeit schon eine längere Tradition zu haben und eher kontinuierlich zu verlaufen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über das internationale Publikationsgeschehen zu unserem Themenbereich Migration und Gesundheit, wobei die Suche durch die Begriffe „ethnicity“, „migrant“ und „culture“ eingegrenzt wurde. Auch hier zeichnet sich ab, dass der Begriff „hard to reach“ vor allem in den letzten Jahren Konjunktur hat.

Suchbegriff	Anzahl der Publikationen seit 1967	Anzahl der Publikationen seit 2005
„Hard to reach + health“	380	135
„Hard to reach + health + research“	389	160
„Hard to reach + health + education“	124	39
„Hard to reach + health + ethnicity“	82	33
„Hard to reach + health + migrant“	11	6
„Hard to reach + health + culture“	56	25
„Hard to reach + health + Germany“	7	4

Tab. 1: Ergebnisse der PubMed-Recherche (15. 11. 2008)

Eine weitere Recherche für den deutschsprachigen Raum über *google scholar* mit den Suchbegriffen „schwer erreichbar“ sowie „Erreichbarkeit“ und „Gesundheit“ brachte wenige neuere Publikationen hervor, die sich zudem vor allem auf die Themenbereiche Armut, Geschlecht, HIV/Aids sowie Migration konzentrieren. Diese sind jedoch weder quantitativ noch in Bezug auf die Intensität der Auseinandersetzung mit den englischsprachigen Publikationen vergleichbar. Während englischsprachige Publikationen den Begriff „hard to reach“ als solchen diskutieren und in diesem Kontext methodische Ansätze entwickeln (Freimuth und Mettger 1990, Boynton et al. 2004, Brackertz 2007), geht es in den deutschsprachigen Publikationen eher um die Feststellung der „schweren Erreichbarkeit“ bzw. um die Identifizierung schwer erreichbarer Zielgruppen in der Gesundheitsförderung (Geene et al. 2004, Kaya 2007, Rosenbrock 2007, Walter et al. 2007).

Insgesamt ist zu beobachten, dass die Begriffe „schwer erreichbar“ bzw. „hard to reach“ je nach Kontext unterschiedliche Problembereiche fokussieren. So wird zum Beispiel für die Forschung die Problematik der „versteckten Bevölkerungsgruppen“ (Atkinson und Flint 2001) bzw. der „sozialen Unsichtbarkeit“ in den Mittelpunkt gestellt und für die Gesundheitsversorgung die Existenz „unterversorgter Gruppen“, bei denen allgemeine Versorgungsleistungen nicht oder unvollständig ankommen (Doherty et al. 2004). Dabei ist „schwierige Erreichbarkeit“ nach den vorliegenden Erklärungskonzepten vor allem durch einen niedrigen sozioökonomischen Status und geringe Bildung, aber auch durch die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit, Migrationsfaktoren und soziokulturelle Faktoren (bzw. einer vom Durchschnitt divergierenden Lebensweise) bedingt (Freimuth und Mettger 1990). Da die genannten Faktoren häufig kombiniert auftreten, offenbart sich die Bedeutung intersektionaler Ansätze in diesem Handlungsfeld.

Die Definitionsmacht über die Schwierigkeit bzw. Leichtigkeit, sogenannte Zielgruppen zu erreichen, geht in der Regel von der privilegierten, dominanten Gruppe aus, deren Perspektive und Handlungsrahmen dabei die Norm darstellt. So wird niedriger sozioökonomischer Status mit geringerem gesundheitsbezogenem Wissen, relativer Isolation (Lacey et al. 1991) und schließlich mit von der Wissenschaft größtenteils nicht verstandenen Differenzen vom „allgemeinen Forschungssubjekt“ in Verbindung gebracht. Angehörige ethnischer Minderheiten werden oft aufgrund weithin unbekannter und oft generalisierter kultureller Unterschiede als „schwer erreichbar“ kategorisiert. Migrationsbezogene Faktoren wie Sprachbarrieren werden dabei als Erklärung für den Ausschluss in der Forschung oder für die erfolglose Einbeziehung in

Gesundheitsförderungsinitiativen angeführt (Freimuth und Mettger 1990, Boynton et al. 2004). Menschen mit geringem Bildungs- und Alphabetisierungsgrad werden als „schwer erreichbar“ beschrieben, da sie mit gängigen mittelschichtorientierten Kommunikations- und Informationspraktiken sowie mit schriftlichen Materialien nicht oder nur unzulänglich erreicht werden können. Weiterhin werden weniger entwickelte Informationsverarbeitungsprozesse, die es Menschen mit geringer Bildung bzw. Analphabeten und Analphabettinnen unmöglich machen, komplexe Anleitungen zu befolgen, als Erklärung für die „schwere Erreichbarkeit“ angeführt (Doak et al. 1985, Mechanic 1989).

Grundsätzlich generalisiert der potenziell stigmatisierende und eher negativ besetzte Begriff „hard to reach“ eine höchst heterogene Gruppe. Die der „schwer erreichbaren“ Gruppe zugeschriebenen Merkmale konstruieren ein Bild von benachteiligten, unkooperativen und schließlich auch aufgrund eines angenommenen Fatalismus und Misstrauens gegenüber dominanten Institutio-

Einflussfaktoren		Beispiele
Soziodemografische Faktoren	Alter	Untere soziale Schicht
	Geschlecht	Geringer Bildungsgrad
	Bildung	Ältere bzw. junge Menschen
	Sozialer Status	Männer
Kulturelle Faktoren (Lebensweise)	Lebensstil	Alleinerziehende
	Kultureller Hintergrund	Ethnische Minderheiten
	Ethnizität	Migranten und Migrantinnen
Migrationsfaktoren	Sprache	Migranten und Migrantinnen
	Aufenthaltsdauer	Migrationsgeneration
	Migrationsmotive	„Illegale“
	Aufenthaltsstatus	
Verhalten und Einstellungen	Misstrauen	Prostituierte
	Zeitmangel	Drogennutzerinnen und -nutzer
	Keine Bereitschaft	Obdachlose
	Negative Vorerfahrungen	„Illegale“
	Diskriminierungserwartung	Ethnische Minderheiten
Strukturelle Faktoren	Erreichbarkeit	Institutionelle Voraussetzungen für differenzsensible Ansätze (Konzepte, Strategien und Maßnahmen)
	Zugänglichkeit	
	Verständlichkeit	Mehrsprachigkeit
	Annehmbarkeit der Angebote	Personalkompetenzen

Tab. 2: Einfluss auf die Erreichbarkeit (modifiziert nach Brackertz 2007)

nen und Handelnden in der Gesundheitsförderung unerreichbaren Menschen. Den „schwer erreichbaren“ Gruppen werden so kulturspezifische Verhaltensweisen zugeschrieben, die einfache Erklärungen für Unterrepräsentation in Studien, erfolglose Gesundheitsförderungsmaßnahmen und gescheiterte Präventionsinitiativen bieten. Weniger Bedeutung wird jedoch strukturellen und methodischen Aspekten wie beispielsweise unzulänglichen Datenerhebungs- und Gesundheitsförderungsmethoden beigemessen, die oft zu einem systematischen Ausschluss bestimmter Bevölkerungsgruppen führen (Freimuth und Mettger 1990, Borde 2006, Brackertz 2007) (vgl. Tabelle 2 auf S. 21).

Die Erreichbarkeit „schwer erreichbarer“ Bevölkerungsgruppen in der Gesundheitsforschung, Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und -versorgung hängt jedoch letztlich von der angewandten Zugangsmethodik, dem Setting sowie von den Kommunikations- und Zugangskompetenzen der Wissenschaftler bzw. Wissenschaftlerinnen und Gesundheitsfachkräfte ab. Dabei gilt es, potenzielle Diskriminierungsfaktoren zu erkennen, deren intersektionalen Zusammenhang zu verstehen und neben möglichen sozialen, kulturellen und verhaltensbezogenen Barrieren seitens der Zielgruppen verstärkt eigene Zugangsbarrieren zu berücksichtigen und strukturelle Faktoren im Hinblick auf die Erreichbarkeit zu verändern.

2.1.3 Handlungsbedarf

Der parallele Gebrauch und der Wandel der Begriffe von „arm“ über „bedürftig“, „sozial benachteiligt“, „unterprivilegiert“, „Prekariat“ zu „schwer erreichbar“ in den letzten Jahren spiegelt auf der einen Seite die Problematik einer mehr oder weniger „politisch korrekten“ Definition wider, andererseits eröffnet die Benennung von Ausgrenzungsstrukturen und -praktiken aber auch die Möglichkeit, diesen gezielt entgegenzuwirken. Denn es bleibt im Hinblick auf die oben genannten Einflussfaktoren der Erreichbarkeit festzuhalten, dass

- nach dem letzten Armuts- und Reichtumsbericht 18,3 % der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland als einkommensarm gelten und hier besonders Alleinerziehende sowie Zuwandererfamilien betroffen sind,
- die Bundesrepublik Deutschland ein Einwanderungsland ist und Menschen mit Migrationshintergrund nach den Daten des Mikrozensus heute 19 % der Bevölkerung und ca. 30 % der unter 25-Jährigen ausmachen und
- nach Schätzungen des Bundesverbandes Alphabetisierung und Grundbildung e. V. von 4 Millionen funktionalen Analphabeten und Analphabetinnen auszugehen ist. Es ist anzunehmen, dass ältere in Deutschland lebende

Migranten und insbesondere Migrantinnen in diesen Schätzungen noch nicht berücksichtigt sind.

Angesichts dieser Fakten ist es erforderlich, der generellen gesellschaftlichen Marginalisierung von Migranten und Migrantinnen und ethnischen Minderheiten entgegenzuwirken und deren gesellschaftliche Inklusion in allen Bereichen zu ermöglichen. Auch in der Gesundheitsforschung und -versorgung ist es nötig, der weitgehenden Ignoranz gegenüber migrations- und differenzbezogenen Faktoren entgegenzutreten. Insbesondere gilt es, die eklatante Unterrepräsentation bzw. den systematischen Ausschluss von sogenannten „Hard to reach“-Gruppen in gesundheitsbezogenen Studien gezielt abzubauen und eine Forschungspraxis und Forschungspolitik zu etablieren, die einer Einwanderungsgesellschaft gerecht wird.

So sollte zum Beispiel, um den systematischen Einschluss zu gewährleisten, bei der Entscheidung über die Finanzierung von öffentlich geförderten Forschungsprojekten von den Antragstellern und Antragstellerinnen eine wissenschaftlich begründete Erklärung verlangt werden, wenn ethnische Minderheiten in Studienpopulationen nicht angemessen repräsentiert sind. Maschewsky-Schneider und Fuchs (2000) haben auf der Grundlage der Erfahrungen und Erkenntnisse der Frauengesundheitsforschung Faktoren zur Vermeidung migrationsspezifischer Verzerrungseffekte zusammengestellt, die nicht nur für die Gesundheitsforschung, sondern auch für die Konzeption und Durchführung von Gesundheitsförderungsprogrammen hilfreich sind. Um den Zugang zu Migrantinnen und Migranten und eine nachhaltige Wirkung der Interventionen zu erreichen, sind deutlich mehr wissenschaftliche Erkenntnisse nötig, in denen betreffende Gruppen angemessen repräsentiert sind.

2.1.4 Migranten und Migrantinnen sind erreichbar

Im Folgenden werden einige problematische Punkte der Inklusion von Migrantinnen und Migranten in die (Gesundheits-)Forschung und Möglichkeiten der Überwindung von Zugangsbarrieren aufgezeigt. Ergebnisse unserer aktuellen Studie zu Erfahrungen und Umgang mit den Wechseljahren geben darüber hinaus Hinweise auf den spezifischen Gesundheitsförderungsbedarf bei älteren Migrantinnen, die in Deutschland als besonders schwer erreichbar gelten.

Migranten und Migrantinnen sichtbar machen

Am Beispiel unserer Studie zur Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter Frauen im Krankenhaus (David und Borde 2001) lässt sich das Ausmaß der „sozialen Unsichtbarkeit“ in nicht migrationssensiblen Forschungsansätzen beleuchten. Die Vergleichsstudie wurde in der Frauenklinik der Charité durchgeführt und untersuchte u. a. die Erwartungen und die Zufriedenheit deutscher und türkeistämmiger stationärer Patientinnen (Altersgruppe 15–75 Jahre) sowie die Qualität von Informations- und Kommunikationsprozessen. Um die Migrantinnen systematisch in die Studie einzubeziehen, wurde neben einem deutschsprachigen Fragebogen eine türkischsprachige Fragebogenversion eingesetzt. Da eine vorgeschaltete qualitativ ausgerichtete Pilotstudie Hinweise auf teilweise eingeschränkte Lese- und Schreibfähigkeit bei den Patientinnen ergab, wurde darüber hinaus eine mündliche Abfrage der Fragebogen in deutscher oder türkischer Sprache angeboten. Bei der Fragebogenübersetzung wurden Bedeutungsäquivalenz und Verständlichkeit durch Rückübersetzung und einen Pretest, Korrekturen und eine erneute Rückübersetzung sichergestellt. Der mündliche Abfragemodus erforderte einen erheblichen Mehrbedarf an Zeit und Personaleinsatz, jedoch erwiesen sich sowohl die sorgfältige Arbeit an der Fragebogenübersetzung als auch die Option eines mündlichen Befragungsmodus als wesentliche Kriterien für die Partizipation der türkeistämmigen Migrantinnen an der Studie.

Alle 320 befragten deutschen Frauen wählten den deutschsprachigen Fragebogen, und nur in zwei Fällen wurde eine mündliche Abfrage gewünscht. Von den 262 türkeistämmigen Patientinnen wählten 61 % die türkischsprachige Fragebogenversion und 32 % zogen (vor allem aufgrund ungenügender Lese- und Schreibfertigkeiten) eine mündliche Abfrage des Fragebogens in türkischer Sprache vor. Durch dieses aufwändige Verfahren konnten bei den deutschen und bei den türkeistämmigen Patientinnen eine sehr hohe Bereitschaft zur Studienteilnahme und ein etwa gleich hoher Rücklauf von ca. 95 % erreicht werden. Diese Zahlen zeigen, dass der Zugang zu „schwer erreichbaren“ Gruppen durchaus möglich ist; sie geben darüber hinaus Hinweise auf die Größenordnung eines potenziellen systematischen Ausschlusses. Zwar ist es bequemer und kostengünstiger, sogenannte „schwer erreichbare“ Gruppen per Machbarkeits- und Einschlusskriterien auszuschließen, allerdings wären in dieser Studie dann höchstens ein Drittel der türkeistämmigen Patientinnen zu Wort gekommen. Nicht gefragt worden wären wahrscheinlich gerade die Migrantinnen, über die wir am wenigsten wissen, und die möglicherweise den größten Gesundheitsförderungsbedarf haben.

Information, Kommunikation und Patientenaufklärung

Die Ergebnisse dieser Studie, zum Beispiel in Bezug auf die Erkenntnisse zur Patientenaufklärung, sind insbesondere für die Stärkung der Partizipationsmöglichkeiten und für die Gesundheitsförderung „schwer erreichbarer“ Zielgruppen bedeutsam. Denn die Studie zeigte, dass die befragten Migrantinnen ein deutlich geringeres gesundheitsrelevantes Basiswissen hatten als die deutschen Patientinnen und sowohl vor als auch nach der Patientenaufklärung im Krankenhaus deutlich weniger korrekte Angaben über ihre Diagnose und die in der Klinik geplante und durchgeführte Therapie machen konnten. Je geringer die deutschen Sprachkenntnisse der Patientinnen waren, umso geringer war der Anteil der Übereinstimmungen zwischen dem Wissen der Patientinnen und den in der Patientenakte dokumentierten Fakten zur Erkrankung und Behandlung. Während sich bei den deutschen Frauen zwischen den Befragungszeitpunkten a) Aufnahmetag und b) Tag vor der Klinikentlassung ein leichter Wissenszuwachs erkennen ließ, nahm der Anteil der korrekten Angaben in diesem Zeitraum bei den Migrantinnen trotz durchgeführter Patientenaufklärung ab. Dieser auch bei Migrantinnen mit guten Deutschkenntnissen zu beobachtende *Informationsverlust* im stationären Behandlungsprozess belegt deutliche Unterschiede in der Ergebnisqualität der Patientenaufklärung und zeigt, dass sie den Aufklärungsbedürfnissen von Migrantinnen nicht annähernd gerecht wird (Pette et al. 2004).

Neben der inzwischen beantworteten Frage „Wer ist schwer erreichbar?“ stellen sich nun weitere Fragen wie zum Beispiel „*Wer ist für wen und in welchen Settings schwer erreichbar und warum?*“ Es zeigt sich, dass Ansätze und Methoden der Gesundheitsforschung, -förderung und -versorgung kritisch betrachtet und analysiert werden müssen, um innovative Konzepte, Methoden und Zugangswege zu erschließen. Diese erfordern jedoch einen deutlich erhöhten Aufwand, der sich auch auf die Finanzierung auswirken muss. Angesichts der gesundheitlichen Benachteiligung von Migranten und Migrantinnen in den meisten untersuchten Bereichen und der Bedeutung der Effektivität von Gesundheitsförderungsstrategien und -maßnahmen ist jedoch davon auszugehen, dass sich diese Investitionen langfristig lohnen.

2.1.5 Neue Zugangswege zu „schwer erreichbaren“ älteren Migrantinnen erschließen

Am Beispiel unserer Studie zu Erfahrungen und Umgang mit den Wechseljahren bei Migrantinnen und deutschen Frauen (Borde, Schalinski und David

2007) soll nun ausgeführt werden, welche Schritte nötig und möglich sind, um auch ältere Migrantinnen unterschiedlicher Herkunft in Studien einzubeziehen, um damit Anhaltspunkte für prioritäre Handlungsfelder und angemessene Zugangsmethoden der Gesundheitsförderung zu erschließen. Um die Studie erfolgreich durchzuführen und den angestrebten Anteil an Migrantinnen erreichen zu können, waren neben einem differenzsensiblen Forschungsansatz kulturelle Kompetenzen und eine sehr gute Vernetzung mit relevanten Institutionen am Studienstandort sowie ein intensiver transdisziplinärer und transkultureller Austausch u. a. mit Multiplikatorinnen nötig. Die Partizipation und Aktivierung der beteiligten Frauen und ihrer Netzwerke waren also nicht nur Ziel, sondern auch eine wesentliche Basis für die erfolgreiche Durchführung der Datenerhebung.

Hintergrund der transkulturellen Studie

Verschiedene internationale Studien zeigen, dass das Erleben der Wechseljahre durch biologische, soziodemografische und psychosoziale Faktoren, aber auch durch die Ethnizität der Frauen und den soziokulturellen Kontext beeinflusst ist. Gold et al. (2000) stellten für die multiethnische Gesellschaft der USA fest, dass Unterschiede in der Wahrnehmung der Wechseljahre bei Frauen unterschiedlicher Ethnizität bestehen bleiben. Da aus Deutschland bisher keine Untersuchungen zum Einfluss von Migration und Kultur auf die Wahrnehmung der Wechseljahre vorlagen und Migrantinnen in anderen Studien zum Thema Menopause und Hormontherapie bisher nicht angemessen repräsentiert sind, sollte unsere Pilotstudie als Teilprojekt des vom BMBF 2005–2006 geförderten Verbundprojekts die Erkenntnisse für Migrantinnen erweitern. Hintergrund des Forschungsprojekts war auch die Kontroverse um die menopausale Hormontherapie, die seit der Veröffentlichung der mit der Hormontherapie verbundenen möglichen Gesundheitsrisiken durch die Womens' Health Initiative (Rossouw et al. 2002) inzwischen nicht mehr uneingeschränkt von Ärzten und Ärztinnen verschrieben und von Frauen angewendet wird. International ist seitdem ein deutlicher Rückgang der Anwenderinnen der Hormontherapie zu beobachten. Während Studien aus der Zeit vor dem Bekanntwerden der Risiken zeigten, dass ein höherer sozialer Status, ein niedrigerer Body-Mass-Index und ein gesundheitsbewussteres Verhalten mit einer höheren Anwendungsrate der Hormontherapie korrelierten, hatten diese Faktoren in späteren Studien keinen Einfluss mehr. Nur bei Frauen der untersten sozialen Schicht war kein signifikanter Rückgang bei der Anwendung der Hormontherapie festzustellen (Du et al. 2007, Robert Koch-Institut 2008, David et al. 2008). Für unsere Studie stellte sich daher die Frage, wie Frauen mit

Migrationshintergrund die Wechseljahre erleben, wie gut sie über Risiken und Nutzen der Hormontherapie informiert sind und inwiefern sich dies auf die Nutzung der Hormontherapie auswirkt.

Gewinnung der Studienteilnehmerinnen durch neue Zugangswege

Unsere Untersuchung konzentrierte sich in Berlin auf die Befragung von 45- bis 60-jährigen (perimenopausalen) Frauen. Zielgruppen waren einheimische deutsche Frauen sowie Migrantinnen aus der Türkei und aus asiatischen Ländern (China, Korea, Japan). Als Untersuchungsinstrument diente ein Fragebogen, der in einem ähnlichen Procedere wie bei der früheren Studie übersetzt und getestet wurde und in deutscher und türkischer Sprache vorliegt. Die Fragen bezogen sich u. a. auf soziodemografische und migrationsbezogene Daten, auf Wechseljahresbeschwerden anhand der *Menopause-Rating-Scale II* (MSR II) sowie auf Aspekte zur Informiertheit und zur Anwendung der Hormontherapie.

Mit dem Ziel, eine „absolute“ Zufallsstichprobe zu erreichen, erfolgte die Verteilung der Fragebogen in einer ersten Phase (Juli 2005 bis Dezember 2005) zunächst auf der Grundlage einer Stichprobenziehung des Landeseinwohneramtes, wobei jeweils 1000 Frauen deutscher und türkischer Nationalität in den Berliner Stadtbezirken Mitte sowie Friedrichshain-Kreuzberg und 700 Frauen der asiatischen Migrantinnengruppe in Gesamtberlin ein Fragebogen (versehen mit einem Anschreiben und einem frankierten Rücksendeumschlag) zugeschickt wurde. Trotz zweimaliger Erinnerungsschreiben erwies sich der Rücklauf dieser schriftlichen und anonymen Befragungsphase jedoch vor allem bei den Migrantinnen als sehr enttäuschend, denn 25,4 % der deutschen Frauen, 11,4 % der asiatischen Migrantinnen und nur 4,8 % türkeistämmigen Migrantinnen hatten den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt. Dieses Ergebnis bestätigte die Rücklaufquoten in vergleichbaren Studien und zeigte, dass ältere Migrantinnen auf diese Weise nur unzureichend erreicht und repräsentiert werden können. Aber es forderte uns heraus, die eingangs aufgeführten Beteiligungsbarrieren zu überwinden und alternative Zugangswege zu erschließen.

Daher wurden in einer zweiten intensiven Erhebungsphase (Januar 2006 bis November 2006) weitere deutsche Frauen sowie Migrantinnen aus der Türkei, aus China, Korea und Japan im „Schneeballsystem“ über Stadtteilzentren, Migrantinnen-, Sport-, Kultur- und Freizeitstätten sowie Arbeitsplätze mit Unterstützung von Multiplikatorinnen gewonnen. Die Frauen wurden hierbei auf der Basis der Fragebogen in Form von mündlichen standardisierten Interviews

durch geschulte Interviewerinnen mit den erforderlichen Sprachkenntnissen befragt. Dieses Vorgehen erwies sich zwar als außerordentlich zeitaufwändig und mühsam, aber als erfolgreich in Bezug auf das Erreichen weiterer Studienteilnehmerinnen und insbesondere die Beteiligung von Migrantinnen. Insgesamt konnten in Berlin 942 Frauen (418 deutsche Frauen, 264 türkeistämmige und 260 asiatische Frauen) in die Studie einbezogen werden.

Ausgewählte Studienergebnisse

Im Folgenden werden nur zentrale erste Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt, die Aufschlüsse über soziokulturelle Differenzen und Rückschlüsse für die Erreichbarkeit von Migrantinnen und Migranten in der Gesundheitsförderung zulassen.

Lebenslage der Frauen

Die Auswertung der soziodemografischen Daten zeigte, dass der größte Teil der befragten 45- bis 60-jährigen Migrantinnen seit mehr als 20 Jahren in Berlin lebte und fast alle der sogenannten 1. Migrantengeneration zuzurechnen waren. Die Tatsache, dass die asiatischen Migrantinnen meist als qualifizierte Fachkräfte und die türkeistämmigen Migrantinnen überwiegend als Arbeiterinnen oder als Familienangehörige nach Deutschland zugewandert sind, spiegelte sich in soziodemografischen Daten wider. Im Vergleich zu 47 % der befragten deutschen Frauen verfügten 67 % der Migrantinnen aus Korea, Japan und China und 11 % der Migrantinnen aus der Türkei über einen höheren Schulabschluss. Keinen Schulabschluss erworben hatten 63 % der türkeistämmigen Frauen im Vergleich zu 3 % der deutschen und nicht einmal 1 % der Asiatinnen. Gute Deutschkenntnisse gaben 49 % der asiatischen und 15 % türkeistämmigen Migrantinnen an. Auffällig war auch, dass die türkeistämmigen Migrantinnen deutlich unzufriedener mit ihrer beruflichen Situation, ihrem Einkommen, ihrer Gesundheit und mit ihrem Leben insgesamt waren als beide Vergleichsgruppen und dass deutlich mehr Migrantinnen aus der Türkei übergewichtig waren. „Normalgewicht“ nach dem Body-Mass-Index hatten 78 % der asiatischen, 59 % der deutschen und 20 % der türkeistämmigen Migrantinnen.

Belastung durch Wechseljahressymptome

Während soziale Indikatoren kaum Einfluss auf die Wahrnehmung von Wechseljahressymptomen hatten, stellte hier die soziokulturelle Herkunft bzw. Ethnizität der Frauen einen deutlichen Einflussfaktor dar. Zwar konnten für alle befragten Frauen als häufigste Symptome Reizbarkeit, Gelenk-/Muskelbeschwerden, Hitzewallungen, Schlafstörungen und Erschöpfung identifiziert

werden, aber die türkeistämmigen Frauen nannten bei allen elf Symptomskalen des MRS II deutlich häufiger starke/sehr starke Beschwerden als die Vergleichsgruppen, wobei die asiatischen Migrantinnen die geringste Belastung durch Wechseljahressymptome angaben.

Informiertheit und Nutzung der menopausalen Hormontherapie

Die befragten Frauen fühlten sich über Nutzen und Risiken einer Hormontherapie insgesamt schlecht informiert, wobei Frauen mit höherem Bildungsgrad in allen drei Vergleichsgruppen jeweils besser informiert waren. Die Ergebnisse der Womens'-Health-Initiative kannten etwa 50 % der deutschen Frauen, aber nur knapp 40 % der asiatischen und weniger als 20 % der türkeistämmigen Migrantinnen.

Von den Frauen in der postmenopausalen Phase (ein Jahr nach Ausbleiben der Regel) hatten bisher 66 % der asiatischen, 52 % der deutschen und 45 % der türkeistämmigen Frauen keine Hormontherapie genutzt. Die frühere oder aktuelle Anwendungsrate der Hormontherapie stand in engem Zusammenhang mit dem Grad der Wechseljahresbeschwerden und dem Aufsuchen von Ärzten oder Ärztinnen aufgrund dieser Symptome. Als Hauptinformationsquelle in Bezug auf Wechseljahre und Hormontherapie wurden jeweils Medien angegeben, allerdings haben Ärztinnen und Ärzte für Migrantinnen aus der Türkei eine deutlich wichtigere Funktion bei der Beratung und Entscheidung über den Umgang mit den Wechseljahren als für deutsche und asiatische Frauen.

Die Auswertung zusätzlich qualitativ erhobener Interviews zeigte, dass allgemeine Probleme, die sich aus einer sozialen Benachteiligung ergeben, bei Migrantinnen aus der Türkei offenbar zu einer „Übersetzung“ dieser Problemlagen in gravierende Wechseljahresbeschwerden führen. Diese werden dann an das Medizinsystem herangetragen und dort – je nach Einstellung der behandelnden Ärzte und Ärztinnen – medikalisiert oder nicht. Insbesondere Migrantinnen aus der Türkei sind an der Entscheidung für oder gegen die Nutzung der menopausalen Hormontherapie kaum selbst beteiligt, da ihnen häufig grundlegende Informationen fehlen, die für die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen und Patientinnenautonomie bedeutsam sind.

2.1.6 Empfehlungen

Eine Erfolg versprechende Gesundheitsförderung für bisher schwer erreichbare Gruppen ist mit neuen Herausforderungen, Wegen und Methoden ver-

bunden. Vier zentrale Weichen müssen allerdings in die richtige Richtung gestellt werden, sodass sich auch bei der Definition der „Hard to reach“-Gruppen neue Perspektiven ergeben können:

- Akzeptanz der Differenz und Anpassung der Zugangsmethoden, der Kommunikations- und Informationsstrukturen an die Lebenswelt der zu erreichenden Gruppen,
- Etablierung differenzsensibler und intersektioneller Konzepte in der Gesundheits- und Sozialforschung sowie in der Gesundheitsförderung, um die komplexe Interaktion von Alter, Geschlecht und Migrationserfahrung sowie von sozialen und kulturellen Aspekten zu verstehen,
- Beteiligung von Fachkräften mit Migrationshintergrund und Angehörigen ethnischer Minderheiten an der Erstellung der Konzepte und Strategien sowie an der Durchführung von Gesundheitsförderungsprogrammen,
- Partizipation und Befähigung der Zielgruppen ermöglichen, zum Beispiel durch Milieu- und Sozialraumorientierung, proaktive Vermittlung von Informationen, interaktive Kommunikationsstrategien und Ressourcenorientierung,
- Zielgruppen selbst (und nicht deren Stellvertreter) aktiv in die Evaluation von Erreichbarkeit, Annehmbarkeit und Partizipationsgrad einbeziehen und deren Vorschläge für die Qualitätssicherung und -entwicklung aufnehmen.

Literatur

- Andrews, A., Jewson, N. (1993): Ethnicity and infant deaths: the implications of recent statistical evidence for materialist explanations. *Sociology of Health and Illness*, 15 (2), 137–156.
- Atkinson, R., Flint, J. (2001): Accessing hidden and hard-to-reach populations: Snowball Research strategies. *Social Research Update*, 33. [<http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU33.html>]
- Borde, T. (2002): Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Dissertation. Technische Universität Berlin, Fakultät VIII – Wirtschaft und Management. [http://edocs.tu-berlin.de/diss/2002/borde_theda.htm]
- Borde, T. (2006): Ungleich besser! Zur Bedeutung der Ethnizität als Faktor im Diversity Management. Welche Unterschiede müssen stärker berücksichtigt werden? In: Altgeld, T., Bächlein, B., Deneke, C. (Hrsg.): *Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen!* Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 115–133.
- Borde, T., David, M. (2001): *Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus*. Frankfurt am Main, Mabuse Verlag.
- Borde, T., Schalinski, A., David, M. (2007): Vor und nach der Major-Deklaration 2003 – Anwendungsverhalten, Informiertheit und psychosoziale Daten zu Hormonersatztherapie und Wechseljahren bei chinesischen, japanischen, koreanischen und türkeistämmigen Migrantinnen im Vergleich zu deutschen Frauen in Berlin. Schlussbericht zum Forschungsprojekt. Teilprojekt 3 des Verbundprojekts: Assessment of Benefits and Risks of Hormone Therapy (HT): Health Care Needs and Health Care Services for Women in Germany. Bundesministerium für Bildung und Forschung, Förderkennzeichen: 01 KH 04 03, Berlin.
- Boynton, P. M., Wood, W. B., Greenhalgh, T. (2004): Reaching beyond white middle Classes. *British Medical Journal*, 328, 1433–1436.

- Brackertz, N. (2007): Who is hard to reach and why? ISR Working Paper. [<http://www.sisr.net/publications/0701brackertz.pdf>]
- David, M., Schalinski, A., Borde, T. (2008): Soziokulturelle Aspekte der Menopause und der menopausalen Hormontherapie. In: RKI Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Hormontherapie bei (post-)menopausalen Frauen in Deutschland 2007. Studienergebnisse zu Nutzen, Risiken und Versorgungsrealität, 57–63.
- Doak, C., Doak, L., Root, J. (1985): Teaching patients with low literacy skills. J. B. Lippincott, Philadelphia, PA.
- Doherty, P., Stott, A., Kinder, K. (2004): Delivering Services to Hard to Reach Families in On Track Areas: Definition, Consultation and Needs Assessment. Home Office Development and Practice Report 15. [<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/dpr15.pdf>]
- Du, Y., Dören, M., Melchert, H.-U. W., Scheidt-Nave, C., Knopf, H. (2007): Differences in Menopausal Hormone Therapy Use among Women in Germany between 1998 and 2003. BMC Women's Health, 2007 (7), 19.
- Freimuth, V., Mettger, W. (1990): Is there a hard-to-reach audience? Public Health Reports 105, 232–238.
- Geene, R., Gold, C., Hans, C. (2004): Armut und Gesundheit – Gesundheitsziele gegen Armut: Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Materialien für Gesundheitsförderung, Band 10. Berlin, Verlag b_books.
- Gold, E. B., Sternfeld, B., Kelsey, J. L., Brown, C., Mouton, C., Reame, N., Salamone, L., Stellato, R. (2000): Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40–55 years of age. Am J Epidemiol 2000 (152), 463–473.
- Kaya, B. (2007): Grundlegendokument Migration und Gesundheit – April 2007. [http://www.quint-essenz.ch/de/files/Migration_und_Gesundheit.pdf]
- Lacey, L., Tukes, S., Manfredi, C., Warnecke, R. (1991): Use of lay health educators for smoking cessation in a hard-to-reach urban community. Journal of Community Health, 1991, 16 (5).
- Maschewsky-Schneider, U., Fuchs, J. (2000): Brauchen wir in der Forschung zu Migration und Gesundheit besondere methodische Zugangsweisen? Was wir von der Frauengesundheitsforschung lernen können. In: David, M., Borde, T., Kentenich, H.: Frauen, Migration, Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext, Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 27–44.
- Mechanic, D. (1989): Socioeconomic status and health: an examination of underlying processes. In: Bunker, J. P. et al.: Pathways to health: the role of social factors. Henry J. Kaiser Foundation. Menlo Park, CA., 9–26
- Pette, M., Borde, T., David, M. (2004): Kenntnis über die Diagnose und Therapie ihrer Erkrankung bei deutschen und türkischstämmigen Patientinnen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt, J Turkish German Gynecol Assoc, 5 (4), 130–137. [[http://www.artemisonline.net/published/volume5/issue4/ErratumMPette5\(4\).pdf](http://www.artemisonline.net/published/volume5/issue4/ErratumMPette5(4).pdf)]
- Razum, O., Zeeb, H. et al. (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2008): Hormontherapie bei (post-)menopausalen Frauen in Deutschland 2007. Studienergebnisse zu Nutzen, Risiken und Versorgungsrealität, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.
- Rosenbrock, R. (2007): Aids-Prävention – Ein Erfolgsmodell in der Krise. Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch. – Gesundheitsschutz 2007, 50 (4), 432–41.
- Rossouw, J. E. et al. (2002): Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women's principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA, 2002 (288), 321–333.
- Smaje, C. (1996): The ethnic patterning of health: new directions for theory and research. Sociology of Health and Illness, 1996, 18 (2), 139–171.
- Walter, U., Salman, R., Krauth, C., Machleidt, W. (2007): Reaching migrants for preventive care: optimization of access and utilization. Psychiatr Prax., 2007, 34 (7), 349–53.

2.2

Diskussionsergebnisse

Dagmar Grundmann

In der Diskussion zum Thema „Hard to reach“ werden weiterführende Fragen gestellt, Erfahrungen aus der Praxis weitergegeben und Vorschläge zur Erreichbarkeit von schwierigen Zielgruppen eingebracht. Abschließend diskutieren die Teilnehmenden, wie aus ihrer Sicht eine bessere Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund in der Gesundheitsförderung und Prävention zu ermöglichen wäre.

Bedarf

Es besteht ein hoher Bedarf, medizinische Regeldienste und Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund zu öffnen. Migrantinnen und Migranten sind im Durchschnitt höheren Krankheitsrisiken ausgesetzt, sie verfügen hinsichtlich ihrer Gesundheit über eine niedrigere Lebensqualität und weisen eine höhere Sterblichkeit auf. Noch immer besteht kein gleichberechtigter Zugang zu medizinischen und gesundheitlichen Versorgungssystemen. Auch die Forschungslage ist noch sehr unbefriedigend. Die besonderen Voraussetzungen, Belange und Bedarfslagen von Menschen mit Migrationshintergrund werden bisher nur unzureichend ermittelt. Deshalb fehlen auch Forschungserkenntnisse, um gezielt und bedarfsorientiert anzusetzen und entsprechende Angebotsstrukturen und Maßnahmen zu entwickeln.

Praxiserfahrungen

Aus unterschiedlichen kommunalen Praxisfeldern werden an dieser Stelle Erfahrungen zusammengetragen, wie bisher schwer erreichbare Zielgruppen mit Migrationshintergrund anzusprechen wären. In diesem Zusammenhang werden folgende Zugänge oder spezifische Möglichkeiten der Zielgruppenansprache genannt:

- Der Zugang über Kindergärten und Kindertagesstätten hat sich bewährt. In diesem Setting trifft man viele Eltern im Bevölkerungs- und Bildungsquerschnitt an. Zugleich besteht gegenüber der Kindertagesstätte wenig Misstrauen. Diese Akzeptanz und Offenheit kann gut für gesundheitsfördernde Angebote genutzt werden.

- In der Beratungsarbeit wurden gute Erfahrungen damit gesammelt, wenn Menschen mit Migrationshintergrund von Fachpersonen beraten wurden, die ihre Sprache sprechen, dem gleichen Geschlecht angehören und über den gleichen kulturellen Hintergrund verfügen. Besonders Zielgruppen, die nur über geringe Bildung verfügen, profitieren von Beratungs- und Behandlungsangeboten, die vom Fachpersonal aus ihrer Community angeboten werden.
- Bei der Zusammenarbeit mit „Schlüsselpersonen“, über die der Zugang zu schwer erreichbaren Zielgruppen hergestellt werden soll, können teilweise Schwierigkeiten auftreten. Wenn diese Schlüsselpersonen sich etwa in einem kriminellen Umfeld befinden, bestehen zumeist erhebliche Befürchtungen, mit Ämtern und öffentlichen Einrichtungen zusammenzuarbeiten.

Kritische Anmerkungen

Wenn die Rede von „Menschen mit Migrationshintergrund“ ist, besteht oft noch die Erwartungshaltung an „den guten Patienten“, „die gute Patientin“, der bzw. die sich konform verhält. Stattdessen ist es aber notwendig, auf die Zielgruppen zuzugehen, die tatsächlich Unterstützung benötigen, unabhängig davon, wie sie sich verhalten. Das Verhalten dieser Zielgruppen darf für Gesundheitsangebote nicht ausschlaggebend sein. In diesem Zusammenhang wird empfohlen, sich stets kritisch die Fragen zu stellen, wer als „schwierig“ gilt und wer als schwer erreichbar wahrgenommen wird. Die Partizipation der Zielgruppe bei der Angebotsentwicklung und Erschließung von Zugängen kann helfen, die Zielgruppe zutreffend wahrzunehmen.

Es wird die Frage aufgeworfen, ob es tatsächlich „Hard to reach“-Gruppen gibt. So sei entscheidend, ob man Zielgruppen erreichen will, weil sie „Schwierigkeiten machen“ oder weil sich ihre Situation verbessern soll. Die Intention bestimme maßgeblich, wie die Zielgruppen wahrgenommen werden, und sie hat auch Einfluss darauf, ob die Zielgruppen die Angebote letztlich annehmen. Wenn eine Zielgruppe feststellt, dass es tatsächlich um sie geht, steht sie den Angeboten meist positiv gegenüber. Eine Defizitorientierung bei der Zielgruppenauswahl führt auch bei der Maßnahmenentwicklung zu einer Defizit- statt zu einer Ressourcenorientierung.

Erforderliche Weiterentwicklungen

Der Bedarf an fachlicher Diskussion und einer intensiven Qualitätsdebatte hinsichtlich der Berücksichtigung von Menschen mit Migrationshintergrund wird als sehr hoch eingeschätzt. Unabhängig von der Popularität des Themas

ist es unbedingt erforderlich, die Diskussion strukturiert und qualifiziert weiterzuführen. Dabei wäre auch ein historischer Rückblick notwendig, um die unterschiedlichen Phasen der Migration unter der Fragestellung zu analysieren, welche Anforderungen die jeweiligen Phasen nach sich ziehen. Am Ende eines solchen Rückblicks würde sich zeigen, dass es bis heute nicht ausreichend gelungen ist, Migrantinnen und Migranten den Zugang zum Gesundheitssystem zu öffnen. Es ist jetzt dringend geboten, dass die Anbieter von Gesundheitsleistungen, Gesundheitsförderung und Prävention den Bedarf ermitteln, der in der aktuellen Migrationsphase besteht, und sich entsprechend neu orientieren. Die Teilhabe von Migrantinnen und Migranten müsse dann in Leitbildern, Qualifizierungen und Selbstverpflichtungen der Anbieter ihren Niederschlag finden. Die Öffnung der gängigen Regeldienste müsse dabei im Vordergrund stehen, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass es in den nächsten Jahren zu Personalaufstockungen kommen wird. Daher ist innerhalb bestehender Strukturen eine Durchlässigkeit herzustellen. In urbanen Zentren zeichnet sich teilweise bereits ein solcher Trend ab.

In der Gesamtschau lasse sich zwischenzeitlich festhalten, dass in vielen Bereichen eine Sensibilisierung für die besonderen Belange von Migrantinnen und Migranten eingesetzt hat. Hier kann schon auf erfolgreiche Projekte und Maßnahmen zurückgegriffen werden. Wenn daraus Standards abgeleitet werden, sei allerdings zu vermeiden, dass unzulässige Stereotypen aufgebaut werden. Sehr wichtig sei es daher, die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten bei den erforderlichen Differenzierungen und Qualitätskriterienentwicklungen einzubeziehen.

Aus den zwischenzeitlich vorhandenen guten Praxisbeispielen muss übergreifender Nutzen gezogen werden können. Die Erfahrungen aus gelungener Zusammenarbeit, erfolgreichen Strategien und überzeugenden Praxisergebnissen müssen in die Qualitätsentwicklung einfließen. Dabei kommt der intersektoralen Zusammenarbeit eine wichtige Bedeutung zu. Eine zentrale Datenbank mit Projekten mit und für Migrantinnen und Migranten kann die Verwertbarkeit von Praxisprojekten für die weiterführende Diskussion unterstützen.

Die Qualitätsdebatte darf die Diskussion und Weiterentwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen nicht zu sehr dominieren. Bei der Entwicklung von Qualitätsstandards und Evaluation müsse insofern immer der Nutzen für die Praxis im Vordergrund leitend sein. Die Evaluation diene nicht nur der Legitimation der Finanzmittelverwendung, sondern vor allem der Selbstevaluation und Verbesserung der eigenen Arbeit.

3.

Aidsprävention

3.1 HIV/Aids und Migration in Deutschland – Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste¹

*Elfriede Steffan, Samanta Sokolowski,
Tzvetina Arsova Netzelmann*

3.1.1 Hintergrund der Studie

Die Erreichbarkeit von nach Deutschland eingewanderten Personen für Angebote zur Prävention von HIV/Aids und STD (Sexually Transmitted Diseases: sexuell übertragbare Krankheiten), aber auch insgesamt für die Gesundheits- und Sozialversorgung – da sind sich viele Praktikerinnen und Praktiker sich einig – muss verbessert werden. Um hier allerdings zu Lösungen zu kommen, sind mehr Kenntnisse über das Hilfesuchverhalten von Migranten und Migrantinnen und deren Basiswissen zu HIV/Aids und STD erforderlich. Die von der Europäischen Kommission und dem Bundesministerium für Gesundheit geförderte Studie „HIV/AIDS und Migranten/Migrantinnen“ (Laufzeit 01.10.2003 bis 30.11. 2004) versuchte, hier einen Beitrag zu leisten. In fünf europäischen Ländern (Deutschland, Österreich, Italien, Spanien und Griechenland) wurden im Jahr 2004 über 1500 Migrantinnen und Migranten mithilfe eines Fragebogens überwiegend muttersprachlich (in sieben Sprachen durch kulturelle Mediatorinnen und Mediatoren) zu ihren Erfahrungen, Kenntnissen und Bewertungen von gesundheitsbezogenen und sozialen Einrichtungen und Hilfsangeboten befragt.

In Deutschland wurde die Studie von der SPI Forschung gGmbH durchgeführt, die in Berlin und dem Bundesland Brandenburg insgesamt 327 Personen befragte. Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich auf insgesamt 258 Interviews, davon 138 (53,5 %) Frauen und 120 (46,5 %) Männer. (In die Gesamtstichprobe war darüber hinaus eine Gruppe von 69 Prostituierten einbezogen,

¹ BMG-Website: Forschungsbericht 342. Oder bestellen unter: spi@spi-research.de.

91 Personen	Südosteuropa (aus der Türkei und den Balkanländern)
84 Personen	Subsahara-Afrika (keine Differenzierung wegen Datenschutz)
61 Personen	Osteuropa (russisch, Russisch sprechend, polnisch, serbokroatisch, rumänisch, bulgarisch)
12 Personen	Zentralasien (Spätaussiedlerinnen und -aussiedler)
10 Personen	Andere (Deutsche mit türkischem Migrationshintergrund)

Abb. 1: Die Befragten in Deutschland (n = 258)

deren Ergebnisse gesondert ausgewertet wurden.) Bei der Stichprobenrekrutierung erfolgte die Auswahl nach definierten Kriterien, wesentliche Parameter waren Herkunftsregion und die (geschätzte) Populationsgröße in Deutschland, Alter und Geschlecht. Mithilfe von kooperierenden Einrichtungen wurde der Kontakt zu den Befragten mit der *Schneeballmethode* hergestellt (das heißt, der Erstkontakt läuft über die Einrichtung. Jede kontaktierte Person wurde gebeten, zwei weitere Personen zu benennen usw., dies so lange, bis Personendoppelungen auftauchen).

3.1.2 Zusammensetzung der Stichprobe

Die größte Gruppe der Befragten stammt aus Südosteuropa (35 %), gefolgt von Subsahara-Afrika (32,3 %), Osteuropa 23,8 % und Asien (4,6 %). Im Durchschnitt sind die befragten Migrantinnen und Migranten 30,4 Jahre alt. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht im Altersdurchschnitt. Jeweils etwa ein Drittel der Interviewpartnerinnen und -partner ist verheiratet bzw. Single. 18 % leben getrennt oder sind geschieden. 32,7 % leben mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin zusammen, davon 18 % mit ihren Kindern. 23 % der Frauen und 13 % der Männer sind alleinerziehend. Die Befragten sind eher gut gebildet; 47,7 % haben mittlere bzw. höhere Schulabschlüsse. Obwohl der Bildungsstand gut ist, sind 32,2 % der Migrantinnen und Migranten arbeitslos (Frauen 29 %, Männer 36 %). 29,6 % haben eine Voll- oder Teilzeitbeschäftigung.

Über ein monatliches Einkommen von unter 1000 Euro verfügen 58,2 % der Befragten. Sie leben damit unter der in Deutschland auf 1100 Euro festgelegten Armutsgrenze. Ein gutes Drittel der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer verließ das Heimatland aus familiären Beweggründen (35,8 %). Aus poli-

tischen Motiven verließen 20,4 % das Heimatland, 17,5 % führten ökonomische Gründe an. Von den Interviewpartnerinnen und -partnern haben 45,4 % einen langfristigen und 14,2 % einen befristeten Aufenthaltsstatus, 11,2 % warten zum Zeitpunkt des Interviews auf die Verlängerung ihrer Aufenthaltserlaubnis.

3.1.3 Ergebnisse der Studie

Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass die HIV/Aids-Prävention in Deutschland die von uns befragten Migranten und Migrantinnen nicht im gleichen Maße erreichte wie die Allgemeinbevölkerung. Das zur Prävention von Aids erforderliche Basiswissen fehlt in vielen Fällen, Beratungs- und Testangebote der öffentlichen Gesundheitsdienste sind nur unzureichend bekannt.

Ein großer Anteil der befragten Migrantinnen und Migranten fühlt sich zu diesem Thema nicht gut informiert. Nur die Hälfte (49,6 %) der Untersuchungsgruppe ist sich „sicher“, was HIV/Aids ist, und jeweils etwa ein Viertel ist „ziemlich sicher“ (26,5 %) oder „unsicher“ bis „unwissend“ (23,9 %). Im Vergleich zur deutschen Bevölkerung (hier sind sich nahezu 100 % sicher, was HIV/Aids ist) ist dieses Wissen sehr gering. Betrachtet man vor diesem Hinter-

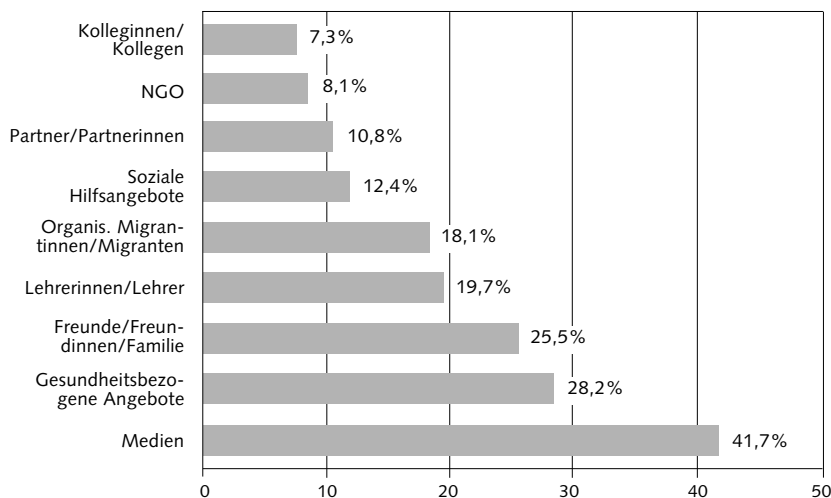


Abb. 2: Kontakte mit Aids-Aufklärung in Deutschland (in Prozent; Mehrfachnennungen möglich)

grund das vorhandene Wissen über einzelne Übertragungswege, so ergeben sich auch hier viele Lücken: Nur etwa 80,8 % wissen sicher, dass bei sexuellen Kontakten eine Ansteckungsgefahr besteht; 32,2 % sind der Meinung, dass man sich auch beim Küssen anstecken kann; immerhin 13,1 % glauben, sich über ein benutztes Glas infizieren zu können, und nur 77,3 % wissen, dass der gemeinsame Gebrauch von Spritzbestecken sehr riskant ist. Diese Unwissenheit erzeugt Unsicherheit, Angst und auch Gleichgültigkeit gegenüber einem möglichen Risiko. Über die Hälfte der Osteuropäerinnen und -europäer beispielsweise ist sehr besorgt, sich mit HIV anstecken zu können. Frauen aus Südosteuropa stellen die Gruppe mit dem geringsten Basiswissen zu HIV/Aids und geben überwiegend an, nicht an eine Gefährdung zu denken.

76 % der interviewten Migrantinnen und Migranten haben bereits Informationen über Aids erhalten, 53,7 % in einer ihnen gut verständlichen Sprache. Die befragten Männer waren mit 75,8 % etwas besser über Infektionsrisiken informiert als die Frauen (54 %), auch zwischen den Herkunftsregionen bilden sich Unterschiede im Grad der Informiertheit ab: Subsahara-Afrikanerinnen und -afrikaner sind mit 76 % sicherer und besser informiert als Südost- und Osteuropäerinnen und -europäer (54,8 %).

Wie auch in der deutschen Gesamtbevölkerung spielten dabei Massenmedien wie etwa Fernsehspots oder Plakate die wichtigste Rolle, jedoch nur für ca. 41,7 % der Befragten (zum Vergleich: 92 % der deutschen Gesamtbevölkerung nutzten im Jahr 2003 gemäß der BZgA-Studie „Aids im öffentlichen Bewusstsein“ Massenmedien). Darüber hinaus wurden als Quellen für die erhaltenen Informationen persönliche Kontakte angegeben, beispielsweise Freunde und Familie (25,5 %), gesundheitsbezogene Angebote (28,2 %) oder Lehrerinnen und Lehrer (19,7 %).

Zusammenfassend sind die von uns befragten Migrantinnen und Migranten mit 64 % insgesamt schlechter über HIV/Aids-Infektionswege und -Schutzverhalten informiert als die Allgemeinbevölkerung (ca. 100 % laut BZgA-Studie², verfügen aber über mehr Informationen zu STD. Junge Menschen (17–24 Jahre) allgemein und insbesondere Frauen (überwiegend aus Südosteuropa) haben die schlechtesten Kenntnisse und das unsicherste Schutzverhalten gezeigt. Frauen weisen außerdem eine stark unterdurchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartung³ auf. Eine aktive selbstständige Rolle bei der

2 Alle Vergleiche mit der deutschen Allgemeinbevölkerung stammen aus: BZgA 2004.

Verringerung ihres Informationsdefizits und der Stärkung ihrer Selbstschutzmöglichkeiten ist daher kaum zu erwarten.

Über **anonyme und kostenlose HIV-Testmöglichkeiten** wissen die von uns befragten Migrantinnen und Migranten in Deutschland viel weniger als beispielsweise in Spanien und Italien. Nur 24,8 % der Befragten (32,5 % der Männer und 15,9 % der Frauen) ist bekannt, dass man in Deutschland einen HIV-Antikörper-Test vertraulich und kostenlos erhalten kann. Ein Befund, der ebenso zur Sorge veranlasst wie die Aussage, dass nur 52,2 % derjenigen, die sich in Deutschland einem HIV-Test unterzogen haben, sich an eine Beratung vor dem Test erinnern konnten. Der Anteil derer, die nach dem HIV-Test nicht beraten wurden (oder sich an eine Beratung nicht erinnern können), lag mit 56,6 % ähnlich hoch. Weniger als die Hälfte der in Deutschland auf HIV getesteten Migrantinnen und Migranten konnte sich an eine Beratung vor und/oder nach dem Test erinnern. Dies ist gemessen an den verbindlichen Beratungsstandards und Empfehlungen ein unhaltbarer Zustand. 83,3 % derjenigen, die eine Beratung in Deutschland erhielten, waren mit dieser zufrieden.

Über sexuell übertragbare Krankheiten (STD) sind die Befragten insgesamt besser informiert als die deutsche Allgemeinbevölkerung (BZgA 2004). Unter den Befragten sind Osteuropäerinnen und -europäer durchschnittlich besser über die Krankheiten Hepatitis B/C, Gonorrhöe, Herpes genitalis und Syphilis informiert als Menschen aus Südosteuropa und Subsahara-Afrika, lediglich bei Chlamydien sind die Osteuropäerinnen und -europäer schlechter informiert als die beiden anderen ethnischen Gruppen.

Zum Thema HIV/Aids und STD wiesen die Befragten eine Reihe von *Unterschieden* auf, die das Gesundheitsverhalten maßgeblich beeinflussen. **Geschlecht, Bildung und Alter** beeinflussen sowohl die Informiertheit zu HIV/Aids-Infektionswegen und Schutzverhalten als auch zu Sexualverhalten und Kondomverwendung. Erst danach folgen kulturspezifische Merkmale wie **Herkunftsregion** und **Religionszugehörigkeit**, dann migrationsspezifische Merkmale wie **Beherrschung der deutschen Sprache** und **Aufenthaltsstatus**. Merkmale wie **Länge des Aufenthalts** und **Beschäftigungssituation**

3 Schwarzer R. (1994): Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. In: Diagnostica, 1994, 40 Heft 2, 105–123; Die generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung ist eine stabile Persönlichkeitsdimension, die die subjektive Überzeugung einer Person ausdrückt, schwierige Anforderungen aufgrund eigenen Handelns bewältigen zu können.

haben in unserer Studie keinen wesentlichen Einfluss auf Informiertheit und Gesundheitsverhalten gezeigt.

Die Kondomverwendung unterscheidet sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nur unwesentlich, das heißt, ca. 70 % benutzen immer, oft oder gelegentlich Kondome mit gelegentlichen bzw. neuen Partnern oder Partnerinnen.

3.1.4 Empfehlungen

Massenmedien: Präventionskampagnen zur Erhöhung der nationalen Aufmerksamkeit sollten kurze und prägnante Botschaften benutzen, die in alle wichtigen Sprachen (darunter natürlich die Sprache des Aufnahmelandes selbst) übersetzt werden können. Der überwiegende Teil der von uns befragten Migrantinnen und Migranten möchte mehr Informationen zu HIV und STD als „Hintergrundrauschen“ genau über den Weg der Massenmedien erhalten.

Migranten und Migrantinnen befinden sich durch den Migrationshintergrund, ihre soziale Situation und ihr kulturelles Umfeld in einer besonderen Situation, sind aber im Wesentlichen Teil der Allgemeinbevölkerung und sollten als solcher auch Berücksichtigung finden. Das heißt konkret, dass massenmediale Kampagnen, die sich an die Allgemeinbevölkerung wenden, auch die Aufmerksamkeit der zahlenmäßig großen Migrantenpopulationen auf sich ziehen sollen. Dies kann sowohl durch Sprache (es reicht schon ein einziger übersetzter Begriff als Blickfang) als auch durch bildliche Darstellungen geschehen. Beispielsweise berücksichtigt die zurzeit laufende „Gemüsekampagne“ der BZgA in Deutschland gängige Wortspiele mit unterschiedlichen Gemüsesorten (zum Beispiel „passt auf jede Gurke“), die von Migranten und Migrantinnen nicht unbedingt verstanden werden können, da diese Wortspiele in ihrer Kultur unbekannt sind.

Informationskampagnen: Informationskampagnen für Migrantinnen und Migranten sollten als Teil einer integrativen, migrationssensiblen Strategie auch strukturelle und kulturelle Gegebenheiten berücksichtigen, geschlechtsspezifisch ausgerichtet sein, Bildungsniveaus und das Alter der Zielgruppen einbeziehen. Wünschenswert wären verstärkte Bemühungen zur Erreichung von jungen Migranten, Frauen und schlechter Gebildeten. In die Gestaltung und Durchführung sollten Migrantengroups einbezogen werden, die Maßnahmen selbst sollten aber von allgemein zugänglichen Institutionen durchgeführt werden.

Informationsmaterialen und personalkommunikative Beratung: Informationsmaterialien sollten insbesondere die Merkmale Geschlecht, Bildung und Alter berücksichtigen, im Zuge der kulturellen Öffnung in Kooperation mit den betreffenden Communitys entwickelt werden und im Zusammenhang mit persönlicher Beratung, in Beratungszentren, in der aufsuchenden Arbeit und in Peer-Education-Programmen benutzt werden.

Anonyme und kostenlose Beratungs- und Testangebote der öffentlichen Gesundheitsdienste sollten dringend erhalten und stärker beworben werden. Auch Männer, die Sex mit Männern haben, sowie Bisexuelle sollten erreicht werden. Auf die Einhaltung einer adäquaten Beratung (auch durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte) vor und nach dem Test sollte dringend geachtet werden. Hier sollten Fortbildungen und Artikel in Fachzeitschriften das Personal in medizinischen Einrichtungen stärker sensibilisieren.

Verteilungsstrategien: Informationen zu HIV/Aids/STD sollten in allgemeinen Informationen über Zugang, Struktur und Rechte im Rahmen gesundheitlicher Versorgung enthalten sein und – auch anonym – an Orten verteilt werden, die häufig von Migrantinnen und Migranten aufgesucht werden. Auch lokale Medien wie beispielsweise Zeitungen und Radiosender eignen sich zum Verteilen eher allgemein gehaltener Informationen.

Förderung von Selbsthilfe-Netzwerken: Selbsthilfeorganisationen sollten darin bestärkt und dabei unterstützt werden, untereinander zu kooperieren – mit dem Ziel, adäquate Informationen für ihre spezifischen Communitys zu vermitteln. Sie sollten mit Gesundheitseinrichtungen zusammenarbeiten, um deren kulturelle Öffnung zu fördern. Nicht zuletzt sollten sie auch für ihre Bedürfnisse und Rechte im politischen Kontext eintreten.

Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004): Wiederholungsbefragung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2003“. Endbericht. Köln, BZgA.

3.2 Einflussfaktoren, Sicht- und Verhaltensweisen in Bezug auf HIV/Aids bei Migrantinnen- und Migrantengcommunitys mit dem Schwerpunkt Subsahara-Afrika

Antje Sanogo

3.2.1 Befragung zur Wahrnehmung von Aidshilfe-Einrichtungen

Im Folgenden werden einige Ergebnisse einer Befragung von Migrantinnen und Migranten präsentiert, die ich 2005/2006 mit meinem Kollegen Peter Wiessner im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe durchgeführt habe. Die Befragung sollte Aufschluss darüber geben, wie Aidshilfe-Einrichtungen von Migranten und Migrantinnen wahrgenommen werden und welche Hindernisse bestehen, diese Einrichtungen aufzusuchen. Dafür wurden ca. 800 Fragebogen zu den im Folgenden dargestellten Themenfeldern an Aidshilfe-Einrichtungen und Migrationsfachdienste versandt.

Der Fragebogen richtete sich direkt an Migrantinnen und Migranten, unabhängig von ihrem HIV-Status. Der Auswertung liegen 50 ausgefüllte Fragebo-

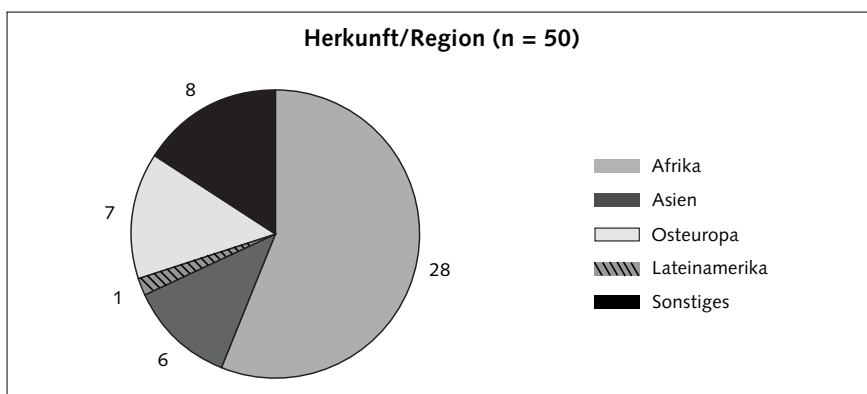


Abb. 3: Herkunft der befragten Migrantinnen und Migranten

gen zugrunde. Im Rahmen der Befragung führten wir außerdem sechs qualitative Interviews mit HIV-Positiven aus afrikanischen Herkunftsländern durch, um mehr über die Einstellungen, Sicht- und Verhaltensweisen in Bezug auf HIV/Aids zu erfahren und über mögliche Zugangsbarrieren zu den deutschen Versorgungsstrukturen zu diskutieren.

Die Mehrzahl der befragten Personen stammte aus afrikanischen Herkunftsländern. Man könnte die hier dargestellten Fakten deshalb besonders auf diese Communitys beziehen. Wir sind aber der Auffassung, dass der Faktor Herkunftskultur nur einen weniger bedeutsamen Einfluss auf die aktuellen Sicht- und Verhaltensweisen von Migranten und Migrantinnen bezüglich HIV/Aids hat.

Die Geschlechterverteilung der von uns befragten Personen war ausgeglichen: 25 Männer und 23 Frauen. Mehr als zwei Drittel der befragten Personen waren zwischen 20 und 50 Jahre alt.

Einige Schlussfolgerungen, die wir aus den Befragungsergebnissen gezogen haben, sind aus meiner Sicht für die Konzeption von Angeboten für Migrantinnen und Migranten aufschlussreich und werden deshalb zur Diskussion gestellt.

3.2.2 Soziale Lebenslage in Bezug auf HIV/Aids

Aufenthaltsrechtliche Situation

Die Mehrzahl der Befragten hatte einen befristeten Aufenthaltsstatus in Deutschland. Von den 21 Befragten, die länger als 5 Jahre in Deutschland lebten, hatte immerhin die Hälfte nur einen befristeten Aufenthaltsstatus.

Die Dimension aufenthaltsrechtlicher Probleme zeigt sich beispielsweise in den oft über Jahre andauernden Verfahren zur Feststellung eines Abschiebungshindernisses aufgrund der HIV-Infektion. Während dieser Zeit leben HIV-positive Flüchtlinge mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus in ständiger Angst vor einer eventuellen Abschiebung und einem damit verbundenen Abbruch ihrer HIV-Therapie. Dies lähmt alle anderen Lebensbereiche und führt nicht selten zu anhaltenden Depressionen und damit verbundenem Rückzug und Isolation.

Grundsätzlich hat die Befragung gezeigt, dass sich die Ansichten von Migrantinnen und Migranten zu bestimmten Themen in Abhängigkeit von der Auf-

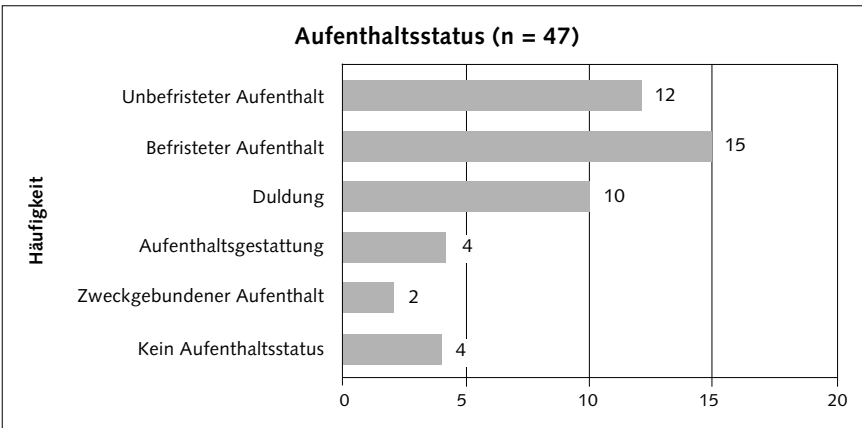


Abb. 4: Aufenthaltsstatus der befragten Migrantinnen und Migranten

enthaltensdauer unterscheiden. Dies zeigte sich besonders beim Hilfesuchverhalten und in den Kommunikationsstrukturen. Generell lässt sich sagen, dass mit den Ergebnissen der Befragung belegt werden konnte, dass sich die Auffassungen und Einstellungen von Migrantinnen und Migranten im Verlauf ihres Aufenthalts verändern können und ihr Verhalten nicht nur von ihrer kulturellen Herkunft bestimmt wird, sondern mit zunehmender Aufenthaltsdauer auch von den Erfahrungen und Verhältnissen im Aufnahmeland.

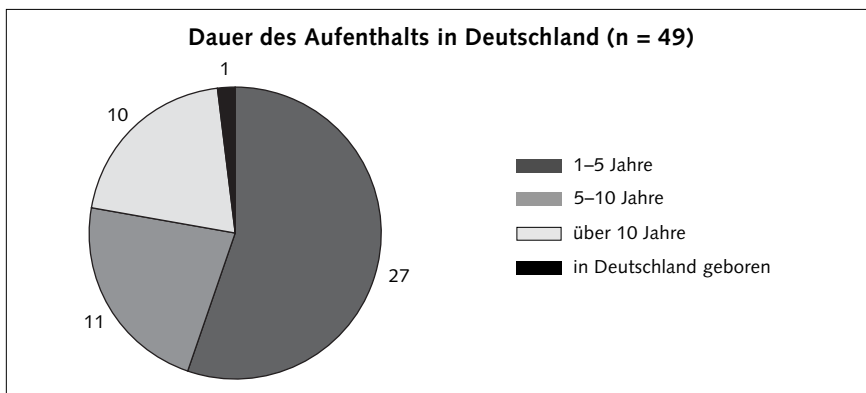


Abb. 5: Aufenthaltsdauer der befragten Migrantinnen und Migranten

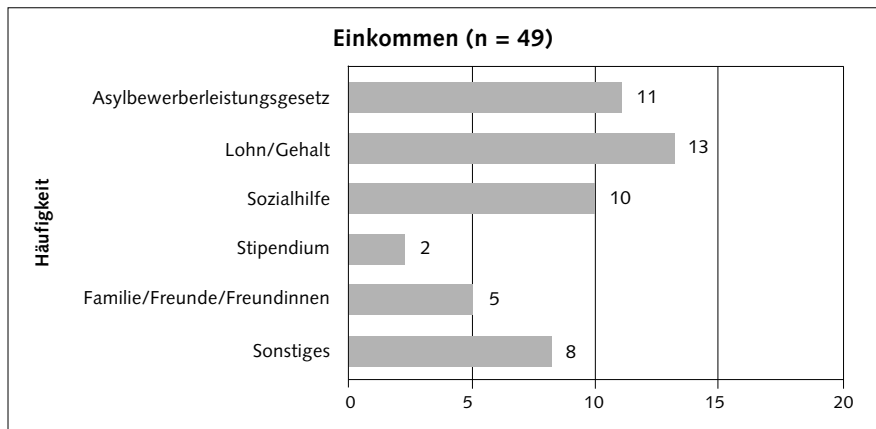


Abb. 6: Arten von Einkommen der befragten Migrantinnen und Migranten

Ökonomische Situation

21 der befragten Personen lebten von Sozialleistungen (Sozialhilfe/Asylbewerberleistungsgesetz [AsylbLG]). Hier ist anzumerken, dass sich insbesondere die Leistungen nach dem AsylbLG sehr stark einschränkend auf die Lebenslage auswirken. Nicht nur, dass der Regelsatz für die Leistungen gegenüber dem der Sozialhilfe um 20 % niedriger liegt, diese gekürzten Leistungen werden auch noch fast vollständig als Sachleistungen gewährt.

Besonders die Verpflegung mit Lebensmittelpaketen verursacht einen Verlust der Autonomie in einem äußerst wichtigen Lebensbereich. Mit den Leistungen nach dem AsylbLG sind jedoch auch Einschränkungen in der medizinischen Versorgung verbunden, besonders was die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln betrifft.

Wohnsituation

Die Ergebnisse zu den Wohnbedingungen weisen auf eine spezifische Lebenslage der Migrationsbevölkerung hin: neun Personen lebten in speziell für Ausländerinnen und Ausländer eingerichteten Unterkünften.

Immerhin mussten sechs der 49 Befragten mit fremden Personen zusammenleben. Daraus können sich besonders für HIV-infizierte Betroffene schwere Einschränkungen ergeben, da dies ihrem besonderen Bedürfnis nach Diskretion bezüglich der HIV-Infektion diametral entgegenstehen dürfte.

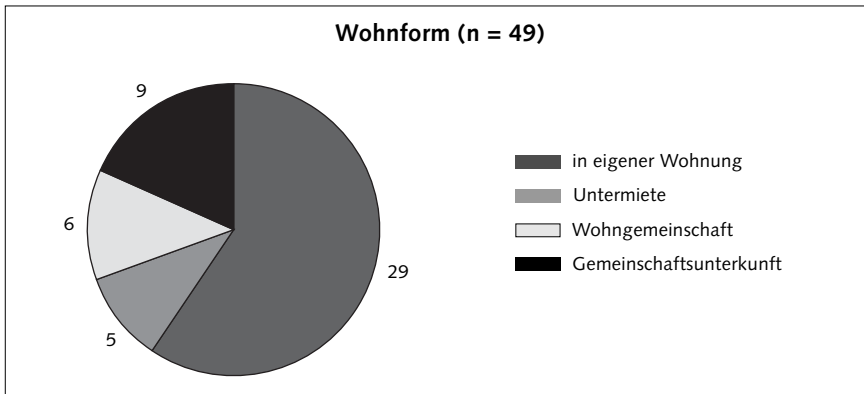


Abb. 7: Wohnsituation der befragten Migrantinnen und Migranten

Bildung

Von den 17 Befragten mit einem Hochschulabschluss stammten neun Personen aus afrikanischen Herkunftsländern. Von den sieben Befragten ohne Bildungsabschluss kamen sechs aus afrikanischen Herkunftsländern. Dies zeigt sehr deutlich, dass auch afrikanische Migrantinnen und Migranten unterschiedliche Bildungsniveaus und durchaus höhere Bildungsabschlüsse aufweisen.

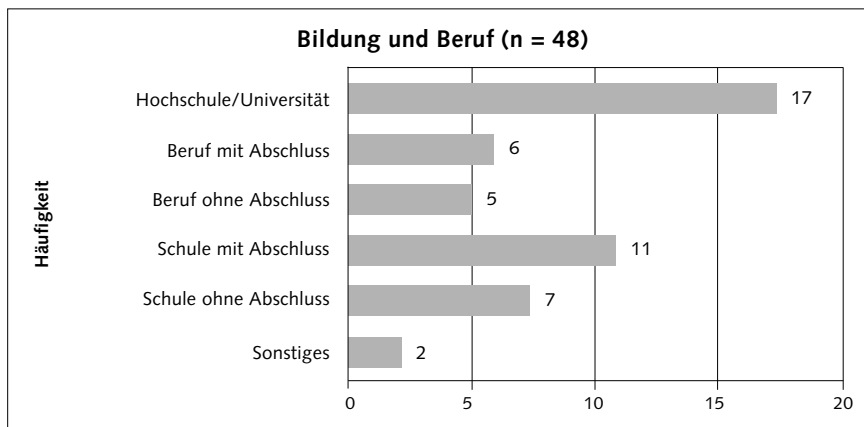


Abb. 8: Bildungs- und Berufsabschlüsse der befragten Migrantinnen und Migranten

Der hohe Anteil an Menschen mit einem Hochschulabschluss bzw. einem Bildungsabschluss weist darauf hin, dass Zugewanderte die Voraussetzungen und Ressourcen mitbringen, um mit den Konflikten, die aus der Migrationssituation resultieren können, konstruktiv umzugehen. Auch ist an dieser Stelle das Vorurteil infrage zu stellen, dass sich Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund von Bildungsdefiziten in der Aufnahmegesellschaft nicht zurechtfinden könnten und gesonderte Zugänge benötigen würden.

3.2.3 Umgang mit dem Versorgungssystem in Bezug auf HIV/Aids – Zugangsbarrieren

Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner

In Bezug auf Probleme generell zeigt das Ergebnis der Befragung, dass Freundinnen und Freunde für die Unterstützung genauso wichtig sind wie das Fachpersonal von Organisationen. Dies lässt vermuten, dass das soziale Netzwerk und die Kontakte zu anderen Angehörigen der Community bei der Lösung von Problemen eine wichtige Ressource darstellen, auf die erfolgreich zurückgegriffen wird.

Ebenso wurden aber auch Organisationen in hohem Maße als Ressource für die Problembewältigung gesehen und genutzt. Es wurde besonders deutlich,

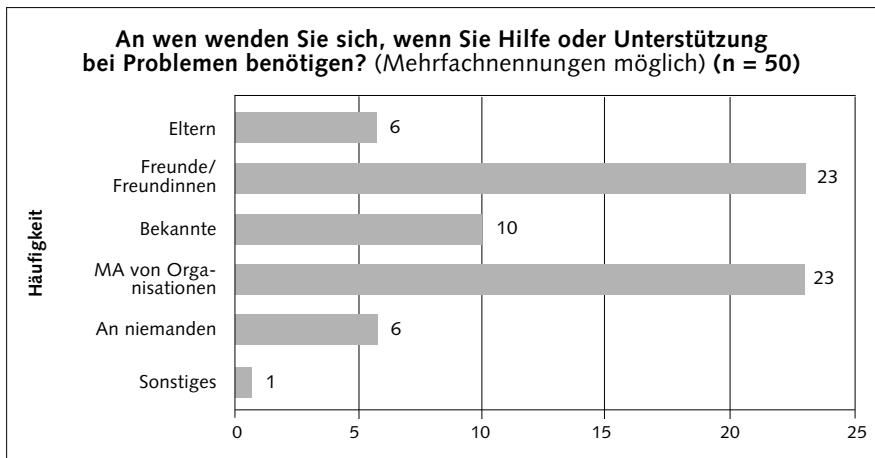


Abb. 9: Allgemein bevorzugte Ansprechpartnerinnen und -partner der befragten Migrantinnen und Migranten

dass Migrantinnen und Migranten mit kurzer Aufenthaltsdauer eher Hilfe im privaten Netzwerk suchen und solche mit längerer Aufenthaltsdauer stärker auf die Angebote von Organisationen zurückgreifen.

Bei Fragen zur Gesundheit wandte sich erwartungsgemäß die Mehrzahl der Befragten an Ärztinnen und Ärzte. Interessant ist jedoch, dass sich immerhin 23 der Befragten bei persönlichen Problemen an Freunde wandten, bei Fragen zu Gesundheit jedoch nur noch acht. Bei Fragen zu HIV/Aids wandten sich 35 der Befragten an Ärztinnen und Ärzte und nur noch eine Person an Freundinnen oder Freunde.

Einerseits zeigt sich daran, dass Migrantinnen und Migranten die Versorgungsstruktur offensichtlich entsprechend ihrem Bedarf gezielt nutzen. Andererseits fällt auf, dass bei intimeren Frage- und Problemstellungen nicht mehr so intensiv auf Ressourcen aus den privaten Netzwerkstrukturen zurückgegriffen wird. Schließlich bestätigte sich in den Interviews, dass im Zusammen-

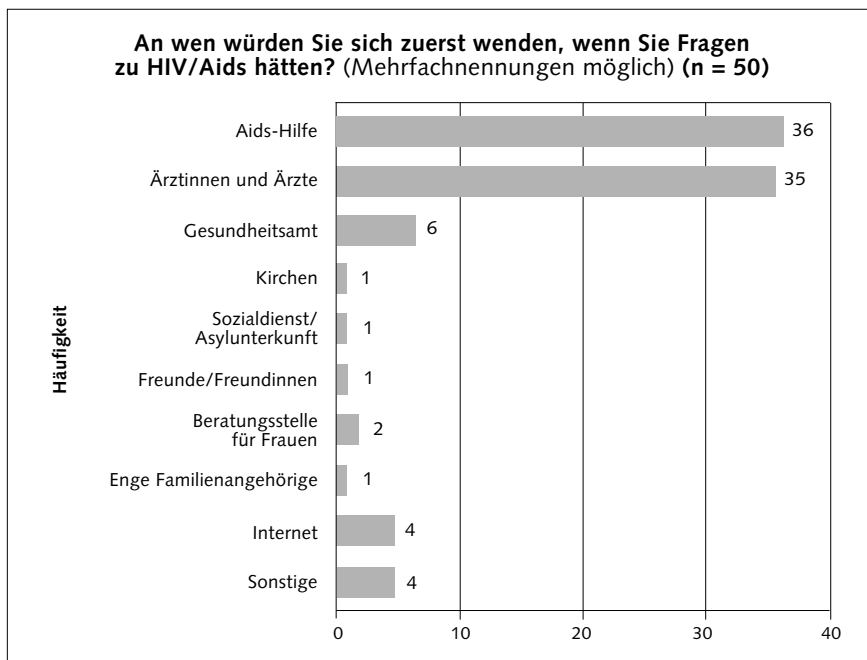


Abb. 10: Bevorzugte Ansprechpartnerinnen und -partner der befragten Migrantinnen und Migranten in Bezug auf HIV/Aids

hang mit HIV Diskretion und Toleranz eher von deutschen/weißen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Organisationen erwartet werden. Dafür spricht auch die hohe Zahl der Nennungen der Aidshilfe (36) als Einrichtung, an die man sich bei Fragen zu HIV/Aids wendet.

Sowohl bei Gesundheitsfragen als auch bei Fragen zu HIV/Aids sind Ärztinnen und Ärzte wichtige Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner für die Befragten. Dies lässt den Schluss zu, dass Ärztinnen und Ärzte eine Schlüsselposition haben, wenn es darum geht, die Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten zu konzipieren und sie zu erreichen. Ebenso zeigt sich, dass die Aidshilfe auch von Migrantinnen und Migranten als kompetente Kontaktstelle im Bereich HIV/Aids wahrgenommen und genutzt wird.

Sprachbarriere Deutsch

Die Mehrheit der befragten Migrantinnen und Migranten schätzte ihre Deutschkenntnisse als gut bis mittelmäßig ein.

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass es in unserer Befragung keinen Zusammenhang zwischen der Qualität der Deutschkenntnisse und dem Aufsuchen von Hilfseinrichtungen gab. Auch das Aufsuchen einer Aidshilfe hing nicht von der Qualität der Deutschkenntnisse ab. Von den acht Befragten, die schlechte Deutschkenntnisse angaben, hatten sieben bereits Kontakt zu einer Aidshilfe, sieben Personen kannten die Arbeit der Aidshilfe, und alle acht gaben an, dass sie an den Angeboten der Aidshilfe interessiert sind. Nur einer dieser acht Befragten interessierte sich besonders für das Beratungsangebot der Aidshilfe in seiner Muttersprache. Dies zeigt, dass die Sprachbarriere in der praktischen Arbeit nicht von so genereller Bedeutung ist, wie dies häufig diskutiert wird. Abweichungen von dieser generellen Tendenz gibt es bei den Kontakten zu Einrichtungen wie Wohnungsamt, Arbeitsamt, Schulen usw. Hier zeigt sich, dass eher Menschen mit sehr guten bis mittelmäßigen Deutschkenntnissen entsprechende Kontakte zu diesen Einrichtungen hatten. Menschen mit schlechten Deutschkenntnissen suchen diese Einrichtungen eher nicht auf.

Weitere Sprachkenntnisse

Von den Befragten wurden außer Deutsch insgesamt 27 weitere Sprachen gesprochen. Die Befragten gaben 20 verschiedene Muttersprachen an, davon neben Englisch und Französisch u.a. sechs osteuropäische Sprachen und 13 afrikanische Sprachen und Dialekte.

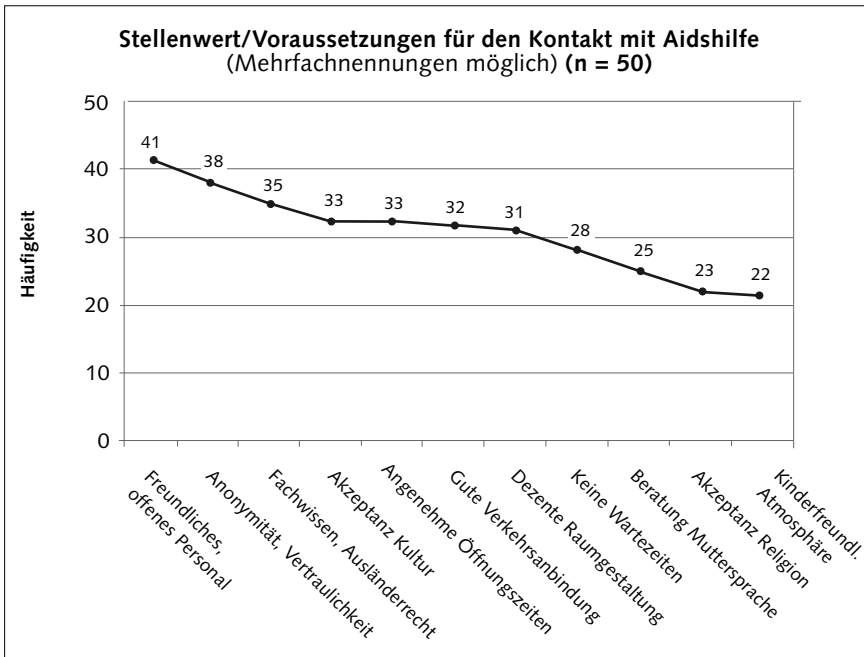


Abb. 11: Wichtige Aspekte für den Kontakt zu Aidshilfen

Im Hinblick auf fremdsprachige Beratungs- und Informationsangebote in Deutschland erscheint es sinnvoll, umfangreiche Angebote in Englisch und Französisch sowie Spanisch und eventuell Türkisch zur Verfügung zu stellen. In großem Maße andere Muttersprachen abzudecken, zum Beispiel afrikanische Sprachen und Dialekte, macht dagegen bei der schon in dieser kleinen Befragung festgestellten Sprachenvielfalt nur wenig Sinn.

Voraussetzungen für den Kontakt mit sozialen Organisationen

In der Befragung wurden als wichtigste Voraussetzungen für den Kontakt mit Aidshilfen angegeben:

- freundliches, offenes Personal,
- Anonymität und Vertraulichkeit
- sowie Fachwissen im Ausländerrecht.

Die Akzeptanz von Kultur und Religion ist zwar nicht ohne Bedeutung, jedoch als Grund für die Kontaktaufnahme mit einer Aidshilfe nicht so wichtig, wie immer wieder vermutet wird.

3.2.4 Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf HIV/Aids

Über Sexualität sprechen

Die Mehrzahl der Befragten gab an, dass sie generell über die eigene Sexualität sprechen würde (vgl. Abbildung 12).

Dies war so nicht unbedingt zu erwarten. Oft wird davon ausgegangen, dass insbesondere Menschen aus afrikanischen Herkunftsländern aufgrund ihrer kulturellen Prägung nicht – oder auf vollkommen andere Weise, als wir es gewohnt sind – über Sexualität sprechen (können). Die Art und Weise, wie dies in Europa geschieht, sei für Migrantinnen und Migranten schockierend bzw. verletzend. Mit Migrantinnen und Migranten über Sexualität zu sprechen, sei aufgrund ihrer kulturellen Prägung ein schwieriges, wenn nicht gar unmögliches Vorhaben, das gegebenenfalls zu unterbleiben hat. Unsere Erfahrung ist, dass es wegen dieser Grundannahmen häufig tatsächlich unterbleibt.

Eine weitere oft artikulierte Grundannahme ist, dass es im Gespräch über Sexualität unter Migrantinnen und Migranten kaum zu überwindende geschlechtsspezifische Unterschiede gebe (Männer sprechen nicht mit Frauen und umgekehrt). Diese Annahmen konnten in der Befragung und den Interviews nicht bestätigt werden.

Sowohl die Zahl der Befragten, die angaben über Sexualität zu sprechen (36 bzw. 29), als auch Aussagen in den Interviews weisen darauf hin, dass

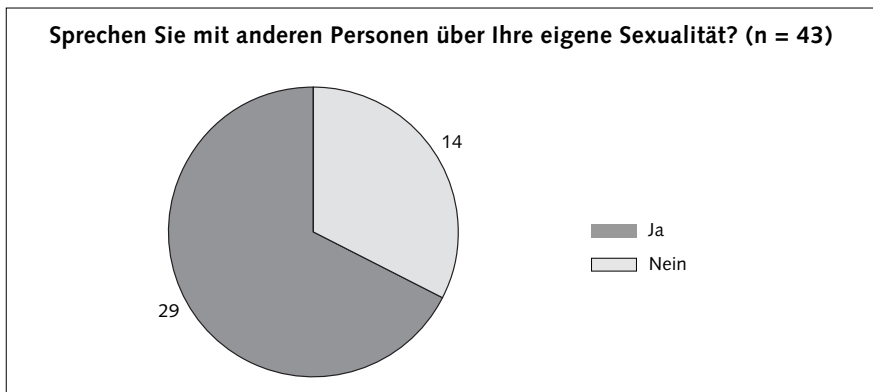


Abb. 12: Sexualität als Gesprächsthema

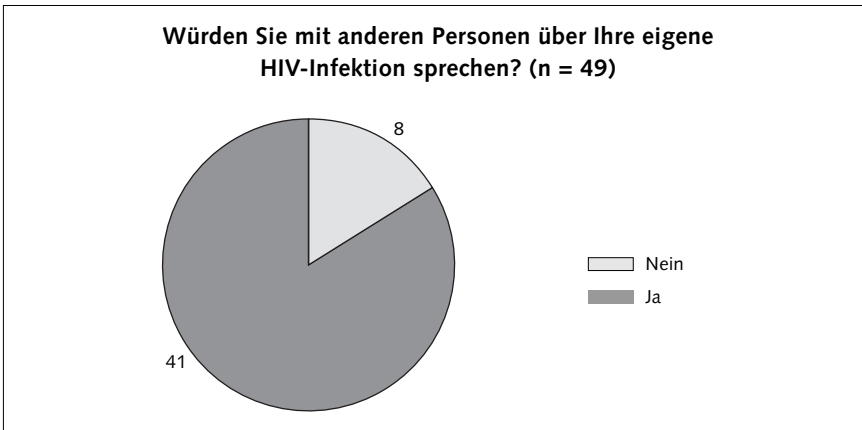


Abb. 13: Die eigene HIV-Infektion als Gesprächsthema

Migrantinnen und Migranten in Bezug auf Sexualität sehr reflektiert kulturelle Unterschiede wahrnehmen und sich ihre Auffassungen, Einstellungen und der Umgang mit diesen Themen verändern. Insgesamt zeigte sich vor allem an den Aussagen der in den Interviews Befragten zu diesem Themenkomplex, dass die unterschiedlichen Erfahrungen und Regeln im Herkunfts- und Aufnahmeland individuell kreativ übernommen und weiterentwickelt werden und entsprechend bewusst nach aktuellem Aufenthaltsort angewendet werden.

Herr A.: „Über Sexualität dürfen nur die älteren Menschen sprechen. Wenn über Sex gesprochen wird, werden die Kinder sofort rausgeschickt. Auch werden keine Zärtlichkeiten ausgetauscht, wenn Kinder anwesend sind ... Es wird sehr stark das Thema vermieden, wenn Kinder anwesend sind. In diesem Sinne ist Sexualität ein Tabu. Aber unter Erwachsenen nicht. Das ist nicht richtig.“

Herr B.: „Ja. Hier ist es so offen. Und alles ist ganz anders. Hier kann man über so etwas sprechen. Wegen der Kultur hier ist es etwas anders als in Afrika. Hier ist es normal, dass man kann mit jemand anderem über Sexualität sprechen. Wenn man ist zurück, zu Hause, ich muss mich wieder anders benehmen. Dort kann man nicht so darüber reden.“

Über HIV/Aids sprechen

38 der Befragten würden über HIV/Aids, 41 der Befragten über die eigene Infektion sprechen (vgl. Abbildung 13).

Auch diese Zahlen können als überraschend bezeichnet werden, da im Allgemeinen oft davon ausgegangen wird, dass die Themen HIV/Aids unter den Migrantinnen und Migranten stark tabuisiert seien. „Darüber zu sprechen“ (so eine oft wahrgenommene Unterstellung) sei unter Migrantinnen und Migranten schwierig, wenn nicht gar unmöglich. Um sie nicht abzuschrecken, sei es – so eine weitere Annahme – unabdingbar, sich an dieses Thema möglichst diskret und vorsichtig heranzutasten. Diese Vorannahmen können einen unvoreingenommenen Zugang von sozialen Organisationen zur Migrationsbevölkerung erschweren.

Vor allem in den sechs Interviews zeigt sich, dass HIV/Aids in den afrikanischen Herkunftsländern der Befragten tatsächlich sehr stark tabuisiert ist. Die Befragten beschreiben sehr eindrücklich die dort herrschenden Tabus im Umgang mit HIV/Aids. Ein HIV-positiver Mensch müsse demnach mit seiner völligen Isolation in der Gesellschaft und in der Familie rechnen, da er sozusagen dem Tod geweiht ist. Um dieser Isolation zu entgehen, müsse die HIV-Infektion so weit wie möglich geheim gehalten werden, selbst innerhalb der Familie. Wenn es in der Familie bekannt wird, dann häufig nur wenigen Personen, und diese seien dann ebenfalls zur Geheimhaltung verpflichtet.

Herr B.: *„HIV-positive Menschen sind diskriminiert. Die ziehen sich auch zurück. Die sind kaputt. Das ist wie das Ende, weil die haben keine Hoffnung.“*

Herr F.: *„Bei uns, derjenige, der HIV-positiv ist, hat gleichzeitig Aids. Also, das heißt, im kleinen Bekanntenkreis, zunächst einmal, jeder vermeidet seinen Kontakt. Es könnte auch, im schlimmen Fall sein, dass seine eigenen Eltern ihn vermeiden. Es ist da eine Gefahr, dass jeder es weiß und man als Außenseiter dasteht. Deshalb versucht man, die Situation für sich allein zu behalten. Damit, dass keiner in der Familie davon weiß, dass man diese Krankheit hat.“*

Als Erklärung für diese Tabus werden der Mangel an Informationen, aber auch der fehlende bzw. zu teure Zugang zu Medikamenten und medizinischer Versorgung genannt.

Herr E.: *„Und vor allem in den Vorstellungen vieler Leute ist, denke ich, man kann nicht heilen, keine Behandlung geben für HIV. Warum also versuchen, Geld auszugeben für etwas, wo man nie an ein Ende kommt?“*

Herr F.: *„Aber man kann auch die Leute nicht so leicht verurteilen, weil es ist einfach Mangel von Informationen. Sie wissen es gar nicht. Sie können nichts*

dafür. Hätte man ihnen erklärt, was HIV-positiv zu sein bedeutet und Aids zu haben oder erkrankt zu sein, dann würden sie vielleicht besser mit der Krankheit und den Erkrankten umgehen können. Aber da sie kein Wissen über diese Krankheit haben, dann vermeiden sie jeglichen Kontakt zu solchen Leuten.“

Gründe werden auch in dem Zusammenhang zwischen HIV und sexueller Übertragung gesehen. Das mache HIV zu einer schlechten Krankheit.

Frau D.: *„Wenn du hast Aids oder du bist HIV-positiv, dann du bist niemand mehr. Deine Familienehre, weißt du, die Ehre von deiner Familie, ist etwas negativ, weil das bedeutet, du hast ein schlechtes Leben, deswegen du bist HIV-positiv. In Afrika, wenn du bist HIV-positiv, du bist eine schlechte Mensch. Du schläfst mit allen und so. Deswegen du bist HIV-positiv!“*

Sehr deutlich zeigt sich in diesem Themenkomplex, wie stark der Umgang der Befragten mit HIV/Aids von der Verknüpfung der Erfahrungen in den Herkunftsländern und in Deutschland geprägt ist. Die Behandlungs- und Beratungsmöglichkeiten hierzulande werden als Vorteil und Chance für HIV-Positive wahrgenommen.

Deshalb ist es auch möglich und sinnvoll, über HIV/Aids zu sprechen, um diese Ressourcen nutzen zu können. Das Gespräch über HIV/Aids erhält in diesem Zusammenhang einen Nutzen.

Frau C.: *„In Deutschland, seit ich dieses Problem habe, habe ich gedacht: Okay, ich kann es sagen oder nicht sagen. Deutschland hat eine andere Mentalität, da kann ich von meinem Problem sprechen. Wenn man darüber spricht, kann man Hilfe bekommen. In meinem Land gibt es nichts.“*

Die Erfahrungen hinsichtlich des Umgangs mit HIV in den Herkunftsländern in Bezug auf Stigmatisierung, Diskriminierung und Isolation werden auch hier in Deutschland eher auf die Landsleute (andere Afrikanerinnen und Afrikaner) übertragen. Ein toleranter Umgang mit HIV-Positiven wird eher Weißen/Europäerinnen und Europäern/Deutschen zugetraut.

Frau D.: *„Mein Problem ist, wenn die schwarzen Leute, wenn die wissen, dass ich krank bin. Das ist mein Problem. Wenn die anderen, weiße Leute, das wissen, das ist mir scheißegal. Aber wenn eine von meine eigene Leute es weiß, das ist problematisch. Weil du hast Angst. Weil die das immer weitersagen. So, die reden immer weiter.“*

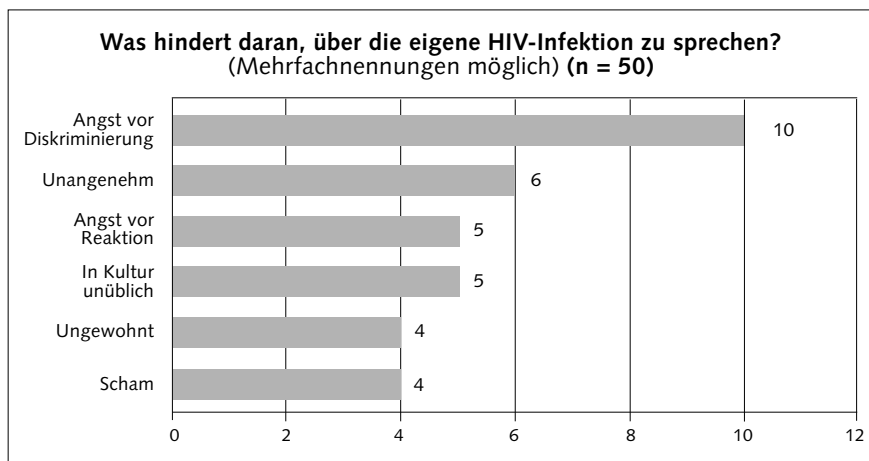


Abb. 14: Hinderungsgründe für das Gespräch über die eigene HIV-Infektion

Die beschriebene Angst vor Offenbarung wird dabei fast ausschließlich aus den mitgebrachten Erfahrungen über den Umgang mit HIV/Aids in den Herkunftsländern abgeleitet.

Die Ergebnisse der Befragung werden durch diese Aussagen bestätigt. Als Hindernis, über HIV zu sprechen, wird an erster Stelle „Angst vor Diskriminierung“ genannt (11), dann folgen mit je acht Nennungen „Angst vor der Reaktion der Gesprächspartnerin oder des Gesprächspartners“; „nicht gewohnt“, „es ist unangenehm“. Kulturelle Gründe werden nur von sieben Befragten angegeben. Ähnliche Zahlen finden sich beim Gespräch über die eigene HIV-Infektion (vgl. Abbildung 14). Hier wird mit Abstand (zehn Befragte) „Angst vor Diskriminierung“ als wichtigstes Hindernis angegeben.

Die konkreten Erfahrungen, die zum Thema Offenbarung der HIV-Infektion beschrieben werden, waren jedoch eher positiv, das heißt, die befürchtete Diskriminierung und Isolation sind eher nicht eingetreten.

Herr E.: „Ich spreche nicht mit allen Leuten, nur mit denen, mit denen ich irgendeine Beziehung habe. Mit meinen männlichen Freunden, um sie zu besuchen, um zu ihnen zu gehen, in ihre Familie, dann spreche ich mit ihnen darüber, dass ich so und so bin. Wenn du nicht willst, dann komme ich nicht mehr zu dir. Es gab nur einen Freund, der mir sagte, er will nicht mehr, dass ich zu

ihm komme. Alle anderen Freunde haben mich so akzeptiert. Wir sprechen auch nicht mehr darüber. Das ist für mich wie ein Zeichen des Vertrauens.“

Alle Befragten beschreiben den Konflikt zwischen der Angst vor ungewollter Offenbarung, besonders gegenüber Landsleuten, und dem Wunsch, mit anderen Betroffenen in Kontakt zu treten.

Herr E.: „Oft höre ich, wenn ich mit vielen Afrikanern spreche, dass sie gern eine Gruppe für sich hätten. Ich weiß nicht, ob das eine gute Idee ist. Vor allem, weil ich am Anfang lieber Kontakt mit anderen haben wollte, mit Nichtafrikanern. Aber andere wollen lieber mehr Kontakt unter Afrikanern.“

3.2.5 Resümee

These I: Migrantinnen und Migranten sind in der Lage, kulturelle Unterschiede zu erkennen, zu reflektieren und kreativ damit umzugehen.

Das Fachpersonal von sozialen Einrichtungen nimmt für sich in Anspruch, sich kulturelle Unterschiede bewusst machen und den Umgang damit reflektieren zu können. Es gibt keinen Grund, diese Fähigkeit nicht auch Migrantinnen und Migranten zuzugestehen. Es ist davon auszugehen, dass jeder Mensch in der Lage ist, die gesellschaftlichen Bedingungen, in denen er aktuell lebt, zu erkennen. Dies trifft auch auf das Leben in fremden Kulturen zu. Der Vergleich und die Reflexion über eigene und fremde kulturelle Vorstellungen und Werte, deren selbstbewusste Annahme, Ablehnung oder Veränderung ist auch Migrantinnen und Migranten möglich. Kulturelle Unterschiede können somit auf sachlicher Ebene besprochen werden und stehen der Kommunikation zwischen Menschen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen nicht zwangsläufig im Wege.

These II: Migrantinnen und Migranten haben ein privates Netzwerk, aus dem sie Unterstützung bekommen. Sie wenden sich gezielt an Einrichtungen, wenn das private Netzwerk nicht mehr ausreicht.

Die Ergebnisse unserer Untersuchung legen nahe, dass bei der Lösung von Problemen das private Netzwerk aus Freundinnen, Freunden und Bekannten eine mindestens genauso große Bedeutung hat wie die Unterstützung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Hilfsorganisationen. Die praktischen Erfahrungen in der Beratung von Migrantinnen und Migranten weisen eben-

falls darauf hin, dass vor allem die Communitys der Landsleute eine wichtige Ressource für die Alltagsbewältigung darstellen. Insbesondere der kulturspezifische Unterstützungsbedarf dürfte mit hoher Wahrscheinlichkeit im Bereich des privaten Netzwerks gedeckt werden.

Festzustellen war aber auch, dass Migrantinnen und Migranten offensichtlich dann sehr gezielt Unterstützungsangebote von öffentlichen und freien Trägern in Anspruch nehmen, wenn das private Netzwerk nicht mehr ausreicht. So wenden sich die von uns Befragten bei Gesundheitsproblemen eher an ärztliche Praxen und zuständige Organisationen und nicht mehr so häufig an befreundete Personen. Wenn Migrantinnen und Migranten Unterstützungsangebote von Einrichtungen gezielt nutzen, kann man daraus die Schlussfolgerung ziehen, dass sie Angebote, die für sie keinen Nutzen haben, ebenso gezielt nicht nutzen.

These III: Als Kultursensibilität empfundene Stereotypen über „afrikanische Kultur“ bzw. Herkunftskultur können als Zugangsbarrieren für Präventionsangebote und für die Versorgungsstruktur wirken.

Die einseitige Betonung der Herkunftskultur von Migrantinnen und Migranten führt zur Konstruktion von ethnischen Minderheiten und damit automatisch zur Ethnisierung von sozialen Problemen und Konflikten. Der Migrationsbevölkerung wird dadurch eine bestimmte ethnisch geprägte kulturelle Zugehörigkeit aufgestempelt. Diese Zugehörigkeit wird als ein feststehendes Merkmal betrachtet, das dann als eine Begründung für die Marginalisierung identifiziert wird und als Grund für den erschwerten Zugang zu sozialen Unterstützungsangeboten herhalten muss.

Werden diese Angebote dann aufgrund der beschriebenen Ethnisierungstendenzen immer noch „kultursensibler“ gestaltet, in dem Glauben Zugangsbarrieren abzubauen, können sie am tatsächlichen Bedarf von Migranten und Migrantinnen vorbeigehen. Denn die Unterstützungsangebote orientieren sich damit nicht oder zu wenig an den sozialen und gesellschaftlichen Ursachen des erschwerten Zugangs.

3.3 Einstellungen und Wissen über HIV/Aids bei Aussiedlerinnen und Aussiedlern sowie jüdischen Zuwanderinnen und Zuwanderern aus Osteuropa mit Schwerpunkt Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS)

Laura Kouznetsov

*„Not all STDs are curable, but all are preventable ...“
(B. Donovan, Sex Transm Infect, 2000)*

3.3.1 Hintergrund der Befragung

Die Immigrantinnen und Immigranten aus der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS), bestehend zum großen Teil aus Aussiedlerinnen und Aussiedlern (seit 01.01.1993 Spätaussiedlerinnen bzw. Spätaussiedler genannt) und jüdischen Zugewanderten, bilden eine der größten Migrationsgruppen in Deutschland. Zwischen 1991 und 2005 wurden fast 2 Millionen Aussiedlerinnen bzw. Aussiedler und über 200 000 jüdische Zuwanderinnen und Zuwanderer aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion in Deutschland aufgenommen.

In den letzten Jahren beobachtet man eine HIV-Epidemie in GU-Staaten, von denen die Ukraine und Russische Föderation besonders stark betroffen sind. In Anbetracht steigender HIV-Neuinfektionen in den GUS und einer fortgesetzten Einwanderung aus diesen Herkunftsländern nach Deutschland fehlen bisher Untersuchungen über die Einstellungen und das Wissen bezüglich HIV-Infektion und -Prävention in dieser Migrationsgruppe. Der Besuch der Herkunftsländer, risikoreiches Sexualverhalten und Drogenkonsum können zu einer erhöhten HIV-Ansteckungsgefahr führen. Schwierige soziokulturelle Integration, mangelnde Deutschkenntnisse, Tabuisierung des HIV/Aids-Themas, eine passive Einstellung zur HIV-Prävention sowie eine Stigmatisierung von HIV-Positiven erschweren die HIV/Aids-Aufklärungsarbeit in dieser Migrationsgruppe (Kouznetsov et al. 2004, 2007).

So wurden im Jahr 2005 erstmals in Deutschland über 1000 Aussiedlerinnen und Aussiedler und jüdische Zugewanderte im Alter zwischen 16 und 65 Jah-

ren in Bayern postalisch und anonym auf Russisch und Deutsch über ihre Einstellungen zu HIV/Aids und ihr Wissen hinsichtlich der HIV-Infektion und -Prävention befragt. Als Kontrollgruppe wurden 448 volljährige (18 bis 65 Jahre) deutschsprachige Patientinnen und Patienten der dermatologischen Allgemeinambulanz der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München befragt. In die Vergleichsanalyse zwischen GUS-Immigrantinnen und -Immigranten und der Kontrollgruppe wurden GUS-Zugewanderte ab 18 Jahren eingeschlossen. Der Fragebogen umfasste Themenschwerpunkte wie soziodemografische Daten, Einstellungen zum Thema HIV/Aids, Informationsquellen über HIV/Aids und HIV-Prävention, Wissen über HIV-Übertragungswege und Möglichkeiten des Schutzes vor einer HIV-Infektion, mögliches Verhalten beim Verdacht auf eine HIV-Infektion oder bei diagnostizierter HIV-Infektion und Informationsstand über Aids-Beratungsstellen/-Hilfen in Deutschland. Zusätzlich wurden sechs HIV-positive bzw. STD-krankte GUS-Zugewanderte in der psychosozialen Aids-Beratungsstelle der dermatologischen Allgemeinambulanz der LMU München auf Russisch zum Thema HIV/Aids interviewt. Hier wurde u. a. auch nach Sprach- und Zugangsbarrieren gefragt.

3.3.2 Ergebnisse der Studie

Fragebogen: Die Rücklaufquote bei GUS-Zugewanderten betrug 38,1 %, die der Kontrollgruppe 80,4 %. Die Mehrheit der GUS-Zugewanderten kam aus der Russischen Föderation, Kasachstan und der Ukraine.

Der Anteil derjenigen, die das Thema HIV/Aids als „unwichtig“ bewerteten, lag bei den GUS-Zugewanderten leicht höher als in der Kontrollgruppe. Bei der Selbsteinschätzung über die Informiertheit bezüglich der HIV-Infektion und -Prävention zeigte sich, dass signifikant mehr ($p < 0,05$) GUS-Zugewanderte (22,7 %) ihre Informiertheit über HIV-Infektion und -Prävention im Vergleich zur Kontrollgruppe (12,8 %) als „schlecht“ einschätzten. Signifikant mehr GUS-Zugewanderte als Befragte der Kontrollgruppe gaben Drogenabhängige, Prostituierte und Homosexuelle als HIV/Aids-Risikogruppen an.

GUS-Zugewanderte waren genauso gut wie die Kontrollgruppe über HIV-Übertragungswege durch kontaminierte Spritzen/Nadeln, Vaginalverkehr und von einer HIV-positiven schwangeren Mutter auf ihr Kind informiert, aber sie wussten signifikant weniger über eine HIV-Übertragung durch Anal- und Oralverkehr. Ein Großteil der Zugewanderten sowie der Kontrollgruppe wusste, dass Kondome und Einwegspritzen/-nadeln vor einer HIV-Infektion schüt-

zen. Der Anteil derjenigen, die an HIV-Übertragungsmythen wie Insektenstiche, Küssen, Friseur/Maniküre, Schwimmbad/Sauna, Essgeschirr/Besteck glaubten, lag unter den GUS-Zugewanderten leicht höher als in der Kontrollgruppe.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden auch gefragt, was sie tun würden, wenn sie den Verdacht hätten, HIV-infiziert zu sein. Etwas weniger GUS-Zugewanderte als Befragte der Kontrollgruppe würden einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen bzw. darüber mit einer Sexualpartnerin oder einem -partner sprechen. Von der Existenz der Aids-Beratungsstellen/-Hilfen in Deutschland wussten 17,9 % der GUS-Zugewanderten und 27,6 % der Kontrollgruppe.

Interviews: Die mit den HIV-positiven bzw. STD-kranken GUS-Zugewanderten geführten Interviews zeigten, dass das Thema HIV/Aids in dieser Migrationsgruppe stark tabuisiert ist, was mit Ängsten und dem Unwissen verbunden ist. Die Tabuisierung des HIV/Aids-Themas führte dazu, dass interviewte GUS-Immigrantinnen und -Immigranten für sich kein HIV-Ansteckungsrisiko gesehen hatten („Ich will damit nichts zu tun haben“) und dadurch eine passive Haltung sowie fehlendes präventives Verhalten aufwiesen und sich infizierten. Einige Interviewte erzählten außerdem, dass die HIV/Aids-Präventionsbotschaften hierzulande von ihnen oft unbemerkt blieben oder wegen mangelnder Deutschkenntnisse nur begrenzt verstanden würden.

3.3.3 Schlussfolgerungen

Die Studie hat gezeigt, dass GUS-Immigrantinnen und -Immigranten sehr gut über die HIV-Übertragung durch den Spritzen-/Nadeltausch, Vaginalverkehr und vertikale HIV-Übertragung sowie über die HIV-Prävention durch Kondom und den Gebrauch von Einwegspritzen/-nadeln informiert sind. Es fehlt ihnen jedoch das Wissen über die HIV-Erwerbung durch den Anal- und Oralverkehr sowie über HIV-Nichtübertragung im sozialen und alltäglichen Umfeld. Das Thema HIV/Aids ist in dieser Migrationsgruppe mit Tabus (zum Beispiel abwehrende Haltung dem Thema gegenüber) behaftet, und zu beobachten ist hier ein eher niedriges HIV/Aids-Risikobewusstsein. Das fehlende Wissen über die HIV-Übertragungswege sorgt für einen diskriminierenden und stigmatisierenden Umgang mit den HIV-Positiven im Alltag, was erhebliche Störfaktoren sowohl bei der HIV/Aids-Präventionsarbeit als auch bei der medizinischen, psychologischen Betreuung und Beratung von HIV-positiven GUS-Zugewanderten schafft.

Es besteht weiterhin Aufklärungsbedarf, besonders über die HIV-Übertragung durch einzelne sexuelle Praktiken und über die HIV-Übertragungsmythen. Das Thema HIV/Aids sollte enttabuisiert und die GUS-Immigrantinnen und -Immigranten sollten für das Thema sensibilisiert werden. Hier könnte das hierzulande vorhandene Potenzial an russischsprachigen Zugewanderten, insbesondere jene mit medizinischer Ausbildung, in die HIV-Aufklärungsarbeit für diese Migrationsgruppe einbezogen werden.

Literatur

- Kouznetsov, L., Kouznetsov, A. V., Wienecke, R., Zippel, S. A. (2004): Social and cultural problems of HIV prevention in emigrants from former USSR to Germany, 2nd Open Europe AIDS Conference „Europe and HIV/AIDS: new challenges, new opportunities“, September 16–18th 2004, Wilna, Litauen, S. 45.
- Kouznetsov, L., Kuznetsov, A. V., Wienecke, R., Zippel, S. A. (2007): HIV/AIDS-Prävention bei Immigranten aus der ehemaligen Sowjetunion in Deutschland aus der Sicht einer Psychosozialen AIDS-Beratungsstelle, Prävention. Z Gesundheitsförderung, 2007 (3), 87–89.
- Kouznetsov, L., Kuznetsov, A. V., Wienecke, R., Zippel, S. A. (2007): AIDS awareness among German resettlers from the former Soviet Union: it is time for an immigrant-specific HIV prevention. Eur J Public Health, 2007 (17), 403–404.
- Kouznetsov, L., Kuznetsov, A. V., Zippel, S. A. (2008): Risky sexual behaviour, taboo of HIV/AIDS and HIV-prevention topics: interviews with HIV-positive immigrants from the former Soviet Union. Int J STD AIDS, 2008, 19 (1), 71–72.

3.4 Arbeitsgruppe Aidsprävention: Diskussionsergebnisse

Moderation: Eren Ünsal

Bericht: Sabine Goette

3.4.1 Leitfragen

Der Workshop konzentrierte sich auf das Thema Aidsprävention bei Menschen aus den Hochprävalenzländern Subsahara-Afrika und Osteuropa/Südosteuropa. Folgende Leitfragen lagen dem Workshop zugrunde:

1. Was ist über wichtige Migrationsgruppen aus Hochprävalenzländern Schwarzafrikas und Osteuropas (in Deutschland) bekannt?

- Lebenssituation und Bezug zur HIV/Aids-Problematik
- Welche Korrelationen mit anderen Merkmalen (zum Beispiel soziale Lage) bestehen?
- Wie wird die HIV/Aids-Problematik dort gesehen? Welche Zugangs- und Nutzungsbarrieren bestehen bei welchen Zielgruppen zu welchen Präventionsangeboten?
- Welcher Bedarf besteht deshalb bei wem und wozu?

2. Was bedeutet dies für die Planung, Durchführung und Evaluation von Interventionen?

- Wie sollte ein kultursensibles Vorgehen aussehen?
- Was bedeutet das für
 - a) die interkulturelle Öffnung von Regeldiensten?
 - b) Kooperations- und gegenseitige Unterstützungsmöglichkeiten wichtiger Akteurinnen und Akteure?
- In welchen Settings sind mit welchen Methoden welche Migrationsgruppen mit besonderem Bedarf gut erreichbar?
- Der Umgang mit Tabuisierung
- Die Vermeidung von Diskriminierung
- Möglichkeiten und Grenzen personalkommunikativer Maßnahmen und des Medieneinsatzes (zum Beispiel Plakate, Broschüren, Flyer, Videos, Neue Medien, Migrant*innenmedien)
- Wo gibt es besondere Lücken im Angebot?

3.4.2 Ergebnisse

1. Was ist über wichtige Migrationsgruppen aus Hochprävalenzländern Subsahara-Afrikas und Osteuropas bekannt?

Lebenssituation und Bezug zur HIV/Aids-Problematik

Migrantinnen und Migranten aus Osteuropa

Migrantinnen und Migranten aus dem ost- und südosteuropäischen Raum, die im Rahmen der Studie „HIV/AIDS und Migration in Deutschland“ befragt wurden, haben weitaus bessere Kenntnisse über STDs (sexuell übertragbare Krankheiten) als Deutsche, dafür aber ein geringeres Wissen über HIV/Aids. Anzumerken ist, dass Menschen aus Subsahara-Afrika besser informiert sind als Menschen aus Osteuropa, obwohl sie weniger Informationsmaterial erhalten haben. Zwar bestehen bei Migrantinnen und Migranten aus Osteuropa Kenntnisse zu zentralen Informationen, u. a. zu den Übertragungswegen Spritzenbesteck und Vaginalverkehr. Über die Ansteckungswege Anal- und Oralverkehr sowie über HIV-Nichtübertragungswege im sozialen und alltäglichen Umfeld besteht jedoch kein ausreichendes Wissen.

HIV/Aids wird vor allem mit Drogenabhängigkeit, Prostitution und Homosexualität in Verbindung gebracht. Die Gefahr, die für alle Menschen besteht, wird weniger wahrgenommen. Zudem ist HIV/Aids bei osteuropäischen Migrantinnen und Migranten ein Tabuthema, das mit einer starken Mythenbildung, Ängsten und Unwissenheit einhergeht. HIV-positive Menschen begegnen einer starken Stigmatisierung, sodass die Angst besteht, dass andere etwas über die eigene Infektion erfahren.

Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika

Im Rahmen der Umfrage der Münchner Aidshilfe hat sich gezeigt, dass viele Personen aus Schwarzafrika einen Hochschulabschluss bzw. einen Bildungsabschluss aufweisen. Deutlich wurde zudem, dass der Aufenthaltsstatus einen Einfluss auf die Ansichten der Migrantinnen und Migranten zu bestimmten Themen, darunter auch HIV/Aids, hat. Die meisten Menschen aus Schwarzafrika haben einen befristeten Aufenthaltsstatus in Deutschland. Die Auffassungen und Einstellungen können sich im Verlauf des Aufenthalts ändern und werden somit nicht nur von der kulturellen Herkunft bestimmt.

Das Thema HIV/Aids ist in den Herkunftsländern stark tabuisiert. Ein HIV-positiver Mensch muss mit Isolation rechnen und seine Infektion geheim hal-

ten. Gründe für Tabuisierung und Geheimhaltung sind zum einen ein Mangel an Information, zum anderen ein unzureichender Zugang zu Medikamenten und medizinischer Versorgung. Der Zusammenhang zwischen HIV und sexueller Übertragung macht HIV zu einer „schlechten Krankheit“.

Welche Korrelationen mit anderen Merkmalen (zum Beispiel soziale Lage) bestehen?

Zentral für Einstellung und Verhalten zum Thema HIV/Aids sind niemals allein kulturspezifische Variablen. Entscheidend ist immer das Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren. Je nach Situation hat Kulturspezifität einen höheren oder geringeren Stellenwert. Das bedeutet, dass viele Faktoren beispielsweise bei Befragungen von Migrantinnen und Migranten gleichzeitig Wirkung zeigen (Herkunft, Religion, Familienstand, soziale Lage, Aufenthaltsstatus etc.). Entsprechend stellt sich die Frage, ob der Migrationshintergrund oder das soziale Milieu von größerer Relevanz für Wissen, Einstellungen und die Prävention ist.

In den Studien, die im Rahmen des Workshops vorgestellt wurden, hat sich gezeigt, dass ein Zusammenhang zwischen niedrigem Bildungsstand und geringerem Wissen über HIV/Aids besteht. Zudem spielte auch das Merkmal Religionszugehörigkeit eine Rolle. Demnach sind die bestinformierten Migrantinnen und Migranten Menschen jüdischen Glaubens.

Welche Zugangs- und Nutzungsbarrieren bestehen zu welchen Präventionsangeboten?

Bei der Befragung von Migrantinnen und Migranten aus Schwarzafrika hat sich gezeigt, dass einige Botschaften in den Medienkampagnen nicht bemerkt oder nicht verstanden werden. Zudem geben einige Interviewte im Rahmen der Befragung der Universität München zu Einstellungen und Wissen über HIV/Aids bei Aussiedlerinnen und Aussiedlern und jüdischen Zuwanderinnen und Zuwandern aus Osteuropa an, dass die HIV/Aids-Präventionsbotschaften in Deutschland von ihnen oft unbemerkt bleiben oder wegen mangelnder Deutschkenntnisse nur begrenzt verstanden werden.

Als Barriere bei Präventionsangeboten können vom Beratungspersonal als kultursensibel empfundene Stereotype wirken, die in die Beratung einfließen. Dies kann dazu führen, dass Angebote weniger wahrgenommen werden. Einige immer wieder verwendete Stereotype sind beispielsweise Mythen über HIV

und Sex (Beispiel Jungfrauenheilung) in Afrika. Doch viele Mythen können nicht ohne Weiteres auf alle Afrikaner übertragen werden. Dabei stellt sich zudem die Frage nach der Unterscheidung zwischen kultursensiblen Vorgehen/Verhalten und Vorurteil.

Welcher Bedarf besteht deshalb bei wem und wozu?

Besonders wichtig erscheint ein kultursensibles Verhalten/Vorgehen im Sinne einer Kulturflexibilität bei der Planung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen (siehe auch Abschnitt „Wie sollte ein kultursensibles Verhalten aussehen?“, S. 67).

Informations- und Aufklärungsbedarf

Generell sind zwei übergreifende Ziele zentral für eine erfolgreiche Aufklärung der im Workshop angesprochenen Migrationsgruppen (Schwarzafrika, Osteuropa): 1. Enttabuisierung von HIV/Aids, 2. Sensibilisierung für HIV/Aids.

Informations- und Aufklärungsbedarf besteht je nach Migrationsgruppe in den Bereichen Übertragungswege von HIV/Aids bzw. unbedenkliche Situationen im Alltag. Bei Migrantinnen und Migranten aus Osteuropa besteht beispielsweise ein erhöhter Bedarf an Informationen zu pränataler und postnataler Prävention sowie zu Symptomen und Verlauf von Aids. Zudem sollten neben dem Thema HIV/Aids auch andere sexuell übertragbare Krankheiten wesentlicher Teil der Informations- und Aufklärungsarbeit sein. Des Weiteren sollten auch Männer, die mit Männern Sex haben, sowie bisexuelle Menschen von den Aufklärungsmaßnahmen erreicht werden.

Beratungsbedarf

Intensiverer Beratungsbedarf besteht vor allem vor und nach einem Test durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen. Ebenso ist die Beratung von Frauen vor und während der Schwangerschaft ausbaufähig. Es ist unklar, inwieweit und in welcher Form eine solche Beratung stattfindet.

3.4.3 Konsequenzen für die Planung, Durchführung und Evaluation von Interventionen

Folgende zentrale Thesen wurden aufgestellt:

- Kulturflexibilität ist wichtiger als Kultursensibilität.

- Damit die Prävention die Menschen erreicht, ist es wichtig, entsprechende Zugangswege zu eröffnen.
- Damit verbunden ist die genaue Definition der Zielgruppen: Häufig steht weniger der kulturelle Hintergrund im Zentrum, sondern die Risikosituation bzw. soziale Begleitumstände (Prostitution, Drogenabhängigkeit, Allein-erziehende etc.).
- Die Partizipation der Migrantinnen und Migranten an der Entwicklung von Studien und Aufklärungsmedien wäre für die Prävention förderlich.
- Es besteht ein Mangel an struktureller Implementierung von bereits vorhandenen Präventionsangeboten. Ehrenamtlichkeit sollte durch bezahlte Tätigkeiten abgelöst werden, damit die Aufklärung effektiv wird.
- Die Vernetzung von Einrichtungen der Prävention sollte gefördert werden.

Wie sollte ein kultursensibles Vorgehen aussehen?

Einstimmig wird der Begriff der Kultur als zu allgemein bewertet. Zudem lässt sich in Umfragen der Einfluss der Kultur kaum abfragen.

Kultursensibles Verhalten und Vorgehen darf nicht als kulturspezifisch, das heißt auf jede einzelne der Kulturen speziell ausgerichtet, verstanden werden, denn dann besteht die Gefahr, aufgrund der Vielfältigkeit handlungsunfähig zu werden. Anzustreben sei vielmehr *Kulturflexibilität* in der Aufklärungsarbeit. Das bedeutet, dass die Aufklärung sowohl Stereotypen als auch eine Polarisierung in der Ansprache im Sinne einer Gegenüberstellung des wissensvermittelnden „Wir“ und des unwissenden „Ihr“ vermeidet und dabei gleichzeitig flexibel und offen gegenüber verschiedenen Kulturen und kulturellen Hintergründen bleibt. Die kulturflexible Herangehensweise schließt zielgruppenspezifische Aufklärung keineswegs aus. Im Gegenteil: Sie ist möglich und notwendig. Zentral aber ist, dass sich die Aufklärung den wandelnden Bedingungen fortwährend anpasst, um nicht zu veralten. Denn Migrationsgruppen verändern sich immer wieder, sodass fest verankerte Stereotypen, mit denen in der Prävention mitunter gearbeitet wird, nicht weiterhelfen können.

Um Menschen mit Migrationshintergrund zu erreichen, ist es wichtig zu beachten, dass Migrantinnen und Migranten nicht auf ihre Kultur reduziert werden wollen. Beispielsweise versteht sich eine Migrantin primär als Frau, Mutter oder Berufstätige und erst dann als Mensch mit Migrationshintergrund. Dementsprechend wollen Migrantinnen und Migranten als individuelle Person wahrgenommen werden. Vor diesem Hintergrund ist die zentrale Frage für die Aufklärung weniger die der spezifischen Kultur oder der Kulturspezifität als

vielmehr die, wie die Zugänge gestaltet werden müssen, um die Menschen mit den Botschaften der Prävention zu erreichen.

Was bedeutet dies für

- **die interkulturelle Öffnung von Regeldiensten?**

Eine Ausweitung vielsprachiger Beratungs- und Testangebote wird als notwendig erachtet. Dabei ist die kulturelle Öffnung auch im Sinne der Kulturflexibilität von zentraler Bedeutung.

- **Kooperations- und gegenseitige Unterstützungsmöglichkeiten wichtiger Akteurinnen und Akteure?**

Obwohl bereits seit 10–15 Jahren zahlreiche Ansätze und Modelle der Aidsprävention für Migrationsgruppen vorhanden sind, mangelt es immer noch an Nachhaltigkeit und Kontinuität. Die strukturelle Implementierung gelingt nicht in ausreichendem Maße. Ehrenamtlichkeit sollte durch bezahlte Tätigkeiten abgelöst werden, damit die Aufklärung effektiv wird.

Um die avisierten Zielgruppen zu erreichen und zum Beispiel auch für die Teilnahme an Veranstaltungen zu gewinnen, ist die Kooperation und Vernetzung mit Verbänden, Organisationen und Einrichtungen von Menschen mit Migrationshintergrund unabdingbar. Darüber hinaus sollte auch eine noch engere Vernetzung und Zusammenarbeit von Einrichtungen der Prävention in Deutschland erfolgen.

In welcher Weise sind Migrationsgruppen mit besonderem Bedarf gut erreichbar?

Zielgruppen für die Prävention

Im Kontext des Workshops wurde betont, dass Menschen mit Migrationshintergrund als „mündige Migrantinnen und Migranten“ zu betrachten sind, die in der Lage sind, kulturelle Unterschiede zu reflektieren und kreativ damit umzugehen. Häufig wird vergessen, dass Migrantinnen und Migranten bewusst ist, dass sie sich in einem anderen Land befinden. Dass sie sich bewusst dafür entschieden haben, nach Deutschland zu kommen, ist eine Ressource, an die in der Präventionsarbeit angeknüpft werden kann.

Zentral für die effektive Ansprache von Menschen mit Migrationshintergrund ist die genaue Bestimmung der Zielgruppen. Häufig kommt es in erster Linie auf die *Risikosituationen* an und weniger auf das Herkunftsland. Neben der Ansprache der Migrantinnen und Migranten als Teil der Allgemeinbevölke-

rung ist es deshalb wichtig, spezielle Teilzielgruppen unter dem Aspekt der Risikosituationen zu erreichen, zum Beispiel Prostitution, MSM (Männer, die mit Männern Sex haben), Drogen etc. Entscheidend für diese teilzielgruppen-spezifische Ansprache ist dementsprechend das Kriterium der Vulnerabilität.

Zugangswege für die Prävention

Darüber hinaus ist die Wahl der Zugangswege entscheidend. Wie die Studie „HIV/AIDS und Migration“ bezüglich Migrantinnen und Migranten aus dem osteuropäischen und südosteuropäischen Raum zeigen konnte, werden Informationen über HIV/Aids häufig den Massenmedien entnommen. Da die Vermittlung über die Massenmedien Akzeptanz findet, ist diese Form der Ansprache für die Prävention notwendig. Gerade im Rahmen der massenmedialen Kommunikation ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Menschen mit Migrationshintergrund eine besonders an sie gerichtete Ansprache benötigen. Viele Migrantinnen und Migranten betrachteten sich als einen Teil der Allgemeinbevölkerung und wollen auch als solcher wahrgenommen werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich insbesondere für massenkommunikative Maßnahmen die Leitfrage: Wie kann die Gesamtbevölkerung inklusive Migrantinnen und Migranten erreicht werden? Hier ist eine kulturspezifische Ansprache weder notwendig noch realisierbar. Es handelt sich bei Migrantinnen und Migranten um eine viel zu heterogene Gruppe, um alle Sprachen zum Beispiel in Plakatkampagnen berücksichtigen und alle gleichermaßen ansprechen zu können. Als Beispiel wurde eine Kampagne aus Süddeutschland genannt, in deren Rahmen Menschen unterschiedlicher Herkunft gezeigt werden, verknüpft mit der zentralen Botschaft: Aids geht alle an.

Neben *massenkommunikativen Maßnahmen* wie Fernsehen oder Plakatkampagnen werden als wirksame Möglichkeiten der Ansprache insbesondere vielsprachige Medien und Materialien sowie Informationsveranstaltungen oder andere *personalkommunikative Maßnahmen* als notwendig und effektiv erachtet. Hierbei ist zudem eine gezielte Ansprache einzelner Migrationsgruppen möglich. Förderlich ist darüber hinaus, die Thematik HIV/Aids in andere Oberthemen, die die Menschen interessieren und bewegen, zu integrieren (Beispiel: Integration des Themas HIV/Aids in die übergreifende Thematik „Frauengesundheit“). Auf diese Weise ist eine Teilnahme an Informationsveranstaltungen eher gewährleistet als bei einer Konzentration auf HIV und Aids.

Partizipation an der Aufklärung

Geeignete Zugangswege sollten in erster Linie über die Migrationsgruppen selbst hergestellt werden. Beispiele hierfür sind die Kontaktaufnahme mit Ver-

einen oder einem Imam, da auf diese Weise eine größere Resonanz auf Angebote zu erwarten ist. Über diesen Weg können auch vielsprachige Medien am besten platziert werden. Zum anderen wird die Partizipation der Migrantinnen und Migranten bei der Planung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen als bedeutsam ausgewiesen.

Die Einbeziehung der Migrantinnen und Migranten ermöglicht es, Vertrauen zu schaffen – eine der wichtigsten Voraussetzungen dafür, dass die Zielgruppen auch tatsächlich von den Botschaften der Prävention erreicht werden.

Im Rahmen eines Forschungsprojekts des Ethno-Medizinischen Zentrums zum Thema „Effektive Zugangswege in der Aufklärung zum Thema Sucht“ wurden transkulturelle Mediatorinnen und Mediatoren eingesetzt. Es bestätigte sich, dass die Menschen vor allem dann erreichbar sind, wenn die Betroffenen selbst beteiligt werden, zum Beispiel in der Entwicklung, Vorbereitung und Durchführung von Maßnahmen. Denn die anzusprechenden Zielgruppen sind die Expertinnen und Experten für das eigene Anliegen. Ohne Partizipation können zwar vielsprachige Infoveranstaltungen angeboten werden, allerdings werden sie nicht unbedingt wahrgenommen, so die Erfahrung verschiedener Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmer.

Die Förderung der Partizipation ist gleichermaßen für die Forschung relevant. In den USA wird sie im Rahmen der „Community-Based Research“ erfolgreich umgesetzt. Bereits bei der Formulierung von Forschungsfragen können Migrantinnen und Migranten einbezogen werden.

Wie kann das Thema Tabuisierung berücksichtigt und eine Diskriminierung vermieden werden?

Zentral für die Aufklärungsarbeit, die sich an Migrationsgruppen wendet, ist eine Enttabuisierung von HIV/Aids. Am Beispiel afrikanischer Migrantinnen und Migranten wird deutlich, dass das Thema Tabu/Scham sehr differenziert zu betrachten ist. Nicht allein die Kultur trägt zur Tabuisierung bei, sondern auch fehlende Zugänge zu Medikamenten, Behandlung und Informationen. Denn erst wenn Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten bestehen, so Einschätzungen von afrikanischen Migrantinnen und Migranten, mache es überhaupt Sinn, über die Krankheit zu sprechen. Stigmatisierung ist in afrikanischen Communitys darüber hinaus ein wichtiges Thema, denn es besteht Angst vor Ausgrenzung, wenn über eine HIV-Infektion gesprochen wird. Gerade die eigene Community darf darüber nichts erfahren. HIV/Aids wird häufig als

Gottesstrafe betrachtet oder mit Prostitution in Verbindung gebracht. Aus diesem Grund sprechen Migrantinnen und Migranten aus Afrika lieber mit Deutschen über das Thema. Wichtige Ansprechpersonen für die Thematik HIV/Aids sind in Deutschland vor allem Ärzte und Ärztinnen. Afrikanische Migrantinnen und Migranten sind zumeist eingebunden in private Netzwerke. An Einrichtungen wenden sie sich häufig erst, wenn das private Netzwerk der Unterstützung nicht mehr ausreicht.

Um das Thema Tabuisierung zu berücksichtigen, sind sowohl eine sensible Kenntnis der oben beschriebenen Hintergründe als auch eine differenzierte Betrachtung des Begriffes „Tabu“ wichtig – nicht nur in Bezug auf HIV/Aids, sondern auch auf das Thema Sexualität im Allgemeinen. In afrikanischen Communitys wird durchaus über Sexualität gesprochen, gegenüber Kindern lässt man allerdings viel mehr Vorsicht walten als in Deutschland. Die Ehefrau wird beispielsweise nicht in Anwesenheit der Tochter geküsst. Die Kultur schützt die Töchter vor zu frühen sexuellen Erfahrungen. Für die afrikanische Kultur ist es zu früh, Kinder schon – wie in Deutschland – mit 6 Jahren aufzuklären oder gar über Kondome zu informieren.

Auch in Osteuropa ist das Thema HIV/Aids tabuisiert. Und es besteht ebenfalls die Angst, zu früh aufzuklären. Gemäß den Regeln der orthodoxen Kirche dürfen Kondome insbesondere für Jugendliche kein Thema sein.

Diskriminierung kann vermieden werden, indem eine gesonderte Ansprache von Migrantinnen und Migranten nicht überbetont wird. Denn Menschen mit Migrationshintergrund wollen sich als Teil der Allgemeinbevölkerung betrachten und so auch angesprochen werden.

Möglichkeiten und Grenzen personalkommunikativer Methoden und des Medieneinsatzes

Generell spielt hinsichtlich des Zugangs zu Informationen über HIV/Aids der Aufenthaltsstatus eine Rolle, denn je nach Status ist die Isolation besonders groß.

Personalkommunikative Maßnahmen erlauben es, auf die kulturellen Unterschiede differenzierter einzugehen. Massenkommunikative Maßnahmen hingegen sind in diesen Möglichkeiten beschränkt. Nicht alle Sprachen und kulturellen Differenzierungen können und müssen Berücksichtigung finden. Massenkommunikative Maßnahmen über Fernsehen oder Plakate eröffnen

hingegen die Möglichkeit, Menschen mit Migrationshintergrund nicht als Menschen mit Sonderstatus, sondern bewusst als Teil der Allgemeinbevölkerung anzusprechen und zu achten.

Die Bereitstellung von Online-Angeboten ist nicht für alle Migrationsgruppen gleichermaßen geeignet, da hinsichtlich des Zugangs zum Internet große Unterschiede bestehen. Während Menschen in Asylunterkünften kaum Zugang dazu haben und damit viele Migrantinnen und Migranten aus Afrika weniger über Online-Angebote zu erreichen sind, gilt für Zugewanderte aus Osteuropa, dass erste Vorinformationen zu HIV/Aids häufig dem Internet entnommen werden. Online-Angebote sind in dieser Zielgruppe erwünscht.

Wo gibt es besondere Lücken im Angebot?

Besondere Lücken sind, wie weiter oben bereits aufgeführt, hinsichtlich der hinlänglichen Beratung der Patienten und Patientinnen vor der Durchführung eines HIV-Tests zu verzeichnen. Ebenso sollten Informationsangebote über pränatale und postnatale Risiken bzw. Nichtrisiken und Behandlungsmöglichkeiten ausgeweitet werden.

4. Sexualaufklärung und Familienplanung

4.1 Türkische Heranwachsende und Sexualität – Sexuelle Normvorstellungen und Erziehungspraxis bei türkischen Eltern

Menekse Gün

4.1.1 Einleitung

Um den Heranwachsenden in Deutschland mit einer adäquaten Gesundheitsförderung gerecht zu werden, muss vorab festgestellt werden, wer überhaupt welche Gesundheitsförderung benötigt. Bezüglich der sexuellen Gesundheitsförderung ist eindeutig feststellbar, dass insbesondere türkische Heranwachsende der 3. Generation und meistens auch deren Eltern, also die 2. Generation, einen großen Bedarf haben. Nachfolgend soll auf die sexuelle Normvorstellung in der türkischen Kultur eingegangen werden sowie auf die Sexualerziehung und Sexualaufklärung der türkischen Jungen und Mädchen.⁴ Daraus ergibt sich, welche Interventionen die Gesundheitsförderung vornehmen sollte, um eine Bedarfs-, Erziehungs- und Aufklärungslücke schließen zu können.

Bewusst werden hier die Begriffe Migrantin/Migrant und Migration vermieden. Denn Migration beschreibt einen Prozess der Wanderung, das heißt, migriert zu sein bedeutet, dass Menschen in ein neues Land eingewandert sind und dort versuchen, sich mit ihren kulturellen und religiösen Werten anzupassen, da sie beabsichtigen, in dem neuen Land ihr neues Leben aufzubauen. Demzufolge ist der Begriff „Migrantin“ bzw. „Migrant“ bei Personengruppen zu verwenden, die tatsächlich selbst migriert sind.

Die Verwendung des Begriffs Migrantinnen/Migranten bei türkischen Heranwachsenden der 2. oder 3. Generation ist unzutreffend. Die 2. Generation sind

⁴ Zu Aufklärung und Sexualverhalten junger Migrantinnen und Migranten finden Sie unter dem Link <http://forschung.sexualaufklaerung.de> – Stichwort „Studien“ – den Projektsteckbrief und die Ergebnisse der BZgA-Studie „Jugendsexualität 2006: Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern“.

die Kinder der 1. Generation, der Arbeitsmigrantinnen und -migranten, die ab den 1960er-Jahren zum Arbeiten nach Deutschland kamen. Tatsächlich sind nur wenige aus der 2. Generation als Kleinkinder nach Deutschland migriert. Die meisten türkischen Mitbürgerinnen und Mitbürger der 2. Generation sind in Deutschland geboren und aufgewachsen, genauso wie die heutige 3. Generation. Insofern wird im vorliegenden Text auf die Bezeichnung Migranten und Migrantinnen in Bezug auf türkische Heranwachsende verzichtet.

4.1.2 Die Situation türkischer Heranwachsender

Bei den Heranwachsenden besteht aufgrund religiöser und insbesondere kultureller Werte und Normen ein Bedarf bezüglich des Umgangs mit der eigenen und der fremden Sexualität. Dies umfasst die Aufklärung über sexuelle Gesundheit, die Aufklärung über heimatliche religiöse und kulturelle Sexualwerte sowie die adäquate Integration des heimatlichen religiösen und kulturellen Moralkodexes in die deutsche Kultur.

Immer noch wird das Thema Sexualität in vielen türkischen Familien tabuisiert – wenn auch nicht mehr so stark wie früher. Die 1. Generation gab sich ihren Kindern früher als Eltern ohne Sexualität zu erkennen, indem sie keine Zärtlichkeiten vor den Kindern austauschte (Umarmungen, Küssen) und die Sexualaufklärung in der Schule mit Skepsis betrachtete. Heute wird mit Sexualität in vielen türkischen Familien zwar offener umgegangen, jedoch nicht so offen, dass die Heranwachsenden einen (kulturell) ausgeglichenen Umgang mit der Sexualität hätten. Die Sexualaufklärung in der Schule wird heute nicht mehr kritisiert, die Kinder werden über ihren Körper auch von den eigenen Eltern aufgeklärt, zwischen den Eltern finden auch für die Kinder erkennbare Zärtlichkeitsgesten statt. Schon allein durch die Medien ändert sich bei den jetzigen Elterngenerationen die Sexualerziehung ihrer Kinder, da Sexualität heute in Fernsehen, Internet und Zeitschriften unwillkürlich integriert ist.

Die Auseinandersetzung mit der Sexualität ist heutzutage unumgänglich. Da die Heranwachsenden in zwei – bezüglich sexueller Thematiken divergierenden – Kulturen aufwachsen (türkische und deutsche Kultur), ist der Umgang mit der Sexualität in beiden Kulturen zu erlernen. Wichtig ist hierbei, dass die Sexualerziehung in türkischen Familien nicht unbedingt mit der islamisch-religiösen Sexualerziehung kongruent ist. Die Sexualerziehung im Islam soll im weiteren Verlauf ein kleiner Exkurs erläutern.

Sexuelle Normvorstellungen in der türkischen Kultur

Die Kultur ist ein Verhaltenskodex für Menschen, die sich aus Religion und Traditionen zusammensetzt. Sitte und Brauchtum haben schon immer die Erziehung des Menschen bestimmt. Die Sexualerziehung in türkischen Familien ist unterschiedlich. Es gibt Familien, die ihren Kindern eine Sexualerziehung, so wie sie religiös bestimmt ist, zukommen lassen. Andere wiederum wenden eine Sexualerziehung an, in der eine starke sexuelle Doppelmoral herrscht, weil es sich über Jahrzehnte als Tradition etabliert hat, dem männlichen Geschlecht mehr sexuellen Freiraum zu gewähren als der Frau. Demzufolge ist in vielen türkischen Familien eine geschlechtsspezifische Sexualerziehung anzutreffen.

4.1.3 Die Folgen einer defizitären Sexualerziehung türkischer Mädchen und Jungen

Ohne einzelnen türkischen Familien gegenüber ungerecht sein zu wollen, soll hier erwähnt werden, dass die folgenden Erkenntnisse auf einer von mir durchgeführten wissenschaftlichen Untersuchung über die sexuelle Normvorstellung in türkischen Familien basiert (Gün 2005) und es sicherlich immer Ausnahmefälle unter den Familien gibt, die dem präsentierten Bild nicht entsprechen. Diese Ausnahmefälle werden aber die Minderheit darstellen. Die Mehrheit der türkischen Familien weist nämlich das folgende Muster der Sexualerziehung und Sexuaufklärung auf: Die türkischen Mädchen werden heute von ihren Müttern oder Geschwistern, auf jeden Fall von einer gleichgeschlechtlichen Person, über die Menstruation, über rituelle Waschungen aufgeklärt, sobald das Mädchen in die Pubertät kommt. Vorher finden Gespräche über sexuelle Themen nicht wirklich statt. Mit Beginn der Pubertät wird das Mädchen über das Wichtigste aufgeklärt: Ehrenkodex, Keuschheit und die Aufgaben einer (Ehe-, Haus-)Frau.

Immer noch wird ehrenvolles Verhalten über Keuschheit und Bewahrung des Hymens, also der Jungfräulichkeit und des sexuell unberührten Mädchens, definiert. Deswegen sind sexuelle Aktivitäten für das Mädchen vor der Ehe tabu. Im Falle einer vorehelichen sexuellen Aktivität wäre nicht nur die Ehre des betroffenen Mädchens verletzt, sondern auch die Ehre der Familie, insbesondere der Väter. Die Furcht vor Ehrverlust bezieht sich letztlich nicht auf die wirkliche Sorge um die Töchter bzw. die Frauen, sondern es geht dabei im Wesentlichen um die „Männerehre – sie ist Maßstab aller Dinge, für die Frauen bedeutet sie ihre totale Enteignung von sich selbst, ihre völlige Unterord-

nung und Rechtlosigkeit. Die Ehre der Männer steht und fällt mit dem Verhalten ‚ihrer‘ Frauen. Frauen sind die Ehre der Männer in einer Gesellschaft, die durch genau diesen Code der Ehre zusammengehalten wird“ (Türkoglu 1985, S. 67).

Hinsichtlich der Frauenrolle wird den Mädchen direkt oder indirekt nicht selten vermittelt, dass sie die sexuell Passiven sein müssten. Deswegen wird ihnen der voreheliche sexuelle Akt verwehrt, während dieser beim Jungen befürwortet wird. Die Rolle der sexuell Passiven bzw. der Lernenden – während dem Jungen die Rolle des Lehrenden zugewiesen ist – wird meistens mit der Religion begründet. Hier wird die Religion eindeutig als Abschreckungsmittel instrumentalisiert und missbraucht. Als Beispiel sind unten zwei Zitate aus meiner Untersuchung aufgeführt, die die Sexualerziehung und Sexualaufklärung der türkischen Mädchen näherbringen sollen. Dabei ging es um die Frage, worüber die Befragten ihre Töchter aufklären würden⁵:

„Bei uns ist es immer noch Sitte ... Ich kann mich nicht hinsetzen und offen mit meiner Tochter darüber reden ... Meiner jüngsten Tochter sage ich manchmal: ‚Wenn du Bauchschmerzen hast, dann wirst du so und so menstruieren.‘ Das war es auch, nicht mehr.“ (Weibliche Befragte, 48 Jahre alt)

„Dass sich am weiblichen Körper etwas ändern wird ... da würde ich sie aufklären. Und das Zweite, würde ich meine Tochter so aufklären, wie ich das auch bei meinen Eltern sehe. Das ist zwar keine Aufklärung, aber in dem Sinne [zu] sehe[n], dass man vor der Hochzeit keinen Geschlechtsverkehr haben darf.“ (Weibliche Befragte, 26 Jahre alt)

Die türkischen Jungen erhalten im Vergleich zu den Mädchen keine inhaltsreichere Sexualaufklärung. Da den Jungen der voreheliche sexuelle Akt erlaubt wird, verschiebt sich aber der Schwerpunkt, der bei Jungen auf die Verhütung zum Schutz vor ungewollter Vaterschaft gelegt wird. Hierzu zwei Zitate, die aus der Frage entstanden sind, ob und worüber die Befragten ihre Söhne aufklären:

„Die Punkte, auf die ich ihn in der Pubertät angesprochen habe ... waren ‚Liebling, du bist ein Mann, du hältst es nicht aus. Du könntest ein Kind auf

⁵ Originaltexte, das heißt, die Texte sind in der Sprache unverändert und unkorrigiert. Einfügungen in eckigen Klammern zum besseren Verständnis.

die Welt setzen und dann würde deine Schule darunter leiden. Denke an deine Zukunft. “ (Weibliche Befragte, 60 Jahre alt)

„Es war nicht mehr notwendig ... Er hat mir nie eine Frage gestellt. Denn er hatte Beziehungen und war frei. Seine Erfahrungen und all das, hat er selber gelernt.“ (Männlicher Befragter, 63 Jahre alt)

Frage: Welche Bedeutung hat für dich die Virginität deines Sohnes?

„Nein, keine. Natürlich nicht! Er ist ein Mann! ... Ein Mann kann sich nehmen, was er will.“ (Weibliche Befragte, 68 Jahre alt)

Die türkischen Jungen werden zu einem grenzenlosen (Sexual-)Verhalten erzogen. Ihnen werden – im Gegensatz zu den Mädchen – keine so strengen religiösen Grenzen aufgezeigt bzw. Sexualwerte vermittelt. Der Junge soll von einer gewissen Omnipotenz geprägt sein, die seine Identifikation als Mann ausmachen soll. Es ist nicht auszuschließen, dass die Jungen dadurch in ein psychisches Ungleichgewicht geraten, weil sie dem Druck bzw. der gesellschaftlichen Erwartung als „Mann“ entsprechen wollen bzw. müssen.

Fußend auf der Sexualerziehung und Sexualaufklärung der türkischen Heranwachsenden wird ihnen „indirekt“ eine starke sexuelle Doppelmoral vermittelt: Das weibliche Geschlecht soll immer noch dem traditionellen passiven Frauenbild entsprechen, und das männliche Geschlecht darf das Patriarchat übernehmen. Hierdurch werden den Heranwachsenden bestimmte Sexualverhaltensweisen vermittelt, die sie in ihrer Rolle als Mann/Frau übernehmen (müssen). Auffällig ist, dass die Eltern ihren Kindern durch wenig Sprache und Kommunikation bestimmte traditionelle Sexualwerte vermitteln. Über Sexualität, sexuelle Gesundheit u. Ä. kommt kein Gespräch zustande, denn dazu ist die Scham zu groß. Auch ist die Angst damit verbunden, dass die Töchter durch Gespräche mit sexuellem Inhalt erst recht zu sexuellen Aktivitäten angeregt werden könnten, und der Junge könnte den Respekt vor dem Vater verlieren. Somit ist und bleibt für diese Heranwachsenden die Pubertät eine Phase der Neugier und Unwissenheit, die sie „alleine“ durchstehen müssen; eine Aufklärung erfolgt höchstens mit Zeitschriften oder durch Gleichaltrige. Sie erhalten ein lückenhaftes und einseitiges Wissen über Sexualität, der adäquate Umgang mit der eigenen und fremden Sexualität wird nicht wirklich erlernt. Auch haben sie keine Vertrauenspersonen, die sie bei Fragen über Sexualität ansprechen könnten. Ebenso wie ihren Eltern fällt es den Heranwachsenden schwer, eine geeignete Sprache für Sexualität zu finden – zumal sie mögli-

cherweise auch befürchten, dass die Eltern einen Verdacht auf vorehelichen Verkehr hegen. Auch führt die lückenhafte Sexualaufklärung dazu, dass selbst erwachsene ledige Frauen (die Interviewpartnerinnen in meiner Untersuchung waren alle über 28 Jahre alt) aus Angst vor dem Hymenverlust keine gynäkologische Praxis aufsuchen.

Exkurs: Sexualerziehung im Islam

Oft wird von türkischen Eltern als Begründung für die Tabuisierung der Sexualität die Religion genannt. Nach den Auslegungen des Wissenschaftlers Demircan⁶ zu urteilen, lässt sich sagen, dass diese von den meisten türkischen Eltern aufgestellte These nicht dem Koran entspricht und das Reden über die Geschlechtlichkeit des Menschen in der islamischen Religion nicht verboten wird. So interpretiert Demircan zahlreiche Stellen des Korans sowie Hadithen, in denen die Geschlechtlichkeit der Menschen angesprochen wird. Zudem sei es nicht nachvollziehbar, die Tabuisierung der Sexualität auf den Koran zurückzuführen, denn in etlichen Versen wird die menschliche Sexualität thematisiert, die sich von den ehelichen Praktiken bis hin zur Reinigung zieht.

Den in der Wissenschaft und in Hadithsammlungen angeführten Hadithen ist zu entnehmen, dass nicht nur der Prophet Muhammed (s.a.s.)⁷ die Gläubigen über ihre Sexualität aufklärte, sondern ebenso seine Frau Aise diese Aufgabe helfend auf sich nahm. Dies wird auch daran deutlich, dass viele der Hadithen, genauer gesagt „zweitausendzweihundertzehn“ (Demircan 2002, S. II/203) von Hz. Aise gesammelt und kundgetan wurden. Die Aussagen und Erklärungen zum Thema Sexualität sollen aufzeigen, dass der Umgang mit der Sexualität damals erlernt werden *musste*. Welche Sexualmoral der Islam besitzt, welche sexuellen Verhaltensweisen er den Gläubigen gebietet oder verbietet, darf den Gläubigen nicht vorenthalten werden. Nach Demircans Auslegungen ist eine Sexualerziehung schon in der Gesamterziehung von Jungen und Mädchen enthalten, „die u. a. die religiösen Sexualwerte und -normen berücksichtigt. Sie ist eine wichtige Grundvoraussetzung für eine islamische Lebensweise“ (vgl. Abidin, in: Demircan 2002, S. I/13). Zudem bemerkt Demircan, dass „es eine religiöse Pflicht sei, Mädchen sowie Jungen bis zur Pubertät mit dem reli-

6 Demircan, geboren 1945 in Istanbul, ist islamischer Wissenschaftler und Koranbeschützer. Er ist in der Türkei durch seine (Freitags-)Predigten, Seminare, Konferenzen, Radio- und Fernsehprogramme und seine Bücher bekannt geworden. Unter anderem hat er das Buch „Sexualleben im Islam“ geschrieben.

7 s.a.s kürzt die Propheteneulogie „sallah Allah 'alaihi wa salam“ ab – „Gott segne ihn und schenke ihm Heil“.

giösen Wissen bezüglich Verbot und Gebot aufzuklären“ (Demircan 2002, S. I/13). Ohne eine (religiöse) Sexualerziehung könnten Kinder und Jugendliche unwissend schneller in Sünden verfallen. In den dörflichen Regionalsitten wird zum Beispiel der Jungfräulichkeit des Jungen kein Wert beigemessen. Doch der Islam besteht auf der Keuschheit beider Geschlechter vor der Heirat und bewertet es auch bei beiden Geschlechtern als gleiche Sünde. Nach Demircan sollten Jugendliche durch die religiöse Sexualerziehung lernen, dass die islamische Religion eine positive und sexualfreundliche Einstellung besitzen kann. Dabei sind die Sexualwerte und -normen innerhalb der Religion zu beachten, zum Beispiel Sexualverkehr nur innerhalb des ehelichen Rahmens, Wichtigkeit der sexuellen Befriedigung der Frau, kein Zwang zum Verkehr, Wichtigkeit des Vorspiels, keine Gewalt gegen den Körper u. Ä.

Durch die religiöse Sexualerziehung lernen moslemische Kinder und Jugendliche den bewussten und gewissenssicheren Umgang mit ihrer Sexualität, ohne dabei auf religiöse Verbote zu stoßen. Denn „die islamische Sexualerziehung hat das Ziel, die Kinder zu einem islamisch verantworteten Sexualverhalten zu befähigen“ (Aslan 1996, S. 26), indem sie ihnen Maßstäbe anbietet, die ihnen zur Orientierung und Hilfe dienen. Die wichtigste Aufgabe der Eltern besteht nach Aslan darin, ihre Kinder für die Gesellschaft zu nützlichen Individuen zu erziehen, das heißt Individuen, die der Gesellschaft nicht schaden, sondern die gesellschaftlichen Gesetze achten, u. a. auch den Umgang mit Sexualität innerhalb der islamischen Gesellschaft.

4.1.4 Resümee: Planung von Interventionen

Die Ausgangssituation sieht folgendermaßen aus: Sexualität wird in den meisten türkischen Familien zum größten Teil immer noch tabuisiert. Hierzu fehlt oft eine geeignete Sprache. Die Heranwachsenden erhalten keine adäquate Sexualaufklärung. Auch werden von den Eltern oder von den Heranwachsenden bei sexuellen Problemen keine Beratungsstellen aufgesucht. Es herrscht die Angst, dass in den Beratungsstellen den Kindern falsche Werte bzw. Richtlinien aufgezeigt werden. Beispiel: Eine Beraterin erklärt der türkischen Mutter, dass ihre 15-jährige Tochter nun in einem Alter ist, in der sie sexuelle Erfahrungen machen könnte bzw. dass es in Ordnung sei, dass sie einen Freund habe. Solche Aussagen würden türkische Familien mit gutem Grund abschrecken, eine eigentlich notwendige Hilfemaßnahme in Anspruch zu nehmen. Die Beraterinnen und Berater müssen über religiöse und traditionelle Werte einer Kulturgruppe aufgeklärt werden. Regelmäßige Supervision durch eine Fach-

kraft mit interkulturellem Hintergrund reduziert die Gefahr von Diskussionen wie im obigen Beispiel.

Ebenso besteht auch ein Aufklärungsbedarf bei den türkischen Eltern. Sie müssen durch die Aufklärung ihre Angst besiegen und erkennen, dass eine Sexualaufklärung nicht zwangsläufig zu sexuellen Handlungen führt. Sie müssen lernen, eine Sprache für sexuelle Themen zu finden, ohne befürchten zu müssen, das Kind könne den Respekt vor den Eltern verlieren.

Für die Heranwachsenden ist es von immenser Bedeutung, dass sie gerade in der Pubertät eine Vertrauensperson haben, der sie ihre Fragen über alle sexuellen Themen ohne Peinlichkeit stellen können.

Demzufolge wäre ein Dreiecks-Arbeitsbündnis erforderlich (vgl. Abbildung 15). Wenn die **Fachkräfte in Beratungsstellen** eine *interkulturelle Supervision* erhalten, in der sie die fremde Kultur (Werte, Normen, Erziehungsziele, Rollenfunktionen der Geschlechter) ihrer Klientinnen und Klienten kennenlernen, wäre eine erste Arbeitsgrundlage im Gesundheitswesen geschaffen.

Erst die Begegnung der Klientel mit diesem interkulturellen Wissen würde dazu führen, dass sich die **Klientinnen und Klienten aus fremden Kulturen** in Beratungsstellen vor ihrem kulturellen Hintergrund verstanden und angenommen fühlen. Die Angst der jungen türkischen Heranwachsenden und deren

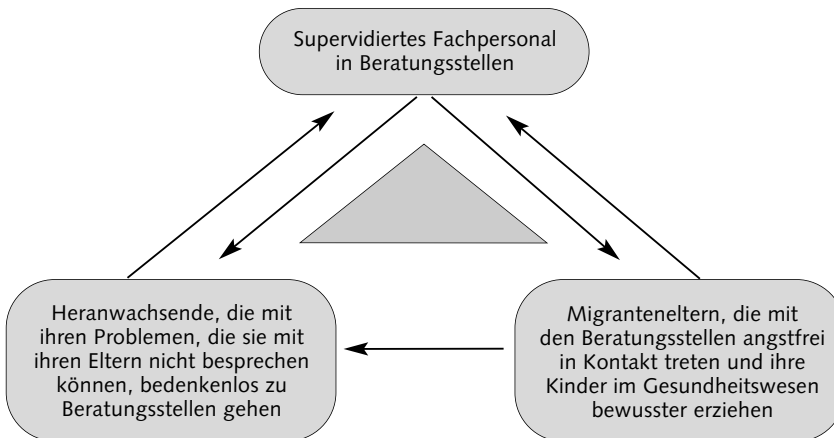


Abb. 15: Darstellung eines Dreiecks-Aktionsbündnisses

Eltern, die deutschen Fachkräfte könnten ihnen ihre eigenen Werte aufdrängen oder sie von ihren eigenen Werten überzeugen, würde somit aufgehoben. Die Beratungsstellen würden insbesondere von den türkischen Heranwachsenden und deren Eltern mehr besucht werden. Dies hätte zur Folge, dass die Eltern ihre Kinder im Bereich Sexualität bewusster und gezielter erziehen und dass die Heranwachsenden auch bedenkenloser bei Problemen, die sie mit ihren Eltern nicht besprechen können, eine Beratungsstelle aufsuchen.

Es reicht also nicht aus, nur interkulturelle Fachkräfte einzustellen oder Angebote für Heranwachsende zu machen. Im Gesundheitswesen wird erst eine wahre Veränderung angestrebt werden, wenn das dargestellte Dreieck von Beratungsstellen, Eltern und Heranwachsenden gleichzeitig in Betracht bezogen wird.

Literatur

- Aslan, A. (1996): Geschlechtererziehung in den öffentlichen Schulen und die islamische Haltung. Stuttgart.
- Atabay, I. (1998): Zwischen Tradition & Assimilation. Freiburg.
- Bennholdt-Thomsen, V., Dokter, A., Firat, G., Holzer, B., Marciniak, K. (1987): Frauen aus der Türkei kommen in die Bundesrepublik. Münster.
- Demircan, A. R. (2002): *İslam'a göre Cinsel Hayat*, 43. Aufl., Istanbul (Sexualität im Islam).
- Gün (Cagliyan) M. (2005): Sexuelle Normvorstellungen und Erziehungspraxis von Türken in der Türkei und in Deutschland der 1. und 2. Generation. Münster, Lit-Verlag.
- Türkoglu, S. (1985): Wir sind Sklavinnen der Sklaven. Eine Türkin erhebt Anklage. In: Emma, März 1985.

4.2 Informationsbedarf, Informationsquellen und Beratungserfordernisse bei Frauen mit türkischem und ost- bzw. südosteuropäischem Migrationshintergrund: Ausgewählte Ergebnisse der BZgA-Studie „Familienplanung und Migration im Lebenslauf“

Heike Klindworth

4.2.1 Die Studie „frauen leben“

Frauen mit Migrationshintergrund machen in Deutschland einen erheblichen Anteil der weiblichen Bevölkerung in der reproduktiven Phase aus. Die BZgA richtet ihr Augenmerk verstärkt auf die Lebenslagen dieser in sich heterogenen Gruppe und gab daher die Studie „frauen leben: Familienplanung und Migration im Lebenslauf“ in Auftrag. Diese wird derzeit vom Sozialwissenschaftlichen FrauenForschungsInstitut Freiburg (SoFFI F.) und dem Institut für Soziologie der Universität Freiburg durchgeführt. Ziel der Studie ist es, Wissen über den unterschiedlichen Bedarf an Informationen und Unterstützung bei Fragen der Familienplanung bezüglich ausgewählter Migrationsgruppen sowie über die jeweiligen sozialen und kulturellen Hintergründe zu gewinnen.

Vielfach wird darauf verwiesen, dass die Formen und Inhalte der Information, Beratung und Unterstützung die Migrantengruppen häufig nicht oder zu selten erreichen. Neben den Sprachproblemen werden die Zugangsbarrieren u. a. auf die mangelnde Vertrautheit mit deutschen Einrichtungen, eine Reserviertheit gegenüber dem Behördenpersonal oder die Sorge um Benachteiligung und Diskriminierung zurückgeführt.⁸ Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Studie „frauen leben“ vorgestellt, die sich auf den Informations-

⁸ Boos-Nünning, U. (2005): Migration als Familienprojekt. In: Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport (MI) – Ausländerbeauftragte: SACHLICH Familienprojekt Migration. Alles in Bewegung. Schriftenreihe der Ausländerbeauftragten des Landes Niedersachsen. Heft 9, Dez. 2005, 9–15.

bedarf und die präferierten Informationsquellen von Migrantinnen sowie auf die von ihnen gewünschten Rahmenbedingungen für Beratungsangebote im Bereich Familienplanung beziehen.

Die erste Phase der Studie, in der die Machbarkeit einer Befragung von Migrationsgruppen zum Thema Familienplanung geprüft wurde, ist in Kooperation mit den beiden Kommunen Stuttgart und Oberhausen durchgeführt worden.

Es wurden 601 Frauen mit türkischem oder ost- bzw. südosteuropäischem Migrationshintergrund über ihre Migrationsgeschichte, ihren reproduktiven Lebenslauf und ihre aktuelle Lebenssituation telefonisch befragt. Vergleichsgruppe sind 299 Frauen ohne Migrationshintergrund.

Eckpunkte der Studie sind:

- *Sozialräumlicher Ansatz:* Die Erhebung wurde in Kooperation mit zwei Kommunen durchgeführt, die spezielle Daten für ihre besondere, eigene „Zuwanderungsgeschichte“ als Basis der kommunalen Integrations- und Familienpolitik wünschten. Dieser kommunale Ansatz ist wichtig, weil bundesweit repräsentative Daten für einzelne Kommunen keine Gültigkeit besitzen.
- *Fokussierung auf zwei Migrationsgruppen:* Daten zu „Migrantinnen“ allgemein sind zu undifferenziert. In Absprache mit den Kooperationspartnern wurden zwei Migrations- bzw. Herkunftsgruppen für die Befragung ausgewählt. Diese gehören in der Gesamtbevölkerung ebenfalls zu den am stärksten verbreiteten Gruppen.
- *Verzahnung mit einer qualitativen Teilstudie:* Der zweite Erhebungsteil umfasst 30 qualitative Einzelinterviews und 18 Gruppendiskussionen mit den Zielgruppen.
- *Altersfenster:* Es wurden 20- bis 44-jährige Frauen befragt, weil in diesem Alter Familienplanung aktuell ist.

Die hier vorgestellten Ergebnisse der standardisierten Befragung geben einen Zwischenstand wieder und zeichnen erste Trends nach, die sich in beiden Kommunen in ähnlicher Weise fanden. Die Datenbasis wird derzeit durch Einbeziehung weiterer Kommunen erweitert, um zusätzliche Auswertungsmöglichkeiten zu eröffnen, zum Beispiel Vergleiche der Gruppen unter Kontrolle von Indikatoren der sozialen Situation.

Definitionen und Sprachregelungen

- Ein türkischer oder ost- bzw. südosteuropäischer Migrationshintergrund ist dann gegeben, wenn die Befragte selbst oder mindestens ein Elternteil in der Türkei bzw. einem ost- bzw. südosteuropäischen Land geboren wurde. Dadurch werden eingebürgerte Frauen und Aussiedlerinnen ihrer Herkunft entsprechend berücksichtigt.
- Die „2. Generation“ wurde nicht nur darüber definiert, dass die Frauen in Deutschland geboren sind, sondern es wurden diejenigen hinzugenommen, die im Alter von unter 12 Jahren nach Deutschland gekommen sind. Diese Zuordnung zur 2. Generation bezieht sich darauf, dass die gesamte – bzw. ein wesentlicher Teil der schulischen – Sozialisation in Deutschland durchlaufen wurde. Die „1. Generation“ umfasst somit alle Frauen, die im Alter von mindestens 12 Jahren nach Deutschland gekommen sind. Als „Zugewanderte“ werden alle Frauen aus der 1. und der 2. Generation bezeichnet, die eine eigene Migrationserfahrung haben.
- Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung werden die Termini „Frauen mit türkischem Migrationshintergrund“, „türkische Frauen“ und „Frauen aus der türkischen Gruppe“ synonym verwendet, auch wenn Befragte mit türkischem Migrationshintergrund durchaus die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen können. Für die Frauen mit ost- bzw. südosteuropäischem Migrationshintergrund wird in gleicher Weise verfahren. Und schließlich wird von deutschen Frauen gesprochen, wenn es um die Vergleichsgruppe der Frauen ohne Migrationshintergrund geht.

4.2.2 Migrationsprofil und aktuelle Lebenssituation der Migrantinnen

Frauen mit türkischem Migrationshintergrund

Die überwiegende Mehrheit der befragten türkischen Frauen ist in der Türkei geboren (84 %). Diese zugewanderten Frauen sind meistens jung, überwiegend kinderlos und im Zusammenhang mit einer Heirat nach Deutschland gekommen. Sie leben im Durchschnitt seit ca. 18 Jahren hier. Mehr als ein Drittel der Frauen gehört der 2. Generation an, das heißt, sie sind in Deutschland geboren oder im Alter von unter 12 Jahren zugewandert.

Kennzeichen der familiären Situation ist der hohe Anteil an Verheirateten, die mit dem Partner und Kind(ern) zusammenleben (82 %), und der geringe Anteil an Ledigen (10 %). Lediglich 14 % der Frauen sind kinderlos, 39 % haben drei

und mehr Kinder. Die durchschnittliche Kinderzahl der 35- bis 44-jährigen Frauen liegt bei 2,7.

Die Frauen aus der türkischen Gruppe verfügen über sehr niedrige formale Schul- und Berufsausbildungsabschlüsse (vgl. Tabelle 3). 60 % der Frauen haben höchstens einen Hauptschulabschluss, mehr als jede zweite Frau ist ohne Berufsausbildung und weitere 10 % haben lediglich eine Anlernausbildung absolviert. Entsprechend hat nur ein Viertel der türkischen Frauen eine Lehre bzw. eine schulische Ausbildung abgeschlossen, lediglich 4 % haben studiert.

Im Vergleich zu den beiden anderen befragten Gruppen ([süd-]osteuropäische Frauen, deutsche Frauen) ist die Erwerbsbeteiligung der türkischen Frauen außerordentlich gering. Insgesamt sind drei Viertel von ihnen nicht oder weniger als 15 Stunden erwerbstätig, dabei liegt der Anteil der Frauen, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, bei 62 %. Nur 10 % arbeiten in einem Umfang von 35 Stunden und mehr.

Falls die Frauen erwerbstätig sind, so arbeiten sie überwiegend als un- oder angelernte Kraft (48 %), gleiches gilt für ihre (Ehe-)Partner (51 %). Aufgrund dieser Erwerbslage fällt die Einkommenssituation in den türkischen Haushalten deutlich ungünstiger aus als in den beiden anderen Untersuchungsgruppen: 43 % aller Haushalte müssen mit einem Haushaltseinkommen von unter 1500 Euro auskommen und 22 % sind auf staatliche Unterstützungsleistungen angewiesen. Hervorzuheben ist ferner, dass nur jede zweite türkische Frau über ein eigenes Einkommen verfügt.

Frauen mit ost- bzw. südosteuropäischem Migrationshintergrund

Die Frauen aus der ost- bzw. südosteuropäischen Gruppe sind zu 91 % selbst zugewandert. Sie sind meistens im Erwachsenenalter und überwiegend kinderlos und ledig nach Deutschland gekommen. 37 % der zugewanderten Frauen waren zum Zeitpunkt der Migration verheiratet und hatten bereits ein oder mehrere Kinder. Hauptzuwanderungsgründe sind Aussiedlung und Familienzusammenführung. Im Durchschnitt leben diese Frauen seit 13 Jahren in Deutschland. Insgesamt 27 % der Frauen gehören der 2. Generation an.

Wie in der türkischen Gruppe ist der Großteil dieser Frauen verheiratet und lebt mit Ehepartner und Kind(ern) zusammen (60 %), doch machen andere Lebensformen zusammengekommen ein Drittel aus. 24 % der Frauen sind ledig ohne Kinder, knapp 11 % sind aktuell nicht verheiratet und haben Kinder, die überwiegend aus früheren Partnerschaften stammen.

Im Vergleich zur türkischen Gruppe sind die ost- bzw. südosteuropäischen Frauen deutlich höher qualifiziert (Tabelle 3). 45 % haben die Schule mit dem (Fach-)Abitur abgeschlossen, 50 % haben eine Lehre bzw. schulische Berufsausbildung absolviert und mehr als ein Viertel ein Studium. Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass die Berufsabschlüsse häufig im Herkunftsland erworben wurden und in Deutschland überwiegend nicht anerkannt werden.

Die Erwerbs- und Einkommenssituation stellt sich ebenfalls positiver dar als in der türkischen Gruppe. Die ost- bzw. südosteuropäischen Frauen sind deutlich seltener erwerbslos (30 %) und gehen deutlich häufiger einer Vollzeitbeschäftigung nach (37 %). Jeweils 45 % der erwerbstätigen Frauen und der erwerbstätigen (Ehe-)Partner arbeiten als Fachkraft mit Berufsausbildung. Aufgrund dieser günstigeren Erwerbssituation ist der Anteil der Haushalte, denen ein Einkommen von unter 1500 Euro zur Verfügung steht bzw. der Anteil der Frauen, die kein eigenes Einkommen haben, mit 29 % bzw. 17 % deutlich niedriger als bei den türkischen Familien bzw. Frauen.

Im Vergleich zu den deutschen Frauen fällt die Einkommenssituation in der ost- bzw. südosteuropäischen Gruppe jedoch insgesamt merklich schlechter aus. Dies lässt sich auch daran ablesen, dass 23 % der Haushalte auf staatliche Unterstützungsleistungen angewiesen sind, gegenüber 7 % bei den deutschen Haushalten.

Migrationshintergrund <i>Maximale Fallzahl</i>	Türkisch <i>n = 307</i>	Ost- bzw. südosteuropäisch <i>n = 294</i>	Deutsch <i>n = 299</i>
<i>Soziodemografisches Merkmal:</i>			
1. Generation (> 11 Jahre bei Zuwanderung)	65	73	–
Ø Zuzugsalter (in Jahren)	16,9	20,2	–
Verheiratet, zusammenlebend	86	66	54
Anteil kinderloser Frauen	14	30	46
Ø Kinderzahl, 35–44 Jahre	2,7	1,8	1,6
Ohne Schulabschluss/Hauptschule	60	10	8
Ohne Berufsausbildung	56	10	5
Erwerbslos	62	30	21
Haushaltsnetto < Euro 1500	43	29	18

Tab. 3: Wesentliche soziodemografische Merkmale (Angaben in Prozent und Mittelwert). Quelle: BZgA, Datensatz „frauen leben II“ 2007, 20- bis 44-jährige Frauen mit und ohne Migrationshintergrund

4.2.3 Informationsbedarf und Beratungserfordernisse im Bereich Familie und Familienplanung

Mit Blick auf die inhaltliche Ausrichtung von Angeboten zur Familien(pla-
nungs)- und Gesundheitsberatung wurde in der Erhebung eine Liste von mög-
lichen Beratungsinhalten vorgegeben und das Interesse an diesen Themen
erhoben.

Für die türkische Gruppe kann ein vergleichsweise hoher Informationsbedarf
angenommen werden. Die Interessensbekundungen zu den verschiedenen Teil-
aspekten des Themas Familie und Familienplanung fallen nahezu durchgehend
und zum Teil deutlich höher aus als bei den ost- bzw. südosteuropäischen und
den deutschen Frauen. Dies gilt insbesondere für medizinische Fragen (gynä-
kologische und sexuell übertragbare Erkrankungen wie etwa Aids) und für
Themen, die die Geschlechterbeziehungen in der Partnerschaft betreffen. Hier
sind die türkischen Frauen außerordentlich stark an dem Thema „Rechte
und Pflichten von Mann und Frau in der Familie“ interessiert, aber auch an
der Frage „Was tun bei Gewalt in der Familie?“ (vgl. Tabelle 4). Daraus kann
und darf nicht vorschnell geschlossen werden, dass die befragten türkischen
Frauen häufiger von Gewalt in der Familie betroffen sind. Dieses Antwortver-
halten kann ebenso auf die gestiegene Präsenz des Themas in den Medien

Migrationshintergrund <i>Maximale Fallzahl</i>	Türkische Frauen <i>n = 307</i>	(Süd-)osteuro- päische Frauen <i>n = 294</i>	Deutsche Frauen <i>n = 299</i>
„Ja“ zu Informationen im Bereich:			
Verhütung und Pille	46	22	34
Schwangerschaft und Geburt	35	27	23
Was tun, wenn man nicht schwanger wird?	39	22	16
Befriedigende Sexualität in der Partnerschaft	61	41	46
Sexuell übertragbare Krankheiten, z.B. Aids	70	39	44
Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane	89	69	79
Elterngeld	43	46	34
Rechte und Pflichten von Mann und Frau in der Familie	81	45	42
Was tun bei Gewalt in der Familie?	72	35	39

Tab. 4: Interesse an Informationen im Bereich Familienplanung (Anteil „Ja“ in Pro-
zent; Mehrfachnennungen möglich). Quelle: BZgA, Datensatz „frauen leben II“ 2007,
20- bis 44-jährige Frauen mit und ohne Migrationshintergrund

zurückzuführen sein oder daraus resultieren, dass Freunde bzw. Freundinnen oder Bekannte betroffen sind.

Das Interesse an medizinischen Themen steht auch bei den ost- bzw. südosteuropäischen und den deutschen Frauen an erster Stelle, wenngleich das Niveau hier deutlich niedriger ausfällt. Hervorzuheben ist, dass es in beiden Migrationsgruppen vor allem die niedrigqualifizierten Frauen sind, die ein hohes Informationsinteresse haben.

Ein weiterer, nicht abgefragter Informationsbedarf ist sicherlich auch in Bezug auf die Schwangerschaftskonfliktberatung anzunehmen, da Schwangerschaftsabbrüche in beiden Migrationsgruppen vergleichsweise häufig berichtet wurden. Ein Fünftel der türkischen Frauen und ein Viertel der Frauen mit ost- bzw. südosteuropäischem Migrationshintergrund hatten mindestens einen Schwangerschaftsabbruch. Dabei haben 28 % bzw. 35 % dieser Frauen mehr als einen Abbruch durchführen lassen. In beiden Migrationsgruppen haben Frauen mit einem niedrigen Bildungsniveau häufiger eine Schwangerschaft abgebrochen.

4.2.4 Die Nutzung von Informationsquellen

Bisher genutzte Informationsquellen

Die Frauen wurden gefragt, über welche Informationsquellen sie ihr Wissen in Bezug auf Themen wie Schwangerschaft und Geburt, Verhütung oder Sexualität bisher erworben haben.

Die türkischen Frauen haben sich vor allem über Ärzte und Ärztinnen, aber auch über Printmedien und Freundinnen informiert. Im Vergleich zu den ost- bzw. südosteuropäischen Frauen und insbesondere zu den deutschen Frauen kommt der Mutter oder der Schule eine eher unbedeutende Rolle als Informationsquelle zu (vgl. Tabelle 5 auf S. 90).

Bei den Frauen mit ost- bzw. südosteuropäischem Migrationshintergrund werden die Printmedien mit Abstand am häufigsten genannt (52 %), jeweils etwa ein Drittel hat die Information bislang über Ärztinnen und Ärzte, Freundinnen, die Schule und die Mutter erhalten.

(Frauen-)Beratungsstellen und das Internet werden in beiden Migrationsgruppen, aber auch von den deutschen Frauen relativ selten als Informationsquelle angegeben (jeweils unter 10 %).

Migrationshintergrund <i>Maximale Fallzahl</i>	Türkisch <i>n = 281</i>	Ost- bzw. süd- osteuropäisch <i>n = 287</i>	Deutsch <i>n = 298</i>
<i>Genutzte Informationsquelle:</i>			
Arzt/Ärztin	41	32	34
Partner/Partnerin/Freund	10	5	4
Freundin	32	35	38
Mutter	17	37	61
Andere Verwandte (z. B. Schwester)	20	16	16
Schule/Lehrerinnen/Lehrer	24	36	54
Zeitschriften, Bücher, Broschüren	38	52	46
Fernsehen, DVD, Video	21	16	9

Tab. 5: Genutzte Informationsquellen (Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich). Quelle: BZgA, Datensatz „frauen leben II“ 2007, 20- bis 44-jährige Frauen mit und ohne Migrationshintergrund

Aktuell bevorzugte Informationsquellen

Neben den bislang genutzten Informationsquellen wurde auch erhoben, an welche Personen sich die Befragten heute am liebsten wenden würden, wenn es um Fragen zum Thema Familienplanung geht.

In beiden Migrationsgruppen würden die Frauen am ehesten Ärzte und Ärztinnen als Informationsquelle nutzen, dabei fällt diese Präferenz bei den türkischen Frauen wesentlich deutlicher aus: Hier bevorzugen fast drei Viertel der Befragten den ärztlichen Rat, in der ost- bzw. südosteuropäischen Gruppe ist es fast jede zweite Frau (vgl. Abbildung 16).

Die Mutter oder Freundinnen werden von den türkischen Frauen vergleichsweise selten als bevorzugte Informationsquelle genannt. Demgegenüber würden sich in allen drei Untersuchungsgruppen jeweils knapp ein Viertel der Frauen am liebsten an den Freund bzw. Partner wenden.

Auch die Präferenz von Informationspersonen ist bildungsabhängig. In der türkischen Gruppe sind es vor allem die niedrig Gebildeten, die sich am ehesten an einen Arzt bzw. eine Ärztin wenden würden (79 %), während es bei den ost- bzw. südosteuropäischen Frauen eher die höher Qualifizierten sind, die ärztlichen Rat bevorzugen (Niedrigqualifizierte: 30 %, Hochqualifizierte: 55 %). Auch in einer anderen Hinsicht zeigen sich gegenläufige Tendenzen: Die hoch qualifizierten türkischen Frauen würden sich eher als die niedrig

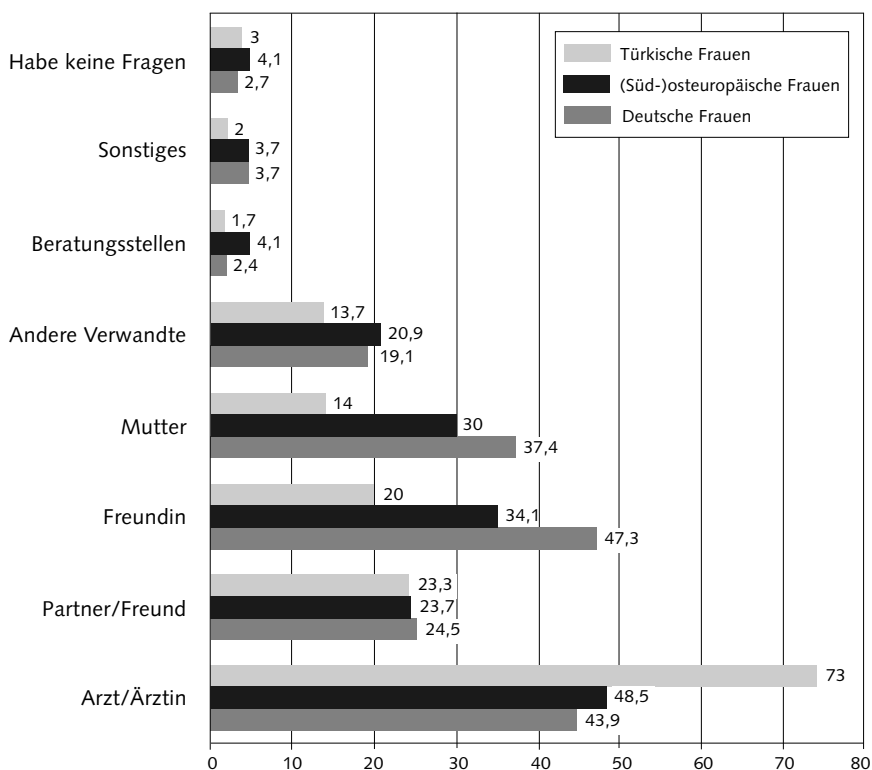


Abb. 16: Präferierte Personen bei Fragen zum Thema Familienplanung nach Migrationshintergrund (in Prozent; Mehrfachnennungen möglich). BZgA, Datensatz „frauen leben II“ 2007, 20- bis 44-jährige Frauen mit und ohne Migrationshintergrund

qualifizierten an ihre Mutter wenden (29 % gegenüber 10 %), bei den ost- bzw. südosteuropäischen Frauen ist es umgekehrt (30 % Präferenz Mutter bei Hochqualifizierten, 43 % bei Niedrigqualifizierten).

4.2.5 Die Bedeutung der Sprache und der kulturellen Herkunft

Die Frauen wurden gefragt, was für sie wichtig wäre, wenn sie Beratungsangebote für Fragen zu Familie und Familienplanung in Anspruch nehmen würden. Dabei wurden drei verschiedene Bedingungen vorgegeben, die sich auf das Beratungspersonal beziehen.

<i>Maximale Fallzahl</i>	Türkische Frauen <i>n = 307</i>	(Süd-)osteuropäische Frauen <i>n = 294</i>	Deutsche Frauen <i>n = 299</i>
<i>Es ist wichtig ...</i>			
... dass die Beratung von Frauen durchgeführt wird	76	74	63
... dass die Beratung auch in der Herkunftssprache angeboten wird*	89	51	–
... dass die Person, die mich berät, mit meiner Kultur und Religion vertraut ist*	81	46	–

* nur für Frauen mit Migrationshintergrund

Tab. 6: Wichtigkeit der Rahmenbedingungen für Beratungsangebote (Anteil „Ja“ in Prozent). Quelle: BZgA, Datensatz „frauen leben II“ 2007, 20- bis 44-jährige Frauen mit und ohne Migrationshintergrund

Für die überwiegende Mehrheit der türkischen Frauen ist es wichtig, dass die Beratung auch in der Herkunftssprache angeboten wird. Die große Bedeutung der Muttersprache lässt sich auch daran ablesen, dass 82 % aller türkischen Befragten das Interview auf Türkisch führen wollten. Selbst in der 2. Generation – also bei denjenigen, die hier geboren sind oder als Kind nach Deutschland kamen – beträgt der Anteil noch 51 %. Darüber hinaus wünschen sich vier Fünftel der türkischen Frauen, dass der Berater oder die Beraterin mit ihrer Herkunftskultur und ihrer Religion vertraut ist (vgl. Tabelle 6).

Im Vergleich dazu ist es den Frauen mit ost- bzw. südosteuropäischem Migrationshintergrund deutlich seltener wichtig, dass die Beratung in der Herkunftssprache erfolgt und die beratende Person mit ihrer Herkunftskultur und Religion vertraut ist. Dennoch liegen die jeweiligen Anteile auch hier bei immerhin 51 % bzw. 46 %. In Bezug auf das Geschlecht der beratenden Person zeigen sich hingegen keine Unterschiede: Für jeweils drei Viertel der Frauen ist es wichtig, dass die Beratung von Frauen durchgeführt wird (deutsche Frauen: 63 %).

4.2.6 Empfehlungen

Die Ergebnisse zeigen, dass ein deutliches Informationsinteresse im Hinblick auf familienplanungsbezogene Themen besteht. Dies gilt insbesondere für

Frauen mit türkischem Migrationshintergrund und insbesondere im Hinblick auf die Bereiche Partnerschaft und reproduktive Gesundheit.

Die Aussagen der Frauen legen den Schluss nahe, dass Sprachprobleme und eine unzureichende Kultursensibilität nach wie vor wesentliche Barrieren darstellen können, wenn es um den Zugang zu Informations- und Beratungsangeboten geht. Dies gilt in besonderem Maße für türkische Frauen. Die Entwicklung von muttersprachlichen und kultursensiblen Informations- und Aufklärungsmaterialien und der Einsatz von muttersprachlichen Beratungspersonen oder kultursensiblen Dolmetscherinnen und Dolmetschern sind daher wichtige Maßnahmen, um die Zugänglichkeit von Angeboten entscheidend zu verbessern.

Frauenärzte und -ärztinnen spielen als Informationsquelle bei gesundheits- und familienplanungsbezogenen Fragen eine besonders wichtige Rolle, vor allem bei den türkischen Frauen. Sie sollten zukünftig stärker als Akteurinnen und Multiplikatorinnen einbezogen werden, wenn es um die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei Migrantinnen geht.

Ob Informations- und Beratungsangebote von Migrantinnen in Anspruch genommen werden oder nicht, hängt schließlich auch von der jeweiligen sozialen Lage ab. Da Migrantinnen vergleichsweise häufig über niedrige Bildungsqualifikationen und ein geringes Einkommen verfügen, sollte es auch um die Bereitstellung niedrigschwelliger, wohnortnaher und kostengünstiger Angebote gehen.

Praktische Umsetzungsbeispiele

4.3 Sexuaufklärung und Beratung bei männlichen jugendlichen Migranten

Haydar Karatepe

Für männliche jugendliche Migranten⁹ ist ein besonderer Bedarf an Sexuaufklärung vorhanden. Da ich aus der Praxis komme, möchte ich mich jedoch nicht mit den Notwendigkeiten aufhalten, sondern mit dem besonderen Zugang zu männlichen jugendlichen Migranten in der Sexualerziehung und Sexuaufklärung und den möglichen Optionen befassen, diese Jugendlichen zu erreichen. Dazu möchte ich aus der eigenen Erfahrung mit diesen Jugendlichen einige Vorschläge machen, die ich zur Diskussion auf ihre Übertragbarkeit stelle.

4.3.1 Zugangsmöglichkeiten auf personaler Ebene

Meiner Ansicht nach kann Sexuaufklärung von männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund auf drei Ebenen stattfinden.

- Die *erste Ebene* ist die der Multiplikatoren, die Einfluss auf Jugendliche haben. Das sind zum Beispiel Lehrer, Sozialarbeiter, Mitarbeiter von Kulturvereinen, Sportvereine, Betreuer in Jugendeinrichtungen, Moscheevorsitzende, Ärzte und migrationsspezifische Gesundheitsorganisationen (Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e. V. – TDG). Ebenso Redakteure in Zeitungs- und Zeitschriftenverlagen, TV-Sendern sowie Künstler, Musiker, Schauspieler und Sportler, insbesondere Fußballspieler aus dem eigenen Kulturkreis, die als Multiplikatoren in die engere Wahl für die Sexuaufklärung gezogen werden können. Es wäre besonders wichtig, diesen Personen die Bedeutung des Themas nahe zu bringen. Einige der aufgeführten Personen werden sich gern beteiligen, wenn dadurch ihr Image als soziale Instanz in der eigenen Community gepflegt und aufgebaut werden kann. Andere, die dies eher als eine Pflicht im Rahmen ihrer Profession betrachten, werden wir durch entsprechende Formen der Ansprache überzeugen

⁹ Da es in diesem Beitrag speziell um männliche Migranten und ihre männlichen Bezugspersonen geht, wird bewusst nur die männliche Sprachform verwendet.

müssen. Auf die verschiedenen Möglichkeiten dieser Ansprache werde ich noch eingehen.

- Auf der *zweiten Ebene* sind es die Erziehungsberechtigten, die wir für unsere Sache gewinnen müssen. Insbesondere die Väter sollten wir über ihre ihnen traditionell auferlegte Verantwortung für die Sexualerziehung und Sexualaufklärung ihrer Söhne für uns gewinnen. Auf diese Verantwortung wiederum könnten die Väter in Schulen, Moscheen, in migrationsspezifischen Gesundheitsorganisationen, bei Ärzten, in den muttersprachlichen Medien und in den Kultureinrichtungen hingewiesen werden. Auch für diese Gruppe als Adressaten müssten spezielle Medien erstellt werden, die sicherstellen, dass die Botschaft sie auch erreicht.
- Auf der *dritten Ebene* sind es diejenigen, um die es eigentlich geht, die männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund selbst, die wir durch geeignete Mittel, die ihren Lebenszusammenhängen und Ansprüchen genügen, ansprechen müssen. Möglichkeiten dazu könnten neben Internetforen und Internetradios auch Gimmicks wie Sticker oder Smileys und insbesondere Musik als Transportmittel sein. Orte der Aufklärung könnten Jugendzentren, Schulen, kulturidentische Diskotheken und Kneipen sein.

4.3.2 Mittel und Formen des Zugangs

An Formen der Ansprache, die jeweils an die drei unterschiedlichen Adressatengruppen adaptiert sind, sind neben den bekannten Mitteln wie Vorträge, Handzettel, Anzeigen, Interviews, Plakate und Werbemittel auch moderne Möglichkeiten denkbar wie:

- bestehende kulturidentische Internetplattformen (zum Beispiel vaybee – ein türkisch-deutschsprachiges Portal mit den Themen Kommunikation, Information und Unterhaltung für Türken in Deutschland und Europa) und
- eine eigene genuine Internetplattform, die für unser spezielles Ziel aufzubauen wäre.

Bei allen zum Einsatz gebrachten Mitteln sollten meiner Erfahrung nach folgende Besonderheiten beachtet werden:

- Sie sollten grundsätzlich bilingual sein.
- Sie sollten möglichst versuchen, einen nationalen Bezug herzustellen (in stilisierter Form – zum Beispiel durch Flaggen, Signets).
- Sie sollten in allgemeine Informationsformen und -foren eingebettet sein. Keine speziellen Vorträge, Broschüren, Interviews mit dem alleinigen Inhalt Sexualität oder Sexualaufklärung, sondern immer eingebettet in allgemeine

Themen, die dennoch zielgerichtet und schwerpunktmäßig das Thema Sexualität erfassen.

- Meiner Meinung nach sind keine speziellen Einrichtungen für migrations-spezifische Sexualaufklärung nötig, weil diese von einem Großteil der Migranten nicht angenommen würden.
- So sollte bei der Einzelberatung weniger auf Einrichtungen der spezifischen Sexualaufklärung verwiesen werden, und wenn, dann nur bei ausgewählten Personengruppen.
- Es sollte auf strikte Geschlechtertrennung geachtet werden.
- Die vorhandenen migrantenspezifischen Ressourcen sollten aufgegriffen werden, Einrichtungen und Personen, wie oben beschrieben, sollten bei der Durchführung herangezogen werden.
- Nach Möglichkeit sollte eine Trennung von Gruppenaufklärung, Einzelaufklärung und Beratung stattfinden. Insbesondere ist das Auflösen der Gruppenkonstellation anzustreben, wenn diese authentische Einzelgespräche verhindert. Ziel sollte es sein, zu versuchen, Interesse in der Gruppe zu wecken und Fragen in Individualgesprächen und Individualchats zu beantworten.

4.3.3 Empfehlungen

Konkrete Beispiele für mögliche Vorgehensweisen wären:

- Unter Leitung des Amts für multikulturelle Angelegenheiten erstellt die Stadt Frankfurt zurzeit ein Internetportal zur Coming-out-Hilfe für schwule und lesbische junge Migrantinnen und Migranten und zur Aidsaufklärung für diese Migrationsgruppe. Das Portal wird mit allgemeinen Informationen zu den verschiedenen Möglichkeiten der Stadt Frankfurt, insbesondere des Amts für multikulturelle Angelegenheiten (AMKA) und der verschiedenen Kulturvereine und Moscheen der Stadt, angereichert sein. Gleichzeitig wird es so intelligent verlinkt sein, dass immer wieder die Themen Sexualität, männliche und weibliche Homosexualität und Aids in verschiedensten Facetten zur Sprache kommen. Je nachdem, was die einzelnen Institutionen leisten können, werden sie postalisch-schriftliche, elektronische, persönlich-telefonische und mancherorts Face-to-Face- und aufsuchende Beratung anbieten. Angedacht ist auch eine Face-to-Face-Internetberatung via Kamera über Portale, die eine Kamerakommunikation zulassen, wie zum Beispiel MSN oder Skype. In einem solchen Fall kann sich der Berater als vertrauensbildende Maßnahme auch selbst zeigen, während der Rat suchende männliche Jugendliche immer noch anonym bleibt und per Voice oder schriftlich im Gruppen- oder Einzelchat antwortet.

- Ich selbst habe lange Zeit Sexualaufklärung für männliche Jugendliche mit Migrationshintergrund in der Arztpraxis durchgeführt. Im Rahmen des Sexualkundeunterrichts sind die Jugendlichen in die Praxis gekommen und haben neben einem Vortrag auch Antworten auf ihre Fragen bekommen. Dabei war es wichtig, neben der allgemeinen Aufklärung in der Gruppe und den stellenweise flachsigen Frage-Antwort-Spielen die Jugendlichen einzeln zu Gesprächen für ihre individuellen Fragen einzuladen. Sie haben diese Termine auch gern angenommen und gut genutzt.
- Die Motivation kann auch dadurch gefördert werden, dass weitere Menschen mit Vorbildcharakter, wie oben bei den Multiplikatoren beschrieben, zum Einsatz kommen, deren Meinung die Jugendlichen schätzen.
- Weiterhin kann die Motivation der Jugendlichen insbesondere dadurch gesteigert werden, dass Medien zum Einsatz kommen, mit denen sie sich gern beschäftigen. Muttersprachliche Musik oder Diskotheken und Kneipen aus dem eigenen Kulturkreis sind eine gute Brücke. Bei der Aufklärungsarbeit in Diskotheken und kulturidentischen Kneipen können Broschüren ausgelegt werden, ebenso in Arztpraxen und sonstigen Einrichtungen, die von Jugendlichen frequentiert werden. Weiterhin können in Diskotheken und Kneipen, Jugendeinrichtungen oder an anderen Orten, die von männlichen Migranten verstärkt aufgesucht werden, Internetzugänge eingerichtet werden, wo als Einstieg Internetportale als Zugänge allgemeinen Charakters – das heißt nicht mit alleinigem oder spezifischem sexualitätsbezogenem Inhalt – vorinstalliert sind. Sie verweisen intelligent auf das Thema Sexualberatung, sodass sich der Inhalt in der Sexualaufklärung verdichtet.
- Internetradios, die gleichzeitig einen Chat erlauben oder sogar die Möglichkeit eines Live-Kamera-Chats und neben der kulturidentischen Musik sowie allgemeinen Informationen auch einen Schwerpunkt auf die Sexualaufklärung legen, bieten eine weitere Möglichkeit. Bei diesen muss der Moderator des Chats besonders geschult sein, damit er rechtzeitig diejenigen in private Chaträume holt, bei denen er das Gefühl hat, dass sie ein sexuelles Problem ansprechen wollen oder der Sexualaufklärung bedürfen (zum Beispiel das Heartbeats-Chat-Radio unter www.herzenslust.de – ein Projekt der AIDS-Hilfe NRW zur Prävention mit und für schwule und bisexuelle Männer mit Migrationshintergrund).
- Schwule türkische Internet-Jugendorganisationen (zum Beispiel Delidivane, Türkgay – türkisch-deutschsprachige Portale für schwule, lesbische und bisexuelle Menschen türkischer Herkunft) sollten eingebunden werden, um eine spezielle Aidsaufklärung für männliche Jugendliche mit entsprechendem (in diesem Fall türkischem Migrationshintergrund) aufzubauen.

- Die sogenannten Regeldienste sollten sich des Themas in einer selbstverständlichen Form annehmen. Je weniger der Berater selbst ein Problem hat, das Thema zu verbalisieren, desto glaubwürdiger ist er für die Jugendlichen, ganz gleich, welcher Profession er ist. Ob Sozialarbeiter, Psychologe, Arzt oder Polizist – alle Professionen, die in besonderem Maße mit Migranten Kontakt haben, sollten solche interkulturell weitergebildeten Berater haben, für die das Thema Sexualität eine absolute Selbstverständlichkeit darstellt. Zur Qualifikation der Berater ist festzuhalten: Der Berater sollte möglichst aus dem Kulturkreis stammen oder Erfahrung mit dem Kulturkreis der männlichen Jugendlichen haben. Er sollte in geschlechtsspezifischen Ansätzen in der psychosozialen Arbeit mit Männern qualifiziert sein. Der Berater sollte männlich sein.
- Ein weiteres Beispiel sind die Integrationslotsen für die Gesundheitsaufklärung. Diese haben in der Regel einen eigenen Migrationshintergrund oder Erfahrungen mit dem entsprechenden Kulturkreis. Die Kompetenz dieser Lotsen sollte auf Sexualaufklärung erweitert werden. Insbesondere wäre es empfehlenswert, wenn diese Lotsen auch eine Anstellung in den Regeleinrichtungen, Praxen und Institutionen der öffentlichen Gesundheitspflege finden. Von besonderem Vorteil bei diesen bilingualen Gesundheitslotsen ist es auch, dass sie, auch wenn sie nur als Berater hinzugezogen werden, in der Regel den Zugang zu den männlichen Jugendlichen wesentlich erleichtern.
- Insbesondere die Regeldienste mit Zwangscharakter, zum Beispiel Schulen, sollten es sich zur besonderen Aufgabe machen, migrationssensible Sexualaufklärung für Jugendliche anzubieten und auch auf deren Inanspruchnahme zu insistieren. Das heißt, solche Unterrichtseinheiten sollten verpflichtenden Charakter haben.
- Die Redakteure der muttersprachlichen TV-Sender und Printmedien, die im Rahmen anderer Beratungsthemen für Erwachsene berichten oder schreiben (Adressaten sind hier insbesondere die Väter), sollten angehalten werden, in ihren Medien das Thema Sexualaufklärung für Jugendliche zu platzieren. Im Rahmen der allgemeinen Themen sollte sensibel und unaufdringlich auch immer wieder auf das Thema Sexualität und Sexualaufklärung von Jugendlichen Bezug genommen werden. Es sollten für diese Redakteure Ansprechpartner für Interviews genannt werden. Diese Interviewpartner können alle oben genannten Multiplikatoren sein, u. a. Sozialarbeiter, Künstler, Sportler, Ärzte, Gesundheitsorganisationen und Psychologen. Bei diesen Berichten sind insbesondere die Väter hinsichtlich ihrer Verantwortung für ihre Söhne in die Pflicht zu nehmen. Von besonderer Bedeutung ist die „Sexualaufklärung der Aufklärenden“, also der Eltern und direkten Erzieher der Jugendlichen.

- Bei der Beratung durch Ärzte sollten Themen, die primär scheinbar nichts mit Sexualität zu tun haben, wie zum Beispiel Beratung zur Hepatitis B, als Anlass dazu genutzt werden, ein sexualmedizinisches Gespräch zu führen. Insbesondere weil die Hepatitis B mit einer Prävalenz von fast 39 % in der türkischen Bevölkerung¹⁰ – im Vergleich zu unter 10 % in der deutschen Bevölkerung – vorkommt. Ebenso könnten Übergewicht und Bewegungsmangel als mögliche Ursache für eine spätere Potenzschwäche thematisiert werden.
- Ein besonderes Problem stellen männliche Jugendliche mit Migrationshintergrund dar, die in Gruppen auftreten. Darauf möchte ich hier noch einmal speziell eingehen: Es geht um die Revision des Machtgehabes von Jugendlichen. Dies ist meiner Meinung nach langfristig nur dadurch möglich, dass man das Selbstwertgefühl der jungen Männer so weit stärkt, dass sie es nicht mehr aus der Gruppe schöpfen müssen. Langfristig sind den jungen Männern selbstverständlich Ausbildungs-, Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten zu geben, durch die sie eine stabile Sicherheit erreichen. Kurzfristig gäbe es aber auch die Lösung, ihnen sinnvolle Aufgaben und Vertrauenspositionen zuzuweisen, so zum Beispiel die Aufgabe und Verantwortung, jüngere männliche Jugendliche zu beraten und zu führen oder andere verantwortungsvolle Aufgaben in der Gruppe oder für die Gruppe zu übernehmen. Das besondere Problem in diesen Gruppen ist, dass der Ort der Männlichkeitskonstruktion die homosoziale Gruppe von Männern ist. Innerhalb der Gruppe wird Männlichkeit stilisiert und Männlichkeiten werden untereinander abgestuft. So konkurrieren verschiedene Männlichkeiten miteinander um die überlegenste Männlichkeit, die jeder Einzelne anstrebt. Demgegenüber entwickelt sich selbstverständliches männliches Selbstbewusstsein in erster Linie aus den angenommenen männlichen Leitbildern, die die Männlichkeitsentwicklung des jungen Mannes begleiten. Wenn man gleichzeitig weiß, dass auch junge türkische Männer in der Regel enge männliche Sozialstrukturen und Freundschaften pflegen – ein Beispiel dafür ist, dass sie in der Regel in Begleitung von einem Freund als Unterstützer zur sexualmedizinischen und männerheilkundlichen Sprechstunde in der Praxis erscheinen –, dann ist es wichtig, die entsprechende Konsequenz zu ziehen und die Männer in Einzel- oder Zwei-Mann-Gesprächen aufzunehmen. Wenn man mit einzelnen jungen Männern einer Gruppe ernsthaft ins Gespräch kommen

10 Akinci, A., Bilgin, Y., Erkal, M. Z., Tözün, N., Bödecker, R., Bretzel, R. G., Klör, H. U. (1998): Hepatitis B and Virus Serology by Turks living in Germany. A comparison to Turkey and Germany in view of migration. Lecture Nr. 2418, International Association for the Study of the Liver, 49th. Annual Scientific Meeting, Nov. 4–6, 1998. Chicago, USA.

will, muss man versuchen, diese Jugendlichen aus ihrer Verschanzung hinter der Großgruppe zu lösen und sie einzeln oder in Begleitung eines Freundes aufzuklären oder zu beraten. So fällt erfahrungsgemäß die ärztliche Beratung bei türkischen Männern erkennbar leichter, wenn Männerfreundschaften fest in der männlichen Identitätsfindung verankert wurden, also erwachsene männliche Vorbilder ihre Rolle im Initiationsprozess zur Mannwerdung gespielt haben. Dass etwa Freunde sich gegenseitig in die Behandlung begleiten, ist ein deutliches Zeichen für die Existenz intakter männlicher Sozialstrukturen.

- Grundsatz der Umsetzung müsste ein niedrigschwelliger Zugang sein. Die oben geschilderten Angebote müssen leicht und möglichst in unmittelbarer Nähe erreichbar sein. Sie müssen auch ohne besondere Vorkenntnisse und Voraussetzungen für die Jugendlichen in Anspruch genommen werden können.
- Der Zugang zu den Angeboten, insbesondere zu den Beratungsangeboten, muss unbürokratisch sein. Sogenannte „bildungsungewohnte Personen“, die eine Rolle in der Sexualerziehung und Aufklärung von jungen Männern spielen, sollen leichten und unbürokratischen Zugang zu den Angeboten haben. Die Angebote müssen so gestaltet sein, dass sie, wenn sie an diese Zielgruppe gerichtet sind, auch entsprechend aufbereitet sind. So sind bei Analphabeten als Zielgruppe andere Medien (wie zum Beispiel Audiotexte, AV-Medien, Bilder) zum Einsatz zu bringen als bei Akademikern.
- Zur Qualitätssicherung sollten ausgewählte Projekte wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Insbesondere muss in regelmäßigen Abständen überprüft werden, ob sie den vorher aufgestellten Qualitätsstandards entsprechen, oder sie müssen entsprechend modifiziert werden.

4.4 Erfahrungen aus dem Familienplanungszentrum Hamburg: Migrantinnen aus westafrikanischen Herkunftsländern

Bärbel Ribbert

4.4.1 Einführung

In meinem Beitrag werde ich aus den Erfahrungen des Familienplanungs-zentrums Hamburg berichten. Dabei werde ich zunächst Informationen zur Einrichtung und zu ausgewählten, für die Ansprache von Migrantinnen und Migranten relevanten Rahmenbedingungen geben. Danach skizziere ich Problemlagen und Bedarfe von Migrantinnen, beispielhaft ausgeführt für Migrantinnen aus westafrikanischen Herkunftsländern. Der Fokus der Expertentagung auf türkeistämmige Migranten und Migrantinnen soll damit erweitert werden.

Seit 25 Jahren bietet das Familienplanungszentrum (FPZ) Hamburg Beratung und medizinische Maßnahmen unter einem Dach an. Information und Beratung zu Sexualität, Verhütung, Familienplanung und Schwangerschaft sowie sexualpädagogische Gruppenveranstaltungen zählen zu der umfassenden Angebotspalette.

Das FPZ erfüllt mit seinem Angebot den gesetzlichen Auftrag des Schwangerschaftskonfliktgesetzes. Zugleich leistet das FPZ einen wichtigen Beitrag zur sexuellen und reproduktiven gesundheitlichen Versorgung der Hamburger Bevölkerung (IPPF 1995)¹¹. Die Umsetzung der diesbezüglichen Rechte für Migrantinnen und Migranten ist uns ein besonderes Anliegen.

Grundsätzlich steht das FPZ allen Bevölkerungsgruppen offen: unabhängig von Nationalität, Alter, Geschlecht, Religion und sexuellen Orientierungen. Konzeptionell verankert ist das Ziel, den Zugang zu Menschen zu erreichen, die in sozial schwierigen Umständen leben oder als schwer erreichbar gelten

¹¹ Gemäß der Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte der International Planned Parenthood Federation.

und den Weg in die Regelversorgung nicht oder nur begrenzt wahrnehmen. Dazu gehören in besonderem Maße auch viele Migrantinnen. Jährlich nutzen rund 6000 Ratsuchende unsere Beratungs- und Gruppenangebote. Etwa die Hälfte stammt aus rund 80 verschiedenen Herkunftsländern (gemischte Staatsangehörigkeit) Die andere Hälfte besitzt einen deutschen Pass. Die Gruppe der Migrantinnen und Migranten, die das FPZ besuchen, ist sehr heterogen. Ein Großteil ist weiblich, daher werde ich im Weiteren den Fokus meiner Betrachtung auf **Migrantinnen** legen.

4.4.2 Ausgewählte Rahmenbedingungen im FPZ, die den Zugang für Migrantinnen erleichtern

Durch Rückmeldungen unserer Besucherinnen wissen wir, dass das **integrierte, interdisziplinäre Angebot** des FPZ viele Migrantinnen anspricht. Frauen und Mädchen, die beispielsweise zur Beratung im Schwangerschaftskonflikt kommen und sonst keine gynäkologische Praxis aufsuchen, können sich bei Bedarf vor Ort und ohne lange Wartezeiten über Verhütungsmittel informieren. Schwangere Migrantinnen, die eine erste Untersuchung im FPZ durchführen lassen, können sich bei einer Sozialpädagogin auch über ihre sozialrechtlichen Ansprüche beraten oder in einer krisenhaften Schwangerschaft psychologisch begleiten lassen. Jugendliche Migrantinnen, die sexualpädagogische Veranstaltungen mit ihrer Schulklasse oder einer Mädchenfreizeiteinrichtung besuchen, informieren sich ergänzend bei unserer Frauenärztin zum Beispiel über „das erste Mal“ oder lassen sich die Pille verschreiben.

Die **Niedrigschwelligkeit** unserer Einrichtung wird u. a. durch eine tägliche Erreichbarkeit gewährleistet, hier möchte ich im Hinblick auf Migrantinnen vor allem die Bedeutung der offenen Sprechstunden erwähnen, auf die ich später noch eingehen werde. Viele weibliche Migrantinnen schätzen besonders das **Frauenteam** im Beratungs- und medizinischen Bereich. Für die Beratung zu intimen Themen werden zumeist gleichgeschlechtliche Ansprechpersonen bevorzugt. Ein weiterer wichtiger Faktor, der den Zugang für Migrantinnen zu unserem Zentrum befördert, ist die **enge Vernetzung mit einschlägigen Beratungs- und Begegnungsstätten und Communitys**. Durch den über die Jahre gelungenen Aufbau und die Pflege vertrauensvoller, persönlicher Kontakte zu Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener Einrichtungen erreichen wir deutlich mehr Menschen mit Migrationshintergrund als durch das Versenden von Flyern und die Schaltung von Anzeigen.

4.4.3 Problemlagen und Bedarfe von Migrantinnen im FPZ

Wir erleben die Begegnungen und Kontakte mit Frauen und Männern, Mädchen und Jungen als vielfältig in ihren Lebensverhältnissen und Lebensentwürfen. Im Folgenden möchte ich mich auf weibliche Migrantinnen mit verhältnismäßig niedrigem Bildungs- und Lohnniveau beschränken, da wir hier besondere Problemlagen und Bedarfe in Bezug auf den Zugang zum Gesundheitssystem wahrnehmen.

Sprachliche Kommunikation

Sprachliche Barrieren wirken bereits im Vorfeld auf den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung von Migrantinnen, beispielsweise bei der Terminvergabe. Das Telefonieren ist als Erstkontakt für viele Migrantinnen vor dem Hintergrund geringer Deutschkenntnisse sehr angstbesetzt.

Als sehr hilfreich für die Ansprache von Migrantinnen erweisen sich im Familienplanungszentrum speziell die zuvor erwähnten *offenen Sprechstunden*. Hierher können Jugendliche, Frauen und Männer ohne vorherige Terminvereinbarung mit unterschiedlichen Anliegen kommen und von allen im FPZ vertretenen Berufsgruppen beraten werden. Wir bieten selbst Beratung in Englisch, Französisch und Spanisch an. Darüber hinaus nutzen wir Dolmetscherdienste, wobei unser Honorarbudget nicht für alle Fälle ausreicht, in denen das sinnvoll wäre.

In Übereinstimmung mit dem bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit stellen wir die **Notwendigkeit eines flächendeckenden Netzes von kostenlosen Dolmetscherdiensten** fest.

Verhütungsmittel als Luxusartikel

Eine große Problemlage sehen wir im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in den Kosten für Verhütungsmitteln. Hier hat sich seit Januar 2005 im Zuge der Gesundheitsreform und der Umstrukturierung der Sozialhilfe eine schwerwiegende Lücke aufgetan: Es entfiel für Erwachsene ohne oder mit nur geringem Einkommen die Möglichkeit, die Kosten für Verhütungsmittel bei der Sozialbehörde beantragen zu können. Angesichts der im internationalen Vergleich in Deutschland sehr hohen Kosten für Verhütungsmittel und der Armut vieler Migrantinnen ist Verhütung für viele ein teurer, wenn nicht unbezahlbarer Luxus geworden. Hier wäre eine **unbürokratische Möglichkeit der Finanzierung** ein wichtiger Beitrag zur Vermeidung von ungewollten Schwangerschaften und zur reproduktiven Gesundheit.

4.4.4 Problemlagen und Bedarfe von Frauen westafrikanischer Herkunft

Wie eingangs angekündigt, möchte ich nun einen Blick auf Problemlagen und Bedarfe westafrikanischer Frauen richten. Diese Gruppe gilt im Rahmen der Gesundheitsversorgung als besonders schwer erreichbar. Deshalb freuen wir uns sehr, dass sich Menschen westafrikanischer Herkunft seit Jahren in großer Zahl an uns wenden (das sind knapp 30 % der Migrantinnen, die unser Zentrum aufsuchen und entspricht 14 % unserer Gesamtbesucherzahl). Die kulturellen und sozialen Unterschiede sind größer als in jeder anderen Gruppe von Migrantinnen. In keiner anderen Region ist die Rate an Menschen, die nicht lesen und schreiben können, so hoch wie in afrikanischen Ländern. Das erleben wir auch zum Teil bei Migrantinnen, die unser Zentrum besuchen. Für uns bedeutet das in der Konsequenz, dass wir in der praktischen Arbeit bei vielen Frauen aus westafrikanischen Ländern beispielsweise auf schriftliches Informationsmaterial (in unterschiedlichen Sprachen) verzichten müssen. Aber auch ein Flyer oder eine Visitenkarte mit der Adresse einer Einrichtung, an die weiterverwiesen werden soll, kann häufig nicht ohne Hilfe genutzt werden.

Bedeutung des Kinderwunsches

Ein kongolisches Sprichwort besagt: „Eine unfruchtbare Frau ist wie ein Baum, der keine Früchte trägt. Er sollte gefällt werden.“

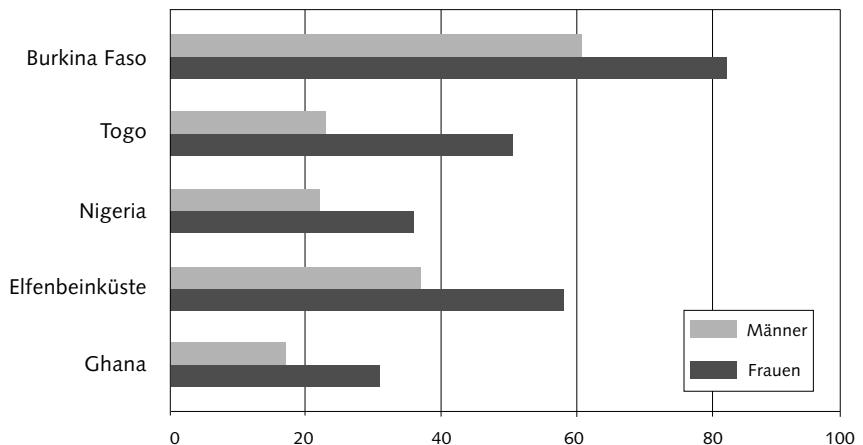


Abb. 17: Analphabetismus in Westafrika (Angaben in Prozent)

Für Fragen der Verhütung, aber auch für Beratungen rund um Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch besitzt das Wissen um die besondere Bedeutung der Fruchtbarkeit und der Kinderfrage für die Identität vieler afrikanischer Frauen eine große Wichtigkeit. Infolge unter nicht hygienischen Bedingungen durchgeführter Schwangerschaftsabbrüche sterben in Afrika jährlich Tausende von Frauen. Auch Krankheiten und Tod infolge von Schwangerschaft und Geburt sind deutlich verbreiteter als in Europa. Daneben stehen Mythen von ungewünschten Konsequenzen für die Fruchtbarkeit nach Einnahme hormoneller Verhütungsmittel als mögliche Barriere in einem medizinischen Aufklärungsgespräch im Raum.

Bei der Beratung von Schwangeren erleben wir nach entsprechender Aufklärung eine große Bereitschaft von Schwangeren, einen HIV-Test zu nutzen. Die Möglichkeit, das Kind durch medizinische Maßnahmen vor einer Infektion schützen zu können, motiviert.

Wenig Wissen um Körperaufklärung und Verhütung

Während das Wissen über HIV-Infektionen unter afrikanischstämmigen Frauen (und Männern) inzwischen überall vorhanden ist, erleben wir, dass das Wissen um Körpervorgänge und der Umgang mit Verhütung vielen fremd sind. Wenn Frauen aus westafrikanischen Herkunftsländern unser Zentrum besuchen, die zurzeit keine Kinder wünschen, sind in Beratungsgesprächen oft umfangreichere Informationen zu Körpervorgängen und Wirkungsweisen von Verhütungsmitteln notwendig. In keiner Region ist die Anwendung „moderner“¹² Verhütungsmittel so wenig verbreitet wie in westafrikanischen Ländern.

Ist eine Entscheidung zur Verwendung eines Verhütungsmittels gefallen, ist es aufgrund eines Mangels an Körperwissen oft ein längerer Prozess, westafrikanische Frauen mit modernen Methoden vertraut zu machen. Das wird am Beispiel der korrekten und konsistenten Anwendung der Pille deutlich. Wenn sich unter der Pilleneinnahme die Blutung deutlich verringert, denken beispielsweise viele Frauen, dass etwas nicht in Ordnung ist. Manche nehmen an, dass sie schwanger sind und setzen die Pille ab. Viele westafrikanische Frauen akzeptieren die Pille aufgrund der Auswirkungen auf eigene Körpervorgänge nicht.

¹² Mit „modernen“ Verhütungsmethoden sind hier Verhütungsmittel wie Pille oder Spirale gemeint. Traditionelle Methoden umfassen Coitus interruptus genauso wie das Ermitteln der fruchtbaren Tage durch das Zählen der Tage zwischen den Menstruationen.

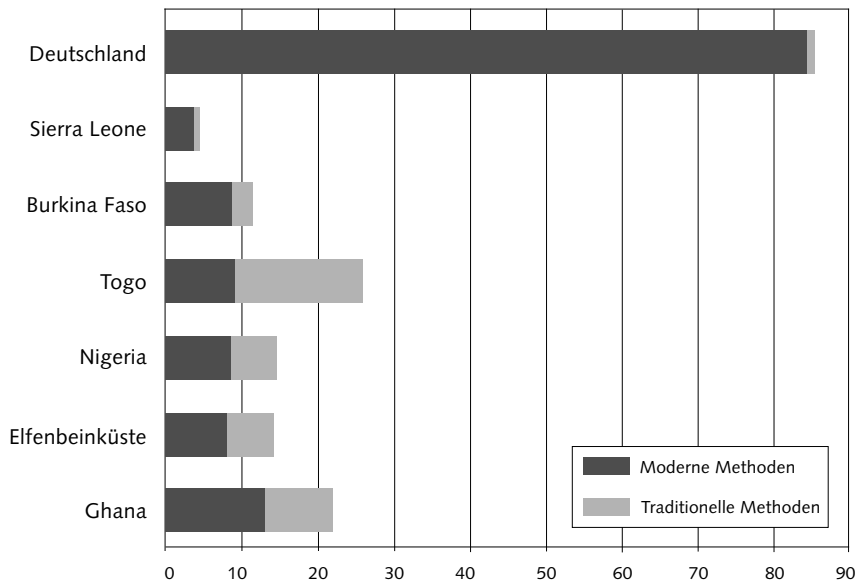


Abb. 18: Anwendung von Verhütungsmitteln (Angaben in Prozent)

Kulturelle Besonderheiten in der Kommunikation

Kulturelle Unterschiede, die den Zugang erschweren können, sehen wir auch in unterschiedlichen Vorstellungen von Medizin und Krankheit. Viele in Deutschland lebende westafrikanische Frauen fühlen sich sowohl der „westlichen“ Medizin als auch der traditionellen afrikanischen Medizin verbunden. Anders als die in Deutschland vorherrschende spezialisierte und sich mit naturwissenschaftlichen Methoden erklärende Schulmedizin, stützt sich die traditionelle afrikanische Medizin auf die naturreligiöse Vorstellung. Danach wird beispielsweise die Ursache von Krankheit mit Handlungen und Gedanken verbunden, die gegen die Regeln verstoßen, wie zum Beispiel gegen ein Tabu, gegen die Forderungen der Ahnen oder gegen die Stammesregeln. Wenn jemand eine Krankheit zum Beispiel als eine von den Ahnen verhängte Strafe aufgrund einer Tabuverletzung begreift, erscheint es wenig plausibel, sich mit Kondomen vor Ansteckung (*mit sexuell übertragbaren Krankheiten oder vor ungeplanten Schwangerschaften*¹³) zu schützen.¹⁴

¹³ Kursive Einfügung durch Bärbel Ribbert.

¹⁴ Dr. Solanfe Nzimengne-Gölz, zitiert in: Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hrsg.) (2003): AIDS, Kultur und Tabu, Dokumentation des in 2002 in Bielefeld durchgeführten Projekts. Berlin.

In der Beratung von Afrikanerinnen kann es wichtig sein, kulturelle Hintergründe zu kennen und sie gegebenenfalls in ein Gespräch einzubeziehen. Das Wissen um die Unterschiedlichkeit des Verständnisses von Krankheit und Medizin erfordert eine Offenheit im Kontakt mit Migrantinnen und Migranten, vor allem gegenüber anderen als den eigenen Sichtweisen. Hilfreich ist hier der Austausch mit und die Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen in Communitys sowie eine praxisorientierte Selbstreflexion, zum Beispiel in Fortbildungen.

Genitalverstümmelung

Ein weiteres Thema in dieser Gruppe sind Genitalverstümmelungen. In den westafrikanischen Ländern ist Genitalverstümmelung unterschiedlich verbreitet (siehe Abbildung 19 auf S. 108); in der Regel wird die Beschneidung Typ I (Entfernung der Klitoris, Teile der inneren Schamlippen) durchgeführt, die zu deutlich weniger Beschwerden und Komplikationen führt als die Infibulation.

Die Genitalbeschneidung ist so gut wie nie Anlass des Besuchs, sondern fällt erst bei einer Untersuchung auf. Da das Thema sehr tabuisiert ist, fällt es schwer, mit betroffenen Frauen darüber zu sprechen. Wir bieten behutsam weitere Informationen und Beratung dazu an. Dieses Angebot wird nach anfänglichem Zögern oft sehr dankbar angenommen.

Ein wichtiges Anliegen bei diesen Gesprächen ist für uns, die Töchter dieser Frauen vor einer Genitalbeschneidung zu schützen. Aus Untersuchungen von Terre des Femmes wissen wir, dass viele Afrikanerinnen und Afrikaner, auch wenn sie in europäischen Ländern leben, ihre Töchter beschneiden lassen. Zum Teil finden sie dafür Möglichkeiten auch in Deutschland (obwohl dieser Eingriff strafrechtlich eine Körperverletzung darstellt), zum Teil wird die Beschneidung während Aufenthalt im Heimatland durchgeführt.

4.4.5 Empfehlungen

- Notwendigkeit eines flächendeckenden Netzes von kostenlosen Dolmetschendiensten.
- Zugang zu kostenloser Verhütung für erwerbslose und gering verdienende Migrantinnen (und Deutsche).
- Bereitstellung einer niedrigschwelligen Infrastruktur (zum Beispiel in Form von integrierten medizinischen und Beratungsangeboten).

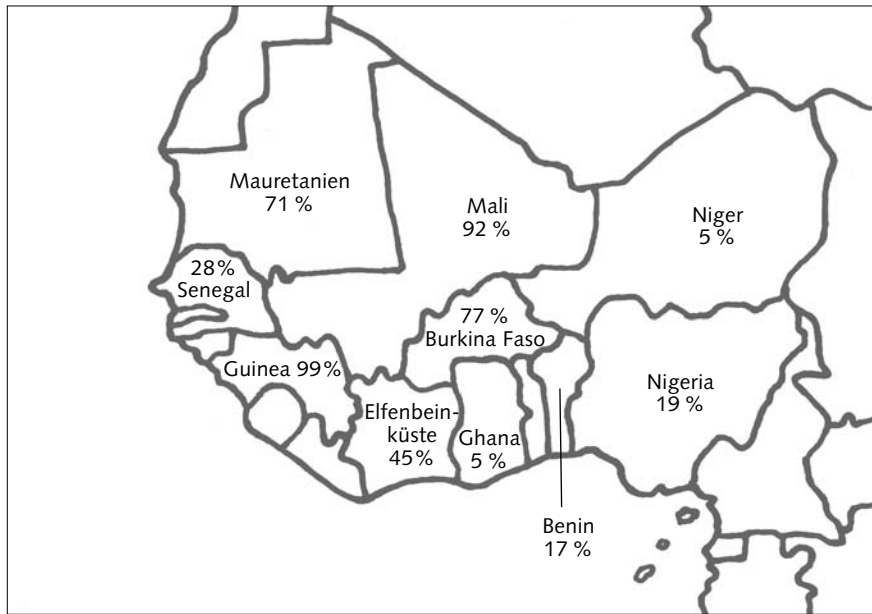


Abb. 19: Verbreitung der Genitalverstümmelung in Westafrika

- Information und Aufklärung: Gesundheitssystem, Körpervorgänge und Umgang mit Verhütungsmitteln (zum Beispiel Informationen über das Gesundheitssystem und über Familienplanung in obligatorische Deutschkurse integrieren).
- Entwicklung von Materialien: Einfache Sprache, reiche Bebilderung, Sachinformationen auf das Wesentliche reduziert.
- Interkulturelle Fortbildung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Gesundheitswesen.

Das interdisziplinäre Team des Familienplanungszentrums begrüßt den nationalen Integrationsplan und bedankt sich für die Möglichkeit, unsere Erfahrungen in die Tagung einfließen lassen zu können. Wir hoffen im Interesse der Migrantinnen, die unser Zentrum aufsuchen, dass es gelingt, die Empfehlungen der Fachtagung bei der Umsetzung des Integrationsplans zu berücksichtigen.

4.5 Arbeitsgruppe Sexuaufklärung und Familienplanung: Diskussions- ergebnisse

Moderation: Stefanie Amann, Anke Erath

Bericht: Heike Lauer

4.5.1 Leitfragen

Die oben dokumentierten, an den Zielgruppen „Jugendliche“, „Jungen/junge Männer“ und „Frauen“ orientierten Impulsreferate führten in die anschließende Diskussion ein. Folgende Leitfragen lagen dem Workshop zugrunde:

1. Bei welchen Migrationsgruppen (Schwerpunkt: Kinder- und Jugendalter) gibt es eine geringere Inanspruchnahme von Aufklärung und Beratung? Wo besteht ein besonderer Bedarf?

2. Was ist über die Gruppen mit türkischem und osteuropäischem Migrationshintergrund bekannt?

- Welche Informationen liegen etwa über Lebenssituation, Normvorstellungen und Sichtweisen von Sexuaufklärung, Erziehungsstile (differenziert nach Geschlechtern) vor?
- Welche Korrelationen mit anderen Merkmalen (zum Beispiel soziale Lage) bestehen?
- Welche Zugangs- und Nutzungsbarrieren bestehen bei welchen Zielgruppen zu welchen Präventionsangeboten?
- Welcher Informations-, Aufklärungs- und Beratungsbedarf besteht?

3. Was bedeutet dies für die Planung, Durchführung und Evaluation von Interventionen?

- In welchen Settings und mit welchen Methoden sind Migrantinnen- und Migrantengruppen mit besonderem Bedarf gut erreichbar?
- Wie kann die Arbeit mit Eltern, in Schulen, in Jugendfreizeiteinrichtungen und anderen Settings erfolgreich durchgeführt werden?
- Wie kann die Unterstützung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen bzw. Mediatoren und Mediatorinnen gewonnen werden?
- Wie können Jungen und junge Männer als besondere Zielgruppe mit hohem Aufklärungsbedarf erreicht werden, ohne sie zu stigmatisieren oder auszugrenzen?

- Wo liegen Chancen bzw. Grenzen von personalkommunikativen Maßnahmen (zum Beispiel „Face-to-Face“, telefonische Beratung) und beim Einsatz diverser Medien (zum Beispiel Plakate, Broschüren, Flyer, Videos, Internet, Handy) von und für Migrantinnen und Migranten?
- Wo gibt es besondere Lücken im Angebot?

4.5.2 Ergebnisse

Schwer erreichbare Migrantinnen und Migranten mit erhöhtem Beratungsbedarf

Grundsätzlich kann festgehalten werden: Ein großes Potenzial an gesichertem Wissen, auf das zurückgegriffen werden kann, ist bereits vorhanden. Auch gibt es viele interessante qualitative Studien, es fehlen aber noch weitere repräsentative Untersuchungen, die Wissen und Informationsbedarf von Menschen mit Migrationshintergrund differenziert erforschen. (Als positives Beispiel wurde die KiGGS-Studie, Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts, Berlin, genannt.)

Im Schwerpunkt befasst sich der Workshop mit Migrantinnen und Migranten türkischer Herkunft, die die weitaus größte Gruppe in Deutschland bilden. An der Gesamtgruppe der jugendlichen Migrantenbevölkerung im Alter von 14 bis 17 Jahren haben Jugendliche türkischer Herkunft mit rund 40 % den weitaus größten Anteil.

Die präsentierten Studienergebnisse zeigen, dass Sexualerziehung insbesondere in muslimisch gebundenen Familien (88 % der Jungen und 84 % der Mädchen türkischer Herkunft entstammen Familien muslimischen Glaubens) ausgesprochen defizitär ist. Muslimische Frauen und Mädchen haben wenige Kenntnisse über den eigenen Körper und häufig ein gering ausgeprägtes Körperbewusstsein. Vor der Ehe suchen junge Frauen selten eine gynäkologische Praxis auf.

Jungen werden – ganz im Gegensatz zu den Mädchen – zum Sammeln sexueller Erfahrungen motiviert, sind entsprechend früh erfahren und haben relativ häufig flüchtige Sexualpartnerinnen. Sie weisen besondere Defizite beim Verhütungsverhalten auf: 34 % geben an, beim ersten Mal nicht verhütet zu haben.

Was ist über die Gruppen von Migrantinnen und Migranten bekannt?

Lebenssituation, Normvorstellungen und Sichtweisen von Sexuaufklärung

Die völlig unzureichende Sexuaufklärung in vielen, vor allem muslimisch gebundenen Familien basiert auf Scham und der Angst der Eltern vor Werteverlust, was vor allem zu einer ausgeprägten Tabuisierung des Themas Sexualität führt. Das Leben fernab des Herkunftslandes führt zu einer besonders starken Besinnung auf kulturelle Traditionen (Stichwort: Retraditionalisierung) und einer tendenziell größeren Strenge der Erziehung, als es in der Türkei der Fall wäre.

Religiosität dient der Legitimierung und Verstärkung der Ansprüche an ein ehrenhaftes, erwünschtes soziales Verhalten; kulturelle, patriarchalische Vorstellungen aber dominieren und haben eine größere Verhaltensrelevanz als die Religion. Die gängigen Verhaltensnormen sind im Islam, zumindest in seiner sunnitischen Ausprägung¹⁵, nicht verankert.

Mädchen: Sexuelle Erfahrungen vor der Ehe sind Mädchen strikt verboten. Ein keusches Sexualverhalten ist wesentlicher Teil der weiblichen Identität im Jugendalter.

Jungen: Jungen werden von den Eltern in einer traditionell patriarchalischen Rolle bestätigt. Beim Ehrenkodex für Jungen ist der Bereich Sexualität ausgenommen, von ihnen wird folglich keine Enthaltsamkeit erwartet. Jungen und Männern wird eine omnipotente Rolle zugeschrieben. Sie gelten als Lehrende in vielen Alltagsfragen, die Frauen werden dementsprechend als Lernende angesehen.

Eltern: In Bezug auf eine Sexuaufklärung wird befürchtet, Kinder könnten sie missverstehen und als Aufforderung zum Geschlechtsverkehr deuten; Besuche einer gynäkologischen Praxis, vor allen Dingen Erstbesuche, werden aus Angst, das Hymen könne verletzt werden, lange vermieden. Eltern würden gern mehr über Sexualität wissen, kultursensible Materialien für Familien fehlen. Mütter fühlen sich aus Scham am wenigsten für die Sexuaufklärung der Jungen zuständig und delegieren die Verantwortung an die Väter (entsprechende Äußerungen in Interviews lassen offen, ob dieses Delegieren explizit erfolgt), die diese Rolle allerdings ebenfalls nicht übernehmen, und an die

¹⁵ Sunniten bilden die größte Glaubensrichtung im Islam. Rund 92 % der Muslime sind Anhänger der orthodoxen Sunna, die zweite Glaubensquelle nach dem Koran (Anm. d. Verf.).

Schule. Die Jungen haben so in aller Regel keinen Ansprechpartner bzw. keine Ansprechpartnerin für Fragen zur Sexualität in der Familie. Heranwachsende sind auf Medien und Gleichaltrige angewiesen.

Fazit: Studien und Praxiserfahrungen zufolge bestehen bei Jungen und Mädchen türkischer Herkunft wie bei deren Müttern und Vätern große Wissensdefizite und auch ein hoher Informationsbedarf. Hier gilt es, geeignete personalkommunikative Wege und Medien zu finden, durch die diese sogenannten schwer erreichbaren Gruppen wirksam angesprochen werden.

Korrelationen mit anderen Merkmalen

Schwere Erreichbarkeit der Personengruppen mit Migrationshintergrund korreliert im Vergleich zur deutschen Gesamtbevölkerung mit niedrigeren Bildungsgraden und entsprechender sozialer Lage. Mangelhafte Sprachkenntnisse erschweren oder verhindern die Inanspruchnahme der gesundheitlichen Dienste, insbesondere im Sektor Beratung.

Informations-, Aufklärungs- und Beratungsbedarf sowie Zugangsbarrieren
Bedarf besteht insbesondere hinsichtlich Körperwissen und Verhütung bei den Frauen, die insgesamt einen hohen Informationsbedarf formulieren, in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt, unerfülltem Kinderwunsch, STDs (sexuell übertragbare Erkrankungen), aber auch bei sozialen Fragen, etwa zu Rechten und Pflichten von Mann und Frau sowie Gewalt in der Familie.

Grundsätzlich bestand ein Konsens darüber, dass das Themenspektrum erweitert werden müsse, wenn eine größere Offenheit gegenüber den Themen Sexuaufklärung und Familienplanung erreicht werden soll: Notwendige Informationen, zum Beispiel über Verhütung, müssen in einem allgemeinen Kontext wie etwa Gesundheitsfragen, Hygiene, Menstruation, Partnerschaft, körperliche Entwicklung, Hochzeitsnacht u. Ä. vermittelt werden.

Die Jugendlichen, insbesondere Mädchen, müssen unbedingt direkt erreicht werden. Als weitere relevante Themen, die hier nicht eingehend diskutiert worden sind, wurden sexuelle Normen im Kulturvergleich, sexuelle Gesundheit sowie sexuelle und reproduktive Rechte angesprochen.

Die Fragen „Welchen Status hat das Wissen über Sexualität in der türkischen Kultur?“, „Gibt es zum Beispiel den Anspruch, über den Körper Bescheid zu wissen?“ wurden ebenfalls angeschnitten.

Hier wurde auf die schulische Sexualerziehung in der 3. und 4. Klasse hingewiesen, die den Familien Anstöße zur Auseinandersetzung gebe. Es fehle im Weiteren allerdings an geeigneten Zugangswegen und kultursensiblen Materialien.

Mangelnde Bildung spielt naturgemäß eine erhebliche Rolle für die Erreichbarkeit: Das Bildungsniveau vieler Familien türkischer Herkunft, aber auch der sogenannten „Bestandsmigranten“, der italienisch- und spanischstämmigen Bevölkerung, ist deutlich schlechter als der bundesdeutsche Durchschnitt.

Umsetzung und Intervention

In welchen Settings sind Menschen mit Migrationshintergrund für Themen der Sexualaufklärung erreichbar?

Wichtige Orte der Sexualaufklärung sind:

- Schule, insbesondere Haupt- und Realschulen (Lehrerinnen und Lehrer sind wichtige Personen für die Sexualaufklärung; Ausgleich zu fehlender Aufklärung im Elternhaus),
- gynäkologische Praxen (71 % türkischstämmige Frauen wünschen sich das Gespräch mit Ärztinnen oder Ärzten; in der Rolle als Gesprächspartnerinnen bzw. -partner sind sie in Deutschland wichtiger als in der Türkei),
- ärztliche/allgemeinmedizinische Praxen (sexuelle Themen können hier in anderen Kontexten angesprochen werden; offene Sprechstunden),
- gesundheitliche Regeldienste mit interkulturell qualifiziertem Personal, bilingualen Angeboten, kultursensibler Beratung (81 % türkischstämmige Frauen wünschen sich eine muttersprachliche Beratung),
- Migrantenmedien und Internet haben eine hohe Bedeutung,
- (obligatorische) Deutschkurse (Informationen über das deutsche Gesundheitssystem können hier weitergegeben werden; auch Werte und Normen beider Kulturen können thematisiert werden),
- Elternhaus bzw. Väter: Verstärkte Einbeziehung der Eltern, die zum Beispiel über die Schulen erreicht werden können; Elternberatung und -aufklärung und insbesondere die Botschaft, „Sexualkunde ist keine Aufforderung zum Geschlechtsverkehr“ sind von großer Bedeutung,
- ferner Jugendzentren, Moscheen, Diskos, Kneipen etc.

Wie ist die Arbeit in den Settings erfolgreich durchzuführen?

Grundsätzlich sollen Menschen mit Migrationshintergrund nicht als Opfer gesehen, sondern ihr Potenzial soll vielmehr in den Blick genommen werden. Ansatzpunkt ist das vorhandene traditionelle Rollenverständnis, von wo aus in

kleinen Schritten auf eine Veränderung der Verhältnisse zwischen Männern und Frauen hingewirkt werden muss.

Jugendliche brauchen geeignete Aufklärungsmedien und insbesondere auch Vertrauenspersonen in sexuellen Fragen.

Viele Medien der BZgA liegen in Übersetzungen vor oder sind für bestimmte Gruppen von Migrantinnen und Migranten konzipiert und erreichen bereits jetzt viele Jugendliche mit Migrationshintergrund. Die wichtigsten Methoden, Maßnahmen und Medien, um die Zugangswege weiter zu verbessern, sind:

- kultursensible Beratung, die mehr als Genitalität zum Inhalt hat (großer Kontext),
- bilinguale Angebote, eingebettet in allgemeine Gesundheitsinformationen (bilinguale Medien sind insbesondere für die 2. und 3. Generation sinnvoll, da sie eventuelle Defizite in beiden Sprachen kompensieren können, beispielsweise die Elternbriefe des Arbeitskreises Neue Erziehung),
- migrationssensible Aufklärungsbroschüren, reduziert auf wesentliche Informationen und mit reicher Bebilderung¹⁶,
- kostenlose Dolmetscherdienste,
- gezielte Aufklärungsprogramme für Jungen und Mädchen, getrennt nach Geschlechtern,
- Finden einer gemeinsamen Sprache für Sexualität in der Beratung und innerhalb der Settings (konkrete Sprache, Beispiele),
- Alltagsprobleme, kulturelle und religiöse Traditionen offen ansprechen, ebenso sexuelle und reproduktive Rechte,
- Elternarbeit, Elternaufklärung und -bildung sind wichtig; Gewinnen der Väter,
- Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren,
- Ärztinnen und Ärzte verstärkt „ins Boot holen“,
- integrierte, interdisziplinäre Angebote (Medizin und Beratung),
- Jugendliche aktiv beteiligen (Internet, Radiosendungen u. Ä.),
- Peer Education (Freundinnen und Freunde sind die wichtigsten Ansprechpartnerinnen bzw. -partner in sexuellen Fragen, Gleichaltrige sind deshalb vielversprechende Multiplikatorinnen und Multiplikatoren),

¹⁶ Hier zeigten sich Widersprüche zur Forderung nach Einbettung in einen größeren Kontext von Gesundheitsfragen, auch die Frage der Bebilderung war umstritten. Zum Bedauern der Veranstalter war aus Zeitgründen keine eingehende Diskussion über die Wertigkeit der zahlreichen gesammelten Aspekte zum Thema Migration und Sexualaufklärung/Familienplanung möglich. Diese wichtige Debatte muss institutionsintern weitergeführt werden.

- muttersprachliche TV-Sender und Printmedien für Informationen nutzen, Redaktionen gewinnen, Musikangebote als Transportweg für Botschaften der Sexualaufklärung/Familienplanung,
- Nutzbarkeit muttersprachlicher Medien aus den Herkunftsländern prüfen,
- Materialien für schulische Sexualerziehung besser den Bedürfnissen (und Defiziten/Problemen) der Lehrenden anpassen,
- Forderung: kostenlosen Zugang zu Verhütungsmitteln ermöglichen,
- Vernetzung mit Migrantenorganisationen und -communitys.

Allgemeiner Konsens: Die Angebote müssen niedrigschwellig, leicht erreichbar und unbürokratisch sein.

Wie können Jungen und junge Männer als Zielgruppe mit hohem Aufklärungsbedarf erreicht werden?

- Sie sollten eher nicht an spezifische Sexualberatungsstellen verwiesen werden, auch hier sollte Sexualaufklärung in andere Zusammenhänge eingebunden sein; das gilt auch für die Konzeption von Medien, insbesondere von Internetangeboten.
- Väter müssen mobilisiert werden, um dem Jungen als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.
- Männer haben einen – vermutlich großen – eigenen Aufklärungsbedarf, wie Praxiserfahrungen zeigen. Hier könnten Moscheen, kulturspezifische Cafés, Kneipen etc. sowie Schule und Migrantenmedien Zugangswege bieten.
- Multiplikatoren sollten als Vorbilder für alternatives männliches Rollenverhalten zur Verfügung stehen (auch in Schulen, Vereinen und ähnlichen sozialen Settings). Erst wenn sich die Dominanz der Männer relativiert, kann sich auch das Geschlechterverhältnis ändern.
- Jungen brauchen Aufgaben und Vertrauenspositionen (besser: Bildungs- und Berufschancen), um Dominanzgebaren zu relativieren.
- „Integrationslotsen“ im Gesundheitssystem sollten insbesondere für Männer und Jungen zur Verfügung stehen.
- Gruppenberatungen sollten mit dem Angebot von Einzelberatung einhergehen, um Jungen auch individuell zu erreichen.
- Eine Broschüre für Jungen in der Pubertät fehlt (vergleichbar mit der BZgA-Publikation „Jules Tagebuch“).

Die Frage nach Möglichkeiten und Grenzen personalkommunikativer Maßnahmen und des Medieneinsatzes wurden nicht explizit behandelt. Dies gilt auch für die Frage nach Lücken im Angebot.

5.

Impfen und Früherkennungs- untersuchungen im Kindes- und Jugendalter

5.1 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern aus Migrationsfamilien¹⁷

Liane Schenk, Ute Ellert, Hannelore Neuhauser

Früherkennungsuntersuchungen sind ein Schwerpunkt der Prävention im Kindesalter. Daten zur Inanspruchnahme werden jährlich durch die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung erfasst und aufbereitet. Informationen zum Migrationshintergrund werden jedoch nicht erhoben. Ergebnisse aus Einschulungsuntersuchungen, die eine Teilnahme an der Vorsorge dokumentieren, verweisen auf eine deutlich geringere Inanspruchnahme durch Familien bzw. Kinder mit Migrationshintergrund. Danach ist der Anteil der Kinder, die über ein vollständig ausgefülltes Vorsorgeheft verfügen, bei Ausländerinnen und Ausländern erheblich geringer (vgl. Abbildungen 20 und 21). Berliner Daten zeigen eine niedrigere Inanspruchnahme durch Kinder nichtdeutscher Herkunft – vor allem der höheren Früherkennungsuntersuchungen – sowie einen geringeren Grad einer vollständigen Teilnahme (vgl. Abbildung 22). In Nordrhein-Westfalen war der Anteil derer, die Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen haben, ebenfalls niedriger unter Kindern mit Migrationshintergrund als unter jenen ohne Migrationshintergrund.

Allerdings zeigten sich hier deutliche Unterschiede, je nachdem, ob die Kinder in Deutschland oder in einem anderen Land geboren wurden. Zumindest die ersten sieben Früherkennungsuntersuchungen, die in den ersten beiden Lebensjahren angeboten werden, nahmen in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund wesentlich häufiger wahr als im Ausland Geborene. Danach sank die Beteiligung der hier geborenen Kinder mit Migrationshintergrund rapide ab und glich sich dem niedrigen Niveau der im Ausland geborenen Kinder an. Aus dem dokumentierten Datenmaterial geht nicht hervor, ob

¹⁷ Der folgende Text basiert auf einer Veröffentlichung in: Schenk L., Neuhauser H., Ellert U. (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Robert Koch-Institut.

die niedrigere Inanspruchnahmequote der ersten Vorsorgeuntersuchungen durch im Ausland geborene Kinder darauf zurückzuführen ist, dass sie während der ersten beiden Lebensjahre noch im Herkunftsland lebten und daher das Vorsorgeangebot nicht nutzen konnten. Die niedrigere Quote wäre dann nicht Ausdruck eines anderen Inanspruchnahmeverhaltens, sondern eines nicht vorhandenen Angebots im Herkunftsland. Eine weitere Verbesserung der Datenlage bringt auch hier der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Erste Auswertungen bestätigen die erheblich geringere Inanspruchnahme durch Familien bzw. Kinder mit Migrationshintergrund.

5.1.1 Daten zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen im KiGGS

Von Mai 2003 bis Mai 2006 hat das Robert Koch-Institut den Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) durchgeführt. Ziel dieser bundesweiten Studie war es, umfassende und bevölkerungsrepräsentative Informationen über den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren in Deutschland zu erheben, bestehende Informationslücken zu schließen und Daten für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die epidemiologische Forschung sowie für die Konzeption von Präventions- und Interventionsmaßnahmen bereitzustellen. Die Studie wurde durch die Bundesministerien für Gesundheit (BMG) sowie Bildung und Forschung (BMBF) finanziert. Die Untersuchungen wurden von vier ärztlich geleiteten Untersuchungsteams in insgesamt 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden (Sample Points) durchgeführt. Das nach fünf Altersgruppen (0 bis 2, 3 bis 6, 7 bis 10, 11 bis 13 und 14 bis 17 Jahre) differenzierte Untersuchungsprogramm bestand aus einer schriftlichen Befragung der Eltern sowie – ab 11 Jahren – der Probandinnen und Probanden selbst, aus medizinischen Untersuchungen (zum Beispiel Schilddrüsenultraschall) und Tests (etwa Motorik), einem computergestützten ärztlichen Elterninterview (CAPI) sowie einer Blutentnahme und Sammlung von Spontanurin. Die Durchführung der Stichprobenziehung und Feldarbeit wurde durch interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen begleitet.

Zu folgenden Themen wurden Daten erhoben: körperliche Beschwerden und Befindlichkeit, akute und chronische Krankheiten, Behinderungen, Gesundheitsrisiken und Unfälle, psychische Gesundheit, Lebensqualität, Schutzfaktoren und personale Ressourcen, Ernährung, Essstörungen und Adipositas, Gesundheitsverhalten und Freizeitaktivitäten, Medikamentenkonsum, Impf-

status, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Körpermaße, motorische Leistungsfähigkeit, Sehvermögen, Blutdruck, Blut- und Urindiagnostik sowie Schilddrüsengröße (Letzteres finanziert durch das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz – BMELV).

Die Teilnehmenden wurden zufällig aus den Melderegistern der Einwohnermeldeämter der Studienorte ausgewählt. Die Teilnahmequote lag bei 66,6 % und damit über dem Durchschnitt vergleichbarer Erhebungen. Insgesamt haben 17 641 Kinder und Jugendliche, darunter 8656 Mädchen und 8985 Jungen, teilgenommen. Die Zusammensetzung der endgültigen Stichprobe weist – mit beispielsweise anteilig 17 % von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und 2 % mit einer amtlich anerkannten Behinderung – eine hohe Repräsentativität für die Wohnbevölkerung in Deutschland auf.

Um repräsentative Aussagen treffen zu können, wurden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Nettostichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2004) hinsichtlich Alter (in Jahren), Geschlecht, Region (Ost/West/Berlin) und Staatsangehörigkeit korrigiert.

Die Daten zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen wurden im Rahmen der Elternbefragung erfasst. Im Vorfeld wurden die Eltern gebeten, das gelbe U-Heft zur Untersuchung mitzubringen, um dies als Gedächtnisstütze zur Beantwortung der Frage „Welche der Früherkennungsuntersuchungen haben Sie für Ihr Kind in Anspruch genommen?“ nutzen zu können. Da die U1 und die U2 zumeist in der Geburtsklinik erfolgen, wird im Folgenden die Inanspruchnahme der U3 bis U9 betrachtet. Bis zur U6 werden außerdem nur Kinder und Jugendliche in die Analyse eingeschlossen, die bereits das erste Lebensjahr vollendet haben, bei der U7 jene ab vollendetem dritten Lebensjahr, bei der U8 ab vollendetem fünften und bei der U9 schließlich ab vollendetem siebten Lebensjahr. Weiterhin werden nur jene Kinder und Jugendliche berücksichtigt, die bereits zum avisierten Termin nach Deutschland zugewandert waren, um die Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens in den Vordergrund zu stellen.

5.1.2 Inanspruchnahme einzelner Untersuchungen

Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund („Migrantenkinder“) – das heißt Kinder, deren Eltern beide in einem anderen Land

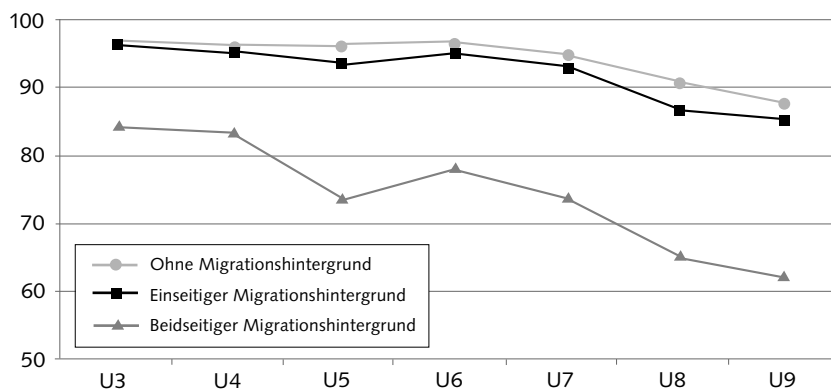


Abb. 20: Inanspruchnahme von U3 bis U9 nach Migrationshintergrund (Angaben in Prozent)

geboren und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind, oder Kinder, die selbst zugewandert sind und mindestens einen Elternteil haben, der im Ausland geboren ist – weisen erheblich niedrigere Inanspruchnahmeraten auf als Kinder und Jugendliche ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund. Während bei Kindern und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund die Inanspruchnahme in den ersten beiden Lebensjahren bis zur U7 weit über der 90 %-Grenze bleibt, liegt sie bei Migrantenkindern jeweils etwa 10 Prozentpunkte darunter.

Nimmt ab dem vierten Lebensjahr der Kinder die Beteiligung der Familien an dem Früherkennungsprogramm (U8, U9) generell ab, so fällt dieser Trend unter den Migrationsfamilien noch viel deutlicher aus und vergrößert die Schere zwischen Migrantenkindern und Kindern ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund. Die U9 besuchten beispielsweise 86,6 % bzw. 84,5 % der Kinder und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund, aber nur noch 62,3 % der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 20).

Ein Vergleich nach Herkunftsländern weist Kinder und Jugendliche aus den arabisch-islamischen Ländern, der ehemaligen Sowjetunion und der Türkei als jene mit der geringsten Inanspruchnahme aus. Dies zieht sich durch alle Früherkennungsuntersuchungen. Lediglich aus Westeuropa zugewanderte Familien zeigen ein ähnliches Inanspruchnahmeverhalten wie die Familien ohne Migrationshintergrund.

Mit der Aufenthaltsdauer nimmt auch die Inanspruchnahme zu, und zwar bei allen Früherkennungsuntersuchungen, nicht nur bei jenen in den unteren Lebensjahren, sondern auch bei jenen ab dem vierten Lebensjahr.

5.1.3 Vollständigkeit der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen

Neben der Inanspruchnahme der einzelnen Früherkennungsuntersuchungen können Aussagen zur Vollständigkeit der Teilnahme getroffen werden. Während 86,2 % bzw. 82,6 % der Kinder und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, sind dies unter den Migrantenkindern lediglich 64,5 %. Abbildung 21 zeigt, dass die Anteile derer mit vollständiger Teilnahme zwar zwischen den Herkunftsländern variieren, aber bei allen Familien, die aus einem anderen Land stammen, signifikant unter deutscher Teilnahme liegen. Den geringsten Grad der Vollständigkeit weisen Kinder und Jugendliche aus der ehemaligen

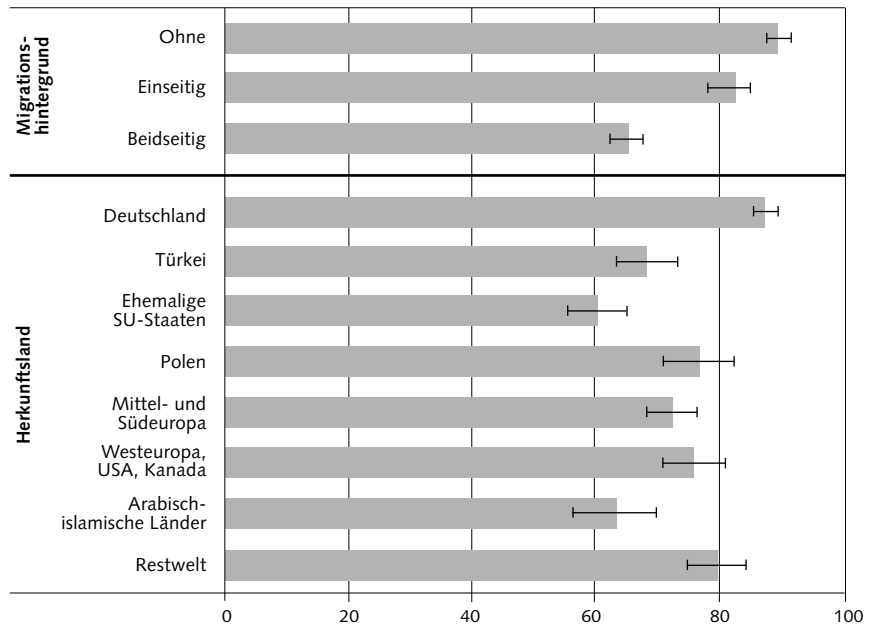


Abb. 21: Vollständigkeit der Teilnahme an der Früherkennung (U3–U7) nach Migrationshintergrund (Angaben in Prozent)

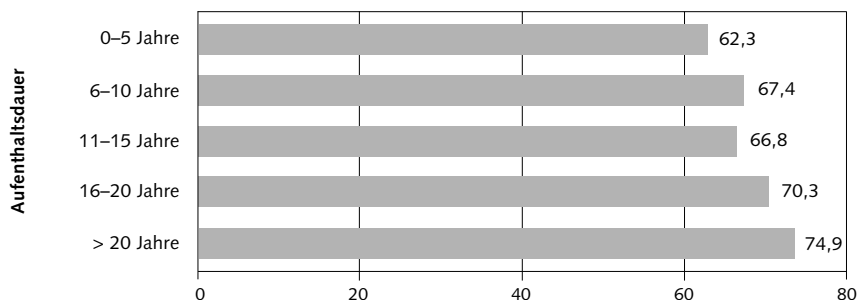


Abb. 22: Vollständigkeit der Teilnahme nach Aufenthaltsdauer der Mutter (Angaben in Prozent)

Sowjetunion (60,4 %), aus den arabisch-islamischen Ländern (64,4 %) sowie aus der Türkei (68,5 %) auf.

Auch hier zeigt sich eine Veränderung mit zunehmender Bleibedauer, die Vollständigkeit nimmt im Laufe des Aufenthalts zu: Wenn die Zuwanderung der Mutter nicht mehr als 5 Jahre zurückliegt, haben nur 62,5 % der Kinder alle Früherkennungsuntersuchungen besucht. Bei einer mehr als 20-jährigen Aufenthaltsdauer der Mutter hat sich dieser Anteil auf immerhin drei Viertel der Kinder erhöht (vgl. Abbildung 22). Noch gravierender sind die Differenzen, wenn man die Einwanderungsgeneration betrachtet: Nur 45,7 % der selbst nach Deutschland zugewanderten Kinder und Jugendlichen haben an allen Vorsorgeuntersuchungen, die für sie nach der Einreise altersmäßig infrage gekommen wären, teilgenommen. Unter der zweiten bzw. dritten Einwanderungsgeneration betrug dieser Anteil dagegen 75,4 %. Die Vollständigkeit variiert weiterhin nach Grad der Integration und des Aufenthaltsstatus. So hat lediglich die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit einem unsicheren Aufenthalt alle Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen (mit sicherem Aufenthalt: 68,8 %). Dafür mag der durch das Asylbewerberleistungsgesetz begrenzte Zugang zum Gesundheitssystem und insbesondere zu den Vorsorgeuntersuchungen verantwortlich sein.

5.1.4 Resümee

Die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen der Kinder und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund ist deutlich geringer als

jene der Kinder und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund. Dies zeigt sowohl ein Vergleich der Teilnahme an einzelnen Früherkennungsuntersuchungen als auch eine Gegenüberstellung nach Vollständigkeit. Innerhalb der Migrantenpopulation variiert die Inanspruchnahme hinsichtlich der Herkunftsländer. Besonders selten besuchen Kinder und Jugendliche aus arabisch-islamischen Ländern, der ehemaligen Sowjetunion sowie aus der Türkei die Früherkennungsuntersuchungen. Weiterhin beeinflussen der Grad der Integration, der Aufenthaltsstatus, die Aufenthaltsdauer sowie die Einwanderungsgeneration die Inanspruchnahme. Die beiden letzten Faktoren verweisen auf verschiedene mögliche Erklärungen der geringeren Teilnahme. So kann fehlendes Wissen um ein solches Angebot und dessen Nutzen die anfänglich geringe Beteiligung begründen, wenn beispielsweise präventive Angebote nicht im Gesundheitssystem des Herkunftslandes verankert sind. Einer eher ablehnenden Haltung gegenüber Früherkennungsuntersuchungen kann weiter eine symptomgebundene Krankheitsauffassung zugrunde liegen: Symptomfrei bedeutet gesund zu sein. Sie kann auch mit einer fatalistischen Krankheitsauffassung einhergehen, nach der die Gesundheit in einer „fremden Macht“ und damit außerhalb eigener Einflussmöglichkeiten liegt. Insofern ist die Zunahme der Inanspruchnahme auch Ausdruck von sich im Migrationsverlauf wandelnden Gesundheitskonzepten und Einstellungen gegenüber Angeboten der Prävention.

Literatur

- Gawrich, S. (2004): Wie gesund sind unsere Schulanfänger? – Zur Interpretation epidemiologischer Auswertungen der Schuleingangsuntersuchung. Hessisches Ärzteblatt 2/2004, 73–76.
- Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P. et al. (2007): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5–6), 836–850.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2000): Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen: Sonderbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Oberwöhrmann, S., Bettge, S. (2007): Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005. Berlin.
- Windorfer, A., Bruns-Philipps, E. (2002): Präventive Maßnahmen: Kinder ausländischer Herkunft benachteiligt. Kinderärztliche Praxis 73 (4), 258–264.

5.2 Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS): Impfquoten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Christina Poethko-Müller · Ute Ellert* ·
Ronny Kuhnert* · Hannelore Neuhauser* ·
Liane Schenk** · Martin Schlaud**

5.2.1 Grundlagen und Aufbau der Studie

Schutzimpfungen zählen zu den wirksamsten Strategien zur Verhinderung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Effiziente Impfstrategien müssen die soziale Lage und auch den Migrationshintergrund berücksichtigen, hierfür sind Daten zum Impfverhalten von Kindern mit Migrationshintergrund notwendig. Bislang werden jedoch nur in einigen Kommunen Informationen zum Sozial- und Migrationsstatus erhoben, sodass auf dieser Grundlage keine flächendeckenden Aussagen zum Impfverhalten von Kindern mit Migrationshintergrund getroffen werden können. Die Daten aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) erlauben nun nicht nur die Auswertung von Unterschieden in Abhängigkeit vom Alter und von der Art der Impfung, sondern auch die differenzierte Betrachtung von Untergruppen innerhalb der heterogenen Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die in Deutschland leben. Hier stellt sich insbesondere die Frage, welche Zusammenhänge zwischen dem Impfverhalten und der Herkunft aus bestimmten Ländern, der Einwanderergeneration, der Aufenthaltsdauer und dem Grad der Integration bestehen.

Im KiGGS (siehe hierzu auch Kap. 5.1.1) wurden über die ärztliche Dokumentation in den Impfausweisen detaillierte Daten zu angewendeten Impfstoffen und dem Impfzeitpunkt erhoben. Von den 17 641 KiGGS-Probandinnen und -Probanden legten 16 475 (93,4 %) einen Impfpass vor. Davon wurden 149 Fälle nicht mit ausgewertet, da der Impfpass unleserlich oder nachvoll-

* Robert Koch-Institut

** Institut für Medizinische Soziologie der Charité Berlin

ziehbar unvollständig (Folgedokument) war. Mit ausgewertet wurden 134 Fälle ohne Impfpass, da die Kinder (noch) nicht geimpft waren. Somit konnten für 16 460 der untersuchten KiGGS-Kinder (93,3 %) die Impfangaben ausgewertet werden. Der Anteil von Teilnehmenden, für die kein Impfausweis vorgelegt wurde oder für die eine erkennbar unvollständige Impfdokumentation (zum Beispiel Zweit- oder Folgeimpfpass) vorlegt wurde, betrug bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund 4,6 %, 7,0 % bei Kindern und Jugendlichen mit einseitigem und 17,3 % mit zweiseitigem Migrationshintergrund. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit fehlender Impfdokumentation bei Migranten und Migrantinnen, aber auch Nichtmigranten und -migrantinnen, ist besonders hoch bei Kindern aus Familien der unteren sozialen Schicht. Um Verzerrungen der Ergebnisse durch nicht zeitgerecht gegebene Impfungen bzw. durch die in den ersten zwei Lebensjahren altersabhängig empfohlenen Impfdosen zu vermeiden, beziehen sich die folgenden Ausführungen auf 2- bis 17-Jährige.

5.2.2 Ergebnisse der Studie

Faktor Migrationshintergrund

Eine erste Betrachtung aller 2- bis 17-jährigen KiGGS-Teilnehmenden zeigt, dass die drei Gruppen „Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund aus der Türkei“, „aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion“ und „sonstige Migrantinnen und Migranten“ signifikant schlechter gegen Tetanus, aber auch

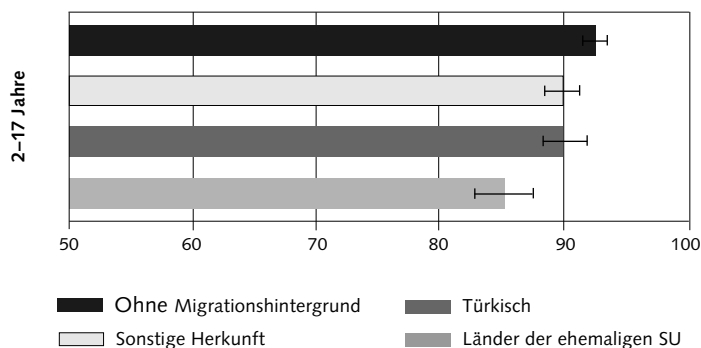


Abb. 23: Tetanusimpfquoten (vollständige Grundimmunisierung) nach Herkunftsland für 2- bis 17-Jährige (Angaben in Prozent)

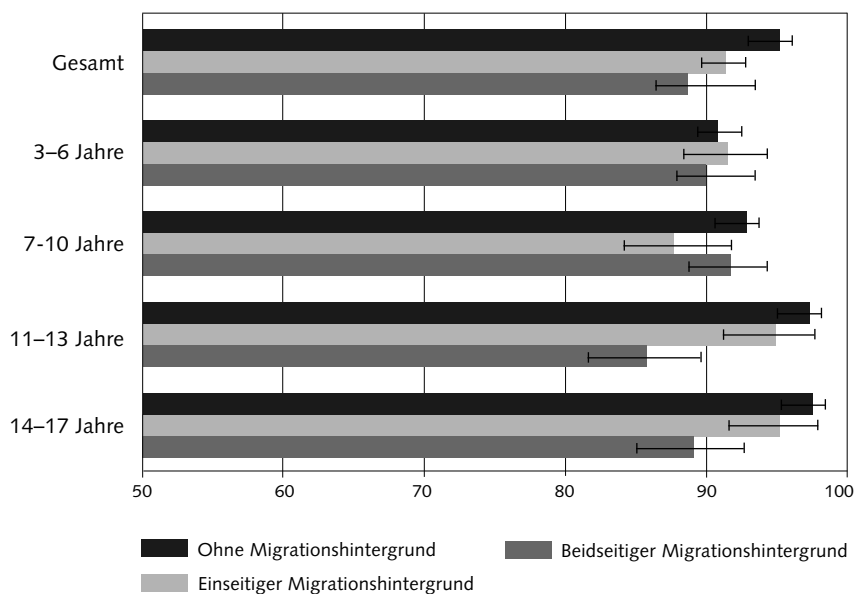


Abb. 24: Tetanusimpfquoten (vollständige Grundimmunisierung) nach Migrationshintergrund und Alter für 2- bis 17-Jährige (Angaben in Prozent)

gegen Diphtherie grundimmunisiert sind als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Dabei unterscheidet sich die Durchimpfung gegen Tetanus und Diphtherie um jeweils weniger als einen Prozentpunkt, sodass im

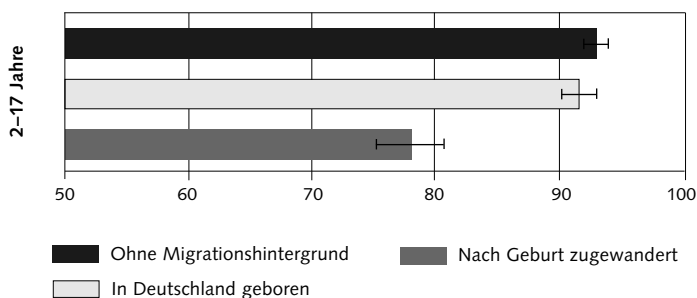


Abb. 25: Tetanusimpfquoten (vollständige Grundimmunisierung) nach Migrationshintergrund und Zeitpunkt der Zuwanderung für 2- bis 17-Jährige (Angaben in Prozent)

Folgenden die bestehenden Zusammenhänge am Beispiel der Tetanusdurchimpfung dargelegt werden (vgl. Abbildung 23).

Betrachtet man die Durchimpfung der Kinder und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund, differenziert nach Altersgruppen, so fällt auf, dass sich in den jüngeren Altersgruppen der 0- bis 10-Jährigen die Durchimpfung der Kinder mit Migrationshintergrund nicht deutlich von den Kindern ohne Migrationshintergrund unterscheidet. Allerdings ist auch in diesen jüngeren Altersgruppen, in denen scheinbar keine Impfquotenunterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund bestehen, die Durchimpfung bei Migranten und Migrantinnen der ersten Einwanderergeneration deutlich schlechter als bei altersgleichen Migranten und Migrantinnen von nachfolgenden Einwanderergenerationen und deutlich schlechter als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 24).

Insgesamt ist in der Migrationsbevölkerung bei den 2- bis 17-Jährigen die Durchimpfung gegen Tetanus mit 77,5 % für diejenigen Kinder und Jugendlichen, die erst nach ihrer Geburt nach Deutschland zugewandert sind, bedeutend schlechter als bei in Deutschland geborenen Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (92,5 %). Diese Kinder der zweiten und nachfolgenden Migrationsgenerationen unterscheiden sich hinsichtlich der Grundimmunisierung gegen Tetanus kaum noch von Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (94,0 %) (vgl. Abbildung 25).

Somit ist das bei einer undifferenzierten Betrachtung der KiGGS-Daten erhaltene Bild, die Durchimpfung bei jüngeren Kindern mit Migrationshintergrund sei gleich gut wie das anderer Gleichaltriger, nicht als strukturelle Verbesserung der Durchimpfung von jüngeren Migrantinnen und Migranten zu interpretieren. Vor allem ist es durch den größeren Anteil in Deutschland geborener Migrantenkinder in den jüngeren Altersgruppen bedingt: Der Anteil von Kindern der 1. Einwanderergeneration beträgt in der Altersgruppe 0 bis 6 Jahre deutlich unter 10 %, jedoch sind in der Gruppe der 11- bis 13-Jährigen 26 %, bei den 14- bis 17-Jährigen über 40 % nicht in Deutschland geboren.

Faktor Herkunftsland

Unterscheidet man die Kinder mit Migrationshintergrund nach ihrem Herkunftsland, so fällt auf, dass die Gruppe der Migranten und Migrantinnen aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion besonders schlecht gegen Tetanus grundimmunisiert ist. Betrachtet man allerdings nur die Durchimpfung der

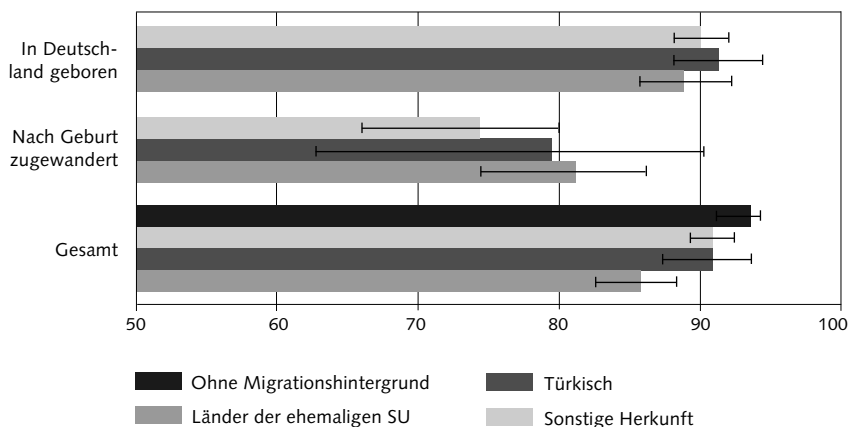


Abb. 26: Tetanusimpfquoten (vollständige Grundimmunisierung) nach Herkunftsland und Zeitpunkt der Zuwanderung für 2- bis 17-Jährige (Angaben in Prozent)

nach der Geburt nach Deutschland Zugewanderten aus den verschiedenen Herkunftsländern (1. Einwanderergeneration), so besteht kein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen den verschiedenen Herkunftsländern: Nach der Geburt eingewanderte 2- bis 17-jährige Migranten und Migrantinnen sind unabhängig vom Herkunftsland besonders schlecht durchimpft (vgl. Abbildung 26).

Die im Vergleich zu anderen Herkunftsgruppen deutlich schlechtere Durchimpfung der Kinder und Jugendlichen aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion ist vor allem auf einen hohen Anteil von nicht in Deutschland geborenen Kindern und Jugendlichen (der 1. Einwanderergeneration) zurückzuführen, die wie Zugewanderte der 1. Generation aus anderen Herkunftsländern schlechter durchimpft sind: Der Anteil der 1. Einwanderergeneration beträgt bei Zugewanderten (2- bis 17-Jährige) aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion in KiGGS 50%, bei türkischen Zugewanderten 9% und bei Zugewanderten aus sonstigen Herkunftsländern 16%. Jedoch ist auch die Durchimpfung der in Deutschland geborenen Kinder und Jugendlichen aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion (nachfolgende Einwanderergenerationen) mit 89,1% (83,9–92,8) etwas niedriger als die sonstiger Migrantinnen und Migranten (93,3% [92,1–94,4]).

Faktor „Soziale Herkunft“

Bei einer Betrachtung unabhängig vom Migrationsstatus spielt die soziale Schicht eine Rolle für die Tetanusimpfquoten: Kinder aus Familien der mittleren sozialen Schicht sind etwas besser gegen Tetanus durchimpft als Kinder aus Familien, die der oberen oder unteren sozialen Schicht angehören. Bei Kindern mit Migrationshintergrund unterscheidet sich die Durchimpfung gegen Tetanus nur wenig zwischen den sozialen Schichten. Wegen der begrenzten Fallzahl insbesondere von Kindern mit Migrationshintergrund aus Familien der oberen sozialen Schicht in unserer Untersuchung sind keine eindeutigen Aussagen über den möglichen Einfluss der Zugehörigkeit zur sozialen Schicht auf die Durchimpfung möglich. Allerdings scheinen in der Gruppe der Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund Kinder aus Familien der unteren sozialen Schicht am schlechtesten, Kinder aus der oberen sozialen Schicht am besten gegen Tetanus durchimpft zu sein (vgl. Abbildung 27). Auch der bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund zu beobachtende Zusammenhang zwischen niedriger Maserndurchimpfung und höherem Sozialstatus besteht in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund so nicht.

Faktor Einwanderergeneration

Innerhalb der Migrantenpopulation scheint es insgesamt große Unterschiede bei den Tetanusimpfquoten zu geben, und es stellt sich die Frage, welche Fak-

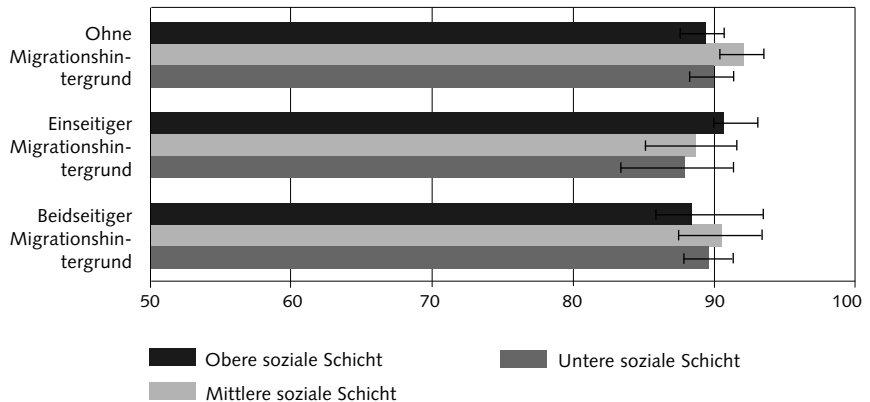


Abb. 27: Tetanusimpfquoten (vollständige Grundimmunisierung) nach Migrationshintergrund und sozialer Schicht für 2- bis 10-Jährige (Angaben in Prozent)

toren dabei die wichtigste Rolle spielen. Hierbei zeigt sich, dass die Frage, ob Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland geboren wurden oder erst nach der Geburt zugewandert sind, den stärksten Einfluss auf das Tetanusimpfverhalten hat – stärker als andere migrationsspezifische oder soziodemografische Differenzierungsmerkmale. Es besteht kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Durchimpfung gegen Tetanus und der Zugehörigkeit zur sozialen Schicht bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (ein Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zur sozialen Schicht besteht nur bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund). Eine gewisse Rolle spielen der Wohnort in den neuen oder alten Bundesländern (mit schlechteren Tetanusimpfquoten in den alten Bundesländern) und das Alter der Kinder, wobei ältere Kinder häufiger vollständig grundimmunisiert sind als jüngere Kinder. Diese beiden Einflussfaktoren gelten sowohl bei Kindern und Jugendlichen mit als auch ohne Migrationshintergrund.

Der Zusammenhang zwischen Impfstatus und der Frage, ob Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland geboren wurden oder erst nach der Geburt zugewandert sind, besteht unabhängig von der Art der Impfung; exemplarisch erfolgte die Darstellung am Beispiel der Tetanusimpfung. Neben diesem Hauptzusammenhang gibt es bei bestimmten Impfungen noch Untergruppen, bei denen ein Zusammenhang zur Herkunft zu sehen ist.

Hepatitis B

Wie bei Tetanus und Diphtherie sind jüngere Kinder mit Migrationshintergrund nicht schlechter gegen Hepatitis B grundimmunisiert als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Die Grundimmunisierung gegen Hepatitis B unterscheidet sich bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren wurden, nicht von Kindern ohne Migrationshintergrund. 2- bis 10-Jährige türkischer Abstammung, die in Deutschland geboren wurden, sind mit 79 % (73,1–83,9) sogar besser gegen Hepatitis B geimpft als Kinder ohne Migrationshintergrund (71,6 % [69,3–73,8]). Dieser Unterschied ist jedoch (gerade nicht) statistisch signifikant. Wie bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund steht bei der Beurteilung des Hepatitis-B-Impfschutzes im Vordergrund, dass gerade bei den 14- bis 17-Jährigen – in einem Alter also, in dem zunehmend die Aufnahme sexueller Kontakte erfolgt – die Durchimpfung gegen Hepatitis besonders ungenügend ist: Bei 57 % der nach der Geburt zugewanderten Jugendlichen besteht kein vollständiger Impfschutz gegen Hepatitis B (in Deutschland geborene Jugendliche mit Migrationshintergrund ohne Hepatitis-B-Grundimmunisierung: 42 %, Jugendliche ohne Migrationshintergrund: 41 %).

Pertussis (Keuchhusten)

Kinder mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren wurden, sind nicht schlechter gegen Keuchhusten grundimmunisiert (65,7 %) als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund (66,2 %). Schlechter durchimpft sind auch hier die Kinder, die nach der Geburt nach Deutschland zugewandert sind (54,4 %). Ältere Kinder und Jugendliche (11- bis 17-Jährige) aus der ehemaligen Sowjetunion (59,0 %) und aus Polen (52,3 %) sind eher besser gegen Keuchhusten geimpft als 11- bis 17-Jährige deutscher Herkunft (49,0 %), türkischer Herkunft (30,5 %) und Migranten und Migrantinnen aus anderen Herkunftsländern (41,7 %). Jüngere Kinder (2- bis 10-Jährige) aus der ehemaligen Sowjetunion (83,1 %) sind dagegen schlechter gegen Keuchhusten geimpft als Kinder deutscher Herkunft (88,7 %), während Kinder polnischer Herkunft eher besser gegen Keuchhusten geimpft sind (91,2 %).

5.2.3 Resümee

Die Beurteilung der Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund erfordert eine differenzierte Betrachtung der Gesamtgruppe der Migrantinnen und Migranten, da die Impfquoten in verschiedenen Untergruppen (Altersgruppen, Einwanderergenerationen, Herkunftsländer) sowie abhängig von der Art der Impfung sehr unterschiedlich sind. Unsere Auswertungen zeigen, dass das wichtigste Differenzierungsmerkmal im Hinblick auf die in KiGGS erfassten Impfungen ist, ob die Geburt des Kindes in Deutschland stattgefunden hat oder das Kind erst nach der Geburt zugewandert ist: Nach der Geburt Zugewanderte sind bedeutsam schlechter geimpft als in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund. Hingegen sind in Deutschland geborene Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund insbesondere in den jüngeren Altersgruppen nicht schlechter durchimpft als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund.

Andere Differenzierungsmerkmale – wie das Herkunftsland – sind weniger bedeutsam für die Impfquoten. Auf den ersten Blick scheinbar bestehende Unterschiede sind zum großen Teil durch die besondere Struktur der Einwanderung aus bestimmten Herkunftsländern zu erklären. So sind die schlechteren Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion vor allem durch den in dieser Gruppe höheren Anteil nach der Geburt zugewanderter Kinder und Jugendlicher im Vergleich zu Migranten und Migrantinnen anderer Herkunftsländer zu erklären.

Empfehlungen für die Durchführung von Impfungen in Deutschland werden jährlich von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) herausgegeben und kontinuierlich an den aktuellen Wissensstand und den konkreten Bedarf angepasst. Die Kosten für Impfungen werden von Trägern der Krankenversicherungen als Satzungsleistungen erstattet. Die Versorgung mit amtlich anerkannten Impfungen wird bei Kindern und Jugendlichen mit Asylbewerberstatus im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes (§ 4 [3] AsylbLG) gewährleistet.

Auch wenn damit formal die Versorgung mit Impfungen gewährleistet ist, muss doch davon ausgegangen werden, dass der Zugang zur Impfversorgung für Familien mit Migrationshintergrund – insbesondere wenn beide Eltern nichtdeutscher Herkunft sind oder bereits Kinder mit der Familie nach Deutschland einwandern – erschwert ist. Es scheinen hingegen keine spezifischen Vorbehalte gegen Impfungen bei Migranten und Migrantinnen zu existieren. In unserer Auswertung konnte gezeigt werden, dass die Durchimpfung von in Deutschland geborenen Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund nicht schlechter ist als bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Zudem geben Eltern von Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund über alle sozialen Schichten hinweg seltener an, Gründe gegen die Gabe von Impfungen ihres Kindes gehabt zu haben als Eltern von

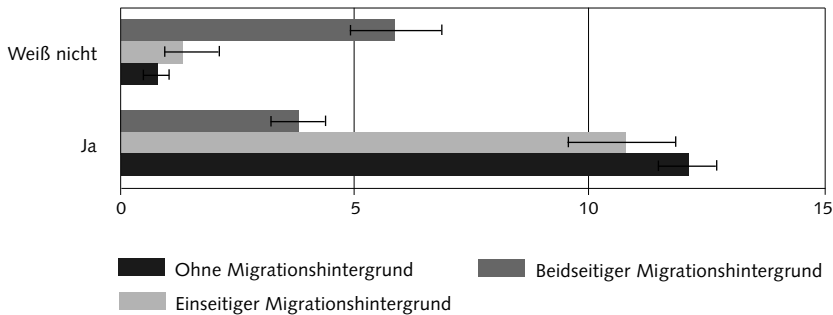


Abb. 28: „Hatten Sie Gründe, Ihrem Kind Impfungen nicht geben zu lassen?“ CAPI¹⁸-Frage an alle Eltern – Nach Migrationshintergrund für 2- bis 17-Jährige (Angaben in Prozent).

¹⁸ CAPI = computer-assisted personal interviewing; computerunterstützte persönlich-mündliche Befragung.

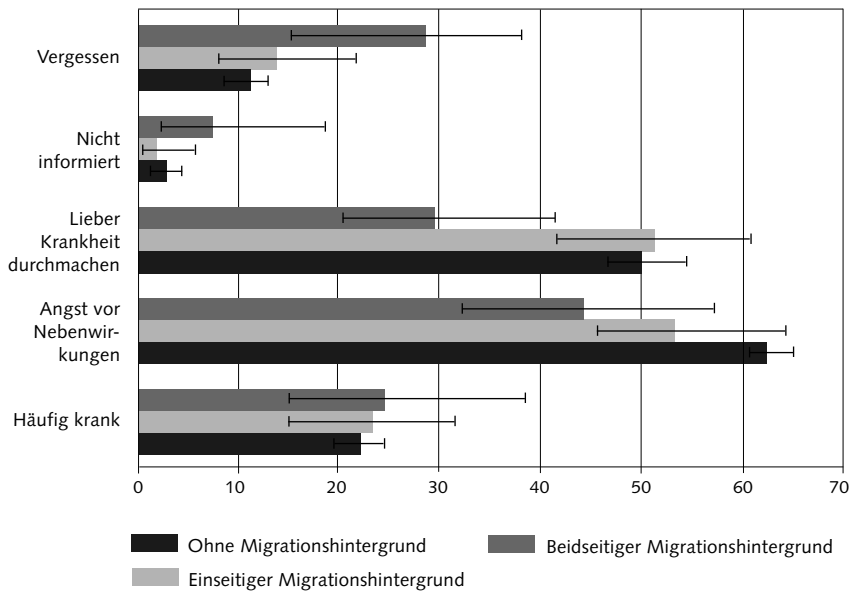


Abb. 29: Welche Gründe hatten Sie, Ihrem Kind Impfungen nicht geben zu lassen? CAPI-Frage an Eltern, die die Frage nach einem Grund gegen Impfung mit „Ja“ beantwortet haben. – Nach Migrationshintergrund für 2- bis 17-Jährige (Angaben in Prozent).

Kindern ohne Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 28). Innerhalb der kleinen Gruppe von Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund, die Gründe gegen Impfungen angegeben haben, ist der Anteil derer, die Impfungen vergessen haben, höher als bei Familien ohne Migrationshintergrund. Dagegen ist der Anteil derer, die Angst vor Nebenwirkungen als Grund gegen eine Impfung angegeben haben, oder derer, die das Durchmachen der Erkrankung für besser halten als Impfungen, bei Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund niedriger als bei Familien ohne Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 29).

Die Verbesserung von Informationen über Schutzimpfungen über sprachliche Barrieren hinweg sowie die Überprüfung des Impfstatus auf Vollständigkeit und das aktive Angebot von Impfungen insbesondere für neu bzw. selbst zugewanderte Kinder und Jugendliche scheint daher wichtig, um die Durchimpfung in den Migrantengruppen mit schlechten Impfquoten zu verbessern.

5.3 Impflücken bei jugendlichen Migranten und Migrantinnen – Erfahrungen mit der Erreichbarkeit der Zielgruppe im Rahmen der Jugendarbeitsschutzgesetzuntersuchung im Berliner Bezirk Mitte *Jeffrey Butler*

5.3.1 Hintergrund

Schutzimpfungen gehören zu den effektivsten und kostengünstigsten Präventionsmaßnahmen überhaupt. Viele früher gefürchtete Infektionskrankheiten sind durch entsprechende Impfungen heute stark zurückgedrängt worden oder sogar fast verschwunden. Dennoch können die in Deutschland erreichten Impfraten im internationalen Vergleich nicht zufriedenstellen. Angesichts des WHO-Ziels der Ausrottung bestimmter Erreger gibt es in Deutschland einen großen Nachholbedarf (Robert Koch-Institut 2000).

Trotz der Tatsache, dass die Kosten für die von der Ständigen Impfkommission der Bundesrepublik (STIKO) empfohlenen Impfungen bis zum Alter von 18 Jahren von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden, gibt es bei Jugendlichen – insbesondere bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund – immer noch große Defizite in dieser Hinsicht (vgl. Poethko-Müller et al. 2007, S. 858). Trotz einer vollständigen Grundimmunisierung im Säuglings- und Kleinkindesalter dank der modernen polyvalenten Impfstoffe (Mehrfachimpfstoffe) sind Durchimpfungsraten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, insbesondere mit Migrationshintergrund, unzureichend. Es fehlen die sogenannten Booster-Impfungen, also die im Abstand von einigen Wochen, Monaten oder Jahren nach der ersten Vakzination wiederholten Impfungen, zwischen dem 9. bis 17. Lebensjahr. Denn viele Jugendliche empfinden sich nicht mehr als „Kinder“ und brechen deshalb oft den Kontakt zu Kinderärzten und -ärztinnen ab bzw. suchen einen Allgemeinarzt oder eine Allgemeinärztin nur in Fällen akuter Erkrankungen auf. Hierdurch entstehen – auch bei Impfungen gegen gefährliche Krankheiten – erhebliche Impflücken. Es stellt sich die Frage, wie diese Jugendlichen für die Prävention erreicht werden können.

5.3.2 Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

Die sogenannte „Schulentlassungsuntersuchung“ ist eine gesundheitliche Untersuchung der Schülerinnen und Schüler der 10. Klasse (Reihenuntersuchung), die in erster Linie auf die Feststellung der Berufstauglichkeit der Jugendlichen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) abzielt. Obligatorisch ist die Untersuchung demnach für die Schüler und Schülerinnen, die anschließend von der Schule abgehen und eine berufliche Ausbildung anfangen (Schülerinnen und Schüler von Haupt- und Realschulen). Hierbei spielen gesundheitliche Einschränkungen, die eine eventuelle Berufswahl erschweren würden (Allergien, orthopädische Probleme usw.), eine besondere Rolle. In Berlin wird diese Untersuchung meist noch im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) der Gesundheitsämter durchgeführt, obwohl es in Bezirken mit personellen Engpässen Bestrebungen gibt, sie an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte abzugeben.

Die Schulentlassungsuntersuchung wird jährlich im KJGD durchgeführt – die Ergebnisse werden neben der Feststellung von Tätigkeitseinschränkungen auch für individualmedizinische Prävention verwendet (zum Beispiel Überweisungen an Ärzte/Ärztinnen). Im Bezirk Mitte wird diese Untersuchung nicht nur für die Individualprophylaxe genutzt, sondern auch, um gesundheitsrelevante Daten für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) zu erheben. Die Dokumentation und die Auswertung dieser Untersuchung stellen jedoch die letzte Möglichkeit dar, nach der Schuleingangsuntersuchung gesundheitliche Daten für nahezu einen ganzen Jahrgang zu erhalten. Viele präventionsrelevante Fragen, zum Beispiel zum Impfschutz, zum Vorkommen von Adipositas sowie zum Rauchverhalten, können nur anhand solcher Daten fundiert angegangen werden.

Bei der Dokumentation der Jugendarbeitsschutzgesetz-Untersuchung in Berlin-Mitte werden auf der einen Seite gesundheitsbezogene Sachverhalte wie der Impfstatus, das Gewicht und die Größe, das Rauchverhalten sowie Tätigkeitseinschränkungen nach dem JArbSchG festgehalten. Darüber hinaus werden analog zur Schuleingangsuntersuchung Informationen zur sozialen Lage (Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern – freiwillig) und zum eventuellen Migrationshintergrund der Familien erhoben. Hierdurch können diese Ergebnisse epidemiologisch ausgewertet werden, um besondere Risikogruppen gezielt auszumachen. Bei der Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JAG) 2007/2008 wurde eine Sondererhebung zum Suchtverhalten der Jugendlichen durchgeführt.

5.3.3 Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe

Die hier vorgestellten Ergebnisse stammen aus einer vorläufigen Auswertung von JAG-Daten für die Schuljahre 2004/2005 bis 2007/2008. Da die Dateneingabe nicht vollständig ist, fehlen in erster Linie Impfdaten aus dem letzten Schuljahr. Insgesamt liegen Daten zur Durchimpfung und Herkunft für 2133 Schüler vor. Aus dieser Gruppe sind ca. 30 % deutscher, 41 % türkischer und ca. 9,5 % osteuropäischer Herkunft. Zirka 1 % der Zehntklässler stammt aus westlichen Industrieländern, 18,4 % stammen aus sonstigen Ländern.

Da die Jugendarbeitsschutz-Untersuchung in erster Linie für die Absolventinnen und Absolventen der 10. Klasse in den Haupt- und Realschulen vorgesehen ist, ist es angesichts der sozialen Lage im Bezirk Mitte nicht überraschend, dass zwei Drittel der untersuchten Schülerinnen und Schüler aus der unteren sozialen Schicht stammen. 25 % kommen aus der mittleren sozialen Schicht und 8,5 % aus der oberen Schicht (vgl. Abbildung 30). Die Schichtverteilung in den einzelnen Herkunftsgruppen ist jedoch sehr heterogen. Während 24,8 % der Jugendlichen aus osteuropäischen Ländern aus der oberen sozialen Schicht stammen, trifft dies für die türkischen Schülerinnen und Schüler lediglich bei 2,3 % und für die deutschen bei 11 % der Familien zu.

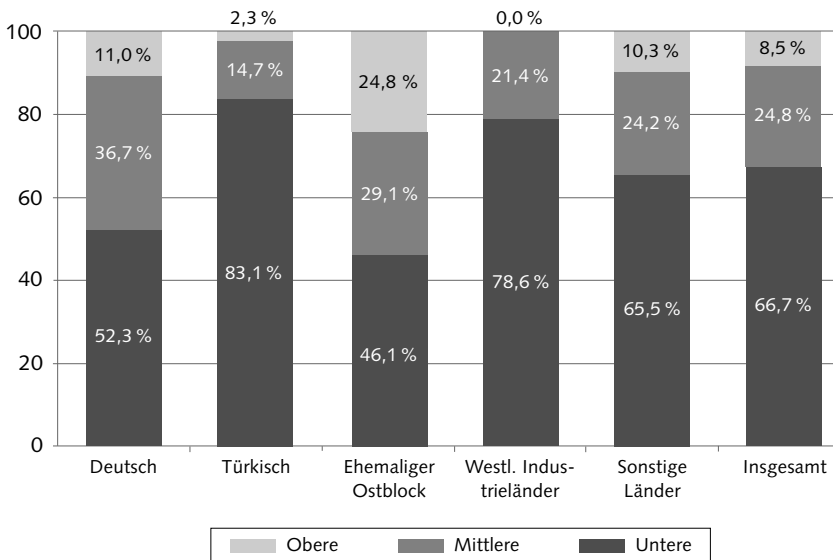


Abb. 30: Untersuchungsgruppe nach ethnischer Herkunft und sozialer Schicht

5.3.4 Impfstatus im 10. Schuljahr nach sozialer Lage und Migrationshintergrund

Bei der Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz wurde die Vollständigkeit des Impfschutzes kontrolliert. Voraussetzung für diese Überprüfung ist natürlich das Vorhandensein eines Impfpasses. Da ein Großteil der Schüler und Schülerinnen ohne Impfpass möglicherweise nicht geimpft ist, könnte dies unter Umständen zu einer Unterschätzung der fehlenden Impfungen führen (vgl. Delekat und Kis 2001, S. 54).

Abbildung 31 zeigt den Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Impfpass nach ethnischer Herkunft. Die Angaben zum Vorliegen eines Impfpasses zeigen, dass dieser insbesondere bei Jugendlichen nichtdeutscher Herkunft häufig nicht vorlag. Während der Impfpass bei ca. 81 % der Zehntklässlerinnen und -klässler deutscher Herkunft vorlag, traf dies bei nur 68,6 % der Schülerinnen und Schüler osteuropäischer Herkunft zu. Hierdurch könnten noch größere Impflücken vorliegen, als es in der Auswertung dokumentiert wird.

Die Auswertung des Impfstatus der Zehntklässlerinnen und -klässler im Bezirk Mitte zeigt, dass nach den STIKO-Empfehlungen fast alle untersuchten Jugendlichen bei irgendeiner Impfung Impflücken aufwiesen. Bei der

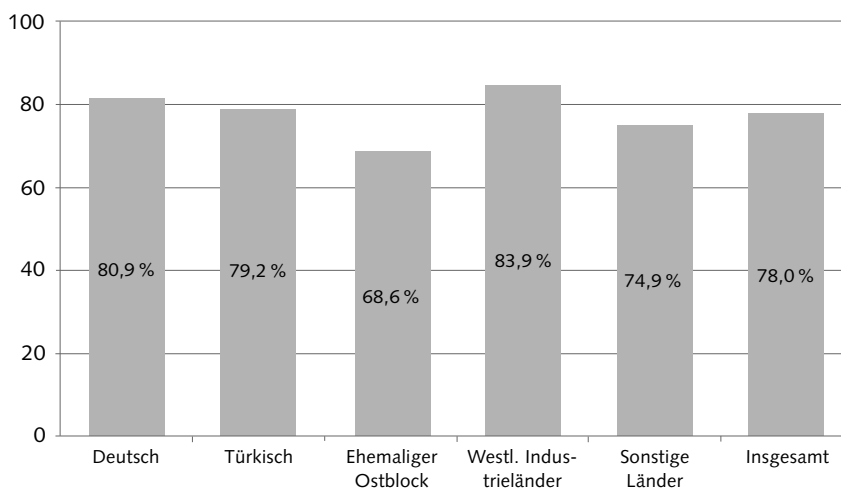


Abb. 31: Anteil der Jugendlichen mit Impfausweis nach ethnischer Herkunft (als Prozent der jeweiligen Untergruppe)

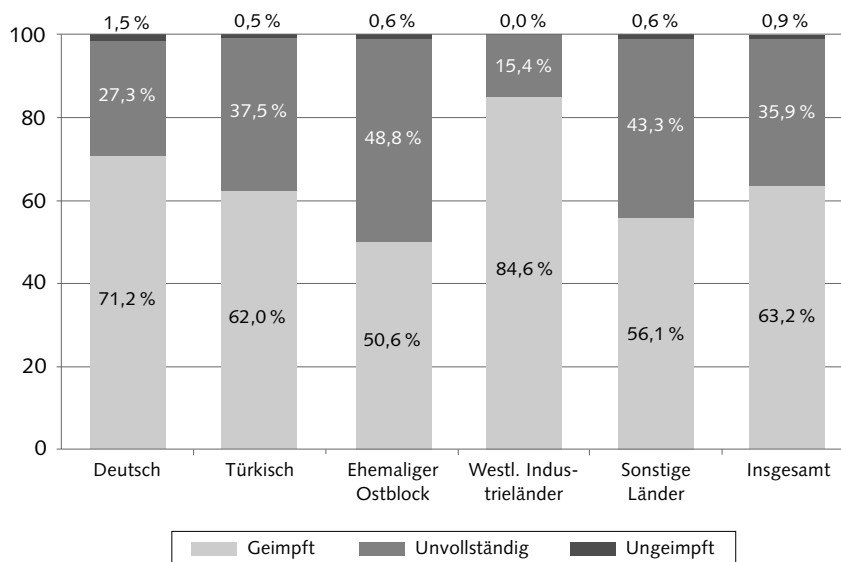


Abb. 32: Impfstatus nach ethnischer Herkunft – Diphtherie (als Prozent der Untersuchten mit vorliegendem Impfpass, n = 2133)

Dokumentation der Unterschiede im Impfschutz nach ethnischer Herkunft beschränkt sich dieser Beitrag auf die Vollständigkeit bei den Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Hepatitis B.

Wie bereits in anderen Untersuchungen festgestellt wurde (vgl. Bezirksamt Mitte 2003, Börner et al. 2003, Butler 2004, KiGGS 2007), ist der Impfschutz der untersuchten Jugendlichen je nach Impfung unterschiedlich. Während bei den Impfungen gegen eher lebensbedrohliche Krankheiten wie Diphtherie und Tetanus die Jugendlichen deutscher Herkunft einen Impfschutz vorwiesen, der um einiges besser als der Impfschutz der Schülerinnen und Schüler anderer Herkunft ist (vgl. Abbildung 32 und Abbildung 33 auf Seite 140), kehrt sich dies bei Impfungen um, deren Nutzen von einigen eher ideologisch geprägten Stellen infrage gestellt wird, wie Hepatitis B, Masern, Mumps und Röteln. Abbildung 34 auf S. 140 zeigt dieses Phänomen für die Impfung gegen Hepatitis B. Bei diesen Impfungen stellen eher die Zehntklässlerinnen und Zehntklässler deutscher Herkunft eine Risikogruppe dar.

Dieses Phänomen des selektiven Impfschutzes ist auch in anderen Untersuchungen – sowohl bei Schulanfängern und -anfängerinnen als auch bei

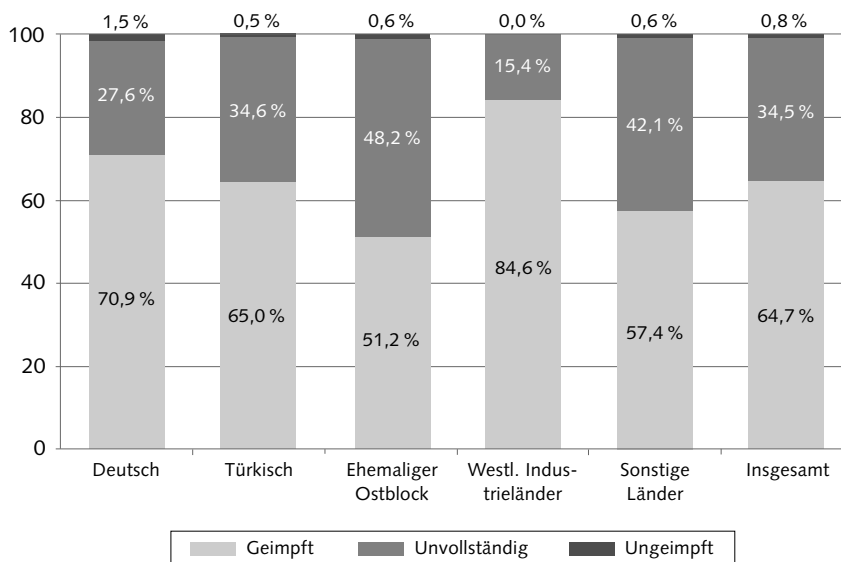


Abb. 33: Impfstatus nach ethnischer Herkunft – Tetanus (als Prozent der Untersuchten mit vorliegendem Impfpass, n = 2133)

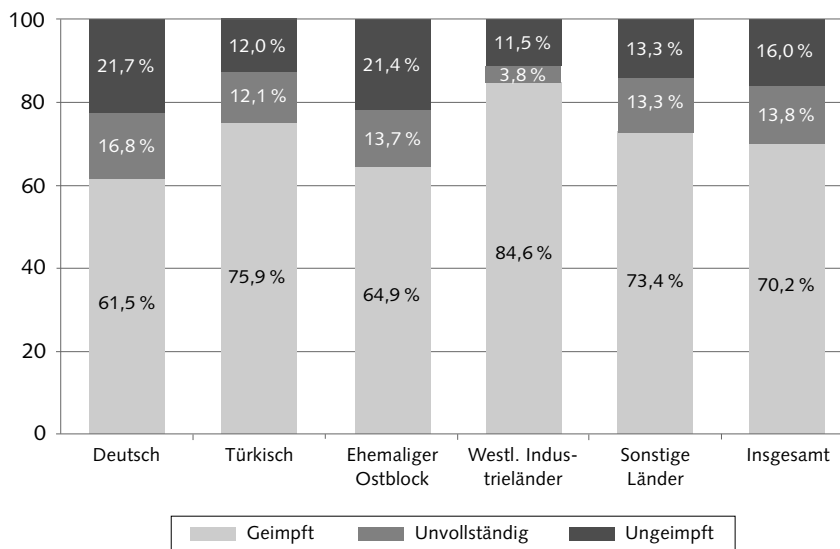


Abb. 34: Impfstatus nach ethnischer Herkunft – Hepatitis B (als Prozent der Untersuchten mit vorliegendem Impfpass, n = 2133)

Jugendlichen – belegt worden (vgl. u. a. Bezirksamt Mitte 2001 und 2003, Butler 2004, Delekat 2003, Oberwöhrmann/Bettge 2007 und 2008). Insbesondere bei den Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln weisen Kinder und Jugendliche nichtdeutscher Herkunft oft höhere Durchimpfungsraten als die deutschen auf, da die sogenannten Impfskeptiker eher deutscher Herkunft sind.

5.3.5 Schließung von Impfständen

Im Berliner Bezirk Mitte wird die Jugendarbeitsschutzgesetz-Untersuchung seit Längerem nicht nur als Gelegenheit genutzt, um den Impfstatus der untersuchten Jugendlichen zu überprüfen, sondern auch zur Durchführung von (sozialkompensatorischen) Impfungen, um eventuell bestehende Impfstände zu schließen. Hierfür ist jedoch im Vorfeld der Untersuchung einiges an Organisation nötig.

Bei der Einladung zur Untersuchung werden die Eltern aufgefordert, sowohl den Impfpass mitzugeben als auch eine Einverständniserklärung für die Schließung eventuell vorhandener Impfstände zu unterschreiben. Dieses Angebot an die Eltern zur sofortigen Schließung von Impfständen soll verhindern, dass insbesondere Jugendliche aus sozial schwachen Elternhäusern nicht den Weg zu niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen finden. Wenn Unterlagen vergessen wurden, wird das Einverständnis unter Umständen auch telefonisch eingeholt. In Einzelfällen dürfen Schülerinnen und Schüler, die älter als 16 Jahre alt sind, selbst das Einverständnis abgeben.

Eine wichtige Voraussetzung für die Durchführung sozialkompensatorischer Impfungen wurde dadurch geschaffen, dass das Land Berlin im Dezember 2004 einen Vertrag mit den wichtigsten Krankenkassen (VdAK, AOK, IKK) zur Übernahme der Kosten für die Impfstoffe abgeschlossen hat. Für die Krankenkassen ist das Angebot insofern attraktiv, als der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) die Impfstoffe zum Teil preiswerter beschafft (Rabatt für öffentliche Gesundheitsdienste) und kein ärztliches Honorar in Rechnung stellt. Dadurch, dass bei dieser Gelegenheit einmalig vorhandene Impfstände bei den betroffenen Jugendlichen geschlossen werden, stellt der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) keine Konkurrenz zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten dar.

Bei der Dokumentation der Jugendarbeitsschutzgesetz-Untersuchung wird auch festgehalten, ob bei der Untersuchung geimpft wurde. Insgesamt nutzt

ungefähr ein Viertel der untersuchten Schülerinnen und Schüler das Angebot des KJGD zur Schließung von Impfücken. Eine Analyse dieser Gruppe zeigt deutlich die sozialkompensatorischen Aspekte: 66 % der Jugendlichen, die bei der Untersuchung geimpft wurden, hatten einen Migrationshintergrund, fast ebenso viele (65 %) kamen aus der unteren Schicht.

5.3.6 Empfehlungen

Gerade in einer Zeit der knappen Ressourcen sollte die einzigartige Möglichkeit des Zugangs zur Jugend, die durch die Untersuchung nach dem Arbeitsschutzgesetz gegeben ist, stärker von den öffentlichen Gesundheitsdiensten für die Durchführung sowohl von sinnvollen Maßnahmen der Individualprävention – wie das Impfen – als auch für die Gesundheitsberichterstattung genutzt werden. Der Trend zur Privatisierung von Aufgaben des ÖGDs bedeutet auch, dass diese Altersgruppe – insbesondere in sozial benachteiligten oder in Migrationsfamilien – möglicherweise gar nicht erst einen ausreichenden Impfschutz bekommt, da der Arzt oder die Ärztin, der bzw. die sie auf ihre Berufstauglichkeit hin untersucht, ihren Impfschutz unter Umständen gar nicht kontrolliert bzw. nicht darauf vorbereitet ist, gegebenenfalls Impfücken zu schließen. Die für das Gesundheitssystem durch eventuell auftretende schwerwiegende Erkrankungen entstehenden Kosten übertreffen bei Weitem die Kosten für solche Angebote.

Das Jugendarbeitsschutzgesetz erfüllt für die untersuchten Jugendlichen außerdem eine weitere wichtige Funktion in Form eines unverbindlichen Beratungsangebots. In den Räumen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes haben sie die Gelegenheit, sich über andere für sie wichtige gesundheitliche Belange zu informieren, ohne Angst haben zu müssen, dass ihre Eltern etwas davon erfahren, weil diese ärztliche Untersuchung prinzipiell der Schweigepflicht unterliegt.

Literatur

- Bezirksamt Mitte, Abteilung Gesundheit und Soziales (2001): Gesundheitliche und soziale Lage der Schulanfänger in Berlin-Mitte, November 2001.
- Bezirksamt Mitte, Abteilung Gesundheit und Soziales (2003): Jugendgesundheit in Berlin-Mitte.
- Börner, C., Brockstedt, M., Butler, J. (2003): Handlungsbedarf selbst bei Standardimpfungen. In: Berliner Ärzte, Nr. 2004, S. 24 ff., Januar 2003.
- Butler, J. (2004): Lückenhafter Impfschutz bei Jugendlichen. Unterschiede nach Nationalität, Ost-West-Herkunft und sozialer Lage in einem Berliner Innenstadtbezirk. In: Prävention 02/2004, S. 40–44.

- Delekat, D. (2003): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2003 – 2. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin.
- Delekat, D., Kis, A. (2001): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin, Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2001 – 1. Berlin.
- Oberwöhrmann, S., Bettge, S. (2007): Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin, Spezialbericht 2007 – 1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin.
- Oberwöhrmann, S., Bettge, S. (2008): Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin, Spezialbericht 2008 – 2. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin.
- Poethko-Müller, C., Kuhnert, R., Schlaud, M. (2007): Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS), Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Heft 5/6, Mai/Juni 2007, S. 851–862.
- Robert Koch-Institut (2000): Schutzimpfungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1/2000. Berlin.

5.4 Verbesserung des Impfstatus durch kleinräumige, den sozialen Rahmenbedingungen angepasste Konzepte mit Unterstützung von Schlüsselpersonen aus Migrantengemeinschaften

Gerhard Pallasch

5.4.1 Hintergrund

Das Gesundheitsamt des Landkreises Stade ist für ca. 200 000 Einwohner zuständig, die auf einer Fläche von etwa 1300 km² leben. Seit 1997 ist im Kinder- und jugendärztlichen Dienst eine Kinderärztin tätig, zu deren Aufgabenbereich die Durchführung von Schuleingangsuntersuchungen gehört. Diese werden mit dem Programm SOPHIA (**S**ozialpädiatrisches **P**rogramm **H**annover **J**ugendärztliche **A**ufgaben) ausgeführt; die Daten werden kleinräumig ausgewertet. Ziel der Auswertungen ist, zu erkennen, wo Interventionen des Gesundheitsamtes notwendig sind, um die Gesundheit von Kindern zu schützen.

Impfungen gehören zu den wirksamsten Präventionsmaßnahmen. In Deutschland wird eine Vielzahl von Impfungen aufgrund öffentlicher Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) und der zuständigen Landesministerien kostenfrei angeboten. Trotzdem wird dieses Präventionsangebot nicht von allen Bevölkerungsgruppen in vollem Umfang wahrgenommen. Dies trifft besonders für sozial benachteiligte Gruppen oder Menschen mit Migrationshintergrund zu. In Zusammenarbeit mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover hat das Gesundheitsamt Stade nach Konzepten zur Verbesserung dieser Situation gesucht.

Zu den Erkrankungen, die durch Impfungen verhindert werden können, zählen auch die Masern. Deshalb hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Ziel formuliert, diese komplikationsträchtige Erkrankung bis zum Jahr 2010 weltweit auszurotten. Die Gabe von zwei Impfdosen wird durch die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen, um Kinder zuverlässig vor Masernerkrankungen zu schützen. Bei mangelndem Impfschutz kommt es immer wieder zu Ausbrüchen dieser Erkrankung, wie 2006 in Nordrhein-Westfalen (NRW). Dabei können die ermittelten Impfraten, wie

am Beispiel NRW zu sehen, durchaus im Bundesdurchschnitt liegen (93,8 % Masern-Erstimpfung, 67 % Zweitimpfung). Der bestimmende Faktor für die Morbidität von Masern ist die örtliche Impfrate. Entscheidend für die Möglichkeit von Ausbrüchen sind dabei unterdurchschnittliche Impfraten in Subpopulationen, die zu einer Viruszirkulation unter ungeimpften Personen vor allem in Gemeinschaftseinrichtungen führen kann. Diese Situation besteht nach Auswertung der Daten der Schuleingangsuntersuchung im Landkreis Stade bei Kindern mit Migrationshintergrund.

5.4.2 Ausgangssituation

Bei den Schuleingangsuntersuchungen wird der Impfstatus durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (Leiterin des Dienstes ist Frau Dr. Hartwig) des Gesundheitsamtes Stade gemäß § 34 IfSG (Impfschutzgesetz) erhoben. Bei dieser Erhebung wird durch das Gesundheitsamt Stade eine Impfberatung der Eltern durchgeführt, bei denen der Impfstatus der Kinder nicht den Empfehlungen der STIKO entspricht. Bei der Umsetzung unserer Empfehlung setzen wir auf die Eigenverantwortung der Eltern. Damit folgen wir den Bestimmungen des Niedersächsischen Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD), der den Respekt vor der Eigenverantwortung der Menschen fordert. Die Auswertung der Daten unserer Schuleingangsuntersuchungen zeigten, dass Kinder ausländischer Herkunft unterdurchschnittlich gegen Masern geimpft waren. Erfahrungsgemäß besuchen genau diese in Urlaubszeiten ihre Heimat. Dort haben sie mit größerer Wahrscheinlichkeit als in Deutschland Kontakt mit an Masern erkrankten Personen. Auf diesem Wege kann eine komplikationsreiche Erkrankung in eine Bevölkerungsgruppe importiert werden, die einen geringen Impfschutz aufweist und dann zum Ausgangspunkt eines Ausbruchs wird.

Neben der Impfberatung bei der Schuleingangsuntersuchung existiert ein eigenes Impfangebot u. a. gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) in der 5. Klasse (zielt auf den Schutz der Kinder, die nach den Kriterien der STIKO immer noch nicht altersgerecht geimpft sind). Bei Durchsicht der Impfdokumente war festzustellen, dass der entsprechenden Impfempfehlung in der 1. Klasse bei Kindern mit Migrationshintergrund oft nicht gefolgt wurde. Deshalb waren neben unserer ausführlichen Impfberatung bei der Schuleingangsuntersuchung und dem Impfangebot unseres Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) in der 5. Klasse Instrumentarien zu entwickeln, die speziell auf diese Gruppe ausgerichtet sind.

Zwei der Ortsteile mit einem hohen Anteil an ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern, deren Kinder eine unterdurchschnittliche Durchimpfung aufweisen, sind das Altländer Viertel in Stade und der Ortsteil Stade-Bützfleth.

1998 führten wir im Altländer Viertel die erste Intervention durch. Mithilfe der dortigen Kindertagesstätte, der Grundschule, der Ausländerberatung der Arbeiterwohlfahrt und der Sozialarbeiterin des Gemeindezentrums im Viertel wurden die Eltern der dort betreuten Kinder zusammengerufen, über Nutzen und Risiken der Impfung aufgeklärt und zur Impfung in der haus- oder kinderärztlichen Praxis gebeten. Die danach befragten Arztpraxen im Einzugsbereich konnten nicht über ein vermehrtes Aufkommen Impfwilliger aus dem Viertel berichten. Bei Erhebung der Durchimpfungsrate im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung stellte sich heraus, dass diese Intervention keinen Erfolg hatte, obwohl wir mehrere Dolmetscherinnen und Dolmetscher sowie Informationsmaterial für die entsprechenden Sprachen eingesetzt hatten.

Bei der Analyse und Entwicklung eines Lösungsansatzes für das Problem unterstützte uns das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover: Menschen, die in unserem Kulturkreis fremd sind, Sprachverständnisprobleme haben und ohne Bildungschancen aufwuchsen, waren durch die Vermittlung von Zahlen, Daten und Fakten allein nicht erreichbar. Unter Beachtung der unterschiedlichen sozialen und kulturellen Bedingungen und Hintergründe wurden in den beiden Stadtteilen zwei Konzepte zur Verbesserung der Durchimpfungsraten für Masern in besonders gefährdeten Teilpopulationen entwickelt.

5.4.3 Grundlagen der Impfprojekte

Um Chancengleichheit für die gesunde Entwicklung bei Kindern mit Migrationshintergrund zu erreichen, wurden zwei Impfprojekte und ein zahnärztliches Projekt entwickelt. Die Probleme, die zu lösen waren, liegen in der Sozialstruktur in den Interventionsgebieten begründet.

Sozialraumbeschreibung der Interventionsgebiete

Im **Altländer Viertel** wohnen etwa 2000 der rund 46 000 Einwohner der Stadt Stade, häufig in sogenannten Massenquartieren. Der Anteil der ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürger beträgt dort rund 50 %. Diese stammen aus vielen Nationen. Fast 69 % der dort lebenden Menschen bestreiten ihren Lebensunterhalt durch Sozialleistungen, bei Kindern und Jugendlichen beträgt die Quote ca. 76 %. Eines der Probleme ist das mangelnde Sprachverständnis.

Nahezu 67 % der Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft und fast ebenso viele der hier lebenden Aussiedler und Aussiedlerinnen möchten deshalb einen Sprachkurs besuchen (Daten der Sozialraumstudie 2000). Die Auswertung der bei der Schuleingangsuntersuchung erhobenen Sozialdaten zeigt, dass hier lebende Menschen kaum Bildungschancen hatten. Rund 24 % der Eltern gaben an, nicht über einen Schulabschluss zu verfügen (Datenauswertung unserer Schuleingangsdaten aus dem Jahr 2005). Ein weiteres Problem war die mangelhafte Teilnahme an der Elternarbeit in der Kindertagesstätte und der Grundschule. Beide Einrichtungen berichteten, dass auch an den von ihnen ausgerichteten Elternabenden kaum Eltern teilnehmen. Insgesamt ist das Altländer Viertel als klassischer sozialer Brennpunkt zu bezeichnen.

Im Stadtteil **Bützfleth** wohnen demgegenüber rund 4500 Menschen in einem zum Teil noch dörflich geprägten Umfeld ohne große Massenquartiere. Nach Daten des Einwohnermeldeamtes der Stadt Stade liegt hier der Anteil von Kindern unter 10 Jahren mit ausländischer, fast ausschließlich türkischer Staatsbürgerschaft, bei 18 % (Bundesdurchschnitt für ausländische Staatsbürger-schaften 9 %). Weitere 14 % haben neben der deutschen noch eine andere – ebenfalls meist türkische – Staatsbürgerschaft. Die Auswertung der bei der dortigen Schuleingangsuntersuchung erhobenen Sozialdaten zeigt, dass etwa 9 % der Eltern keinen Schulabschluss erworben haben (Datenauswertung unserer Schuleingangsdaten aus dem Jahr 2005). Hier haben sich ab 1970 im Zuge der Industrialisierung viele türkeistämmige Menschen angesiedelt. Die Arbeitslosigkeit ist nicht überdurchschnittlich hoch, es liegen keine typischen Begleitprobleme eines sozialen Brennpunktes vor.

5.4.4 Konzeption und Ziele der Impfprojekte

Um die sich stellenden Probleme zu lösen, wurden zwei verschiedene Konzepte, zugeschnitten auf die jeweiligen Rahmenbedingungen, entwickelt.

Strategie im Altländer Viertel: Impfkampagne durch Mithilfe von Vertrauenspersonen

Vom Ethno-Medizinischen Zentrum in Hannover wurde für die Präventionsarbeit mit Migranten und Migrantinnen das Konzept der Vertrauenspersonen (Keyperson-Ansatz) entwickelt, das an die Bedürfnisse im Altländer Viertel angepasst und umgesetzt wurde. Vertrauenspersonen sind Migrantinnen und Migranten, die zwischen dem Gesundheitsamt und der Zielgruppe vermitteln können. Dabei können sie durch ihre muttersprachliche und kultursensible

Aufklärungsarbeit das Vertrauen der Zielgruppe für gesundheitsfördernde Maßnahmen des Gesundheitswesens erhöhen. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie Personen sind, deren Integrationsgrad weit fortgeschritten ist, sodass sie sowohl Zugang zur Herkunftskultur als auch zur Aufnahmekultur haben. Vertrauenspersonen sind oft Lehrerinnen und Lehrer, Ärztinnen und Ärzte, Studierende oder Geistliche. Die Tatsache, dass sie ihre Landsleute in der jeweiligen Muttersprache ansprechen und informieren, hat besonders bei Migranten und Migrantinnen, die die deutsche Sprache nicht oder nicht ausreichend verstehen, den Effekt, dass gesundheitsrelevante Informationen überhaupt verstanden und erwünschte Verhaltensänderungen möglich werden. Diese Strategie wurde wie folgt umgesetzt:

Bei der Impfkampagne im Altländer Viertel wurde nach lokalen Partnerorganisationen gesucht und der Ablauf gemeinsam geplant. Neben dem Gesundheitsamt beteiligten sich die Sozialarbeiterin des örtlichen Gemeindezentrums, die Ausländer- und Flüchtlingsberatung der Arbeiterwohlfahrt, Migrantenvertretungen aus Hannover, Dolmetscherdienste und Vertretungen der Schule und der Kindertagesstätte im Stadtteil. Die Umsetzung wurde in fünf Schritten geplant:

1. Schritt: Gewinnung und Motivierung von geeigneten Vertrauenspersonen aus dem Viertel zur Mitarbeit an der Impfkampagne.
2. Schritt: Schulung und Orientierung der Vertrauenspersonen in den Grundlagen zum Thema Impfung und Prävention.
3. Schritt: Bekanntmachung der Angebote und Impftermine durch Öffentlichkeitsarbeit und mehrsprachige Informationsveranstaltungen vor Ort. Vor den Impfkaktionen im Stadtteil fanden Informationsveranstaltungen statt, in denen die Menschen durch die Vertrauenspersonen und Mitarbeiter wie Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes umfassend über die Impfkaktion auch in ihrer Muttersprache aufgeklärt und zur Teilnahme motiviert wurden. In diesem Rahmen suchten die Vertrauenspersonen die typischen Treffpunkte ihrer kulturellen Gruppe auf, führten auch Hausbesuche durch und verteilten bei der ersten Impfkaktion zusätzlich noch Handzettel sowie Plakate.
4. Schritt: Durchführung von Impfungen. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes richtete an bis zu vier Tagen in einer Woche im Stadtteil an insgesamt drei der Bevölkerung vertrauten und für sie gut erreichbaren Orten halbtags Impfstationen ein und impfte die Impfwilligen.
5. Schritt: Anerkennung der Vertrauenspersonen und Auswertung der Kampagne.

Wir setzten hierbei primär auf Vertrauen, Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der Botschaft, nicht so sehr auf die Vermittlung von Zahlen, Daten und Fakten. Dies bot die Chance, die Selbsthilfe und Eigenverantwortung der Zielgruppe unter Schonung der eigenen Ressourcen zu nutzen. Die erste so konzipierte Intervention führten wir im September 2002 durch.

Strategie in Bützfleth: Zusammenarbeit mit dem türkischen Kulturverein – Gewinnung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen

Für den Ortsteil **Bützfleth** musste ein Konzept zur Durchführung einer Impfkampagne entwickelt werden, das sowohl die eigenen knappen Ressourcen wie auch die speziellen Rahmenbedingungen des Stadtteils berücksichtigt. Da die hier lebenden Menschen ausländischer Herkunft fast ausschließlich aus der Türkei stammten, betraf der mangelnde Impfschutz unter den ausländischen Kindern vor allem diese Gruppe. Aufgrund der Weitläufigkeit des Stadtteils Bützfleth hätten sehr viele Personen als Vertrauenspersonen gesucht, geschult und begleitet werden müssen, um die Zielgruppe der türkischen Landsleute in den Wohnungen aufzusuchen und zeitnah für die Aktion zu werben. Das hätte einen hohen Aufwand bedeutet, der nicht zusätzlich geleistet werden konnte. Ferner war zu berücksichtigen, dass die Sozialdaten in Bützfleth wie auch die eigenen Erfahrungen bei der Schuleingangsuntersuchung im Gegensatz zum Altländer Viertel anzeigen, dass das Sprachverständnis der Eltern in der Regel zulässt, die Notwendigkeit der Impfung ausschließlich auf der Ebene von Zahlen, Daten und Fakten nachvollziehbar zu erläutern. Deshalb wurde der Zugang nicht wie im Altländer Viertel über Vertrauenspersonen, sondern über den türkischen Kulturverein gewählt.

In diesem Verein treffen sich regelmäßig Menschen aus der Türkei. Wir waren uns dabei der Tatsache bewusst, dass dort nicht die Eltern der zu impfenden Grundschülerinnen und -schüler verkehren, sondern eher die Generation der Großeltern. Wir sind aber von der Vorstellung ausgegangen, dass bei erhaltenen traditionellen Familienstrukturen der Großvater als Familienoberhaupt akzeptiert und seiner Empfehlung Folge geleistet wird. Der Vertreter des türkischen Kulturvereins hat auch seinen intensiven Kontakt zum Imam genutzt und ihn für unser Vorhaben gewonnen.

Mit der Grundschule, der Elternvertretung und den Vertretern des örtlichen türkischen Kulturvereins wurde bei einer Besprechung vereinbart, dass in allen Klassen der Grundschule die Impfausweise von einer Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes durchgesehen werden:

- Aufgabe des Klassenlehrers bzw. der Klassenlehrerin war, die Eltern zu bitten, den Kindern die Impfdokumente mitzugeben und über das Impfangebot zu informieren.
- Aufgabe des türkischen Kulturvereins Bützfleth war es, in seiner Bevölkerungsgruppe für die Impfkaktion zu werben.
- Aufgabe des Imam war es, in der Moschee anlässlich der Zusammenkunft zum Freitagsgebet unmittelbar vor der durchgeführten Impfkaktion die Teilnahme an der Impfkaktion zu empfehlen.
- Weitere Aufgabe der zuständigen Lehrer und Lehrerinnen war es, den Kindern, die die Impfung benötigten, die Zettel mit den Informationen und Empfehlungen sowie die Einverständniserklärungen den Eltern zur Durchsicht bzw. zur Unterschrift mitzugeben und zur Teilnahme an der Impfung zu motivieren. Ferner wurden die Personensorgeberechtigten auf die Impfungen aufmerksam gemacht, die für einen zeitgerechten Impfschutz darüber hinaus noch zu verabreichen waren und an die haus- oder kinderärztliche Praxis verwiesen.

Nach der Ermittlung der Durchimpfungsrate wurde die Impfung (wie seit 2002 auch im Altländer Viertel) als Dreifachimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes im Jahr 2005 erstmalig durchgeführt. Zuvor hatten wir in diesem Stadtteil keine diesbezüglichen Interventionen durchgeführt.

Erstes Ziel war in beiden Stadtteilen, die Zahl der zweimal gegen Masern geimpften Kinder deutlich zu erhöhen. Während im Altländer Viertel Kinder aus Migrationsfamilien im Alter zwischen 15 Monaten und 10 Jahren erreicht werden sollten, stellten in Bützfleth Kinder, die die Grundschule besuchten, die primäre Zielgruppe dar. Mit der Begrenzung des Angebots auf die Kinder der Grundschule sollte zum einen der Häufung von Masernerkrankungen in den ersten 10 Lebensjahren Rechnung getragen werden, zum anderen sollten unter Berücksichtigung eigener Ressourcen möglichst viele Kinder ein Impfangebot bekommen, die im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen bei niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen noch keinen altersgerechten Impfschutz erworben hatten.

Ein **zweites Ziel** in Bützfleth bestand darin, zu ermitteln, ob sich mangelhaft durch Impfung gegen Masern geschützte Kinder in einzelnen Klassen konzentrieren, da Klassenverbände bei der Einschulung oft unter Berücksichtigung der sozialen Beziehungen zusammengestellt werden. Das würde erlauben, die Ressourcen auf diese Klassen zu konzentrieren.

Drittes Ziel war es, zu ermitteln, inwieweit unserer zeitaufwändigen Impfempfehlung, die bei der Schuleingangsuntersuchung gegeben wurde, außerhalb eines sozialen Brennpunkts tatsächlich Folge geleistet wurde. Da die erbetenen Rückmeldungen unterblieben, war unklar, ob der vorgenannten Impfempfehlung Folge geleistet wurde und lediglich die Rückmeldung unterblieb – oder ob die Beratung unwirksam war und damit zu verbessern wäre.

5.4.5 Ergebnisse der Impfaktionen

Altländer Viertel

Um einen kompletten Impfschutz gegen Masern zu erhalten, sind zwei Impfungen pro Kind notwendig. Die Daten der Schuleingangsuntersuchung vor unserer ersten Intervention im Jahr 2002 wiesen eine Rate von 7 % zweimal geimpfter Kinder in diesem Viertel aus. Diese Zahl lag in diesem Jahr deutlich unter dem Landkreisdurchschnitt mit 21 % für zwei Impfungen. Unterschiede in dieser Größenordnung haben wir seit Beginn der Auswertungen des Impfstatus im Jahr 1998 ermittelt.

Nach unserer ersten Intervention, bei der wir selbst 100 Impfungen in der Zielgruppe verabreichten, lag die Zahl zweimal gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) geimpfter Kinder bei der Schuleingangsuntersuchung bei 44 %, nach der zweiten Intervention ein Jahr später bei ca. 60 %. Im Jahr 2008 haben wir eine Quote von 88 % zweimal geimpfter Kinder vorgefunden. Damit haben wir nach Beginn unserer Intervention stets den jeweiligen Landkreisdurchschnitt erreicht bzw. leicht übertroffen. Dabei nimmt die Zahl der vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst durchgeführten Impfungen mit der kleiner werdenden Impflücke immer mehr ab. Wir sehen dies auch als Indiz dafür, dass sich mit der Arbeit der Vertrauenspersonen die Wichtigkeit des Impfschutzes im Denken der Menschen verankert hat.

Bützfleth

Durch die bislang erst einmal durchgeführte Aktion in Bützfleth wurde der Schutz gegen MMR bei 19 % der ausländischen Kinder verbessert, was ein besonderes Anliegen der Aktion war, während nur 6 % der deutschen Kinder erreicht wurden. Wir stellten fest, dass kurz nach der Einschulung 50 % der Impfempfehlungen bereits umgesetzt waren, sich unsere Beratung somit als wirksam erwies. Wie erfolgreich unser Beitrag ist, lässt sich an den Angaben der Kinder der ersten Klassen ablesen. Kurz vor der Einschulung betrug die Rate nachweislich zweifach geimpfter Kinder 73 %. Die Beratung erreichte in

Verbindung mit der Impfkation eine Steigerung auf 83 bzw. 88 % umgesetzter Impfeempfehlungen. Dabei hatten die Kinder, die einen Impfpass vorlegten (96 % türkisch bzw. 94 % deutsch), wenigstens eine dokumentierte Impfung. Unterstellt wird hierbei, dass die Kinder, die keine Impfdokumente vorlegten, keine Masernimpfung bekommen haben. Dies ist sicher zu pessimistisch, haben doch einige der Eltern dieser Kinder mitgeteilt, ihr Kind sei komplett geschützt. Dass dies ein Irrtum war, ist schwer vorstellbar, zumal diese Eltern um nochmalige Kontrolle des Impfstatus anhand mitgegebener Unterlagen gebeten wurden. Auch haben wir bei unserer Impfkation nicht mehr alle Impfbücher gesehen, die uns noch im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung vorgelegt wurden. Somit ist die Impfücke sicher kleiner, als die Zahl der dokumentierten Impfungen ausweist.

Das zeigt die Wichtigkeit des aktiven Beitrags des Gesundheitsamtes, wenn das Ziel, 95 % der Kinder durch Impfung zeitgerecht zu schützen, auch in bisher schwer motivierbaren Subpopulationen erreicht werden soll.

5.4.6 Bewertung von Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Generell ist festzuhalten, dass wir die oben genannten Ziele erreichten, wir aber noch weiteren Interventionsbedarf sehen.

Durch die Impfkationen hat sich der Anteil der zeitgerecht gegen Masern, Mumps und Röteln geimpften Kinder mit Migrationshintergrund erhöht und liegt nun, mit Ausnahme der unten genannten Klassen in Bützfleth, auf einem Niveau, das mit dem übrigen Landkreis im Durchschnitt vergleichbar ist. Obwohl Impfkationen, wie die hier beschriebenen, erfolgreich sind, ist die zur Verhinderung von Ausbrüchen notwendige Durchimpfungsrate von 95 % komplett gegen Masern geschützter Kinder nicht erreicht.

Im **Altländer Viertel** konnte für den Öffentlichen Gesundheitsdienst das Konzept der Vertrauenspersonen auf der methodischen Ebene erfolgreich getestet werden. Diese Personen haben besonders dazu beigetragen, Menschen mit Migrationshintergrund durch Vermittlung von Vertrauen zu motivieren und sie für das Gesundheitsamt erreichbar zu machen. Die Erfahrungen belegen, dass ein auf Kultur, soziale Rahmenbedingungen und Sprache abgestimmtes Angebot des Öffentlichen Gesundheitsdienstes das Inanspruchnahmeverhalten steigert, Selbsthilfepotenziale freisetzt und die Eigenverantwortung dieser Perso-

nengruppe fördert. Die vernetzte, engagierte Zusammenarbeit der Vertrauenspersonen mit verschiedenen Institutionen und Berufsgruppen bei der Planung und Durchführung der Impfkationen trug erheblich zum Erfolg der Maßnahme bei. Die Verknüpfung dieser Art der Informationsvermittlung mit einem zeitnahen Angebot der Impfung vor Ort ist ein weiterer wichtiger Faktor.

Die Tätigkeit der Vertrauenspersonen ist dort besonders wichtig, wo sich größere Gruppen treffen. Hier können die Vertrauenspersonen den Einverständnisbogen erläutern. Da weiter entfernt sitzende Personen die Schrift dabei nicht mehr lesen können, ist nachvollziehbar, warum demonstriert wird, wo die Kreuze zur Erklärung des Einverständnisses gesetzt werden müssen. Auf diese Weise wird auch Menschen ohne Lese- und Rechtschreibkenntnissen ermöglicht, zu erfahren, wie sie ihr Einverständnis erklären können, ohne dass sie ihren Analphabetismus zu erkennen geben müssen. Unter den uns vorgelegten Einverständniserklärungen fanden sich auch solche, die mit drei Kreuzen als Unterschrift gekennzeichnet waren.

Es gelang, die Glaubwürdigkeit und Nachvollziehbarkeit unseres Vorhabens bei den Vertrauenspersonen und in der Zielgruppe der Eltern deutlich zu machen. Nach Mitteilung einiger Vertrauenspersonen war für sie entscheidend, dass in jeder der vorbereitenden Sitzungen im Viertel die leitenden Vertreterinnen und Vertreter aller Kooperationspartner selbst dann vor Ort waren, wenn die Sitzungen außerhalb der üblichen Dienstzeiten stattfanden. Für die Eltern war offensichtlich entscheidend, dass sie von den Vertrauenspersonen – also von Menschen, die hohen Respekt genießen – sogar zu Hause aufgesucht und informiert wurden.

Hilfreich waren unsere Kooperationspartnerschaften in zweifacher Weise: Bei der Vermittlung der Vertrauenspersonen und bei Rückfragen aus der Zielgruppe. Treten im Altländer Viertel Probleme auf, werden häufig die vorgenannten Institutionen von den Menschen um Rat gefragt. Bezüglich der Impfungen gegen Masern wurde bei Anfragen von allen Vertrauenspersonen zur Impfung geraten.

Ähnliche positive Erfahrungen bei der Arbeit mit Vertrauenspersonen haben wir auch im Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst (Leiter Herr Gnegel) gemacht. Wenn die Kinder dieses Viertels in die Gemeinschaftseinrichtungen (Schule und Kindertagesstätte) aufgenommen und so für uns erreichbar werden, haben sie einen vergleichsweise schlechten Gebissstatus, wie der DMFT-Index¹⁹ zeigt. Hier setzen wir mit Erfolg die vorher mit einem Curriculum

geschulten Vertrauenspersonen ein, um die Orte aufzusuchen, an denen sich die jungen Mütter des Viertels treffen. Dort werden die für die Zahngesundheit wichtigen Informationen vermittelt. Der Zahnstatus hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert, sodass die Unterschiede zwischen den DMFT-Indizes des Landkreisdurchschnitts und des Viertels altersbezogen langsam angleichen.

Die Arbeit mit Vertrauenspersonen hat allerdings auch Grenzen. So werden nicht alle Familien der jeweiligen ethnischen Gruppe von den eingesetzten Vertrauenspersonen angesprochen. Als Grund für die Vorbehalte gegen die aufsuchende Arbeit geben diese an, dass einige der nicht kontaktierbaren Familien im Ruf stehen, sich nicht immer an rechtlich vorgegebene Grenzen zu halten.

Auch dieses Problem haben wir bereits kennengelernt. So hat die Aids-Beratung (Leitung Frau Maurer Guill) erfolglos versucht, in der Gruppe der Drogen gebrauchenden Russlanddeutschen und Spätaussiedlerinnen bzw. -ausiedler die Prävention vor einer Infektion mit HIV mithilfe von Vertrauenspersonen zu betreiben, die diese Klientel aufsuchen. Wir mussten feststellen, dass unter den als Vertrauenspersonen infrage kommenden Menschen keine Bereitschaft vorhanden war, in dieser Zielgruppe tätig zu werden. Vorbehalte gegen Menschen, von denen angenommen wird, dass sie sich nicht immer im Rahmen des gesetzlich Erlaubten bewegen, begrenzen die Wirksamkeit der Arbeit mit diesem Konzept.

In **Bützfleth** zeigen die vorliegenden Daten eine erhebliche Streuung der Durchimpfungsrate mit bis zu 30 % zwischen den Parallelklassen. Das liegt weniger daran, dass einzelne Kinder wegen Erkrankungen fehlten, denn dem Gesundheitsamt ist der Impfstatus über die Daten der Schuleingangsuntersuchungen oft bekannt. Vielmehr ist in den höheren Klassen die Zahl der Eltern, die dem Impfschutz nicht die notwendige Bedeutung beimessen, offensichtlich höher. Hier wurde unser Impfangebot vor Ort ebenfalls unzureichend genutzt, und auch die Zahl der vorgelegten Impfbücher – sowohl bei der Schuleingangsuntersuchung als auch der Impfkation – war geringer als in den unteren Klassen.

19 Die Zahngesundheit in einem Land wird statistisch nach einem international anerkannten, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgegebenen Index erfasst. Dieser sogenannte DMFT-Index gibt an, wie viele Zähne bei einer untersuchten Person akut kariös sind, wegen Karies gefüllt oder extrahiert worden sind.

Trotz der kleinen Fallzahlen ließ sich feststellen, dass unter Beteiligung des türkischen Kulturvereins die Zielgruppe der türkischen Kinder besser erreichbar war. Ferner lässt sich der Schluss ziehen, dass es in sozial durchmischten Regionen auch mit anderen, weniger aufwändigen Konzepten als in sozialen Brennpunkten möglich ist, den Durchimpfungsgrad bei ausländischen Kindern zu steigern. Dennoch konnten wir mangelhaft durchimpfte spezifische Subpopulationen selbst unter Mithilfe der Schule, des türkischen Kulturvereins, des Imam sowie des Schulelternrates noch nicht zufriedenstellend erreichen. Hier sind aufwändigere Interventionen unter Einschluss von Vertrauenspersonen, die die Subpopulation aktiv aufsuchen, erforderlich. Dieser Aufwand kann aber auf einzelne Klassen konzentriert werden.

Nach der ersten Intervention im Altländer Viertel erhielten die Vertrauenspersonen ein Dankschreiben unseres Landrates als Anerkennung. Vor der zweiten Intervention haben wir feststellen müssen, dass ohne eine finanzielle Form der Anerkennung der kontinuierliche Einsatz der Vertrauenspersonen nur eingeschränkt möglich ist, da mehrere von ihnen uns nicht mehr zur Verfügung standen.

Dieses Problem versuchen wir zurzeit mit Werkverträgen in den Griff zu bekommen, um zwar nicht eine Bezahlung von Einsatzstunden, wohl aber eine finanzielle Anerkennung zu gewähren. Das ist aus oben genannten Gründen notwendig, wenn sich mehrere Abteilungen des Gesundheitsamtes Stade bei der Arbeit der Mithilfe von Vertrauenspersonen bedienen.

Ziel unserer Interventionen ist es, auch auf dem Gebiet der Gesunderhaltung von Menschen eine Chancengleichheit zwischen allen Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Deshalb werden die vorgenannten Interventionen weitergeführt, bis diese dauerhaft erreicht ist. Das ist unser Beitrag zur Integration von Migrantinnen und Migranten und Flüchtlingen. Das von uns gewählte Instrumentarium bietet die Möglichkeit, in der Zielgruppe auch andere Probleme auf der sozialen wie gesundheitlichen Ebene anzugehen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auch Populationen, die bisher durch Präventionsangebote schlecht erreicht wurden, mit vertretbarem Aufwand ansprechbar sind, wenn auf die jeweiligen kulturellen und sozialen Besonderheiten eingegangen wird. Dazu ist die Beratung durch eine Institution wie zum Beispiel das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover notwendig, das über Kenntnisse der jeweiligen kulturellen Bedingungen verfügt. Eine weitere Voraussetzung für das zielgruppengerechte Impfangebot ist die Datenerhe-

bung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung. Durch deren anschließende zeitnahe und kleinräumige Auswertung können Versorgungslücken erkannt und Konzepte zielgenau entwickelt werden.

Literatur

Kusche, C. (2000): Sozialstudie Altländer Viertel in Stade (Sozialraumstudie im Auftrag der Stadt Stade). Fachhochschule Nordostniedersachsen, Fachbereich Sozialwesen, 31.05.2000.

5.5 Familienhebamme Münster: Aufsuchende Hilfe für Flüchtlinge sowie sozial und gesundheitlich Benachteiligte

Dagmar Schwarte

5.5.1 Aufsuchende Hilfe für Flüchtlinge in Münster

Aufsuchende Gesundheitshilfen für Flüchtlinge durch eine Ärztin zur Gesundheitsberatung und Steigerung der Inanspruchnahme von Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen werden in Münster seit 1997 angeboten. Um Impfzügen zu schließen, wurde vom Gesundheitsamt gemeinsam mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ein Impfprogramm für Flüchtlingskinder durchgeführt. Dadurch wurden zwar viele Kinder schnell erreicht und geschützt, die Weiterimpfung in der kinderärztlichen Praxis wurde aber häufig nicht wie gewünscht in Anspruch genommen. Eltern erwarteten, dass die Kinder auch weiterhin „direkt vor der Haustür“ geimpft würden. Deshalb wurde das Programm über mehrere Jahre weitergeführt, um den ausreichenden Impfschutz bei möglichst vielen Kindern zu erreichen.

Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft wurden von Schwangeren in den Flüchtlingseinrichtungen nur minimal genutzt. Als Folge traten immer wieder Komplikationen wie Frühgeburten auf. Auch waren Säuglinge mitunter schlecht ernährt und versorgt. Den Schwangeren und Müttern fehlte das Wissen über Vorsorgen, aber auch über die Pflege und Ernährung von Säuglingen. So fasste das Gesundheitsamt der Stadt Münster den Entschluss, eine Familienhebamme einzusetzen – zur Betreuung möglichst von der Schwangerschaft an bis zum ersten Geburtstag des Kindes.

Die Hebamme arbeitet eng mit den niedergelassen Ärztinnen, Ärzten und weiteren Institutionen zusammen. Ziel war die gesicherte Versorgung von Mutter und Kind durch Inanspruchnahme aller Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen sowie je nach Bedarf die Anbindung an Regeldienste und Institutionen (Beratungsstellen, Jugendamt, Kindergruppen etc.), auch für sozial schwache deutsche Familien.

5.5.2 Das Projekt „Familienhebamme“

Im Jahr 2004 startete das Projekt mit einer Hebamme als Honorarkraft mit 10 Wochenstunden. Die eingesetzte Hebamme hatte eine eigene Migrationsgeschichte: Geboren im Iran und ausgebildet in Russland, lebte sie seit 14 Jahren in Deutschland, wo sie eine Zusatzausbildung zur Heilpädagogin absolvierte.

Eingesetzt wurde die fünfsprachige Hebamme zunächst in Übergangswohneinrichtungen der Stadt Münster in Flüchtlingsfamilien (überwiegend Roma, aber auch Familien aus dem Irak, Aserbaidschan, Afrika etc.). Nach Vermittlung durch die betreuenden Sozialarbeiterinnen und -arbeiter vor Ort nahmen die Familien die angebotene Hilfe schnell an.

Im Ergebnis wurden die Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere und Kinder auf Empfehlung der Hebamme in Anspruch genommen. Die Hebamme überprüfte dies im ersten Lebensjahr des Kindes und nahm die Mutter notfalls an die Hand, um sie zu Kinderarzt oder -ärztin zu begleiten. Neben der Vorsorge wird das Thema Familienplanung in allen Familien besprochen und aktiv vorangetrieben. Aber auch schwierige Themen wie häusliche Gewalt können durch die Hebamme im geschützten Raum sensibel angesprochen werden.

In der Anfangsphase erfolgte die Finanzierung über Haushaltsmittel des Gesundheitsamtes und wurde vom Jugendamt und vom Sozialamt unterstützt. Inzwischen übernimmt die Franz Broecker-Stiftung einen Teil der Kosten; die fehlenden Mittel trägt die Stadt Münster.

5.5.3 Erfahrungen und Weiterentwicklung

Über alle Kulturen hinweg fassten die Flüchtlingsfamilien großes Vertrauen zu der eingesetzten Hebamme. Da sich zunehmend auch Bedarf bei deutschen sozial schwachen Familien ermitteln ließ, wurden die Einsatzstunden verdoppelt und man setzte eine zweite Hebamme ein. In enger Kooperation mit dem Jugendamt sollen die Hebammen gezielt in Familien eingesetzt werden, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben.

Seit 2007 werden einige Hebammen stadtteilbezogen in Kindertagesstätten eingesetzt, wo einmal wöchentlich gezielte Hebammensprechstunden stattfinden. Auch hier wurden mehrsprachige Hebammen mit langjähriger Berufser-

fahrung ausgewählt, um die Beratung mehrsprachig anbieten zu können. Die Resonanz ist ausgesprochen gut. Es werden nicht nur die Frauen erreicht, die Kinder in den Einrichtungen haben, sondern auch Frauen ohne Kontakt zur Kita. Der Einsatz einer Familienhebamme mit Migrationshintergrund in Kindertagesstätten hat Erfolg, da ihr Vertrauen entgegengebracht wird. Hier hat sich die Betreuung von der Schwangerschaft bis zum ersten Lebensjahr als günstig erwiesen.

Seit 2008 wird darüber hinaus ein zweijähriges Projekt in Kooperation mit einem ortsansässigen Pharmaunternehmen (Wyeth Pharma GmbH) durchgeführt, das Hebammensprechstunden in allen Kindertagesstätten in einem Stadtteil (sozialer Brennpunkt) über 2 Jahre anbietet; im Einzelfall sind zusätzlich auch Hausbesuche möglich (bis zu 30 pro Jahr) sowie Begleitung zum Arzt bzw. zur Ärztin. Auch hier sind erste Erfolge sichtbar. Frauen nehmen die Betreuung gern an und fragen auch verstärkt Vorsorgemöglichkeiten ab. Erfahrungen – wie die aus dem Familienhebammenprojekt in Kindertagesstätten – zeigen, wie sinnvoll und erfolgreich es ist, einem zu engen Ressortdenken der Regeldienste entgegenzuarbeiten, um diese interkulturell zu öffnen.

Da das Gesundheitsamt der Stadt Münster seit 2003 als Kooperationspartner am bundesweiten Projekt „MIMI“ (Migranten für Migranten) des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum in Hannover beteiligt ist, wurden alle Mittlerkräfte über die Angebote der Familienhebamme informiert, sodass auch von ihnen Frauen bzw. Familien an die Hebamme vermittelt werden.

5.6 Deutsches Rotes Kreuz – Integrationsagentur Gesundheit in Köln: Gesundheitsvorsorge für Kinder aus Zuwandererfamilien

Kora Kaminski

5.6.1 Kurzbeschreibung des Projekts

Die Integrationsagentur „Gesundheit“ des Deutschen Roten Kreuzes hat es sich seit 2005 zur Aufgabe gemacht, Menschen mit Zuwanderungsgeschichte über das deutsche Gesundheitssystem aufzuklären und dazu zu motivieren, Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention gleichberechtigt zu nutzen.

Ein Schwerpunkt der Arbeit ist die nachhaltige Aufklärung von Familien mit Kindern über die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9, J1 sowie die Schutzimpfungen – insbesondere Masern, Mumps und Röteln (MMR I und II).

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Beratung von öffentlichen und freien Trägern der Gesundheitshilfe zur Verbesserung der interkulturellen Öffnung und die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements von Menschen mit Migrationshintergrund.

In der Integrationsagentur Gesundheit arbeiten erfahrene Fachkräfte aus dem sozialpädagogischen und medizinischen Bereich mit einer eigenen Migrationsgeschichte:

Indira Alvarez (Gesundheitsfachwirtin, Krankenschwester)

Nadja Boos (Kinderärztin)

Kora Kaminski (Diplompädagogin)

Monika Knepper (Sozialarbeiterin)

Havva Sari (Familienpädagogin)

Mit der Fokussierung auf ausgewählte Sozialräume (das heißt Stadtteile/örtliche Strukturen, die nach dem Kölner Sozialraumkonzept entsprechend bildungsgeografisch, sozialgeografisch und stadtsoziologisch betrachtet wurden) und der damit einhergehenden Kooperation und interkulturellen Öffnung aller im Sozialraum tätigen Dienste und Einrichtungen sollen eine möglichst

optimale Gesundheitsprävention und nachhaltige Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Zugewanderten und eine gleichberechtigte Teilhabe an den präventiven Angeboten des Gesundheitssystems erreicht werden. Dabei ist die DRK-Integrationsagentur Gesundheit Partner von niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten, Kindertagesstätten, Familienzentren, Migrationsdiensten, Selbsthilfegruppen, Gesundheitsamt, Jugendamt und Interkulturellem Dienst.

Unsere Zielgruppen sind: Mütter und Väter mit und ohne Zuwanderungsgeschichte; Erzieher und Erzieherinnen in Kindertagesstätten und Kindergärten; Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in kommunalen, freien oder privaten Gesundheitsdiensten sowie in Familienzentren; Migrantenselbsthilfegruppen und ehrenamtlich Engagierte.

5.6.2 Vorgehensweise

Die DRK-Integrationsagentur Gesundheit nahm Kontakt zum Amt für Kinder, Jugend und Familie der Stadt und den Jugendämtern der Stadtbezirke, zum Kinder- und jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes und zu den Sozialraumkoordinatorinnen und -koordinatoren der jeweiligen Stadtteile auf. Das Jugendamt informierte alle Kindertageseinrichtungen, das Gesundheitsamt und die niedergelassenen Kinderärzte und -ärztinnen im jeweiligen Sozialraum über unsere Aktion und gab die Kontaktadressen an uns weiter. Die Einrichtungen und Praxen wurden im Erstkontakt von uns angeschrieben, darüber hinaus wurde ein Termin für ein Informationsgespräch in der Einrichtung/Praxis vereinbart.

Wichtig für uns in diesem persönlichen Gespräch mit der Einrichtungsleitung war vor allem die Information, wie viele Kinder mit Zuwanderungsgeschichte die Kindertagesstätte besuchen und welche Nationalitäten am stärksten vertreten sind, um unser Team interkulturell möglichst passgenau für den Beratungstermin vorzubereiten. Auch wurde dabei vorab festgestellt, welches Verfahren jede Einrichtung zur Überprüfung der Impfausweise und Kinder-Untersuchungshefte entwickelt hat und wo Unterstützung gewünscht wird.

Anschließend wurde der Besuch des DRK-Teams durch die Einrichtungsleitung und Aushänge in mehreren Sprachen – zum Beispiel Russisch, Türkisch, Kroatisch – bei allen Eltern bekannt gemacht und angekündigt. Als besonders wirkungsvoll erwies sich der Beratungstermin am frühen Morgen, wenn die

Kinder in die Kindertagesstätte gebracht wurden. Die Mütter und Väter brachten die Kinder-Untersuchungshefte und Impfausweise zur Überprüfung mit und wurden – möglichst in ihrer eigenen Sprache – über die Wichtigkeit der Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen informiert. Unsere Kinderärztin gab ggf. Empfehlungen zur Nachholung der Impfung in einer kinderärztlichen Praxis mit. Parallel zur Aktion der DRK-Integrationsagentur Gesundheit hat das Jugendrotkreuz mit den Kindern in der Einrichtung das vom Jugendamt der Stadt Köln geförderte Programm „Power Pänz – Kinder helfen Kindern“ durchgeführt und so den Gesundheitstag (ein ca. vierstündiges Programm) der Kindertagesstätte abgerundet.

Während der Schulferien besuchte die DRK-Integrationsagentur Gesundheit in Absprache mit dem Wohnungsversorgungsbetrieb der Stadt Köln zwölf Flüchtlingswohnheime, in denen mehrheitlich Roma aus dem ehemaligen Jugoslawien wohnen, um Mütter mit ihren heranwachsenden Töchtern in den Sprachen Serbisch-Kroatisch und Romanes zu den U-Untersuchungen und Impfungen zu beraten. Die heranwachsenden Mädchen wurden mit einbezogen, da Roma-Frauen in der Regel sehr früh Mütter werden. Wir nutzten die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt und dem Impfmobil NRW mit folgendem Ergebnis:

- Von 271 Kindern besaßen 73 Kinder keinen Impfausweis. Bei 69 Kindern fehlte die zweite MMR-Impfung oder es fehlten beide.
- 165 Kinder hatten kein Untersuchungsheft; bei den übrigen Kindern waren die Früherkennungsuntersuchungen unvollständig.
- Fast alle Impfungen wurden direkt im Impfmobil (83) und viele Früherkennungsuntersuchungen bei Kinderarzt oder -ärztin nachgeholt.

Festzuhalten ist, dass es sich hierbei nicht nur um neu zugezogene Familien handelte, sondern auch um Familien, die schon seit Jahren in Köln leben und die Möglichkeiten des deutschen Gesundheitssystems nicht nutzen. Sprachliche Barrieren spielen hier sicherlich eine wichtige Rolle, aber auch die Unkenntnis über die Wichtigkeit des Impfschutzes und der Früherkennungsuntersuchungen.

Die Integrationsagentur Gesundheit unterstützte das Gesundheitsamt auch bei der Landesimpfkampagne an Kölner Schulen: An zwölf Kölner Schulen sollte bei ca. 10 000 Schülerinnen und Schülern der Impfstatus, insbesondere der MMR-II-Status, festgestellt und ggf. eine Impfempfehlung ausgesprochen werden. 50 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (davon 26 Ehrenamtliche der DRK IAG) waren dabei im Einsatz. Tabelle 7 fasst das Ergebnis zusammen.

Angesprochene Schüler und Schülerinnen	9639
Vorgelegte und kontrollierte Impfpässe	3570 (37,03 %)
Ausgesprochene Impfempfehlungen	1010 (28,29 %)
Nachgeholte Impfungen	133 (12,57 %)

Tab. 7: Ergebnis der Landesimpfkampagne an zwölf Kölner Schulen

5.6.3 Ergebnis und Ausblick

Im Zeitraum vom 01.07.2005 bis 31.12.2007 wurden für Eltern und Einrichtungsleitungen durch die DRK-Integrationsagentur Gesundheit Aufklärung und Beratung zur Bedeutung und Notwendigkeit aller U-Untersuchungen und der MMR-I- und MMR-II-Impfung durchgeführt. Nachzuholende Untersuchungen oder Impfungen wurden empfohlen oder selbst aktiv im Impfmobil (Frau Dr. Boos) durchgeführt. Erreicht wurden:

- 2087 Kinder in 20 Kindertagesstätten/Familienzentren, sechs Migrantenorganisationen, zwölf Flüchtlingswohnheimen,
- 4201 Schülerinnen und Schüler in 25 Schulen (Kooperation Landesimpfkampagne NRW 2007/2008).

Die Integrationsagentur Gesundheit wird

- mit dem Programm „Impfungen und U-Hefte“ weiter in den Sozialräumen Chorweiler, Mülheim, Bilderstöckchen, Bickendorf, Kalk, Meschenich, Vingst, Ostheim und Porz für die Verbesserung der Gesundheitsvorsorge bei Kindern tätig sein,
- sich für die Vernetzung und interkulturelle Sensibilisierung der Akteure im Gesundheitswesen (ärztliche Praxen, Apotheken, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen, ambulante und stationäre Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege in einem Sozialraum) engagieren,
- niedrigschwellige Gesundheitsangebote – wie zum Beispiel für die Gruppe der Roma – entwickeln und durchführen,
- Fortbildungen zum Thema „Interkulturalität für Kinder- und Gesundheitsdienste“ anbieten,
- Zugewanderte für die berufliche oder ehrenamtliche Mitarbeit im Gesundheitswesen motivieren und qualifizieren.

5.7

Erfahrungen aus einer Kinderarztpraxis

Fikret Çerçi

Als Kinder- und Jugendarzt mit eigenem Migrationshintergrund wurde ich eingeladen, mit meinen Erfahrungen aus einer Kinderarztpraxis zur Diskussion beizutragen. Vor einem bereits gut informierten Fachpublikum habe ich bei Bedarf zu einigen Punkten Stellung bezogen. Dazu einige Stichpunkte:

5.7.1 Barrieren für die Versorgung

Entgegen der verbreiteten Ansicht sind die höchsten Hürden in der ärztlichen Praxis nicht etwa Glaube und Kultur, sondern Sprache und Bildung. Ein Großteil der Migrationskinder stammt aus den unteren sozialen Schichten. Ein Mangel an gesundheitsbezogenem Grundwissen und andere Erwartungen, die meist von Gesundheitssystem, Erfahrungen, Vorstellungsweisen und Kommunikationsart im Herkunftsland geprägt sind, verstärken die Kommunikationsprobleme.

In einigen Ländern sind Vorsorgeuntersuchungen weitgehend unbekannt. Impfungen werden in den Schulen durchgeführt, Patienten und Patientinnen werden in Polikliniken untersucht. Teilweise herrschen auch andere Umgangsformen – zum Beispiel der Blickkontakt, ein Gesprächsbeginn erst nach einführendem Smalltalk oder landesübliche Begrüßungsformeln. Statt einer exakten Beschwerdebeschreibung durch den Patienten oder die Patientin wird eine aktive Beschwerdebefragung durch den Arzt oder die Ärztin erwartet. Auch die Erwartung an die Therapie kann anders sein, zum Beispiel die einer sofortigen Antibiotikagabe bei banalen Infekten (möglichst gespritzt).

Eine niederländische Studie zeigte, dass die Unterschiede in der Interaktion zwischen Arzt oder Ärztin und Einheimischen einerseits und Zugewanderten andererseits hauptsächlich im Bereich des emotionellen Verhaltens bestehen, jedoch weniger in den rein medizinischen Bereichen. Bei Sprachproblemen muss die Ärztin oder der Arzt mehr Zeit für die Verständigung aufbringen, während bei den einheimischen Patientinnen und Patienten mehr Zeit für Beziehungsaufbau und Empathie zur Verfügung steht (Meeuwesena et al. 2006).

Ein bloßes Einfordern von guten Deutschkenntnissen der Migrantinnen und Migranten in der behandelnden Praxis reicht nicht aus; hier sollte aktiv Hilfe angeboten werden und eine interkulturelle Kommunikationsfähigkeit durch Arzt bzw. Ärztin sowie Personal erlernt werden. Hierdurch ließe sich die Interaktion zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin verbessern, was zu einer größeren beiderseitigen Zufriedenheit und einer erhöhten Inanspruchnahme der Angebote führen würde.

Neben der Frequenz der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist deren Effektivität von Bedeutung. Von Harnack berichtete 1979 bei einer Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, dass bei der Früherkennungsuntersuchung U4 bei 4 % der deutschen Kinder, dagegen aber bei 42 % der türkischen Kinder, „Störungen der Gesamtentwicklung“ notiert waren. Umgekehrt wurden damals bei 43 % der deutschen Kinder weiterführende Maßnahmen als erforderlich angesehen, jedoch nur bei 8 % der türkischen Kinder (Çerçi 1980). Seitdem hat sich in der ärztlichen Ausbildung im Hinblick auf den Migrationskontext praktisch wenig getan. Die Qualität der interkulturellen Kommunikation ist weiterhin von persönlichem Einsatz und den Kenntnissen der einzelnen Ärztinnen und Ärzte abhängig. Für eine optimale Versorgung der Migrationsbevölkerung ist neben dem medizinischen Fachwissen die Berücksichtigung von sozioökonomischen, kulturspezifischen und migrationsspezifischen Faktoren nützlich. Kenntnisse und Training von interkulturellen Kommunikationskompetenzen erleichtern den Umgang miteinander und verbessern den Therapieerfolg. Durch eine Verbesserung des Verhältnisses zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin lässt sich in der Praxis eine Verbesserung des Inanspruchnahmeverhaltens erreichen. Viele Ärztinnen und Ärzte bringen sich solche Fähigkeiten autodidaktisch bei. Den Erfahrungen aus klassischen Einwanderungsländern wird wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Hier bräuchte man das Rad nicht neu zu erfinden. Eine Anpassung von erfolgreichen Konzepten an hiesige Verhältnisse wäre möglich.

5.7.2 Empfehlungen

Die Empfehlungen der Fachkreise in Deutschland beziehen sich meist auf die rein medizinischen Gebiete der ärztlichen Tätigkeit. Der Schwerpunkt wird auf Erkrankungen der Organe, virale oder bakterielle Krankheitsursachen, Impfungen o. Ä. gelegt (Kommission DAKJ 2008). Psychosoziale und sozioökonomische Hintergründe, migrationsspezifische Faktoren oder die Bedeutung der interkulturellen Kompetenz werden sowohl in der Praxis als auch in Lehre und Forschung wenig berücksichtigt.

Umfassende Empfehlungen für die Versorgung von Migrationskindern, die der American Academy of Pediatrics (AAP) gerecht werden, fehlen (AAP 2005). Meine konkreten Empfehlungen wären insbesondere:

- Wissenserweiterung über spezielle körperliche und physische Gesundheitsprobleme bei Migrantinnen und Migranten,
- Anbieten einer empathischen, kulturell und sprachlich effektiven Gesundheitsversorgung,
- Information über Migrationsgeschehen, Lebensumstände, Wohnverhältnisse, angewendete häusliche Heilmethoden,
- Wissenserweiterung über Inanspruchnahme und Zugangsbarrieren,
- Berücksichtigung des Migrationskontextes bei Ausbildungscurricula der Gesundheitsberufe.

Es ist immer noch eine Seltenheit, dass eine zusammenfassende Darstellung zur pädiatrischen Versorgung von Migrationskindern Eingang in die entsprechenden medizinischen Lehrbücher findet (Çerçi 2006). Trotz aller kritischen Bemerkungen gehört die Versorgung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis einschließlich Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen zu den effektivsten präventiven Maßnahmen. Der Grund hierfür liegt neben der Qualität der einzelnen Untersuchungen in der jahrelangen kontinuierlichen Betreuung und dem Aufbau eines guten Vertrauensverhältnisses. Auch bildungsschwache Eltern werden sich mit der Zeit der Vorteile der angebotenen medizinischen Maßnahmen bewusst.

Die in den Statistiken festgehaltene geringere Teilnahme von Zugewanderten an den Früherkennungs- und Impfangeboten ist in der ärztlichen Praxis nicht so deutlich sichtbar, denn dorthin kommen ja diejenigen, die die angebotenen Leistungen in Anspruch nehmen.

Während in der Verbesserung der Zahngesundheit durch Vorsorgemaßnahmen eine eindeutige Verbesserung der Mundgesundheit möglich ist, sind die Bemühungen beispielsweise bei der Prävention von Adipositas eher frustrierend. Eine effektive Beeinflussung des Lebensstils und der Lebensbedingungen ist in der ärztlichen Praxis kaum zu erzielen. Manche Probleme, wie beispielsweise die konsanguinen Ehen, werden wenig beachtet und sollten bei der J1 besprochen werden. Die innerfamiliäre Heirat, meist zwischen Cousin und Cousine, stellt ein großes gesundheitliches Risiko dar und ist nicht selten!

Medizinische Maßnahmen wie die sogenannten Mutter-Kind-Kuren bzw. Vater-Kind-Kuren wären eine weitere Möglichkeit der ganzheitlichen Versor-

gung. Obwohl ich in der Praxis ein zunehmendes Interesse unter den Migranteneltern beobachte, ist die Teilnahme an solchen Kurmaßnahmen gering. Nach Angaben des Müttergenesungswerks machen etwa 3,7 % der Migrantinnen von einer Mütter- oder Mutter-Kind-Kur Gebrauch, während der Anteil der Mütter mit Migrationshintergrund in Deutschland etwa 11,4 % beträgt (www.muettergenesungswerk.de). Bei persönlichen Gesprächen fielen mir beim therapeutischen Personal einer solchen Kureinrichtung mangelnde Sensibilität und fehlende Kenntnisse über migrationsspezifische Faktoren, aber auch über den Umgang mit Müttern bzw. Vätern mit Migrationshintergrund auf. Hier vermute ich Angst vor vermehrter Arbeit oder zusätzlichen Ausgaben seitens der Verwaltung. Diese Aspekte bedürfen weiterer Klärung.

Von der kinderärztlichen Praxis aus gesehen ist die Projektlandschaft zum Thema Migration und Kindergesundheit für durchschnittliche Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen sehr undurchsichtig. Erfolgreiche praktische Projekte streben die Partizipation der Migrantinnen und Migranten an und sind langfristig angelegt. Beispiele wie die Arbeit mit sogenannten Schlüsselpersonen aus Netzwerken der Migrationsbevölkerung (siehe Projekt Gesundheitsamt Stade, S. 143 ff.) oder das erfolgreiche MiMi-Gesundheitsprojekt „Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“ wurden im Rahmen dieser Tagung vorgestellt. Aufsuchende Hilfe, etwa durch Gesundheitsamt, Familienhebamme oder Hilfsorganisationen, kann in speziellen Situationen hilfreich sein. Aus meiner Sicht kann eine verbesserte Kommunikation zwischen Gesundheitsamt, Hebammen, Hilfsorganisationen, Sozialarbeiterinnen und -arbeitern, Dolmetscherinnen und Dolmetschern etc. sowie der ärztlichen Praxis eine Verbesserung der Versorgung erzielen.

Literatur

- American Academy of Pediatrics (AAP), Policy Statement (2005): Providing Care For Immigrant, Homeless, and Migrant Children. *Pediatrics* Vol. 115, No. 4, April 2005.
- Çerçi, F. (1980): Über die Situation türkischer Kinder im deutschen Krankenhaus. Inaugural-Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Würzburg.
- Çerçi, F. (2006): Ausländische Jugendliche – Psychosoziale Probleme, medizinische Probleme. In: Stier, B., Weissenrieder, N. (Hrsg.): *Jugendmedizin: Gesundheit und Gesellschaft*. Springer, S. 63–80.
- Elly Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk. [[http://www.muettergenesungswerk.de/cms/\(S\(dnr5mqfehlhdv45zuimveep\)\)/DesktopModules/ArticlePage.aspx?ID=98&mid=968](http://www.muettergenesungswerk.de/cms/(S(dnr5mqfehlhdv45zuimveep))/DesktopModules/ArticlePage.aspx?ID=98&mid=968)]
- Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ) (2008): Stellungnahme zu medizinischen Maßnahmen bei immigrierenden Kindern und Jugendlichen. *Monatsschr Kinderheilkd* 2008, 156, 170–176.
- Meeuwesena, L., Harmsenb, J. A. M., Bernsen, R., Bruijnzeelsd, M. (2006): Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Social Science & Medicine* 63 (2006), 2407–2417. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16928417?dopt=Abstract>]

5.8 Arbeitsgruppe Impfen und Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter – Diskussionsergebnisse

Moderation: Dagmar Grundmann

Bericht: Dagmar Grundmann und Ulrike Prüß

5.8.1 Leitfragen

Die Arbeitsgruppe diskutiert die Themenbereiche „Impfen und Früherkennung“ in zwei Schritten: 1. Analyse der Ausgangssituation und 2. Empfehlungen und Erfahrungen aus der Praxis. Diesen beiden inhaltlichen Blöcken sind folgende Leitfragen untergeordnet, anhand derer die Diskussion geführt und dokumentiert wird.

Teil 1: Analyse der Ausgangssituation zur Früherkennung

- Bei welchen Migrationsgruppen (Schwerpunkt: Kinder- und Jugendalter) ist eine geringere Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen festzustellen?“
- Bei welchen Migrationsgruppen (Schwerpunkt: Kinder- und Jugendalter) sind im Allgemeinen Impflücken (differenziert nach bestimmten Impfungen) festzustellen?

Teil 2: Empfehlungen und Erfahrungen aus der Praxis

- Welche Erfahrungen bestehen im Hinblick auf Zugänge und Settings vor Ort zur Erreichbarkeit von Zielgruppen mit Migrationshintergrund?
- Mit welchen Methoden wurden gute Erfahrungen gesammelt?
- Welche Erfahrungen liegen hinsichtlich der Einbeziehung und Unterstützung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren vor?
- Welche Unterstützung durch den Einsatz von Medien ist empfehlenswert?
- Welche Einschätzungen werden zur interkulturellen Öffnung der Regeldienste gegeben?
- Welchen Bedarf sehen die Teilnehmenden, um die Belange von Migrantinnen und Migranten besser aufzunehmen?

5.8.2 Ergebnisse

Teil 1: Analyse der Ausgangssituation zur Früherkennung

Bei welchen Migrationsgruppen (Schwerpunkt: Kinder- und Jugendalter) ist eine geringere Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen festzustellen?

Die Erfahrungen aus Wissenschaft und Praxis zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund geringere Teilnahmequoten an Früherkennungsuntersuchungen aufweisen. Dieser Trend verstärkt sich noch mit zunehmender Anzahl der U-Untersuchungen. Die KiGGS-Studie zeigt, dass Kinder und Jugendliche aus der ehemaligen Sowjetunion, aus arabischen Staaten und schließlich der Türkei die geringsten Teilnahmequoten aufweisen. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer nimmt die Inanspruchnahme dann wieder zu. Im Hinblick auf die Inanspruchnahme konnte laut KiGGS-Daten jedoch kein Zusammenhang zur sozialen Schicht festgestellt werden. Die Teilnehmenden diskutieren mögliche Ursachen der mangelnden Inanspruchnahme. Als Gründe werden fehlendes Wissen über diese Angebote, eine fatalistische Auffassung sowie ein symptomgebundenes Aufsuchen von medizinischer Hilfe zusammengetragen. Viele Eltern suchen nur dann ärztliche Praxen auf, wenn die Kinder tatsächlich krank sind, da ihnen die „Vorsorge“ bzw. Prävention als medizinische Leistung nicht bekannt ist.

Es kommt hinzu, dass die Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung in anderen Ländern oft kostspielig ist und von den Patientinnen und Patienten selber bezahlt werden muss. Diese Erfahrung wird auf Deutschland übertragen. Einige Teilnehmende berichten aus der Praxis, dass auch ein ungesicherter Aufenthaltsstatus eine wichtige Rolle spielen kann, wenn Vorsorgeleistungen nicht in Anspruch genommen werden. Zudem wird bemängelt, dass das medizinische Versorgungs- und Früherkennungssystem mittelstandslastig ausgerichtet ist und deshalb viele Migrantinnen und Migranten, die nicht über entsprechende Bildungshintergründe verfügen, abschreckt. In einigen Ländern wiederum besteht eine andere Versorgungsstruktur. So sind Ärztinnen und Ärzte dort häufig direkt in den Schulen tätig. So müssen sich die Eltern nicht um externe Termine zu Früherkennungsuntersuchungen kümmern. Diese Erfahrungen übertragen sie auf Deutschland.

Bei welchen Migrationsgruppen (Schwerpunkt: Kinder- und Jugendalter) sind im Allgemeinen Impflücken (differenziert nach bestimmten Impfungen) festzustellen?

Die Analyse der Ausgangslage zum Thema „Impfen“ durch Dr. Christina Poethko-Müller und die anschließende Diskussion machen deutlich, dass die im Ausland geborenen Kinder über die schlechtesten Durchimpfungsquoten verfügen. Kinder, die zugewandert sind, zeigen sich grundsätzlich schlechter durchimpft. Die Durchimpfungsraten variieren allerdings nach Impfarten. So sind ältere zugewanderte Kinder besser gegen Keuchhusten geimpft als Kinder mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren wurden. Bei Tetanus sind bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund (Definition siehe Beitrag von Liane Schenk, S. 125) deutlich schlechtere Impfquoten feststellbar. Im Rahmen der KiGGS-Studie wurden die Eltern befragt, warum sie der Impfung ferngeblieben sind. Daraufhin haben sie „Ich weiß nicht“ angegeben. Hier sehen die Teilnehmenden der Arbeitsgruppe noch Klärungsbedarf, um dieses Motiv zutreffend zu deuten und passgenau mit Interventionen ansetzen zu können. Als ein möglicher Grund wird festgehalten, dass die schlecht einprägsamen Impfzeitpunkte auch eine mögliche Ursache für unzureichende Inanspruchnahme von Impfungen sein können. Auch die Informationen und Ergebnisse von Jeffrey Butler, der den Impfstatus Jugendlicher im Zuge von Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (10. Klasse) für die Gesundheitsberichterstattung in Berlin erhoben hat, stützen die oben genannten Hinweise zum Impfverhalten. Dies bezieht sich insbesondere auf seine Auswertungen zur sozialen Lage und Herkunft der Jugendlichen.

Teil 2: Erfahrungen und Empfehlungen aus der Praxis

Folgende Praxisbeispiele und Erfahrungen mit Zielgruppen, die über einen Migrationshintergrund verfügen, initiieren die nachfolgende Diskussion:

- Impfprojekt des Gesundheitsamtes Stade, wo mit Unterstützung des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover eine Steigerung der Impfquoten erreicht wurde.
- Einsatz einer Familienhebamme mit Migrationshintergrund in Kindertagesstätten: eine Maßnahme des Gesundheitsamtes Münster.
- Von der DRK-Integrationsagentur Köln werden Erfahrungen zur Verbesserung des Impfschutzes und der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in Flüchtlingsheimen eingebracht.
- Vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes Köln wird von Erfahrungen bei spezifischen Maßnahmen berichtet, die der Erhöhung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Impfsteigerungen dienen.
- Ebenso fließen Erfahrungen aus der täglichen Arbeit einer Kinderarztpraxis in Detmold ein.

Folgende Erfahrungen und strategische Empfehlungen wurden ausgetauscht und zusammengetragen.

Welche Erfahrungen bestehen im Hinblick auf Zugänge und Settings vor Ort zur Erreichbarkeit von Zielgruppen mit Migrationshintergrund?

Die Teilnehmenden geben übergreifend die Erfahrung weiter, dass Kindertagesstätten und Familienzentren sehr gute Möglichkeiten bieten, Zielgruppen mit Migrationshintergrund zu erreichen. Ebenfalls gute Ergebnisse wurden mit der Einbeziehung von Schlüsselpersonen erzielt. Hierbei ist allerdings eine Begleitung durch Spezialistinnen und Spezialisten unumgänglich, die vermitteln und verbinden. Die Einbindung von Migrantinnen und Migranten konnte teilweise auch über Schulen erreicht werden. Dies variiert allerdings je nach örtlichen Gegebenheiten. Die Einbeziehung von Imams und Vorbetern in muslimischen Gemeinden wird dann befürwortet, wenn die Zusammenarbeit mit Fachpersonen, die über spezifisches Migrationswissen verfügen, gewährleistet ist. Dann kann diese Art der Zusammenarbeit mit diesen Communitys sehr zielführend sein. In der Diskussion wird hervorgehoben, dass der Einsatz einer Familienhebamme mit Migrationshintergrund in Kindertagesstätten großen Erfolg zeigt, da ihr ein besonderes Vertrauen entgegengebracht wird. Beim Einsatz einer Familienhebamme hat sich die Betreuung von der Schwangerschaft bis zum ersten Lebensjahr als günstig erwiesen. Die Diskussion der Leitfrage endet mit der übereinstimmenden Erfahrung, dass bei der Elternarbeit lange Vorlaufzeiten und viel Aufbauarbeit einkalkuliert werden muss. Den Beteiligten muss klar sein, dass im Vorfeld von Projekten hohe und langfristige Investitionen erforderlich sind, bis das Vertrauen zu Zielgruppen mit Migrationshintergrund hergestellt ist.

Mit welchen Methoden wurden gute Erfahrungen gesammelt?

Es hat sich als günstig erwiesen, wenn Multiplikatorinnen und Multiplikatoren von Migrantenorganisationen beraten und unterstützt werden. Diese müssen allerdings schon frühzeitig bei der Angebotsentwicklung einbezogen werden. Schwieriger ist es, wenn die Zusammenarbeit erst im Zuge der Maßnahmenumsetzung beginnt. Die durchgängige Beteiligung von Migrantinnen und Migranten selber – von der Angebotsentwicklung über die Maßnahmendurchführung bis hin zur Auswertung – führt zu guten Resultaten hinsichtlich der Zielgruppenerreichung. Dafür muss ein hoher Aufwand einkalkuliert werden, der jedoch unbedingt investiert werden sollte, da die Effekte dieser Maßnahmen sonst schnell verpuffen. Einige Teilnehmende geben kritisch zu bedenken, dass Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen lediglich als Anlässe wahrgenommen werden sollten, um Migrantinnen und Migranten grund-

sätzlich zum Gesundheitssystem hinzufügen. Wenn aufsuchende Angebote dauerhaft etabliert werden, kann die eigenständige Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems verloren gehen. Deshalb darf nicht zu viel Eigenverantwortung abgenommen werden. Besonders in der frühen, sensiblen Ankunftsphase in Deutschland müsse Gesundheit und Eigenverantwortung gesetzt werden. Hierzu bieten sich Sprachkurse in besonderer Weise an. So können zum Beispiel Übungssätze wie „Ich gehe mit meinem Kind zur Früherkennungsuntersuchung“ in Sprachübungen aufgenommen werden. Aus einigen Projekten wird berichtet, dass der Einsatz von Mittlerinnen und Mittlern positive Effekte zeigt. Besonders Frauen nehmen oftmals eine wichtige und zentrale Rolle als „Gesundheitsbotschafterinnen“ in ihrer Familie und Community ein.

Für alle Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die sich an Migrantinnen und Migranten richten, soll nicht nur geschult, sondern vor allem konkret und beispielhaft gezeigt werden, wie Gesundheitsförderung im Alltag umgesetzt wird. Dies ist besonders gut in Kindertagesstätten möglich, zum Beispiel im Hinblick auf gesunde Ernährung.

Welche Erfahrungen liegen hinsichtlich der Einbeziehung und Unterstützung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren vor?

Die Teilnehmenden stellen fest, dass bei Projekten der Gesundheitsförderung besonders hohe Erfolge beobachtet werden konnten, wenn die zuständigen Fachpersonen im Vorfeld und während des Projekts durch migrationsbezogene Fachstellen beraten und unterstützt werden. Auch gezielte Fortbildungen von Migrantinnen und Migranten, die dann in der Gesundheitsberatung eingesetzt werden konnten, führten zu positiven Ergebnissen. Für diese Tätigkeiten ist allerdings eine finanzielle Aufwandsentschädigung unbedingt erforderlich, um Motivation aufrechtzuerhalten, Anerkennung auszudrücken und eine hohe Fluktuation von fortgebildeten Migrantinnen und Migranten zu vermeiden. Ein solcher Einsatz von muttersprachlichen Migrantinnen und Migranten – im Sinne einer Vermittlung – ist jedoch nur bei gravierenden Sprachbarrieren und kulturellen Unsicherheiten erforderlich, da viele Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland aufgewachsen sind und bei ihnen keine Barrieren bestehen.

Welche Unterstützung durch den Einsatz von Medien ist empfehlenswert?

Die Teilnehmenden diskutieren kontrovers, ob spezifische muttersprachliche Medien für Migrantinnen und Migranten entwickelt und gestreut werden sollen. Von einigen Teilnehmenden wird berichtet, dass Gesundheitswegweiser in

verschiedenen Landessprachen gut angenommen werden. Allerdings wird in der Diskussion auch eine gegenteilige Auffassung vertreten: Viele Migrantinnen und Migranten können nicht hinreichend lesen. Wer Gesundheitswegweiser in der eigenen Muttersprache liest, würde sie auch in deutscher Sprache lesen können, insofern erscheint vielen der Aufwand nicht gerechtfertigt. Im Laufe der Diskussion wird der Einsatz von Broschüren und weiteren gedruckten Informationsangeboten zunehmend kritisch bewertet. Zielgruppen mit Migrationshintergrund, die Broschüren und weitere Informationsangebote lesen und verarbeiten können, verfügen über die gleichen Voraussetzungen wie Zielgruppen deutscher Herkunft. Bei vulnerablen Zielgruppen ist deshalb die personale Kommunikation vorzuziehen, weil diese eng auf besondere Voraussetzungen und Bedürfnisse abgestimmt werden kann.

Welche Einschätzungen werden zur interkulturellen Öffnung der Regeldienste gegeben?

Bisher gibt es noch keine koordinierenden Konzepte zur Öffnung von Regeldiensten. Dies wird von einigen Teilnehmenden besonders deshalb bemängelt, da Einwanderung und Migration nach Deutschland schon jahrzehntelang stattfinden. Weil davon auszugehen ist, dass angesichts knapper Haushaltslagen auch langfristig kein weiteres Personal innerhalb der Regeldienste eingestellt wird, muss die Öffnung für Menschen mit Migrationshintergrund durch Sensibilisierung der dortigen Akteurinnen und Akteure geschehen. Dies muss ressortübergreifend umgesetzt werden. Allerdings steht oftmals ein zu enges Ressortdenken einer engeren Zusammenarbeit und gemeinsamen Qualifizierung hinsichtlich der Belange von Migrantinnen und Migranten entgegen. Die Einschätzung, dass sich die Regeldienste übergreifend gegenüber den besonderen Ausgangssituationen und Bedarfslagen von Menschen mit Migrationshintergrund öffnen müssen, wie die Erfahrungen aus dem Familienhebammenprojekt in Kindertagesstätten zeigten, wird von allen Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmern sehr unterstützt. Abschließend wird zu dieser Leitfrage festgehalten, dass Fragen zur Gesundheit immer im Alltag entstehen. Deshalb muss Gesundheitsförderung themen- und zuständigkeitsübergreifend verankert und integriert werden.

Welchen Bedarf sehen die Teilnehmenden, um die Belange von Migrantinnen und Migranten besser aufzunehmen?

Es besteht der Wunsch, Projekte, die auf Migrantinnen und Migranten ausgerichtet sind, zusammenzustellen und gemeinsam auszuwerten. Dabei sei es auch sinnvoll, sich über nachteilige Erfahrungen auszutauschen, da Fehler nicht wiederholt werden müssten. Zwischenzeitlich wurden viele Konzepte

und Handlungsansätze erprobt und umgesetzt. Dabei sei auffällig, dass Migrantinnen und Migranten nur selten in die Angebotsplanung und Umsetzung einbezogen sind. Künftig muss deshalb darauf Wert gelegt werden, diese Zielgruppen von der Entwicklung bis zur Auswertung durchgängig zu integrieren. Die Teilnehmenden bewerten darüber hinaus kritisch, dass stets neue Konzepte entwickelt und entsprechende Projekte, mitunter inflationär, aufgelegt werden. Stattdessen sollten bestehende und vergangene Maßnahmen gründlich ausgewertet, aufgearbeitet und Finanz- und Personalressourcen gebündelter eingesetzt werden. Nur so sei ein Qualitätsfortschritt zu erzielen. Um die Belange von Zielgruppen mit Migrationshintergrund besser aufnehmen und darauf reagieren zu können, sei eine bessere finanzielle Ausstattung allerdings unumgänglich. Die Politik muss deshalb von den Akteurinnen und Akteuren vor Ort gut informiert und an die spezifischen Bedarfslagen herangeführt werden. Nur so ist der Weg frei, um notwendige Finanzierungen zu erhalten. Darüber hinaus sollten auch neue Wege im Sponsoring erschlossen und genutzt werden, um innovative Projekte zu ermöglichen.

6. Zugangswege

6.1

Kooperationspartnerschaften als Zugangswege zur Migrations- bevölkerung

Heinz Soremsky

6.1.1 Vorbemerkung: Diversität der Zielgruppen

„Zugangswege zur Migrationsbevölkerung“ ist der Themenbereich meines Beitrags. Wie erreichen wir Migrantinnen und Migranten, wie informieren wir sie über Themen aus dem Gesundheitsbereich und wie stellen wir eine verstärkte Partizipation von Migrantinnen und Migranten an Systemen der Gesundheitsversorgung sicher? Das sind die Hintergrundfragen zu meinen Ausführungen. Zuvor jedoch eine Bemerkung:

Im Beitrag wird über „Migrantinnen“ und „Migranten“ gesprochen. Aber werden wir wirklich allen ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern mit diesem einheitlichen Begriff gerecht? Die Vielfalt der Menschen, die nach Deutschland einwandern, ist überwältigend groß. Man denke nur an die unterschiedlichen Einwanderungsarten:

- Arbeitsmigration, Anwerbung von „Gastarbeitern“/„Gastarbeiterinnen“,
- Flüchtlinge (politisches Asyl, Kriegsflüchtlinge),
- Aussiedlerinnen und Aussiedler, zum Teil mit deutschem Pass,
- Familienzusammenführung.

Betrachten wir weiterhin die sehr individuellen Migrationsbiografien von

- türkischen, russischen, polnischen, italienischen, arabischen, asiatischen, afrikanischen Zugewanderten,
- „traditionellen“ und „geduldeten“ Arbeitsmigrantinnen und -migranten,
- politisch, ideologisch, religiös oder wirtschaftlich motivierten Flüchtlingen,
- deutschstämmigen und jüdischstämmigen Zugewanderten („Kontingente“).

Denken wir an so unterschiedliche Menschen wie

- Migrantinnen und Migranten „mit“ und „ohne“ deutsche Sprachkompetenz,
- „ghettoisierte“ und in der Mehrheitsgesellschaft „aufgegangene“ Zielgruppen,
- Zugewanderte mit und ohne engen Kontakt zum Herkunftsland,

so ist offensichtlich: In der Praxis müssen wir uns unsere Zielgruppe genau

anschauen. Die konkrete Ansprache einer türkischen Frau muss anders verlaufen als die eines afrikanischen Mannes. Unsere hier geschilderten Projekte richten sich an russische und türkische Jugendliche (unsere Hauptzielgruppen bei GUT DRAUF) sowie türkische Familien (Projekt „Gesundheit für Migrantinnen und Migranten – Sensibilisierung und Prävention“).

6.1.2 Einrichtungen für den institutionellen Zugang zu Migrantinnen und Migranten

Zunächst eine Darstellung von ausgewählten politischen Gremien und Institutionen, die bei der Integration von Migrantinnen und Migranten mitwirken und über die die Zielgruppen angesprochen und erreicht werden können:

Ausländerbeiräte

Ausländerbeiräte gibt es in allen größeren Kommunen, ihren Sitz haben sie in den jeweiligen Stadträten. Häufig werden sie per Urwahl durch die ausländische Bevölkerung am Ort gewählt oder auch durch die Politik eingesetzt, Letzteres mit rückläufiger Tendenz. Meist besitzt der Ausländerbeirat gute Kontakte zu einflussreichen Migrantenselbstorganisationen (MSO – siehe S. 179) am Ort. Bisweilen verfügen Ausländerbeiräte über einen kleinen selbst verwalteten Etat, der von der Kommune zur Verfügung gestellt wird. Inhaltlich besitzt der Beirat allerdings kaum politisches Gewicht. Nur durch beratende Funktionen und eventuell vorhandene persönliche Kontakte zu Verantwortlichen in der Politik kann er Einfluss nehmen.

Insgesamt gesehen ist der Ausländerbeirat aber gut zu nutzen, um ein Anliegen vorzubringen oder zum Beispiel Informationen zu verbreiten. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Key-Persons aus den Migrantengemeinschaften sind über ihn ebenfalls gut zu erreichen.

Es gibt einen Bundesausländerbeirat sowie in fast allen Bundesländern landesweite Zusammenschlüsse der kommunalen Ausländerbeiräte.

Integrationsbeauftragte und Integrationskonferenzen

Inzwischen verfügt fast jede größere Stadt über eine Integrationsbeauftragte bzw. einen Integrationsbeauftragten und sogenannte Integrationskonferenzen, die innerhalb der Kommunen mit den einzelnen Arbeitskreisen korrespondieren. Sie zeichnen sich in der Regel durch einen guten Überblick aus und kennen die lokale Migrantenszene. Von Nachteil kann es sein, wenn Parteien für

diese Ämter und Stellen ihre Wunschkandidatinnen und -kandidaten durchsetzen, die unter Umständen nicht die gewünschte Akzeptanz in der ausländischen Bevölkerung finden. Auch hier gibt es sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene entsprechende Ämter und Konferenzen.

Beratungs- und Betreuungsstellen in deutschen Einrichtungen

In den frühen Jahren der massenhaften Anwerbung von Arbeitsmigrantinnen und -migranten kam es zu einer heute seltsam anmutenden Absprache unter den Spitzenverbänden der Wohlfahrtspflege: Im sogenannten „Kamingespräch“ teilten die Direktoren der drei größten Verbände die Zugewanderten unter sich auf.

Die Arbeiterwohlfahrt betreute und beriet die Türkinnen und Türken, die Caritas übernahm die Zugewanderten aus den katholischen Herkunftsländern und die Diakonie betreute den Rest. Noch heute gibt es Rudimente der aufgrund dieser Absprache entstandenen Entwicklung. So findet man weiterhin in vielen Städten Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände, die über gute Kontakte zu den örtlichen Einwanderercommunitys verfügen.

In den letzten Jahren sind weitere Einrichtungen hinzugekommen, die inzwischen in manchen Städten zum Teil größere Bedeutung haben. Hierzu zählen die „Jugendmigrationsdienste“ oder Einrichtungen zur Migrationserstberatung, die ebenfalls von den Wohlfahrtsverbänden getragen werden. Allerdings arbeiten diese inzwischen nicht mehr nationalitätenspezifisch und werden von einem breiten Spektrum an Verbänden getragen.

Migrantenorganisationen (MO)

Unter dem Aspekt „Wie erreiche ich Migrantinnen und Migranten?“ spielen Migrantenorganisationen eine wesentliche Rolle. Zusammen mit Migrantenselbstorganisationen (MSO – siehe S. 179) sind sie *der* Schlüssel, um Zugang zur Migrationsbevölkerung zu erhalten. Viele von ihnen sind seit Jahrzehnten in ihrem Stadtteil etabliert und stellen inzwischen schon für die 3. Generation von Migrationsfamilien wichtige Bezugspunkte in ihrem täglichen Leben dar. In vielen Fällen genießen sie das uneingeschränkte Vertrauen der Migrationsbevölkerung im Stadtteil.

Waren es bisher die sogenannten „deutschen“ Einrichtungen, die Zugewanderten mit Rat und Hilfe zur Seite standen, so ist seit einigen Jahren eine vielversprechende Weiterentwicklung zu beobachten: In immer mehr Migrantenorganisationen agieren Zugewanderte und Deutsche zusammen. So lautet

auch der Wahlspruch unseres Verbandes für Interkulturelle Arbeit (VIA): „Deutsche und ausländische Mitbürger/-innen gemeinsam“.

Es ist kaum möglich, die vielfältigen existierenden Gruppen auch nur annähernd darzustellen. Zu bunt, zu individuell und zu schnell ist die Entwicklung, als dass ein handhabbarer Überblick gegeben werden könnte. Immer wieder hat es Anläufe in diese Richtung gegeben, aber der ständige Wandel lässt eine Erfassung innerhalb kürzester Zeit überholt erscheinen. Es gibt Selbsthilfe- und Initiativgruppen, Flüchtlingsberatung, Gruppen mit Schwerpunkt Frauenarbeit, Bürgerinitiativen, deutsch-ausländische Freundschaftsgruppen, Stadtteilinitiativen, Runde Tische etc. Manche sind rein ehrenamtlich engagiert, andere arbeiten seit Jahrzehnten erfolgreich mit einem ständig wachsenden Personalstab und sind fester Bestandteil der Sozialarbeit so mancher Kommune. Einige dieser Gruppen sind in Verbänden oder Arbeitsgemeinschaften organisiert oder arbeiten eng mit ihnen zusammen. Die wichtigsten Migrantenorganisationen auf Bundesebene sind:

- Verband binationaler Familien und Partnerschaften (IAF) und Pro Asyl, beide Frankfurt am Main,
- Aktion Courage, Bonn,
- Verband für Interkulturelle Arbeit (VIA e. V.), Duisburg.

Viele Städte bieten Adressverzeichnisse von lokalen Migrantenorganisationen und Beratungsstellen an, die neben den oben genannten Dachverbänden hier am ehesten weiterhelfen.

Migrantenselbstorganisationen (MSO)

Auch Migrantenselbstorganisationen sind sehr schwer zu kategorisieren. Zu viele unterschiedliche Richtungen sind vorhanden: Neben Kulturvereinen, religiösen Vereinigungen, Elterninitiativen und unzähligen anderen lokalen Einrichtungen gibt es auch Vereinigungen auf nationaler Ebene, die wiederum mit ihren örtlichen Vertretungen in vielen Städten Deutschlands präsent sind, wie zum Beispiel

- Bundesverband spanischer sozialer und kultureller Vereine in Deutschland e. V., Remscheid,
- Verband der Griechischen Gemeinden in Deutschland (OEK) e. V., Berlin,
- Türkische Gemeinden, Berlin,
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Migrantenverbände, Bonn.

Diese großen, schon seit Jahren etablierten Verbände stellen auch für lokale Projekte sehr gute Partnerorganisationen dar.

Bei unbekannten lokalen Einrichtungen sollte, bevor es zu gemeinsamen Aktivitäten und Kooperationen kommt, genau geprüft werden, wer hinter der jeweiligen Einrichtung steht. Einige dieser MSOs sind Anhängsel von Parteien oder religiösen Vereinigungen ihres Herkunftslandes und betreiben eine entsprechende Politik für das Herkunftsland. Maßnahmen zur Integration in Deutschland werden hier nur als Deckmantel für die eigentliche Tätigkeit benutzt. Besonders bei religiösen Vereinigungen, zum Beispiel bei im Zuge des Erstarkens des islamischen Fundamentalismus verstärkt auftretenden islamischen Kulturvereinen, kann es besonders schwierig sein, die wahren Hintergründe zu erkennen.

6.1.3 Die Gestaltung der Kooperation mit Migrantenselbstorganisationen

Wie bereits erwähnt, halte ich die Zusammenarbeit mit MOs und MSOs für den Königsweg, um Zugang zu Migrantinnen und Migranten zu finden. Unser Verband VIA feierte 2009 seinen 30. Geburtstag und hat bundesweit über 100 Mitgliedsgruppen; die ältesten sind bereits fast 40 Jahre in der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten aktiv. Am konkreten Beispiel möchte ich darstellen, wie in idealtypischer Weise unsere Kooperation mit einer MSO aussehen könnte. Nehmen wir dazu folgendes Szenario: Es soll eine Kampagne geplant werden, die die türkische Bevölkerung einer beliebigen Stadt über mögliche Gesundheitsprobleme und ihre Folgen aufklärt. Im Besonderen geht es dabei um die Gesundheit türkischer Jugendlicher und ihre erwünschte Beteiligung an der BZgA-Aktion GUT DRAUF. (Näheres zu GUT DRAUF siehe S. 182.)

Schritt 1: Auswahl der Partner-MSO und Adresssuche

Als mögliche Partner kommen für uns Kulturvereine, Moscheen, Selbsthilfeeinrichtungen oder Kaffeehäuser infrage. Wie findet man nun die ideale Partnerorganisation?

- Einen ersten Überblick geben sogenannte Ethno-Branchenbücher. Das sind „Gelbe Seiten“, die Betriebe und andere von Migrantinnen und Migranten geführte Einrichtungen auflisten.
- Eine weitere Möglichkeit ist die Kontaktaufnahme über bundesweite Dachorganisationen wie zum Beispiel die vom türkischen Staat unterstützten Moscheen (DITIB), die Europäische Alevitenvereinigung usw.
- Lokale Führer und Adressverzeichnisse, die häufig von Kommunen herausgegeben werden, geben einen Überblick über die örtlichen MSOs.

- Schließlich die Internetdatenbank www.mso-online.de mit über 2400 Einträgen für NRW – allerdings schon etwas älter (Stand 2002).
- Der beste Weg aber sind direkte Kontakte über persönlich bekannte Key-Persons oder über lokale Migrationsbeauftragte bzw. Integrationsbeauftragte, die möglichst mit ins Boot geholt und zur Kooperation herangezogen werden.

Schritt 2: Erstkontakte

Bei der ersten Kontaktaufnahme mit der gewählten MSO muss das Interesse am Thema geweckt und ein Gesprächstermin mit Verantwortlichen bzw. dem Vorstand vereinbart werden. In dem darauf folgenden persönlichen Gespräch wird die beabsichtigte Kampagne, ihr Sinn, Zweck und Nutzen sowohl für die Bevölkerung als auch für die MSO vorgestellt. Der Vorstand wird zu einem Informationsabend für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eingeladen, auf dem die Aktion GUT DRAUF vorgestellt wird. Entsprechende Erstkontakte werden mit verschiedenen MSOs durchgeführt, die alle zum Informationsabend eingeladen werden.

Um angesichts des komplexen Themas eventuelle Sprachprobleme auszuschließen, sollte ein Vertreter oder eine Vertreterin der gleichen Ethnie wie die anzusprechende Zielgruppe die Kontaktaufnahme mit der MSO durchführen oder zumindest mit anwesend sein.

Schritt 3: Infoabend

Zielgruppe dieses Abends sind die Delegierten (Vorstand, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Verantwortliche für Weiterbildung u. a.) von verschiedenen MSOs, die zur Kooperation bereit und geeignet sind.

Zum Einsatz kommen folgende Medien:

- eine Powerpoint-Präsentation zu GUT DRAUF in türkischer Sprache,
- Broschüren und Faltblätter in türkischer Sprache, die für die Zielgruppe bekannte Beispiele zur Umsetzung der GUT-DRAUF-Prinzipien darstellen, zum Beispiel Gerichte mit türkischen und deutschen Zutaten (Thema gesunde Ernährung),
- ruhige Ethnomusik aus der Türkei (Thema Entspannung),
- türkische Bewegungsspiele (Thema Bewegung).

Auch hier gilt: Es sollte eine türkischsprachige Person den Info-Abend leiten oder zumindest anwesend sein.

Schritt 4: Entwicklung von Maßnahmen

Gemeinsam mit den kooperationsbereiten MSOs wird die Umsetzung weiterer praktischer Schritte in partnerschaftlicher Zusammenarbeit geplant. Dabei geht es darum, GUT-DRAUF-Prinzipien in die tägliche Arbeit der MSO zu integrieren.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Grundvoraussetzung ist, dass es sich bei der kooperierenden MSO um eine demokratische Einrichtung handelt, die von der betreffenden Migrantengemeinschaft akzeptiert ist, die über Key-Persons im Stadtteil verfügt und mit deutschen Einrichtungen in der Kommune kooperiert. Die Zusammenarbeit muss in partnerschaftlicher Weise auf Augenhöhe erfolgen.

Bei den MSOs wird in den letzten Jahren in zunehmendem Maße für eine Zusammenarbeit angefragt, da – endlich – erkannt wurde, dass Zugewanderte an vielen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens nicht oder zu wenig partizipieren.

Auf der anderen Seite werden sehr viele Aufgaben in einer MSO rein ehrenamtlich erledigt. Hier stoßen die Verantwortlichen schnell an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit. Deshalb ist es von Vorteil, wenn auch die MSO von der Zusammenarbeit profitiert. Dies kann ein finanzieller Nutzen sein, oder die MSO verbessert ihr Image und steigert ihre Bedeutung, indem sie ihrer Zielgruppe Vorteile bringt und so ins Rampenlicht der lokalen (Fach-)Öffentlichkeit tritt.

6.1.4 Bericht aus der Praxis am Beispiel einer Kooperationspartnerschaft im Rahmen der Aktion GUT DRAUF der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

GUT DRAUF ist eine Aktion der BZgA im Rahmen der gesundheitsorientierten Jugendarbeit. Grundlage ist ein integrierter Aufklärungs- und Präventionsansatz, der die Wechselwirkungen zwischen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung umfasst. Ziel dieser Aktion ist es, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Jugendlichen nachhaltig zu verbessern. In den wichtigsten Lebensbereichen – in Freizeit, Schule, Betrieb, Sportverein und auf Reisen – sollen Jugendliche gesundheitsbewusste Angebote erhalten, die Spaß machen und gesundheitsgerechtes Verhalten ganz selbstverständlich in den jugendlichen Alltag integrieren. GUT DRAUF richtet sich vorrangig an Mittlerkräf-



Abb. 35: www.gutdrauf.net

te der Jugendlichen. Die Akteure und Akteurinnen in der pädagogischen Arbeit und Freizeitarbeit bekommen ein Maßnahmenpaket an die Hand, das sie variabel in ihrer täglichen Arbeit mit Jugendlichen umsetzen können. Dieses Programm besteht seit fast 15 Jahren und wächst stetig. Es wendet sich in erster Linie an 14- bis 18-jährige Jugendliche.

Ausgangslage

Jugendliche in Deutschland und Europa leiden in dramatisch zunehmendem Maße an gesundheitlichen Problemen. Eine große Rolle spielt dabei u. a. auch das Körpergewicht: Jugendliche in Deutschland werden im Durchschnitt immer dicker. Welche Folgen Übergewicht nach sich ziehen kann, ist bekannt.

Die Aktion GUT DRAUF will der Entwicklung entgegenwirken, indem sie in möglichst vielen Handlungsfeldern präsent ist, die für Jugendliche relevant sind. Dies sind zum Beispiel:

- schulische und berufliche Ausbildung,
- Jugendarbeit und Freizeit,
- Sport,
- Jugendreisen.

In diesen Bereichen sucht GUT DRAUF sogenannte „Türöffner“ für den Zugang zur Zielgruppe aus. In der Regel sind dies geeignete Träger/Organisationen aus den oben genannten Handlungsfeldern. Deren Multiplikatorinnen und Multiplikatoren werden informiert und für die Aktion begeistert. Anschließend werden sie über GUT-DRAUF-Basiserschulungen qualifiziert und bei der späteren Projektumsetzung begleitet. GUT DRAUF versucht über jugendgerechte Angebote, die Spaß machen, gesundheitsgerechtes Verhalten im Alltag von Jugendlichen zu verankern. Die Partnereinrichtungen sollen GUT DRAUF mit klar formulierten Standards in ihrem Alltag umsetzen. Wer die Standards erfüllt, erhält ein Zertifikat.

GUT DRAUF verfügt über einen großen Pool an Trainerinnen und Trainern, die neben ihrer GUT-DRAUF-Ausbildung jeweils eine zweite, für die Aktion relevante Fähigkeit besitzen. Dies kann beispielsweise eine Ausbildung im Sportbereich sein oder eine Qualifikation zur Ernährungsberatung bzw. einschlägige Erfahrung im Gestalten von Entspannungsräumen. Sie beraten die neuen Partner, zertifizieren die Einrichtungen, unterstützen die Partnereinrichtung bei besonderen Projekten usw.

Die Prinzipien, nach denen GUT DRAUF umgesetzt werden soll, sind:

- Arbeitsansatz im Alltag verankern,
- „kleine Schritte“ anbieten,
- Eigenaktivität und Spaß der Gruppe fördern,
- Partizipation der Gruppe am Programm,
- Gruppenerlebnisse gestalten und Gemeinschaftsgefühl stärken,
- geschlechtsspezifische und soziokulturelle Unterschiede beachten,
- Sinneserfahrungen ermöglichen.

Vor einigen Jahren sind Jugendliche mit Migrationshintergrund in den Blickwinkel von GUT DRAUF geraten. Dies geschah aus zwei Gründen:

- Zum einen waren Jugendliche mit Migrationshintergrund – und hier vor allem türkische Jugendliche – von der geschilderten Problematik besonders betroffen.
- Zum anderen partizipierten diese Jugendlichen kaum an den GUT-DRAUF-Aktivitäten. Sie nahmen die Angebote nicht wahr und waren in den Maßnahmen der Aktion nicht präsent. Allerdings wurden auch keine spezifischen Angebote für sie eingerichtet.

So wurde unser Verband im Jahr 2003 offizieller Partner von GUT DRAUF. Unsere Aufgabe in der Zusammenarbeit ist seither die des Ansprechpartners

für alle Fragen im Zusammenhang mit Migrationsjugendlichen. Insbesondere stellte sich die Aufgabe, GUT DRAUF an Migrationsjugendliche heranzuführen. Es bot sich an, dies in Zusammenarbeit mit unseren Mitgliedsgruppen umzusetzen. Gleich zu Beginn unserer Kooperation stellten sich folgende Fragen:

1. Sind die strukturellen Gegebenheiten bei unseren Mitgliedsgruppen mit denen von anderen GUT-DRAUF-Partnern, zum Beispiel Jugendzentren, vergleichbar? Diese Aussage musste auf jeden Fall verneint werden. Wesentliche Unterschiede sind:

- Vielfach handelt es sich bei den Projektpartnern um Einrichtungen, die nicht ausschließlich oder auch nur überwiegend Jugendarbeit betreiben. Etwa 75 % aller VIA-Mitglieder und viele weitere Kooperationspartner des Verbandes betreiben Jugendarbeit und sehen diesen Arbeitsschwerpunkt auch als wesentlich an. Allerdings stellt die „Jugendarbeit“ häufig nur ein Betätigungsfeld neben weiteren dar. Dies hat sowohl Auswirkungen auf die genutzten Räumlichkeiten, die auch für andere Zwecke benötigt werden, als auch auf die in der Jugendarbeit eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- Die mit der Jugendarbeit befassten Personen in den Einrichtungen verfügen nicht unbedingt über eine professionelle Ausbildung. Häufig sind sie ehrenamtliche Kräfte oder Honorarkräfte.
- Es herrscht eine hohe Fluktuation unter dem Personal in diesen Einrichtungen.
- Es gibt immer wieder Sprachschwierigkeiten und kulturelle Missverständnisse.
- Es gibt massive finanzielle Schwierigkeiten der Einrichtungen. Dies kann – selbst wenn es sich um minimale Summen handelt – unter Umständen verhindern, dass bestimmte Anschaffungen getätigt oder bestimmte Voraussetzungen geschaffen werden, die zur Umsetzung der GUT-DRAUF-Standards notwendig sind.

2. Sind die von GUT DRAUF entwickelten und umgesetzten Standards übertragbar und auch für Einrichtungen geeignet, die mit Migrationsjugendlichen arbeiten?

- Insbesondere in den Bereichen Ernährungsgewohnheiten, religiöse Vorschriften, kulturelle Unterschiede bei Sport und Bewegung schien es Punkte zu geben, die hier zu berücksichtigen wären.

Zur weiteren Planung einigten wir uns zunächst auf folgende Ziele bzw. Maßnahmen, um die Kooperation zu beginnen:

Sichtung und Benennung von Modellstandorten

An diesen Standorten sollte ausprobiert werden,

- ob die vorhandenen Standards zu nutzen sind und ob sie für mögliche Zertifizierungen unserer Mitgliedsgruppen herangezogen werden können,
- ob und wie die GUT-DRAUF-Prinzipien in der Arbeit mit Migrationsjugendlichen umgesetzt werden können.

Von der VIA-Bundesgeschäftsstelle wurden sechs Mitgliedsgruppen vorgeschlagen, die sich in Berlin, in Oldenburg, Moers, München und zweimal in Duisburg befinden.

Werbung und Zertifizierung

Parallel dazu startete VIA bei seinen Mitgliedsgruppen einen Werbefeldzug für GUT DRAUF. Zwar ist die oben genannte Problematik zunehmender gesundheitlicher Probleme und des Übergewichts unter Jugendlichen im Verband und bei den Mitgliedern bekannt und erkannt, doch das Aufgreifen und die Umsetzung an der Basis sind nicht einfach, da viele Einrichtungen in der Migrationsarbeit massive Probleme haben. Dabei handelt es sich

- in erster Linie um finanzielle Sorgen,
- um Fluktuation unter den Beschäftigten (zu wenige Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter müssen zu viel Arbeit leisten).
- Die Arbeitsschwerpunkte der Gruppen umfassen häufig große, manchmal existenzielle Problembereiche wie Arbeitslosigkeit, Rassismus, Aggression oder sogar drohende Abschiebung (rechtlicher Status). So kann in den Gruppen die Einstellung vorherrschen, dass übergewichtige Jugendliche nicht unbedingt „das größte Problem“ darstellen und andere Arbeitsschwerpunkte Vorrang haben.

Von der VIA-Geschäftsstelle aus gab es verschiedene Rundschreiben und persönliche Ansprachen an die angeschlossenen Mitgliedsgruppen. Darüber hinaus wurden folgende Veranstaltungen durchgeführt:

- Im Frühjahr 2004 fand in Köln eine Einführungsveranstaltung statt, auf der GUT DRAUF einem ausgewählten Kreis von interessierten Mitgliedsgruppen und Kooperationspartnern vorgestellt wurde.
- Die Zusammenarbeit mit GUT DRAUF und der Themenschwerpunkt „Gesundheit für Migrantinnen und Migranten“ war ein Hauptpunkt unserer Bundes-Mitgliederversammlung 2005.
- Im September 2005 wurde eine zusätzliche GUT-DRAUF-Veranstaltung in Bielefeld mit Vertretungen aus ausgewählten Mitgliedsgruppen durchgeführt. Hier wurden weitere Schwerpunkte der Kooperation diskutiert.

Langfristiges Ziel dieser Bemühungen war es, möglichst viele VIA-Einrichtungen nach GUT-DRAUF-Standards zu zertifizieren.

GUT-DRAUF-Trainerinnen und -Trainer mit multikulturellem Know-how

Als weiteres Ziel wurde genannt, mehrere Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus unserem Verband zu GUT-DRAUF-Trainerinnen und -Trainern auszubilden. Diese sollten später zusätzlich in anderen Handlungsfeldern von GUT DRAUF eingesetzt werden, zum Beispiel in Jugendzentren oder auf Jugendreisen und innerhalb der Projektarbeit – grundsätzlich immer dann, wenn es Berührungen zu Migrationsjugendlichen gibt.

Der Stand heute

Nach Sichtung der möglichen Pilotstandorte wurden drei Einrichtungen ausgesucht, bei denen GUT DRAUF in der täglichen Arbeit ausprobiert wurde:

- *Kulturbunker Bruckhausen, Duisburg* – eine Einrichtung in einem Stadtteil mit einem sehr hohen Anteil an Zugewanderten (80 %) aus verschiedenen Herkunftsländern. Hier werden regelmäßig kulturelle, sportliche, soziale und weiterbildende Veranstaltungen angeboten, insbesondere auch für Jugendliche.
- *AKA – Aktiv für interKulturellen Austausch, München*. Diese Mitgliedsgruppe betreibt aufsuchende Jugendarbeit (Streetwork) in einem Stadtteil mit hoher Zugewandertenquote (überwiegend türkischer Herkunft), ein kleines Jugendzentrum und weitere Aktivitäten in Schulen im Stadtteil.
- *Club Dialog, Berlin*. Der Verein unterhält neben anderen Einrichtungen im Ostberliner Stadtteil Marzahn ein Jugendzentrum, das vorwiegend von russischen Aussiedlerinnen und Aussiedlern besucht wird.

Alle drei Mitgliedsgruppen sind inzwischen zertifiziert. Darüber hinaus wurden zwölf Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus unserem Verband als GUT-DRAUF-Trainerinnen bzw. -Trainer ausgebildet, die meisten von ihnen aus dem direkten Umfeld der Modellstandorte. Sie stehen zur Verfügung, um

- VIA-Mitgliedsgruppen und weitere Einrichtungen, die mit Migrationsjugendlichen arbeiten, zu beraten (Ziel Zertifizierung),
- GUT-DRAUF-Projekte, die sich in besonderem Maße mit Migrationsjugendlichen befassen, zu unterstützen,
- weitere GUT-DRAUF-Partner anzuwerben,
- Einrichtungen aus den anderen Handlungsfeldern der schulischen und beruflichen Ausbildung, aus Sport und Freizeit zu unterstützen, wenn Fragen im Zusammenhang mit Migrationsjugendlichen auftreten.

Aktuell laufen Bemühungen, GUT DRAUF in die Jugendarbeit von türkischen Moscheen und MSOs zu integrieren. Dazu wurde ein kleines Projekt konzipiert mit dem Ziel, das Vorhaben beispielhaft bei ausgesuchten Partnerorganisationen in Duisburg umzusetzen. Die bereits ausgearbeitete Planung soll mit einem führenden Vertreter des Arbeitskreises der DITIB-Moscheen in Duisburg diskutiert und abgestimmt werden. Laut Projekt-„Fahrplan“ sollen im Februar zwei GUT-DRAUF-Erstberatungen bei Moscheen stattfinden. Bei Interesse und Zustandekommen von Partnerschaften werden dann ab Fröh-sommer 2009 entsprechende Schulungen stattfinden.

6.1.5 Das VIA-Projekt „Gesundheit für Migrantinnen und Migranten – Sensibilisierung und Prävention“

Ausgangslage

Es ist eine Tatsache, dass gesundheitliche Präventionskurse nur in ganz geringem Maße von der ausländischen Bevölkerung frequentiert werden. Mögliche Gründe sind:

- Informationsdefizite über das deutsche Gesundheitssystem und die sich bietenden Möglichkeiten zur Vorsorge,
- Schwellen- und Berührungängste gegenüber deutschen Behörden und Einrichtungen/Diensten,
- Sprachprobleme.
- Die bestehenden Angebote treffen nicht genau die Bedürfnisse von Migranten/Migrantinnen bzw. berücksichtigen keine kultursensiblen Hindernisse, die einer möglichen Teilnahme entgegenstehen.
- Es bestehen Schwierigkeiten, Migrantinnen und Migranten zu erreichen und die Angebote zu vermitteln.

Trotz der oben besprochenen Probleme gibt es laut Umfragen unseres Verbandes bei MSO einen großen Bedarf an Aufklärung und Präventionskursen. Sowohl die Migrationsbevölkerung selbst als auch die Krankenkassen bestätigen diesen Umstand.

Vorgeschaltetes Projekt

Vom 15. März bis zum 30. Juni 2007 führten wir ein kleines Projekt durch, das sich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus türkischen MSOs richtete. Im Ruhrgebiet wurden vier Veranstaltungen bei verschiedenen MSOs durchgeführt, die das Thema „Gesundheit“ behandelten und Informationen über das

deutsche Gesundheitssystem vermittelten. Stichwörter waren: Umgang mit Medikamenten, Sucht, Schwangerschaft, Ernährung, Entspannung und Bewegung, Übergewicht, seelische Gesundheit, Alter und Pflege.

Besonderes Augenmerk wurde auf die Möglichkeiten von Präventionskursen gelegt. Wichtige Voraussetzungen wie Form, Inhalte und Kursleitung bis hin zur Zielgruppe und eventuelle Zuschüsse durch die Krankenkassen wurden dargestellt. Die Veranstaltungen wurden durch eine Fachkraft mit türkischem Migrationshintergrund angeboten. Sie wurden auf Deutsch und Türkisch durchgeführt und sollten Mitglieder der Einrichtungen motivieren, sich nachhaltig mit dem Thema auseinanderzusetzen und weitere Informationen bzw. Veranstaltungen anzubieten. Langfristiges Ziel war und ist es weiterhin, entsprechende Kurse aufzubauen. Begleitend wurde eine zweisprachige deutsch-türkische Broschüre erstellt, die darüber informiert, was beachtet werden muss, wenn eine MSO Präventionskurse anbieten möchte. Besonders wenn diese Kurse durch Krankenkassen bezuschusst werden sollen, müssen viele Bedingungen erfüllt sein. Hier bietet die Publikation Hilfestellung. Diese Broschüre mit dem Titel „Ausländische Mitbürger im Ehrenamt zum Thema Gesundheit“ kann weiterhin gegen eine Schutzgebühr von 1 Euro plus Versandkosten bei der VIA-Bundesgeschäftsstelle bestellt werden.

Zielgruppe und Standort des Hauptprojekts

Seit Anfang Mai 2008 läuft nun das sich anschließende Hauptprojekt „Gesundheit für Migrantinnen und Migranten – Sensibilisierung und Prävention“ als Pilotprojekt in Duisburg. Es baut auf den bisher gewonnenen Erfahrungen auf und will zur Nachahmung in anderen Städten anregen.

Als Zielgruppe beschränken wir uns in diesem Pilotprojekt auf Bevölkerungsgruppen mit türkischem Migrationshintergrund. Den Projektstandort haben wir in Duisburg angesiedelt, weil

- es die Stadt mit der höchsten Zahl an türkischen Zugewanderten im Ruhrgebiet ist,
- wir in Duisburg bereits verschiedene Maßnahmen im Gesundheitsbereich durchgeführt haben bzw. durchführen,
- gute Kontakte zu den örtlichen Krankenkassen, dem Gesundheitsamt und weiteren Einrichtungen im Gesundheitsbereich bestehen,
- durch unsere örtlichen Mitgliedsgruppen hervorragende Kontakte zu türkischen MSOs, Moscheen und anderen Einrichtungen der türkischstämmigen Bevölkerung bestehen.

Dies alles sind entscheidende Voraussetzungen für ein Gelingen des Projekts.

Durchführung

Das Projekt beinhaltet drei verschiedene Maßnahmenbereiche, die sich gegenseitig ergänzen. Ein erster wesentlicher Punkt ist eine begleitende Pressekampagne. Um diese breit streuen und eine möglichst große Anzahl von türkischen Migrantinnen und Migranten erreichen zu können, arbeiten wir mit dem nordrhein-westfälischen Journalistenverband für türkischsprachige Medien zusammen. Folgende Schritte werden gemeinsam mit dem Verband realisiert:

- Sensibilisierung von Journalistinnen und Journalisten türkischsprachiger Medien im Ruhrgebiet für gesundheitliche Themen,
- Schulung und Weiterbildung dieser Gruppe in diesem Bereich,
- Planung und Durchführung einer Pressekampagne zu gesundheitlichen Themen, insbesondere zur Vorstellung von gesundheitlichen Präventionskursen, Selbsthilfemöglichkeiten usw.

Als zweite wichtige Maßnahme im Projekt wird parallel dazu eine Informations-, Beratungs- und Koordinierungsstelle geschaffen, die folgende Aufgaben hat bzw. folgende Aktivitäten durchführt:

- Präventions- und Informationsveranstaltungen bei unseren Mitgliedsgruppen, in den Vereinen, Moscheen und anderen Selbsteinrichtungen (MSO),
- Beratung und Betreuung zu festen Terminen an eben diesen Orten,
- gesundheitsfördernde Maßnahmen für Migrantinnen und Migranten (Aufbau von Präventionskursen, zentrale Abrechnung durch VIA, Rekrutierung von geeigneten Kursleitungen),
- Zusammenarbeit mit bestehenden Selbsthilfegruppen und Unterstützung bei der Gründung von Selbsthilfegruppen,
- Mitarbeit in kommunalen Gremien und Arbeitskreisen im Bereich Gesundheit,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen sowie den Krankenhäusern.

Der dritte Maßnahmenbereich stellt sicher, dass auch ältere Personen angesprochen werden, die nicht über MSO, durch Pressekampagnen oder Informationsveranstaltungen zu erreichen sind. Dies wird durch die Zusammenarbeit mit einem Seniorenservice der „Entwicklungsgesellschaft Duisburg“ (EG-DU) erzielt. Die EG-DU arbeitet in Duisburger Stadtteilen mit Erneuerungsbedarf und versucht durch eine Vielzahl von Maßnahmen, die Situation in den betreffenden Stadtteilen zu verbessern. Dies beginnt bei städtebaulichen Maßnahmen und geht über soziale Projekte bis hin zur Unterstützung von Eigeninitiativen.

So bietet sie auch der Bevölkerung in Duisburg-Obermarxloh unterschiedliche Dienstleistungen an. Die Angebote richten sich insbesondere an ältere Migrantinnen und Migranten und umfassen u. a. Hilfen im Haushalt, Begleitsdienste bei Ämtergängen und dem Aufsuchen eines Arztes oder einer Ärztin sowie Hilfe bei der persönlichen Hygiene. Das Personal der Servicestelle wurde speziell qualifiziert, wobei besonderes Gewicht auf die Entwicklung von interkulturellen Kompetenzen gelegt wurde. Zwei der Mitarbeiterinnen, die bei türkischen Familien zum Einsatz kommen, werden im Rahmen ihrer Tätigkeit für unser Projekt aktiv, indem sie die Angebote der Koordinierungsstelle direkt in die Familien tragen, ältere türkische Zugewanderte über Möglichkeiten des Gesundheitssystems informieren und zur Teilnahme an Präventionskursen motivieren.

Zentraler Punkt und gemeinsames Ziel aller Maßnahmen ist der Aufbau von möglichst vielen Präventionskursen, die sich in ausgewählten Stadtteilen mit hoher Migrationsbevölkerung speziell an diese wenden. Um die Kurse erfolgreich anbieten und durchführen zu können, sollten u. a. noch folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Kursleitung sollte einen Migrationshintergrund haben, in jedem Fall aber der Heimatsprache mächtig sein.
- Die Kursleitung sollte in der Lage sein, geschlechtsspezifische Angebote zu machen.
- Spezielle Angebote für die Bevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund sollten immer wieder eingestreut werden, wobei hier auch stadtteilübergreifend gearbeitet werden kann.
- Ein möglichst geringer Eigenanteil an den Kursgebühren wäre sehr wünschenswert, da die Migrationsfamilien durchschnittlich finanziell schlechter dastehen als die übrige Bevölkerung.
- Es sollte eine zentrale Abrechnung der Kursgebühren geben, um eigene Behördengänge der am Kurs Teilnehmenden überflüssig zu machen.

Mit dem in Duisburg existierenden Arbeitskreis der örtlichen Krankenkassen sind in Vorgesprächen bereits erste Abmachungen getroffen worden, die eine zentrale Abrechnung der Krankenkassenzuschüsse bei anerkannten Präventionskursen durch VIA möglich machen. Dies ist nach Aussagen der Krankenkassen etwas ganz Besonderes – ein Modell, an dem sie auch selbst großes Interesse haben.

Beim Zustandekommen von genügend Präventionskursen kann sich die Koordinierungsstelle mit einer Drittel- oder einer halben Stelle auf Dauer selbst tra-

gen. Eine Abrechnung der Kosten der Koordinierungsstelle über die Zuschüsse zu den Kursen durch die Krankenkassen ist möglich. Darüber hinaus ist das Projekt so konzipiert, dass eine Übertragbarkeit in andere Städte der Bundesrepublik ohne Weiteres gewährleistet ist. Voraussetzung hierfür ist die Existenz von VIA-Mitgliedsgruppen oder anderer enger Kooperationspartner aus der Migrationsarbeit, über die Migrantinnen und Migranten in den jeweiligen Städten erreicht werden können.

6.1.6 Der Zugang über die Massenmedien TV, Radio und Presse

2007 führte die ARD/ZDF-Medienkommission eine Studie zur Fernsehnutzung von Migrantinnen und Migranten und Deutschen durch.²⁰ Die wesentliche Erkenntnis ist: Insgesamt ist die Nutzung der deutschsprachigen Medien für Migrantinnen und Migranten von großer Bedeutung. Es gibt keine mediale Parallelgesellschaft! Alle Migrantengruppen werden von deutschen Medien gut erreicht, allerdings spielen Faktoren wie zum Beispiel Deutschkenntnisse und Bildung eine wichtige Rolle: Je besser die Deutschkenntnisse, desto häufiger werden deutsche Medien genutzt. Welche Medien im Einzelnen genutzt werden, lässt sich jedoch deutlich differenzieren (vgl. Abbildung 36).

Fernsehen

Für die Gruppe der Migrantinnen und Migranten ist – ähnlich wie für Deutsche – das Fernsehen mit Abstand das wichtigste Medium. 83 % dieser Gruppe nutzen das Fernsehen täglich (Deutsche: 89 %).

ARD und ZDF haben zwar ein gutes Image bei Migranten und Migrantinnen, trotzdem erreichen diese Sender weniger Zuschauerinnen und Zuschauer als die Privatsender. Das Fernsehen wird vorwiegend als Unterhaltungsmedium genutzt, wobei Spielfilme und Serien in deutscher Sprache eine große Rolle spielen. Mit großem Abstand werden von Migranten und Migrantinnen überwiegend Pro7 (13,4 %) und RTL (11,7 %) eingeschaltet (ARD/Das Erste: 5,3 %, ZDF: 5,4 %).

20 Ausführlichere Information zu dieser Studie finden sich im Beitrag von Cornelia Lins (siehe S. 197 ff.) zur Internetnutzung. ARD/ZDF (2007): Migranten und Medien 2007. Ergebnisse einer repräsentativen Studie der ARD/ZDF-Medienkommission. [www.unternehmen.zdf.de/fileadmin/files/Download_Dokumente/DD_Das_ZDF/Veranstaltungsdokumente/Migranten_und_Medien_2007_-_Handout_neu.pdf]

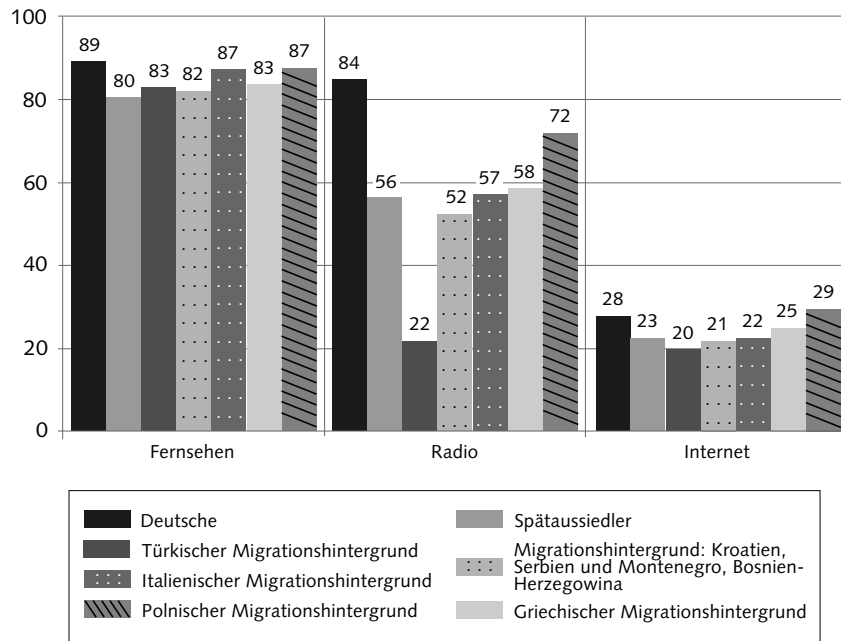


Abb. 36: Migranten/Migrantinnen und Medien 2007 – Mediennutzung im Vergleich

Während alle anderen Migrantengruppen vorwiegend deutschsprachige Fernsehsendungen anschauen, bevorzugen türkische Familien heimatssprachige Programme (vgl. Abbildung 37 auf S. 194).

In türkischen Familien liegt die durchschnittliche Fernsehnutzung bei 211 Minuten am Tag (Radio: 42 Minuten, Internet: 32 Minuten). Inzwischen gibt es über 40 türkischsprachige Sender, die in Deutschland empfangen werden können. Die wichtigsten sind Kanal D, ATV und Show TV. Kanal D und ATV verfügen sowohl über türkische Redaktionen als auch über Europaredaktionen für türkeistämmige Menschen außerhalb der Türkei.

Festgestellt wurde, dass jüngere Türiinnen und Türken (14–29 Jahre) mehr deutschsprachige Sendungen als ihre älteren Landsleute sehen. Differenziert wird zwischen Nachrichten und Unterhaltung: Für Nachrichten werden sowohl deutsche als auch türkische Sender genutzt, für Unterhaltung, Serien und Musik mehr türkischsprachige Sender.

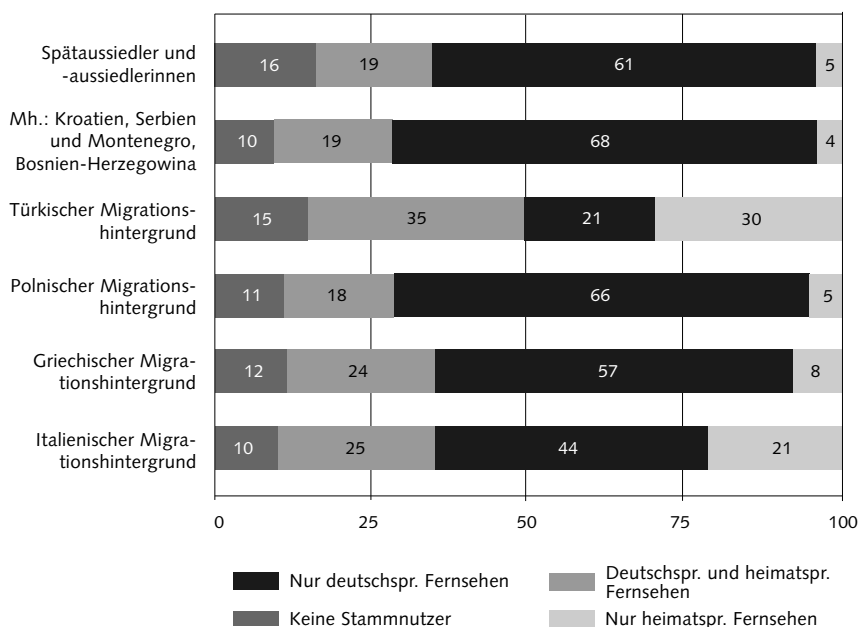


Abb. 37: Migranten/Migrantinnen und Medien – Nutzung von Fernsehprogrammen

Eine Studie des „Zentrums für Türkeistudien“, bei der 1000 Menschen mit türkischem Migrationshintergrund befragt wurden, zeigt ähnliche Ergebnisse wie die ARD/ZDF-Untersuchung:

- 66 % der Befragten sahen überwiegend türkische Sendungen,
- 12 % sahen ausschließlich türkische Sendungen.

In der Studie wird allerdings darauf hingewiesen, es sei für Migrantinnen und Migranten „nicht unproblematisch“, sich aus zwei Medienwelten zu bedienen. Gerade die besondere Migrationssituation könne in der Berichterstattung schnell zu kurz kommen: „Da weder Medien des Herkunftslandes noch der Aufnahmegesellschaft dem Lebensgefühl der Zuwanderer immer gerecht werden, sind authentische Angebote von Migranten für Migranten unerlässlich“, heißt es.²¹

²¹ Eine Analyse des Medienkonsums türkischer Migranten in Deutschland, ZfT-aktuell Nr. 86, Zentrum für Türkeistudien, Essen 2001.

Radio

Das Radio hat im Alltag der Migrantinnen und Migranten einen deutlich geringeren Stellenwert als bei Deutschen. Wenn jedoch Radio gehört wird, werden mit großem Abstand deutschsprachige Sender bevorzugt.

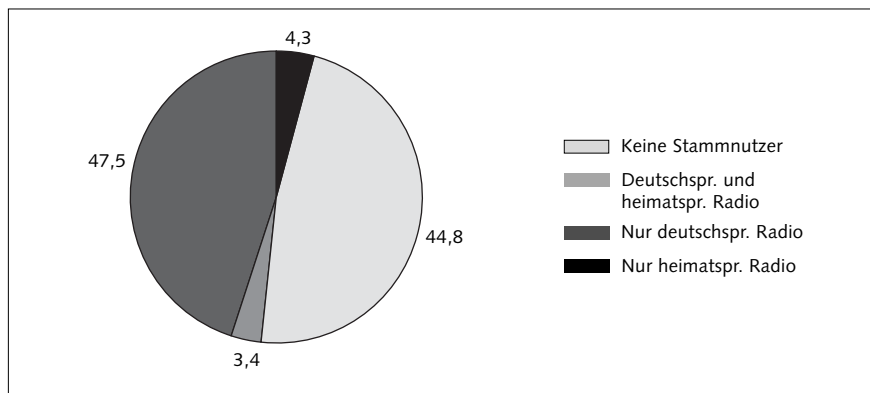


Abb. 38: Migranten und Medien 2007 – Radionutzung

Presse

40 % der Migranten und Migrantinnen sind Stammnutzende von Tageszeitungen, wobei deutschsprachige Zeitungen am häufigsten genutzt werden (vgl. Abbildung 39 auf S. 196). Nur ein kleiner Prozentsatz der jeweiligen Migrantengruppe liest ausschließlich Zeitungen aus der Heimat (3,7 %) oder sowohl deutsch- als auch heimat sprachige Publikationen gleichberechtigt nebeneinander (3,5 %).

Von allen Migrantengruppen nutzen Türkinnen und Türken am meisten heimat sprachige Zeitungen. Beliebt sind die Boulevardzeitungen „Hürriyet“, „Türkiye“ und „Milliyet“. Alle haben deutsche Redaktionen und sind in den Ballungsgebieten vertreten. Ergänzend sind noch die Zeitungen „Aksam“ (sehr konservativ) und „Evremsel“ (eine kurdische Zeitung) zu nennen.

Um Migranten und Migrantinnen zu erreichen, empfiehlt es sich also beispielsweise, Artikel in der türkischsprachigen Presse zu platzieren. Die zuständigen Redaktionen sind hierfür offen und berichten häufig in Sonderteilen der Zeitungen über das Geschehen in Deutschland.

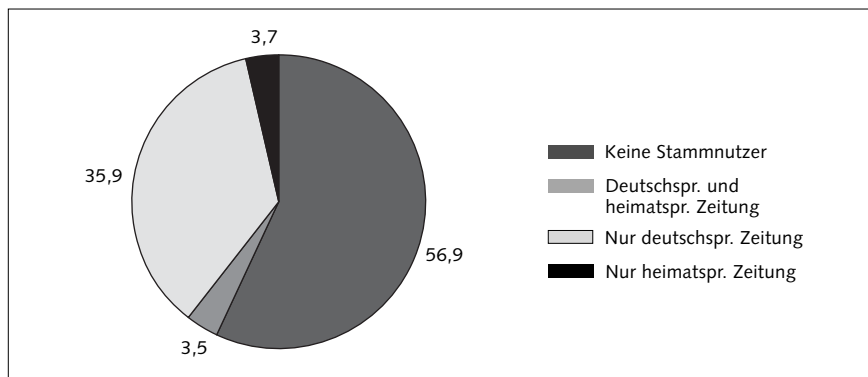


Abb. 39: Migranten und Medien 2007 – Nutzung von Tageszeitungen

6.2 Online-Kompetenz für Migrantinnen und Migranten in Deutschland

Cornelia Lins

6.2.1 Projektbeschreibung

Die Internetnutzung der deutschsprachigen Bevölkerung ist gut erforscht. Wer online ist und wer nicht, kann über soziodemografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, formalen Bildungsabschluss, beruflichen Status, Einkommen und Haushaltsgröße erklärt werden. Wie sieht es jedoch für Menschen mit Migrationshintergrund aus? Gibt es eine Benachteiligung aufgrund der Kategorie Ethnie? Oder greifen die gleichen Merkmale der digitalen Spaltung wie bei der deutschen Bevölkerung?

Um diesen Fragen nachzugehen wurde das Projekt „Online-Kompetenz für Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Expertise“ gestartet, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert wird. Ziel des Projekts ist es, Perspektiven für zukünftige Maßnahmen zur Steigerung des Internet-Nutzungsinteresses von Migrantinnen und Migranten zu entwickeln. Dabei stehen die Bestandsaufnahme und Analyse vorhandener Ergebnisse aus Forschung und Praxis sowie die Identifizierung der Erfolgsfaktoren bisheriger Projekte und Initiativen im Zentrum der Arbeit.

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme wurden am 18. und 19. September 2008 mit Fachleuten diskutiert. Eingeladen zu einer Fachtagung in Berlin wurden Expertinnen und Experten aus der Medien- und Migrationsforschung, aus Unternehmen und Kommunen sowie Migrantenselbstorganisationen, um in einen interdisziplinären Dialog einzutreten. Dabei steht die Erörterung des Nutzens und der Nutzungshemmnisse des Internets für Migrantinnen und Migranten in Deutschland entlang der Faktoren Alter, Geschlecht und Herkunft im Vordergrund.

Das Tagungsprogramm sowie ein Tagungsbericht ist abrufbar unter: www.kompetenzz.de/Digitale-Integration/Migrantinnen/Fachtagung.

Im Oktober 2008 wurde ein Projektbeirat gegründet, der auf der Grundlage der Ergebnisse der Bestandsaufnahme und der Diskussionen der Fachtagung

Handlungsempfehlungen entwickelt. Diese wurden im März 2009 der Öffentlichkeit vorgestellt.

6.2.2 Ausgangslage

Der Mikrozensus hat 2005 erstmalig die Bevölkerungsgruppe Menschen mit Migrationshintergrund befragt und 2 Jahre später, im Jahr 2007, die Definition²² der Öffentlichkeit präsentiert. Das bedeutet, dass Migrantinnen und Migranten in den Studien zur Internetnutzung unterschiedlich definiert werden. Dies erschwert die Vergleichbarkeit der Studien. Es muss also immer geprüft werden, welches Konzept sich hinter „Migrantinnen und Migranten“ jeweils verbirgt.

Der Begriff „Migrantinnen und Migranten“ setzt im engeren Sinne eine eigene Migrationserfahrung voraus. Wir verwenden diesen Begriff jedoch im weiteren Sinne und schließen damit auch Menschen ohne eigene Migrationserfahrung ein. Online-Kompetenz meint Medienkompetenz im Hinblick auf das Medium Internet und umfasst die Dimensionen Mediennutzung, Medienkunde, Mediengestaltung und Medienkritik. Online-Kompetenz ist Voraussetzung für eine digitale Integration, die die gesellschaftliche Teilhabe aller Bevölkerungsgruppen zum Ziel hat. Um digitale Integration zu erreichen, benötigen wir Kenntnisse über die quantitative und qualitative Internetnutzung innerhalb einer Bevölkerungsgruppe sowie Kenntnisse über Zugangsbarrieren.

Die Internetforschung

Die Internetforschung beschäftigt sich mit der Messung und Bewertung der Internetnutzung. In vielen Studien zur Internetnutzung wird die deutschsprachige Bevölkerung befragt. Daraus ergeben sich zwei Problemlagen:

- Im Hinblick auf Migrationshintergründe ist die Beschreibung der Stichproben ungenau, da in diesen Daten auch heute schon einige Menschen mit Migrationshintergrund enthalten sind, nämlich diejenigen, die über (sehr) gute Deutschkenntnisse verfügen. Es bleibt jedoch unklar, wo sich Migran-

²² Nach der amtlichen Repräsentativstatistik des Mikrozensus gehören zur Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund: zugewanderte Ausländerinnen und Ausländer, in Deutschland geborene Ausländerinnen und Ausländer, eingebürgerte Ausländerinnen und Ausländer, Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler sowie Kinder mit mindestens einem Elternteil, der eines der genannten Merkmale in 2. oder 3. Generation erfüllt.

tinnen und Migranten in den Stichproben befinden, da Fragen zum Migrationshintergrund bei den Befragungen nicht gestellt werden. Die beiden Ausnahmen bilden die Studien „Migranten und Medien 2007“ und die Sonderauswertung zur Migration des (N)ONLINER Atlas 2008 (siehe S. 207).

- In der Regel werden die Befragungen in deutscher Sprache durchgeführt. Damit werden diejenigen Migrantinnen und Migranten erreicht, die über gute deutsche Sprachkenntnisse verfügen, und es werden diejenigen ausgegrenzt, die weniger gut Deutsch verstehen. Zudem besteht das Problem, dass es keine offiziellen Daten zu den Deutschkenntnissen von Migrantinnen und Migranten gibt, um einschätzen zu können, wie viele über eine deutschsprachige Befragung erreicht werden. Wird die Studie „Migranten und Medien 2007“ herangezogen, so verfügt jede zweite Person nach eigener Selbsteinschätzung über gute und sehr gute deutsche Sprachkompetenzen. Das würde bedeuten, dass etwa die Hälfte der Migrantinnen und Migranten in den Studien enthalten sein müsste.

6.2.3 Studie: „Migranten und Medien 2007“

„Migranten und Medien 2007“ ist die erste repräsentative Studie zum Medien- und Internetnutzungsverhalten der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund. In der von der ARD/ZDF-Medienkommission durchgeführten repräsentativen Studie wurden insgesamt 3000 Menschen mit Migrationshintergrund aus sechs ethnischen Gruppen untersucht. Dazu zählen Frauen und Männer mit türkischem, polnischem, italienischem und griechischem Migrationshintergrund wie auch Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion sowie aus Kroatien, Serbien, Montenegro und Bosnien-Herzegowina.

In der Studie wurden Fragen zum Mediennutzungsverhalten bei Fernsehen, Radio und Internet wahlweise in der Herkunfts- oder in deutscher Sprache gestellt. Beim Medium Internet wurden Fragen zur Computerausstattung, Tagesreichweite, täglichen Surfdauer, Nutzung von heimat- und deutschsprachigen Websites, zu Motiven der Internetnutzung sowie zu interessierenden Themen gestellt.

Die Ergebnisse im Einzelnen:

Haushaltsausstattung mit Computer und Laptop

Die Ausstattung der Migrantinnen und Migranten mit Computer oder Laptops ist wesentlich besser als die der deutschen Bevölkerung. 76 % der Menschen

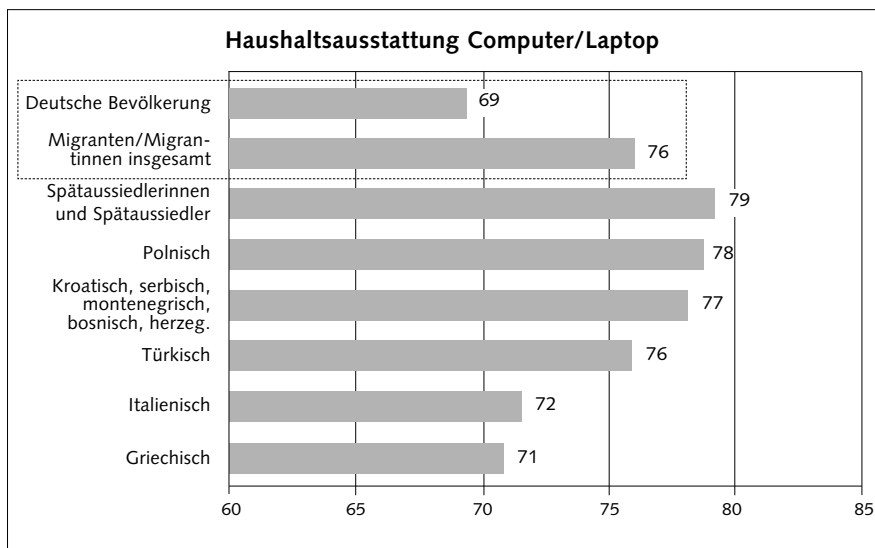


Abb. 40: Migranten und Medien 2007 – Computerausstattung. Quelle: Erk Simon: Migranten und Medien 2007. Zielsetzung, Konzeption und Basisdaten einer repräsentativen Studie der ARD/ZDF-Medienkommission (Angaben in Prozent)

mit Migrationshintergrund besitzen einen Computer oder einen Laptop. Der Vergleichswert innerhalb der deutschen Gesellschaft liegt mit 69 % deutlich niedriger.²³

Alle ethnischen Gruppen liegen über dem Durchschnittswert der Vergleichsgruppe der deutschen Bevölkerung. Die Menschen mit russischem, polnischem und ehemals jugoslawischem Migrationshintergrund liegen über dem Durchschnitt aller Migrantinnen und Migranten.

Die Computerausstattung ist eine Voraussetzung für die Internetnutzung, jedoch bedarf es auch eines Internetzugangs. Die Studie trifft hierüber keine Aussagen.

²³ Die deutsche Bevölkerung wurde in dieser Studie nicht befragt, sondern es werden Vergleichszahlen aus der Langzeitstudie „Massenkommunikation 2005“ verwendet. Zu der befragten „deutschen“ Bevölkerung gehören auch Migrantinnen und Migranten mit guten deutschen Sprachkenntnissen.

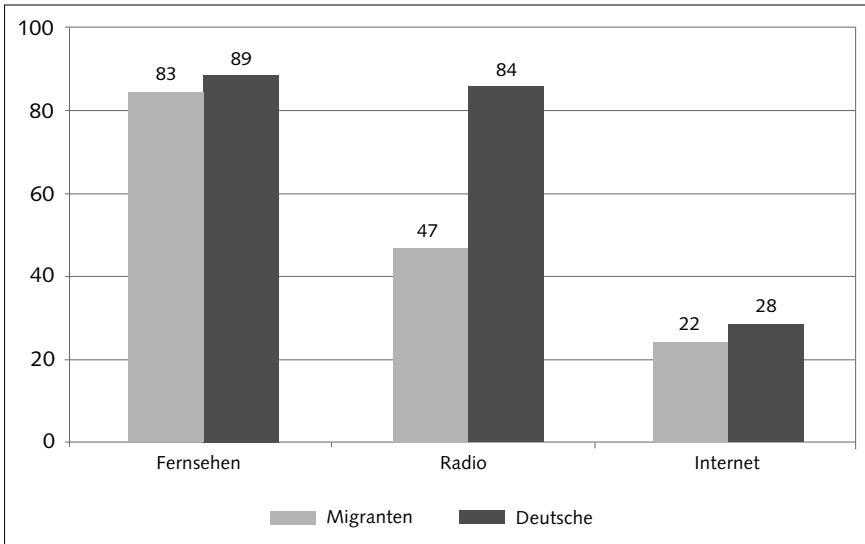


Abb. 41: Migranten und Medien 2007; Vergleichszahlen Massenkommunikation 2005 – Tagesreichweiten der Medien (Angaben in Prozent)

Tagesreichweite Internet

Die Tagesreichweite²⁴ des Internets beträgt bei Migrantinnen und Migranten 22 %, bei der deutschsprachigen Bevölkerung liegt sie bei 28 %. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass das Internet von Migrantinnen und Migranten in ähnlichem Umfang wie von der deutschen Bevölkerung genutzt wird. Diese Aussage ist jedoch nur im Vergleich mit den Medien Fernsehen und Radio zu verstehen, da es insbesondere bei der Radionutzung einen beachtlichen Unterschied in der Nutzung gibt. Wird nur die Internetnutzung von migrantischer und deutscher Bevölkerung betrachtet, so besteht doch ein erheblicher Unterschied von 6 Prozentpunkten. Außerdem sind die Vergleichsdaten 2 Jahre alt.

Stammnutzende Internet

Die Internetnutzenden werden nach Stammnutzenden (4–7 Tage pro Woche) und Gelegenheitsnutzenden (1–3 Tage pro Woche) unterschieden.

²⁴ Addierte Zahl der Personen, die das Medium über einen bestimmten Zeitraum – mindestens 60 Sekunden (Teletest) bzw. eine Viertelstunde (Radiotest) – nutzen. Quelle: mediaresearch.orf.at.

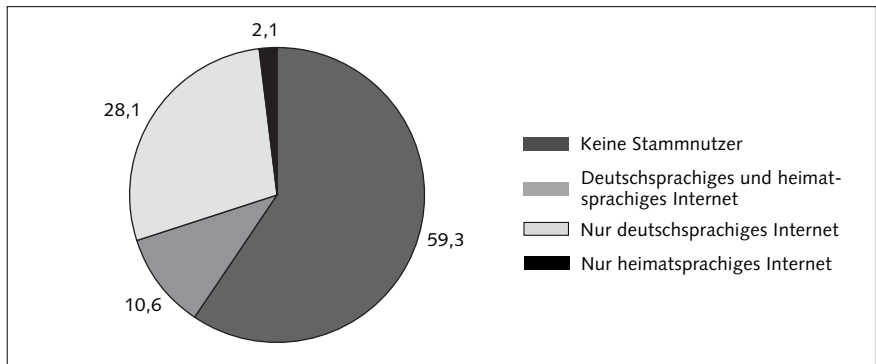


Abb. 42: Migranten und Medien 2007 – Stammnutzende Internet (Angaben in Prozent)

41 % aller Migrantinnen und Migranten sind Stammnutzende. Sie besuchen am häufigsten deutschsprachige Internetseiten, und jede bzw. jeder Zehnte nutzt sowohl deutsch- als auch muttersprachige Angebote. Im Vergleich zu Fernsehen und Radio ist der Anteil der Stammnutzenden, die ausschließlich herkunftssprachige Seiten besuchen, mit 2,1 % verschwindend gering.

Genutzte Themen und Dienste im Internet

Zu den meistgenutzten Inhalten des Internets (vgl. Abbildung 43) gehören Nachrichten zum aktuellen Weltgeschehen (22 %). Mit einem Abstand folgen Sportberichte (12 %), Musik, Wissenschaft, Forschung und Bildung sowie Recherchen über Suchmaschinen und Webkataloge, die zu je 11 % genutzt werden. Das Thema Gesundheit liegt bei ca. 5 %.²⁵

Ethnien und Internetnutzung im Überblick

Werden alle Daten zur Internetnutzung zu den sechs verschiedenen Migrationsgruppen zusammengeführt (wie in Abbildung 44 geschehen), so kann die Internetnutzung zwischen den Ethnien verglichen werden. Ein Vergleich zur deutschsprachigen Bevölkerung liegt hier nicht vor. Der linke schwarze Balken bildet jeweils den Durchschnittswert aller migrantischen Gruppen in den Kategorien. Auf den ersten Blick kann festgehalten werden, dass die Nutzung durch die verschiedenen Gruppen sehr heterogen ist.

²⁵ Nach telefonischer Nachfrage bei TNS-Infratest.

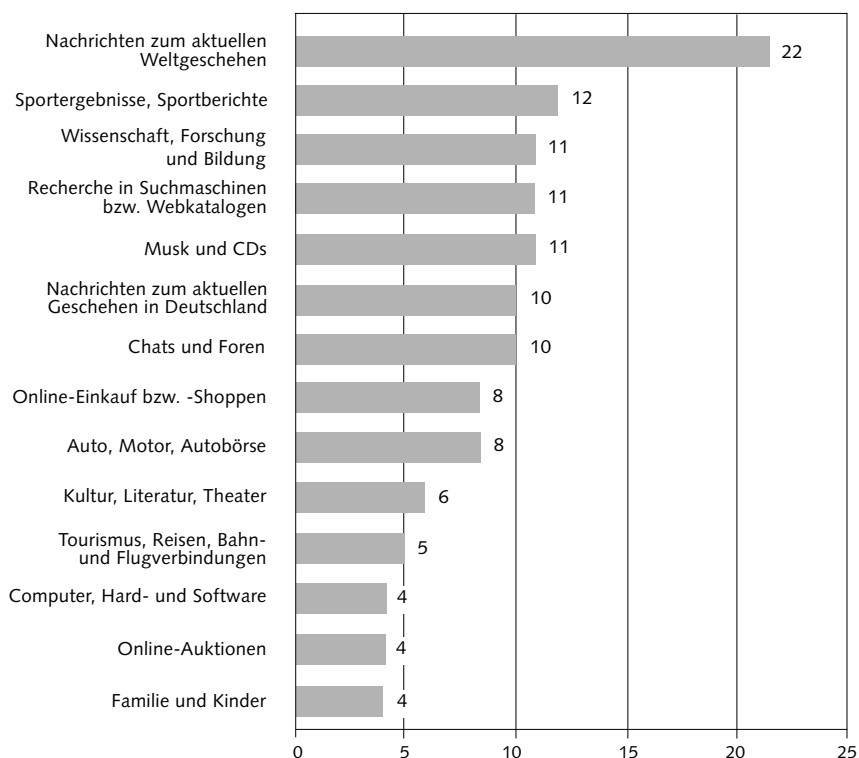


Abb. 43: Migranten und Medien 2007 – Inhalte und Dienste Internet (Angaben in Prozent). Repräsentativstudie der ARD/ZDF-Medienkommission. n = 3010; Befragte ab 14 Jahren. Aktuelle Nachrichten werden am häufigsten im Internet angesteuert. Es lässt sich kein Einfluss des Bildungsfaktors auf die Themenwahl feststellen. Lediglich die Gruppe der Schülerinnen und Schüler variiert mit ihrer Themenwahl und den genutzten Funktionen. Das Internet wird auch als Kommunikationsinstrument genutzt.

Bei der **Surfdauer** gibt es einen Durchschnittswert von 39 Minuten pro Tag. Die Spätaussiedlerinnen und -aussiedler liegen mit 47 Minuten und die Polinnen und Polen mit 46 Minuten weit über dem Durchschnitt. Die Türkinnen und Türken surfen mit 32 Minuten und die Italienerinnen und Italiener mit 33 Minuten pro Tag weit weniger. Nahe am Durchschnitt liegen Frauen und Männer aus Ex-Jugoslawien mit 41 Minuten und aus Griechenland mit 38 Minuten.

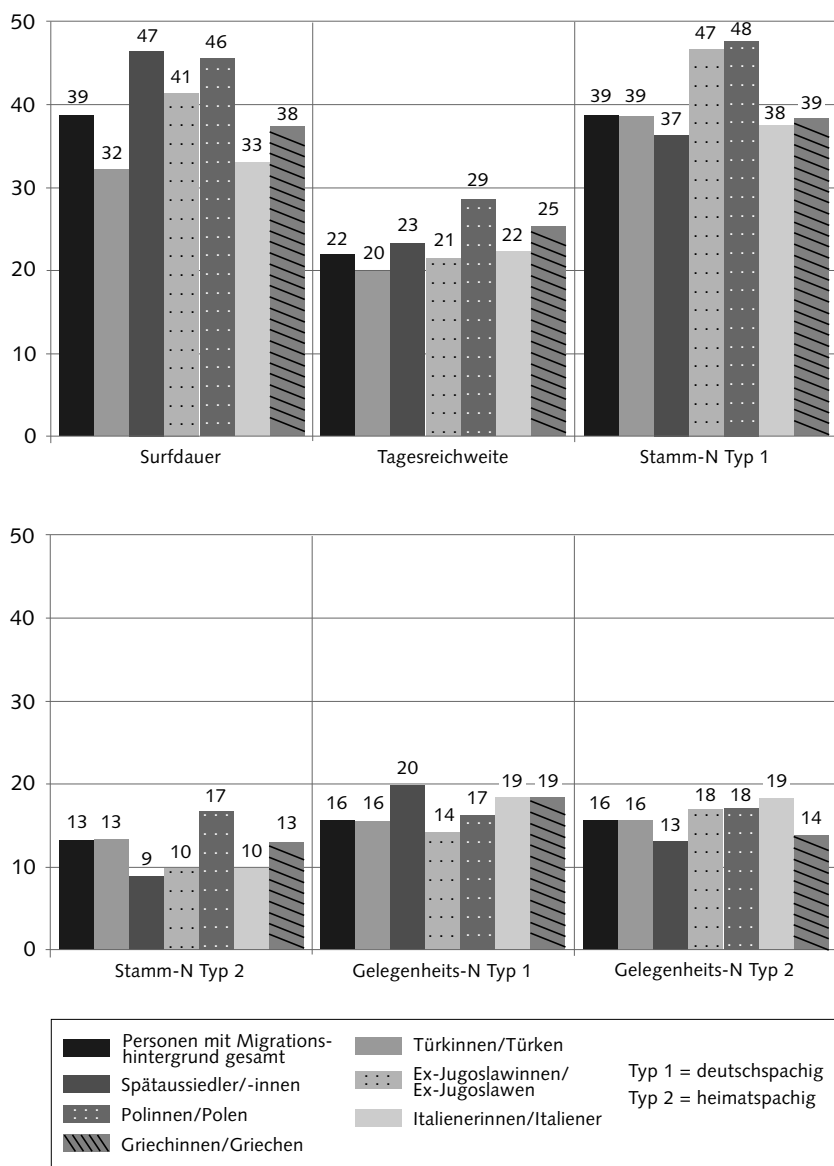


Abb. 44: Migranten und Medien 2007 – Internetnutzung der sechs Ethnien (Angaben in Prozent)

Die **Tagesreichweite**²⁶ liegt für alle Personen mit Migrationshintergrund bei 22 %. Menschen mit Wurzeln in Polen oder Griechenland werden täglich zu 29 bzw. 25 % erreicht. Die anderen Gruppen liegen knapp über oder unter dem Gesamtwert aller Migrantinnen und Migranten.

Der Unterschied zwischen **Stammnutzenden und Gelegenheitsnutzenden** ist, dass die erste Gruppe an 4 bis 7 Tagen und die zweite Gruppe an 1 bis 3 Tagen pro Woche das Internet aufsucht. **Typ 1 und 2** geben darüber Auskunft, welche Sprache die Migrantinnen und Migranten im Netz nutzen: Typ 1 die deutsche Sprache, Typ 2 die Heimatsprache. In den Werten „Typ 1 = deutschsprachig“ werden die Werte „nur deutschsprachig“ und „deutsch- und muttersprachig“ zusammengefasst. Im „Typ 2 = heimatssprachig“ sind die Werte „nur heimatssprachig“ und „deutsch- und muttersprachig“ enthalten.

Der Wert der **Stammnutzenden mit vornehmlich deutscher Sprache** (Typ 1) liegt bei allen Migrantinnen und Migranten bei 39 %. Deutlich über diesem Wert mit einer Differenz von 8 und 9 Prozentpunkten liegen die Polinnen und Polen mit 48 % und die Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien mit 47 %. Die weiteren Gruppen liegen alle nahe um den Durchschnittswert.

13 % der **Stammnutzenden können über heimatssprachige Angebote** erreicht werden. Migrantinnen und Migranten aus Polen stechen hier mit 17 % heraus. Aber es gibt auch einige Gruppen, die unter dem Durchschnitt von 13 % liegen, nämlich Migrantinnen und Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion und aus Ex-Jugoslawien sowie die Italienerinnen und Italiener.

Die **Gelegenheitsnutzung** deutschsprachiger Angebote liegt bei allen Migrantinnen und Migranten bei 16 %. Die Migrantinnen und Migranten mit russischem Migrationshintergrund liegen hier mit 4 Prozentpunkten über dem Durchschnitt. Gleichzeitig liegen sie als Gelegenheitsnutzende bei heimatssprachigen Angeboten mit 3 Prozentpunkten und mit 2 Prozentpunkten bei der deutschsprachigen Stammnutzung unter dem Durchschnitt, wobei sie die höchsten Werte bei der Surfdauer haben. Diejenigen mit italienischem, griechischem und polnischem Migrationshintergrund haben auch über dem Durchschnitt liegende Werte bei der gelegentlichen Nutzung in deutscher Sprache.

²⁶ Addierte Zahl der Personen, die das Medium über einen bestimmten Zeitraum nutzen – mindestens 60 Sekunden (Teletest) bzw. eine Viertelstunde (Radiotest). Quelle: mediaresearch.orf.at.

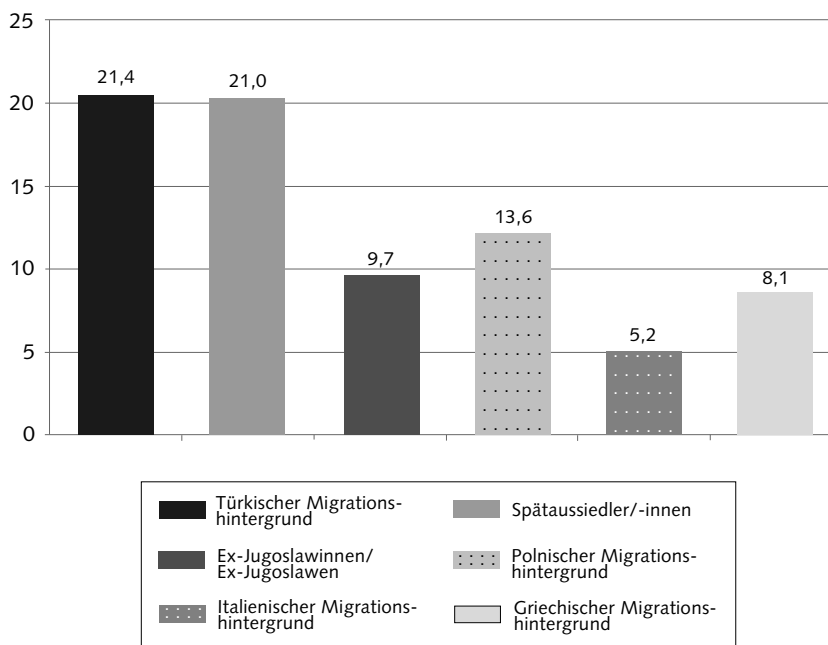


Abb. 45: Migranten und Medien 2007 – Differenz zwischen den Geschlechtern bei der Stammnutzung (Angaben in Prozent). Die Unterschiede bei Männern und Frauen liegen je nach Ethnie zwischen 21 und 5 Prozentpunkten zugunsten der Männer. Die größte Differenz besteht bei den türkischen und postsowjetischen Migrantinnen und Migranten. Die geringste Differenz findet sich bei den Italienerinnen und Italienern.

Die italienische und polnische Gruppe liegt auch bei der heimat Sprachigen Gelegenheitsnutzung über dem Durchschnitt.

Festzustellen ist, dass es insgesamt mehr Stamm- als Gelegenheitsnutzende gibt. Werden die Stammnutzenden Typ 1 und Typ 2 sowie die Gelegenheitsnutzenden Typ 1 und Typ 2 verglichen, so fällt auf, dass das Verhältnis von deutsch- und muttersprachigen Webangeboten bei den Stammnutzenden bei 1:3 und bei den Gelegenheitsnutzenden bei 1:1 liegt.

Unterschiede in der Stammnutzung zwischen Männern und Frauen

Frauen aus allen ethnischen Gruppen greifen weniger häufig auf „nur heimat Sprachige Internetangebote“ zu als Männer. Dafür greifen Männer häufiger als

Frauen auf „nur deutschsprachige Angebote“ zurück. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei der Stammnutzung liegen zwischen 5 und 21 Prozentpunkten. Die geringste Differenz finden wir bei den Italienerinnen und Italienern.

Die wesentlichen Ergebnisse der Studie Migranten und Medien 2007 sind:

- Es lässt sich keine digitale Parallelgesellschaft erkennen.
- Migrantinnen und Migranten sind sehr heterogen in ihrem Internetnutzungsverhalten.
- Die Internetnutzung ist abhängig vom Geschlecht, Alter, Bildungsgrad, von der deutschen Sprachkompetenz und von der im Herkunftsland erfahrenen Mediensozialisation.
- Wer in Deutschland geboren ist, nutzt das Internet häufiger als die im Ausland Geborenen. Als Begründung wird die im Herkunftsland erworbene Medienkompetenz angeführt.

Einige Merkmale der digitalen Spaltung sind aus der Internetforschung bekannt. Auch der Aspekt Sprachkenntnisse kommt uns auf dem ersten Blick bekannt vor, da Lese- und Schreibkompetenzen als Barrieren für die Internetnutzung gelten. Bei der Internetnutzung von Migrantinnen und Migranten wird gerade der Mehrwert des Internets in muttersprachlichen Angeboten gesehen. Doch entgegen den Erwartungen ist die Nutzung des Internets von guten deutschen Sprachkenntnissen der Migrantinnen und Migranten beeinflusst. Mangelnde deutsche Sprachkenntnisse führen zu einer geringeren Nutzung des Internets.

6.2.4 (N)ONLINER Atlas 2008 – Sonderauswertung Internetnutzung und Migrationshintergrund in Deutschland

Auch die Sonderauswertung des (N)ONLINER Atlas 2008 kommt zu dem Schluss, dass der Migrationshintergrund kein alleiniges Merkmal der digitalen Spaltung ist. Die demografischen Merkmale Alter, Bildungsgrad und Einkommen wirken auf Nutzung und Nichtnutzung des Internets bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in ähnlicher Weise.

In der Sonderauswertung werden die Menschen mit Migrationshintergrund nach zwei Gruppen differenziert: zum einen die Gruppe der Menschen mit

	Onliner/-innen	Nutzungsplaner/-innen	Offliner/-innen
Eigene Migrationserfahrung	66,8	8,1	25,1
Migrationserfahrung der Eltern	75,3	6,5	18,2
Ohne Migrationshintergrund	64,3	4,5	31,2

Tab. 8: Sonderauswertung (N)ONLINER Atlas 2008. Internetnutzung und Migrationshintergrund in Deutschland (Angaben in Prozent). Total (Basis n = 52 503).

eigener Migrationserfahrung, zum anderen die Gruppe der Menschen mit Migrationserfahrung der Eltern. Diejenigen mit eigener Migrationserfahrung nutzen das Internet zu 67 %, diejenigen mit Migrationserfahrung der Eltern sogar zu 75 %. Damit liegen beide Gruppen mit 2 bzw. 10 Prozentpunkten über der Nutzungsrate der Menschen ohne Migrationshintergrund.

Dieses Ergebnis überrascht auf den ersten Blick. Da aber junge Menschen das Internet signifikant häufiger nutzen als Ältere – und Migrantinnen und Migranten in Deutschland im Durchschnitt 10 Jahre jünger sind als die einheimische deutsche Bevölkerung –, relativieren sich diese Zahlen wieder. Darüber hinaus sind in der Stichprobe nur diejenigen Migrantinnen und Migranten enthalten, die über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der Sonderauswertung ist, dass die Internetnutzung der 1. Generation (also derjenigen mit eigener Migrationserfahrung) in allen Altersstufen unterdurchschnittlich ist. In Deutschland gehören zur 1. Generation zwei Drittel aller Migrantinnen und Migranten. Die 2. Generation ist nahezu auf gleichem Onlineniveau wie Menschen ohne Migrationshintergrund. Die vollständigen Ergebnisse der Sonderauswertung finden Sie unter: http://www.initiated21.de/fileadmin/files/08_NOA/NOA_Migration.pdf.

6.2.5 Fazit und Empfehlungen

Zusammenfassend kann festgestellt werden: Das Internet ist ein geeignetes Medium, um die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten zu erreichen. Das Thema Gesundheit ist sowohl für Nutzende als auch für Nichtnutzende des Internets ein wichtiges Thema. Seit Jahren stehen Informationen über Medi-

zin und alternative Heilmethoden auf Platz eins der Interessenspyramide bei den Offlinern laut der Offlinerstudie von ARD und ZDF.²⁷

Die Herkunft ist kein alleiniges Merkmal der digitalen Spaltung. Weitere soziodemografische Faktoren wie Bildung, Geschlecht, Alter und deutsche Sprachkompetenz müssen mit berücksichtigt werden, um Aussagen über die Internetnutzung der Migrantinnen und Migranten treffen zu können.

Bei der Entwicklung von Angeboten sollte die Zielgruppe hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bildung, deutscher Sprachkompetenz und kulturellem Hintergrund differenziert betrachtet werden. Aufgrund des kulturellen Hintergrunds kann es notwendig sein, Inhalte kultursensibel aufzubereiten. Bei den Überlegungen zur Erreichbarkeit der Zielgruppe sollte in die Konzeption einfließen, wie die Zielgruppe sprachlich erreicht werden kann. Reicht ein deutschsprachiges Angebot aus? Da im Gesundheitsbereich häufig eine Fachsprache verwendet wird, wäre zu überlegen, wie mithilfe von Deutsch als Zweitsprache oder mehrsprachigen Angeboten Verständigungsprobleme überwunden werden können. Häufig reicht es auch schon aus, im Deutschen auf einfache Satzkonstruktionen und eine verständliche Fachsprache zu achten.

Literatur

ARD/ZDF (2007): Migranten und Medien 2007. Ergebnisse einer repräsentativen Studie der ARD/ZDF-Medienkommission. [www.unternehmen.zdf.de/fileadmin/files/Download_Dokumente/DD_Das_ZDF/Veranstaltungsdokumente/Migranten_und_Medien_2007_-_Handout_neu.pdf]

27 Vgl. Gerhards, M., Mende, A. (2007): ARD/ZDF-Offline-Studie 2007. Offliner 2007: Zunehmend distanzierter, aber gelassener Blick aufs Internet. In: Media Perspektiven 8/2007, S. 379–392. [http://www.daserste.de/service/studie08_5.pdf]

6.3 Umgang Heranwachsender mit Migrationshintergrund mit Medien unter besonderer Berücksichtigung des Internets – Potenziale für die Gesundheitsförderung

Susanne Eggert

6.3.1 Studienergebnisse

Der Medienumgang bei Heranwachsenden mit Migrationshintergrund wurde in Deutschland bisher nur unzureichend untersucht. In den jährlich durchgeführten Studien des medienpädagogischen Forschungsverbunds Südwest zum Mediengebrauch bei Kindern und Jugendlichen KIM und JIM wird die Frage nach einem Migrationshintergrund nicht gestellt. Einige wenige Untersuchungen zum Medienumgang von Kindern und Jugendlichen²⁸, eine aktuelle Studie aus der Schweiz²⁹ sowie einige kleinere Studien, die sich konkret mit Heranwachsenden aus bestimmten ethnischen Gruppen – dabei handelt es sich vor allem um türkischstämmige Mädchen und Jungen sowie um Kinder und Jugendliche aus Spätaussiedlerfamilien – beschäftigen³⁰, geben jedoch Hinweise darauf, dass es im Medienumgang von Heranwachsenden unabhängig von ihrer Herkunft zwar viele Übereinstimmungen gibt, bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund aber auch spezifische Umgangsweisen zu beobachten sind. Nachfolgend werden einige dieser Spezifika näher erläutert.

Ausstattung

Eine erste Besonderheit zeigt sich im Bereich der Medienausstattung: Im Vergleich zur Gesamtpopulation sind Migrationsfamilien tendenziell schlechter mit Computer und Internet ausgestattet.³¹ Nimmt man jedoch die Jugendlichen

28 Zum Beispiel Schorb et al. 2003, Theunert et al. 1994, Theunert und Schorb 1995, Paus-Haase et al. 1999, Theunert und Gebel 2000.

29 Vgl. Bucher und Bonfadelli 2007, Hermann und Hanetseder 2007, Moser et al. 2006.

30 Vgl. Bernart und Billes-Gerhart 2004, Eggert 2006, Strotmann 2006, Treibel 2006.

31 Vgl. Treibel 2006.

selbst in den Blick, lässt sich feststellen, dass 75 % einen Computer und 58 % Zugang zum Internet haben.³² Vergleicht man diese Zahlen, die aus dem Jahr 2004 stammen und auf einer kleinen Stichprobe aus dem Hauptschulumilieu beruhen, mit den Angaben aus der JIM-Studie 2005, so ist die Ausstattung bei Migrationsjugendlichen erheblich besser als bei deutschen Jugendlichen. Diese Ergebnisse korrespondieren mit Befunden aus der groß angelegten Schweizer Untersuchung von Bonfadelli und Moser, wonach Migrationsfamilien schlechter, ihre Kinder jedoch besser mit neuen Medien ausgestattet sind als die Schweizer Jugendlichen. Aus der Studie geht hervor, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund in ihren Familien oft einen Expertinnen- oder Expertenstatus haben, wenn es um Informations- und Kommunikationstechniken geht. Ähnliche Hinweise erbrachte auch eine Studie von Strotmann, die türkische Hauptschülerinnen und Hauptschüler in Deutschland untersucht hat.³³

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Eine zweite Auffälligkeit im Umgang mit neuen Medien bezieht sich auf geschlechtsspezifische Unterschiede. Diese werden vor allem dann evident, wenn die Jugendlichen aus einem niedrigen Bildungsmilieu stammen. So haben weibliche Heranwachsende mit Migrationshintergrund aus niedrigem Bildungsmilieu insgesamt die schlechtesten Zugangschancen zu PC und Internet.³⁴ Dies hat zur Folge, dass sie die Medien in geringerem Umfang als andere Gleichaltrige nutzen.³⁵ Das Interesse an PC und Internet ist bei Mädchen mit Migrationshintergrund jedoch genauso stark ausgeprägt wie bei Jungen.³⁶

Um ihre Bedürfnisse zu befriedigen, erschließen sie sich deshalb mit viel Eigeninitiative alternative Zugänge. Schließlich sind die Orte, an denen sich Mädchen Zugänge verschaffen, in starkem Maße institutionell geprägt (zum Beispiel Schule, Moschee) oder im Familienumfeld (etwa bei Verwandten) angesiedelt. Im Vergleich dazu spielen für Jungen öffentliche Räume (zum Beispiel Internetcafés, Jugendzentren) und Freunde eine größere Rolle.³⁷

³² Vgl. Bernart und Billes-Gerhart 2004.

³³ Vgl. Strotmann 2006.

³⁴ Vgl. Treibel 2006, S. 216 ff., Bernart und Billes-Gerhart 2004, S. 73.

³⁵ Vgl. Bernart und Billes-Gerhart 2004, S. 74.

³⁶ Vgl. Treibel 2006, S. 223.

³⁷ Vgl. Strotmann 2006, S. 269ff., Bernart und Billes-Gerhart 2004, S. 75 f.

Rolle der Familie

Aus zwei Studien, durchgeführt von Strotmann (2006) und Treibel (2006), lässt sich ablesen, dass das familiäre Umfeld in den von ihnen untersuchten Migrationsgruppen (türkischer Migrationshintergrund, Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler) eine nicht unerhebliche Rolle für den Umgang mit neuen Medien spielt. Vor allem Computer und Internet werden von den Eltern als relevante Medien in Bezug auf die Bildung und Ausbildung ihrer Kinder betrachtet. Weil sie der Meinung sind, dass sich ein versierter Umgang mit den digitalen Medien positiv auf die schulische und berufliche Karriere ihrer Töchter und Söhne auswirken wird, unterstützen sie diese im Umgang mit solchen Medien.

Obwohl etwa zwei Drittel der Eltern mit Migrationshintergrund den Computer selten oder nie nutzen, räumen sie diesem Medium einen hohen bis zentralen Stellenwert in der Gesellschaft ein. So zeigen die türkischen Eltern der Befragten oft hohe Bildungserwartungen für ihre Kinder in Bezug auf neue Medien. Viele sind der Meinung, dass der sichere Umgang mit Computer und Internet deren berufliche Chancen verbessert. Vor diesem Hintergrund ermutigen sie ihre Kinder deshalb zur Auseinandersetzung mit dem Computer. Allerdings können sie ihren Töchtern und Söhnen nur selten Hilfestellung dabei geben, da nur ein Teil von ihnen (und dann meistens die Väter) selbst PC und Internet nutzt. In einigen Fällen sind es umgekehrt die Jugendlichen, die ihre Eltern an die neuen Medien heranführen, ihnen Hilfestellungen geben oder Informationen für sie recherchieren.³⁸ Treibel betont, dass die „affektive familiäre Einbindung“ der Jugendlichen in Migrationsfamilien und die Motivierung und Förderung durch die Eltern im Hinblick auf neue Medien dazu beitragen, dass sich die Jugendlichen trotz schlechterer Ausgangsbedingungen ein gewisses Maß an Medienkompetenz erarbeiten können.³⁹

Brückenfunktion von Medien

Eine spezifische Funktion, die Medien für Menschen mit Migrationshintergrund und insbesondere auch für Jugendliche übernehmen, ist die „Brückenfunktion“. Die Jugendlichen schlagen mithilfe der Medien eine Brücke vom Aufnahmeland ins Herkunftsland und können so an beiden Kulturen teilhaben und ihre Erfahrungen für die eigene Persönlichkeitsentwicklung nutzbar machen. Das bedeutet beispielsweise, dass sie emotionale wie auch reale Kon-

³⁸ Vgl. Strotmann 2006, S. 266 ff.

³⁹ Vgl. Treibel 2006, S. 231.

takte zur Herkunftskultur aufrechterhalten oder auch erst wiederherstellen (dieser Trend lässt sich vor allem bei türkischstämmigen Jugendlichen der 3. Generation beobachten). Die „Brückenfunktion“ ist eng verbunden mit der Mehrsprachigkeit, die sprachliche Flexibilität und „Code-Switching“ – also der Wechsel von der einen in die andere Sprache – erlaubt, zum Beispiel in einer SMS oder im Chat.⁴⁰

Die „Brückenfunktion“ der Medien zeigt sich in verschiedenartigen Formen des Mediengebrauchs. So werden herkunftssprachliche Medienangebote, zum Beispiel Nachrichtenseiten oder Seiten zu bestimmten Themenbereichen im Internet, zur Information genutzt; Unterhaltungsangebote wie Musik oder Spielfilme dienen dem Emotionsmanagement⁴¹. Insbesondere das Internet bietet weitere Möglichkeiten zur Umsetzung der „Brückenfunktion“. Die Kommunikation über E-Mail erlaubt Jugendlichen mit eigenen Migrationserfahrungen, Freundschaften im Herkunftsland aufrechtzuerhalten oder Kontakte zu Gleichaltrigen mit ähnlichen Erfahrungen zu knüpfen. Russlanddeutsche Jugendliche beispielsweise chatten vorwiegend in russischer Sprache mit Freundinnen und Freunden sowie mit Jugendlichen, die ein ähnliches Schicksal haben wie sie selbst.⁴²

Die muttersprachliche Mediennutzung und die mediale Kommunikation in der Muttersprache kann Jugendlichen dazu dienen, ihre Herkunftsidentität zu wahren oder sich dieser wieder zu vergewissern und sich darüber in ihrem Lebensumfeld im Aufnahmeland eine eigene, von einheimischen Jugendlichen deutlich abgrenzbare Identität zu geben.

Zusammengefasst sind die wichtigsten Spezifika im Medienumgang von Heranwachsenden mit Migrationshintergrund:

- Es gibt eine geringe Ausstattung mit neuen Medien in Migrationsfamilien, aber eine hohe Ausstattung der Kinder.
- Im niedrigen Bildungsmilieu haben Mädchen mit Migrationshintergrund die geringsten Chancen, multifunktionale Medien selbstbestimmt in Gebrauch zu nehmen.

⁴⁰ Vgl. Treibel 2006, S. 223 f.

⁴¹ Vgl. Wurm 2007.

⁴² Vgl. Eggert 2006, S. 245 f.

- Hohe Bildungserwartungen der Eltern können schlechtere Ausgangsbedingungen für die Nutzung neuer Medien in Migrationsfamilien ausgleichen.
- Die Brückenfunktion der Medien kann Jugendlichen zur Identitätsarbeit dienen.

6.3.2 Aktive Medienarbeit: Das Online-Radio rasik.de⁴³

Ein Beispiel dafür, wie der aktive Umgang mit digitalen Medien in der Arbeit mit Jugendlichen mit Migrationshintergrund eingesetzt werden kann, ist das Online-Radio rasik.de. Mit dem Schwerpunkt Hip-Hop wurde rasik.de 2002 als „Radio Sloschnaja Kompanija“ (russisch: schwere Clique) gegründet. Es bietet eine Plattform für den musikalischen und persönlichen Austausch vor allem von deutschen und russlanddeutschen Jugendlichen, aber auch von Jugendlichen aus anderen Herkunftskulturen. Die unterschiedlichen Lebensweisen und Vorstellungen der Jugendlichen fließen hier in ein gemeinsames Projekt ein. Es werden regelmäßig Beiträge produziert und live übers Internet ausgestrahlt. Musik und Moderation sind deutsch und russisch. Die Hörerinnen und Hörer von rasik.de können sich insofern einbringen, als sie Musikwünsche äußern und über das Radio Grüße verschicken können. Außerdem können sie sich jederzeit mit dem Radioteam im Chat in Verbindung setzen. Die Macherinnen und Macher von rasik.de haben folgende Vision:

- „Jugendliche begegnen sich über Hip-Hop vorurteilsfrei und unabhängig von der Herkunft, lernen sich kennen, tolerieren und akzeptieren sich.
- Wir wollen durch die Jugendkultur Hip-Hop-Grenzen überwinden und gemeinsame Projekte von jungen Menschen unterschiedlicher Herkunft und sozialer Schichten fördern.
- Unser Traum ist ein vereintes Europa der Bürger, in dem alle Menschen die gleichen Chancen haben und Diskriminierungen und Vorurteile keinen Platz haben.“⁴⁴

Das Projekt hat mehrere Preise gewonnen. Unter anderem erhielt es 2006 den Dieter-Baacke-Preis der Gesellschaft für Medienpädagogik und Kommunikationskultur e. V. (GMK). In der Jurybegründung hieß es: „Sie haben eine neue

⁴³ rasik.de wurde 2002 als „Radio Sloschnaja Kompanija“ vom Jugendgemeinschaftswerk des Caritas-Verbandes in Speyer und der Mediengemeinschaft scam! e. V. gegründet. rasik.de ist ein Projekt der CoLab gGmbH in Kooperation mit scam! e. V.

⁴⁴ Vgl. <http://rasik.de/seiten/?id=5&lang=de&xxl=>

interaktive Form von Radio und Internet geschaffen, eine jugendkulturelle Plattform, die mit Musik, Chat und redaktionellen Beiträgen, mit Engagement, Witz und Ernsthaftigkeit Brücken baut zwischen denen, die hören, und denen, die senden, und sie erhalten sie kontinuierlich aufrecht. So kommen Menschen einander näher.“⁴⁵

6.3.3 Potenziale des Internets für die Gesundheitsförderung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Das Internet wird von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund genutzt. Sie betrachten es als Unterhaltungsmedium, als Informations- wie auch als Kommunikationsmedium. Der Umgang mit den Möglichkeiten des Internets ist ihnen vertraut. Ein Gutteil der Eltern unterstützt den Umgang der Heranwachsenden mit dem Internet oder heißt ihn zumindest gut. Ein großer Vorteil des Internets besteht für Jugendliche mit Migrationshintergrund darin, dass es sprachlich nicht festgelegt ist. Dies kann auch für die Gesundheitsförderung von Jugendlichen aus Migrationskontexten nutzbar gemacht werden. Zum einen bietet das Internet unterschiedliche Möglichkeiten, die Auseinandersetzung mit einem Thema anzuregen, die den Jugendlichen vertraut sind, zum Beispiel Textbeiträge, audiovisuelle Beiträge, Foren, thematische Chats, Spiele. Diese gilt es nicht als einzelne Elemente, sondern in ihrer Kombination im Blick zu haben. Jugendliche mit Migrationshintergrund (insbesondere wenn sie aus einem niedrigen Bildungsmilieu stammen oder noch nicht sehr lange in Deutschland sind), denen der Umgang mit der deutschen Sprache teilweise schwerfällt, haben so mehrere Zugangsmöglichkeiten. Zum anderen bietet das Internet die Möglichkeit, die Jugendlichen in ihrer jeweiligen Herkunftssprache anzusprechen. Mit der Verwendung der vertrauten Sprache wird ihnen das Gefühl vermittelt, dass speziell sie gemeint sind. Sie fühlen sich ernst genommen und wertgeschätzt.

Literatur

- Bernart, Y., Billes-Gerhart, E. (2004): Sprachverhalten und Mediennutzung von Migrantenjugendlichen im soziologischen Blick. Göttingen.
- Bucher, P., Bonfadelli, H. (2007): Mediennutzung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der Schweiz. In: Bonfadelli, H., Moser, H. (Hrsg.): Medien und Migration. Europa als multikultureller Raum? Wiesbaden, 119–145.

⁴⁵ Vgl. <http://colab.de/data/seiten/41/laudatio-rasik.pdf> [Zugriff: 21.02.2008]

- Eggert, S. (2006): Von „mail.ru“ bis „ProSieben“ – Zur Medienaneignung Heranwachsender aus der ehemaligen Sowjetunion. In: Treibel, A., Maier, M. S., Kommer, S., Welzel, M. (Hrsg.): Gender medienkompetent. Medienbildung in einer heterogenen Gesellschaft. Wiesbaden, 235–256.
- Hermann, T., Hanetseder, C. (2007): Jugendliche mit Migrationshintergrund: heimatliche, lokale und globale Verortungen. In: Bonfadelli, H., Moser, H. (Hrsg.): Medien und Migration. Europa als multikultureller Raum? Wiesbaden, 237–271.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.) (2006): JIM-Studie 2005. Jugend, Information und (Multi-)Media. Basisuntersuchungen zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. Baden-Baden. [www.mpfs.de]
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.) (2008): JIM-Studie 2007. Jugend, Information und (Multi-)Media. Basisuntersuchungen zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. Baden-Baden.
- Moser, H. (2006): Medien und die Konstruktion von Identität und Differenz. In: Treibel, A., Maier, M. S., Kommer, S., Welzel, M. (Hrsg.): Gender medienkompetent. Medienbildung in einer heterogenen Gesellschaft. Wiesbaden, VS-Verlag, 3–74.
- Paus-Haase, I., Hasebrink, U., Mattusch, U., Keuneke, S., Krotz, F. (1999): Talkshows im Alltag von Jugendlichen. Der tägliche Balanceakt zwischen Orientierung, Amüsement und Ablehnung. Opladen.
- Schorb, B., Echtermeyer, K., Lauber, A., Eggert, S. (2003): Was guckst du, was denkst du? Der Einfluss des Fernsehens auf das Ausländerbild von Kindern und Jugendlichen im Alter von 9 bis 14 Jahren. Kiel.
- Strotmann, M. (2006): „Die wollen, dass ich mich mit Computer beschäftige.“ – Der Aufforderungs- und Unterstützungscharakter von Familie, Schule und außerschulischer Einrichtung bei der Aneignung der Neuen Medien durch Jugendliche mit türkischem Migrationshintergrund. In: Treibel, A., Maier, M. S., Kommer, S., Welzel, M. (Hrsg.): Gender medienkompetent. Medienbildung in einer heterogenen Gesellschaft. Wiesbaden, 257–275.
- Theunert, H., Gebel, C. (Hrsg.) (2000): Lehrstücke fürs Leben in Fortsetzung. Serienrezeption zwischen Kindheit und Jugend. München.
- Theunert, H., Pescher, R., Schorb, B. (1994): Zwischen Vergnügen und Angst – Fernsehen im Alltag von Kindern. Eine Untersuchung zur Wahrnehmung und Verarbeitung von Fernsehunterhaltung durch Kinder aus unterschiedlichen soziokulturellen Milieus in Hamburg. 2. Aufl., Berlin.
- Theunert, H., Schorb, B. (1995): „Mordsbilder“: Kinder und Fernsehinformation. Eine Untersuchung zum Umgang von Kindern mit realen Gewaltdarstellungen in Nachrichten und Reality-TV im Auftrag der Hamburgischen Anstalt für neue Medien (HAM) und der bayerischen Landeszentrale für neue Medien (BLM). Berlin.
- Treibel, A. (2006): Medienkompetenz an der Hauptschule. Zur Relevanz von Migration, Gender und Individualisierung bei russlanddeutschen und türkischstämmigen Jugendlichen. In: Treibel, A., Maier, M. S., Kommer, S., Welzel, M. (Hrsg.): Gender medienkompetent. Medienbildung in einer heterogenen Gesellschaft. Wiesbaden, 209–233.
- Welikanowa, T. (2006): Die Rolle des Fernsehens bei der Identitätsbildung von jungen Russlanddeutschen (unveröff. Magisterarbeit an der Universität Leipzig).
- Wurm, M. (2006): Musik in der Migration. Beobachtungen zur kulturellen Artikulation türkischer Jugendlicher in Deutschland. Bielefeld.

6.4 Diskussion der Beiträge zu Zugangswegen

Moderation: Eren Ünsal

Bericht: Dagmar Grundmann

Die Beiträge zur Diskussion werden im Folgenden wiedergegeben:

Zielgruppenorientierung

- Wissensvermittelnde Vorträge und Präventionskurse können nicht ohne Weiteres als niedrigschwellige Angebote für schwer erreichbare Zielgruppen gelten. Es ist deshalb sehr wichtig, sich im Vorfeld differenziert mit den Voraussetzungen und Bedarfslagen der Community auseinanderzusetzen. Ebenso sind Wirkungsanalysen erforderlich, um auch für die Zukunft zu erfahren, welche Angebote von der Zielgruppe angenommen werden.
- Bei engagierten Migrantinnen und Migranten entsteht zwischenzeitlich der Eindruck, mit spezifischen Präventionsangeboten überfrachtet zu werden. Die Angebote sollten deshalb sehr eng am tatsächlichen Bedarf spezifischer Zielgruppen entwickelt werden. Damit sie notwendiges Know-how erhalten, das auf ihrem jeweiligen Bedarf aufbaut, ist die Einbeziehung der Zielgruppen dabei unverzichtbar.
- Spezifische Angebote für Migrantinnen und Migranten dürfen nicht von „außen“ aufgezwungen werden. Neben einer engen Beteiligung der Zielgruppen bei der Bedarfseruierung und Maßnahmenentwicklung ist es wichtig, Migranten und Migrantinnen selbst zu befähigen, gesundheitsbezogene Angebote durchzuführen.
- Es ist nicht grundsätzlich sinnvoll, zusätzliche Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme für Menschen mit Migrationshintergrund anzubieten. Es bietet sich auch an, bei bestehenden anderweitigen Angeboten gesundheitsbezogene Informationen zu platzieren. Dafür kommen zum Beispiel Sprachkurse infrage.
- Vielfach wurde die Erfahrung gemacht, dass Frauen eine wichtige Funktion im Familien- und Nachbarschaftssystem einnehmen. Wenn sie für Anliegen der Gesundheitsförderung gewonnen werden, können über sie Informationen und Zugänge erschlossen werden.

Zugangsweg „Neue Medien“

- Das Internet stellt einen wichtigen Zugangsweg dar. Dieser Zugang ist aber keineswegs gefahrlos, sondern wird, insbesondere in seiner Bedeutung für Kinder, oft nicht richtig eingeschätzt und zu unkritisch gehandhabt. Deshalb muss dieser Zugang sorgfältig analysiert und für Anliegen der Gesundheitsförderung und Prävention differenziert erschlossen und genutzt werden.
- Für viele Menschen mit Migrationshintergrund stellt das Internet noch eine „Brücke“ zum Herkunftsland dar und ist für sie insofern ein gern genutztes Informationsmedium.
- In der Diskussion über die Nutzung des Internets wird bei der Gesundheitsförderung und Prävention die Bedeutung des Handys ausgeklammert. Dieses hat aber eine sehr hohe Bedeutung. Aktuellen Studien zufolge verfügen 95 % der Jungen und Mädchen heute über ein Handy. Auch der mobile Internetzugang darf dabei nicht unterschätzt werden. Hierzu liegen noch keine ausreichenden Studien vor, die über die Nutzungsgewohnheiten und Informationsmöglichkeiten bei Handys Aufschluss geben.
- Im Internet werden heute viele minderwertige Informationen zugänglich gemacht. Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention müssen hiervon deutlich erkennbar abweichen. Damit dieser Weg für die Informationsverbreitung von gesundheitsfördernden Angeboten genutzt werden kann, ist ein Mindestmaß an Medienkompetenz erforderlich.

7.

Fazit und Auswertung

Die Diskussionswünsche der Teilnehmenden wurden im Vorfeld dieser abschließenden Diskussion ermittelt und in Themengruppen zusammengeführt. So entstanden Themenfelder, die die Grundlage für die Diskussion rotierender Arbeitsgruppen in Tischrunden mit jeweils wechselnden Personen bildeten. Festgestellter Bedarf, Anregungen und gewonnene Erkenntnisse werden nachfolgend zusammengefasst.

Forschung

Eine deutlichere Differenzierung der Forschung ist erforderlich. Sie muss bei der Erforschung u. a. diskriminierende Faktoren oder Stadt-/Land-Besonderheiten stärker aufnehmen und berücksichtigen. Hilfreich wäre, wenn es Kriterien für eine migrationssensible Forschung gäbe. Eine Finanzierung der Forschung sollte von der Beachtung dieser Kriterien abhängig gemacht werden.

Im Zusammenhang einer umfassender zu gestaltenden Gesundheitsberichterstattung wären ebenfalls bundesweite Standards für die Datenerhebung im Hinblick auf Migrationshintergrund wünschenswert. Um migrationsspezifische Leitlinien und Kriterien für die Forschung und Gesundheitsberichterstattung zu entwickeln, wird eine Orientierung an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sowie an ihren Qualitätskriterien und ihrer Evaluation empfohlen.

Die Analyse von Herangehensweisen und Materialien aus Herkunftsländern von Menschen mit Migrationshintergrund sollte stärker in die hiesige Material- und Strategieentwicklung einfließen. Häufige Begriffe sollten reflektierter und exakter verwendet werden (zum Beispiel Kultur, Herkunft, Migration, kultursensibel, migrationsspezifisch).

Generell sollten Forschung und Praxis enger zusammenspielen; Anregungen und Expertise sollten einander enger durchdringen.

Diversity

Grundsätzlich sollten Institutionen bei ihrer Maßnahmen- und Angebotsentwicklung stets ihre Kultursensibilität hinterfragen. Es bestehen unterschied-

liche Aufklärungsziele und unterschiedliche Aufklärungsbotschaften; nicht alle lassen sich ohne Weiteres auf spezifische Zielgruppen unterschiedlicher Herkunft übertragen. Empfehlenswert ist stets, sich diese Leitfragen zu stellen: Ist die Botschaft bei den Zielgruppen mit Migrationshintergrund tatsächlich identisch? Gibt es Abweichungen zwischen den Zielgruppen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund?

Die Vorteile von Unterschieden sollten wahrgenommen werden. Sowohl in wirtschaftlicher als auch in persönlicher Hinsicht sollte der Mehrwert von Vielfalt erkannt werden. Auch über die Dauer des Aufenthalts von Migrantinnen und Migranten im Aufnahmeland finden Veränderungen statt. Diese Prozesse müssen wahrgenommen werden.

Dem gegenüber steht die Ansicht, dass für die Maßnahmenentwicklung Gemeinsamkeiten gesucht werden sollten. Die Fixierung auf Unterschiede sollte zugunsten gemeinsamer Gesundheitsbedürfnisse aufgegeben werden.

In beiden Fällen gilt: Es ist wichtig, offen zu sein, offen zu bleiben und Offenheit einzufordern. Diversität ist als Querschnittsaufgabe zu verstehen: Es werden Kultur- und Sprachvermittlerinnen bzw. -vermittler – bildlich gesprochen: Brückenbauerinnen und Brückenbauer – benötigt. Zu beachten ist dabei, dass Diversität nicht nur als eine schwierige Herausforderung anzusehen ist. „Andersein“ kann auch identitätsbildend sein und Stolz vermitteln und darf nicht nur negativ assoziiert werden.

Strategieempfehlungen Sprache

Auf personaler Face-to-face-Ebene kann fallspezifisch kulturflexibel reagiert werden. Dabei ist nicht nur die Verwendung der „Hochsprache“ wichtig, sondern milieuspezifische Sprachregister können zum Einsatz kommen und die Akzeptanz fördern. Ärztinnen und Ärzte, Beraterinnen und Berater müssen den Willen zeigen, verstanden zu werden, indem sie sich in kurzen, einfachen und verständlichen Sätzen ausdrücken.

Auf massenmedialer Ebene ist eine kulturflexible bzw. milieuspezifische Ansprache nicht möglich: Für Massenmedien ist eine einfache deutsche Sprache zu verwenden. In Printmedien, aber auch im Internet, könnten Doppelsprachen angeboten werden (deutsche und jeweilige Landessprache). Bevor mehrsprachige Angebote umgesetzt werden, ist stets eine Bedarfsanalyse notwendig.

Die Motivation zum Erlernen einer Sprache sollte nicht gemindert werden, indem für Menschen mit Migrationshintergrund nur landessprachliche Angebote bereitgehalten werden. Dagegen sollte Gesundheitswissen beispielsweise ein Teil von Sprachkursen werden.

Für Übersetzungen sollten Standards herangezogen werden (Referenztexte). Außerdem wäre es von Vorteil, wenn es fest finanzierte Dolmetscherdienste für das Gesundheitswesen gäbe.

- Ein statischer Kulturbegriff sollte vermieden werden.
- Genderaspekte dürfen insbesondere im Zusammenhang von „Migration und Gesundheitsförderung“ nicht ausgeblendet werden.

Partizipation der Zielgruppe

Für eine Partizipation von Zielgruppen gibt es gute Beispiele, zum Beispiel kann die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern bei kommunalen Haushalten als Vorbild dienen. Auch für die Beteiligung von Migrantinnen und Migranten bieten sich Gremien und Stadtteilkonferenzen an. Methodisch kann die Partizipation über ein Onlineportal erfolgen und die Ideeneinstellung über den Weg des Internets stattfinden. Auch über Vereine, Schulen oder Projektgruppen sind Beteiligungen herzustellen. Migrantinnen und Migranten sollten offensiv aufgefordert werden, mitzugestalten.

Formale Anträge stellen in der Regel Partizipationsbarrieren dar. Generell ist es für die Partizipation von Zielgruppen wichtig, hemmende und fördernde Bedingungen im Vorfeld genau zu analysieren.

Die Partizipation von Zielgruppen sollte schon bei der Bedarfsfindung einsetzen. Es muss vermieden werden, eine Teilhabe an Projekten nur partiell zu ermöglichen. Gefordert ist eine durchgängige Mitgestaltung, wenn Partizipation tatsächlich ernst gemeint ist und nicht nur ein Schlagwort bleiben soll. Dies kann eine kreative Ansprache auf unterschiedlichen Stufen einschließen. Umfassende Partizipation darf nicht nur zeitweise über „Stakeholder“ (die beteiligten Personen, Gruppen und Institutionen) erfolgen, sondern sie bedeutet, dass eine durchgängige inhaltliche Beteiligung und eine wirkliche Integration ins Projekt gesichert sind (für den Aufwand sollte auch eine finanzielle Vergütung erfolgen). Informationsrückflüsse zu den beteiligten Zielgruppen müssen sicherstellen, dass die Zielgruppen langfristig gebunden werden und durchgängig – auch über den Ausgang der Verfahren und Maßnahmenentwicklungen – informiert sind.

Zu vermeiden ist ein inflationärer Umgang mit dem Begriff „Partizipation“, denn häufig wird Partizipation gesagt, doch stattdessen findet eine Instrumentalisierung statt.

Kooperation mit Selbsthilfeorganisationen von Migrantinnen und Migranten (MSO)

Die Selbsthilfe von Migrantinnen und Migranten sollte hinsichtlich der Partizipation an Regeldiensten angesprochen werden, wobei die MSOs nicht nur als „Türöffner“ gesehen werden sollten; vielmehr ist langfristig auf Qualifizierung und Nachhaltigkeit zu setzen.

Für die Kooperation mit Migrantenselbsthilfeorganisationen gilt:

- Die Expertise von MSOs sollte anerkannt und eingeholt werden.
- Initiativen „von unten“ sollten gefördert und beachtet werden.
- Die Kommunikation mit Selbsthilfeorganisationen von Migrantinnen und Migranten sollte auf Augenhöhe und respektvoll stattfinden.
- Informationen und Engagement müssen über Projektanträge und -verlängerungen abgesichert werden.

Es ist auch notwendig, finanzielle Ressourcen für MSOs zum Thema Gesundheitsförderung bereitzustellen.

Good-Practice-Projekte

Eine dauerhafte Implementierung von Modellprojekten im Bereich Migration und Gesundheitsförderung (auch tragfähiger Partnerschaften und Praxisprojekte) ist erforderlich. Unter wirtschaftlichen und strategischen Aspekten sind punktuelle und befristete Maßnahmen nicht zielführend. Eine Prüfung der Übertragbarkeit von Good-Practice-Projekten ist erforderlich, damit Synergieeffekte voll ausgeschöpft werden können.

Es gibt eine Vielzahl von Maßnahmen und Projekten auf lokaler Ebene. Beispielsweise hat die Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Arbeit in formellen und informellen Netzwerken (Beispiel Aidsberatung Mittelfranken) positive Effekte gezeigt. Die Beratung von Frauen durch Familienhebammen des Gesundheitsamtes Münster mit eigenem Migrationshintergrund ist ebenfalls ein gelungenes Beispiel, das auch in anderen Regionen Anwendung finden kann und sich gut übertragen lässt. Solche Projekte können als Beispiel und Anregung dienen. Diese sind jedoch oft bundesweit nicht genügend bekannt, sodass eine Bestandsaufnahme (auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene) in Form einer Datenbanksammlung erforderlich wäre, um

gute und tragfähige Projekte in der Breite bekannt und nutzbar zu machen. Eine intensivere Nutzung der vorhandenen Plattformen für Gesundheitspräventionsprojekte im Bereich Migration wäre eine Option: Eine wertvolle Quelle für Recherchen ist die Datensammlung zu Migrationsprojekten bei der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.

Für die Recherche, Zusammenstellung und Auswertung von Maßnahmen und Projekten initiierte die BZgA den bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) mit inzwischen 52 Kooperationspartnern. Er identifiziert und verbreitet Regelangebote und Projekte guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (auch mit Migrationshintergrund).

Über eine verstärkte Bekanntmachung der genannten Datenbanken können „Models of Good Practice“ an Bekanntheit gewinnen. Good-Practice-Kriterien der Gesundheitsförderung sollten insgesamt mehr zur Anwendung kommen. Sie stellen eine gute Basis dar, um – aufbauend auf konkreten Erfahrungen – Konzepte fortzuschreiben und weiterzuentwickeln. Hierbei sollte der Gedanke leitend sein: „Wir lernen voneinander“ statt „Wir stehen untereinander in Konkurrenz“.

Zusammenarbeit und Weiterentwicklung

„Regionale Knoten“ in den Bundesländern (im Rahmen des bundesweiten Kooperationsverbunds „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“) sind Anlaufstellen, die eine Vernetzung fördern. Die zwischenzeitlich in allen 16 Bundesländern installierten „regionalen Knotenpunkte“ haben zum Ziel, eine flächendeckende Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und eine qualitative Weiterentwicklung herbeizuführen. Sie unterstützen Einrichtungen bei Präventionsangeboten, informieren über gelungene Praxisbeispiele oder beraten zu Finanzierungsmöglichkeiten.

Schließlich regen sie den Austausch der Gesundheitsförderungsprojekte untereinander an. Der Aufbau vergleichbarer Strukturen oder Plattformen auf Länder- und kommunaler Ebene wäre auch für den Bereich Migration und Gesundheitsförderung erforderlich. Die Kontakte zur Politik, zum Beispiel zu Integrationsbeauftragten, sollten intensiviert werden. Daneben müssen Standesorganisationen und etablierte Institutionen wie Ärztekammern, Selbsthilfeorganisationen, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände mit dem Thema „Gesundheitsförderung und Migration“ vertraut gemacht werden.

7.2 Schlusswort

Herr Harald Lehmann (Stellvertretender Direktor der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) bedankt sich bei allen Teilnehmenden der Expertinnen- und Expertentagung, die sehr ertragreich und in engagierter Atmosphäre verlaufen ist. Die eingebrachten Diskussionsbeiträge und Erkenntnisse bieten nun eine gute Grundlage für die weitere Arbeit, für die er Folgendes in Aussicht stellt:

Erwartungsgemäß konnte die Tagung grundsätzliche Richtungen und zum Teil Wege im Detail aufzeigen. Die Auswertung muss nun zeigen, wo anzusetzen ist. Hier ist ein weiterer Diskurs erforderlich. Aus diesem Grund wird die Fachtagung dokumentiert und den Teilnehmenden sowie einer breiteren Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht.

Migration und Gesundheit geht alle an. Eine Querschnittsaufgabe kann nicht an Einzelne delegiert, sondern nur im Verbund gelöst werden. Im Zuge der Nachbereitung werden deshalb die Empfehlungen intensiv unter den Fragestellungen ausgewertet: Wo ist eine Zusammenarbeit mit Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern erforderlich? Welche Themen sollten in spezifischen Workshops detaillierter bearbeitet werden? Wo muss weiteres Wissen generiert werden? Da das Thema „Migration und Gesundheit“ noch am Anfang steht, ist es wichtig, eine gründliche Bestandsaufnahme vorzunehmen und die Möglichkeit der Vergleichbarkeit von Ansätzen zu schaffen.

Herr Lehmann verweist in dem Zusammenhang auf den Infodienst „Migration und öffentliche Gesundheit“ (www.infodienst.bzga.de) und das Internetportal www.gesundheitliche-chancengleichheit.de (im Rahmen des nationalen Kooperationsprojekts existieren durch die „regionalen Knoten“ in allen Bundesländern bereits tragfähige Strukturen und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner). Er lädt die Teilnehmenden ausdrücklich dazu ein, hier ihre Projekte anzugeben, um im Sinne von Vernetzung und Kooperation den Austausch voranzutreiben.

8.

Resümee: Handlungsempfehlungen

Die Tagung hat gezeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund mit Informationen und Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention angesprochen werden können, auch wenn sie als „schwer erreichbar“ gelten. Folgende Kriterien und Vorgehensweisen sind hierbei entscheidend:

- Eine differenzierte Zielgruppenanalyse ist bei der Heterogenität von Migrantengruppen unerlässlich, wobei die Dynamik der Migrations- und Integrationsprozesse und die Faktoren, die neben der ethnischen Herkunft prägend sind (wie Alter, Geschlecht, soziale Lage, Risikosituationen) berücksichtigt werden müssen. Entscheidend für Einstellung und Verhalten ist nämlich das Zusammenspiel verschiedener Faktoren, wobei die Kulturspezifität je nach Situation einen höheren oder niedrigeren Stellenwert haben kann. In der Forschungspraxis müssen Methoden angewandt werden, die eine angemessene Repräsentation von sogenannten „Hard to reach“-Gruppen in gesundheitsbezogenen Studien gewährleisten.
- Dementsprechend ist eine „Kulturflexibilität“ notwendig, um Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund zu finden, das heißt eine Anpassung an sich wandelnde Bedingungen und vor allem eine Vermeidung von kulturellen Stereotypen und Klischees.
- Regelangebote sollten migrationssensibel ausgerichtet werden, damit Barrieren sprachlicher, kultureller und sozialer Art möglichst klein gehalten werden. Dazu gehört auch die Integration von tabuisierten Themen in Oberthemen und Informationen über das deutsche System in Bezug auf Vorsorge- und Präventionsangebote.
- Wo Regelangebote nicht ausreichen, sind spezielle Angebote für Teilzielgruppen zu entwickeln.
- Vorhandene Strukturen sollten genutzt und die Angebote sozialräumlich vernetzt werden.
- Wichtig ist die Partizipation und Kooperation mit Menschen mit Migrationshintergrund und deren Organisationen bei Planung, Durchführung und Evaluation.
- Der Einsatz von Medien und personaler Kommunikation sollte auf die jeweiligen Bedarfe abgestimmt werden:
 - Bei der massenmedialen Kommunikation ist in der Regel eine kulturspezifische Ansprache weder notwendig noch realisierbar. Hier kommt es darauf an, die multikulturelle Gesellschaft zu berücksichtigen, zum Beispiel Menschen mit Migrationshintergrund als selbstverständlichen Teil der Allgemeinbevölkerung in Bild und Text darzustellen und Botschaften zu verwenden, die in verschiedenen Kulturen verstanden werden. Da die Internetnutzung weniger vom ethnischen Hintergrund, sondern in erster Linie vom Alter und des Weiteren von Geschlecht, Bildungsgrad, deut-

scher Sprachkompetenz und der vom Herkunftsland erfahrenen Mediensozialisation abhängt, können hiermit besonders jüngere Migrantengruppen erreicht werden. Für bestimmte Gruppen – zum Beispiel solche mit kurzer Aufenthaltsdauer in Deutschland – sind gegebenenfalls bilinguale/mehrsprachige Angebote sinnvoll.

- Personale Kommunikation ist bei vielen sogenannten „schwer erreichbaren“ Zielgruppen unverzichtbar. Hierbei ist die Gewinnung von Schlüsselpersonen, insbesondere solcher mit Migrationshintergrund, im Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Freizeitbereich entscheidend, die durch Fortbildung und Materialien unterstützt werden (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Personal in Kindergärten und Jugendzentren, Frauen als Gesundheitsmanagerinnen in der Familie).
- Der Transfer von Wissen und Empfehlungen sowie der Informations- und Erfahrungsaustausch über Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte durch Datenbanken, Newsletter und Veranstaltungen sollten weiterentwickelt werden.

Stephan Blümel

9.

Anhang

Verzeichnis der Referentinnen und Referenten

Prof. Dr. Theda Borde

Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5
12627 Berlin

Jeffrey Butler

Bezirksamt Mitte von Berlin
Abteilung Gesundheit und Personal,
Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination
Mathilde-Jacob-Platz 1
10551 Berlin

Dr. Fikret Çerçi

Kinder- und Jugendarzt
Bachstraße 22
32756 Detmold

Susanne Eggert

Jff – Institut für Medienpädagogik
Pfälzer-Wald-Straße 64
81539 München

Dr. Menekse Gün

Kliniken am Burggraben, Quellenhof
Vlothoer Straße 47–49
32105 Bad Salzuflen

Kora Kaminski

DRK-Integrationsagentur Gesundheit
Oskar-Jäger-Straße 101–103
50825 Köln

Haydar Karatepe

Facharzt für Allgemeinmedizin
Oeder Weg 2–4
60318 Frankfurt

Heike Klindworth

Sozialwissenschaftliches FrauenForschungsInstitut
an der Evangelischen Hochschule Freiburg (SOFFI)
Bugginger Straße 38
79114 Freiburg

Dr. Laura Kouznetsov

Psychosoziale AIDS-Beratungsstelle
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie
Ludwigs-Maximilians-Universität München
Frauenlobstraße 9–11
80337 München

Cornelia Lins

Kompetenzzentrum Technik-Diversity-Chancengleichheit
Wilhelm-Bertelsmann-Straße 10
33602 Bielefeld

Dr. Gerhard Pallasch

Gesundheitsamt Stade
Heckenweg 7
21680 Stade

Dr. Christina Poethko-Müller

Robert Koch-Institut
General-Pape-Straße 62–66
12101 Berlin

Bärbel Ribbert

Familienplanungszentrum Hamburg e. V.
Bei der Johanniskirche 20
22767 Hamburg

Antje Sanogo

Münchner Aids-Hilfe e. V.
Lindwurmstr. 71
80337 München

Dr. Liane Schenk

Charité – Universitätsklinikum Berlin
Institut für Medizinische Soziologie
Thielallee 47
14195 Berlin

Dr. Dagmar Schwarte

Gesundheitsamt Münster
Stühmerweg 8
48147 Münster

Samanta Sokolowski

SPI Forschung gGmbH
Kohlfurter Straße 41–43
10999 Berlin

Heinz Soremsky

VIA e. V.
Hochemmericher Straße 71
47226 Duisburg

Moderation

Gesamtmoderation und Moderation der Arbeitsgruppe Aidsprävention:

Eren Ünsal

P.O.P-Consulting Berlin
Obentrautstraße 72
10963 Berlin

Arbeitsgruppe Sexualaufklärung und Familienplanung:

Stefanie Amman, Referat „Sexualaufklärung“

Anke Erath, Referat „Familienplanung; Verhütung“

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln

*Arbeitsgruppe Impfen und Früherkennungsuntersuchungen
im Kindes- und Jugendalter:*

Dagmar Grundmann
Kommunikation und Beratung
Venloer Straße 241–245
50823 Köln

Berichterstattung

Arbeitsgruppe Aidsprävention:

Sabine Goette
Mediabüro
Venloer Straße 241–245
50823 Köln

Arbeitsgruppe Sexualaufklärung und Familienplanung:

Heike Lauer
Redaktionsbüro
Sachsenhäuser Landwehrweg 147
60599 Frankfurt/Main

*Arbeitsgruppe Impfen und Früherkennungsuntersuchungen
im Kindes- und Jugendalter:*

Dagmar Grundmann
Kommunikation und Beratung
Venloer Straße 241–245
50823 Köln

Ulrike Prüß
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Referat „Medizinische Grundsatzfragen; präventiv-medizinische
Aufgaben der gesundheitlichen Aufklärung; Organ- und Blutspende“
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln

Konzeption der Tagung

Stephan Blümel

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Referat „Qualifizierung; Fortbildung“
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln

Organisation

Ute Njio

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Referat „Qualifizierung; Fortbildung“
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln

Ein zentrales Ziel in der Gesundheitsförderung ist es, den Zugang aller Bevölkerungsgruppen zu Informationen und Angeboten zu gewährleisten. Viele Menschen mit Migrationshintergrund werden über Aufklärungsmaßnahmen, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten, bereits erreicht. Für Teilgruppen von Migrantinnen und Migranten trifft dies allerdings nicht zu: Sie finden aufgrund sprachlicher, kultureller und sozialer Barrieren keinen Zugang zu Gesundheitsinformationen und Gesundheitsangeboten.

Bei der Fachtagung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Februar 2008 wurde thematisiert, was diese Gruppen charakterisiert, wie man sie erreicht und anspricht und welche organisatorischen und personellen Voraussetzungen hierfür notwendig sind.

Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis haben diese Fragen beispielhaft für die Themenbereiche Aidsprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung, Impfen und Vorsorgeuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter näher beleuchtet und themenübergreifende Fragestellungen zu personalkommunikativen und medienbezogenen Strategien und Methoden diskutiert. Dabei wurden die Ergebnisse aktueller Studien dargestellt sowie Strategien und Methoden anhand praktischer Beispiele erläutert.



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

ISBN 978-3-937707-66-2