

Migrantinnen und Migranten als Zielgruppe in der Sexualaufklärung und Familienplanung

- Präventionsansatz der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik
- Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung
- Schlussfolgerungen für die Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung

Konzept

Migrantinnen und Migranten
als Zielgruppe in der
Sexualaufklärung und
Familienplanung

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Köln 2010

Inhalt

1	Präventionsansatz der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	5
1.1	Konzeptionelle Grundlagen	5
1.2	Ziele der Sexualaufklärung und Familienplanung	6
2	Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik	7
2.1	Definition und Beschreibung der Bevölkerungsgruppe	7
2.2	Gesundheitsrelevante Barrieren und Hürden	10

3	Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung	17
3.1	Migrationsrelevante Themen und Befunde	17
3.2	Erreichbarkeit und Mediennutzung von Migrantinnen und Migranten	27
3.3	Migrationssensible Sexualaufklärung und Familienplanung durch die BZgA	29
4	Arbeit der BZgA in der Sexualaufklärung und Familienplanung	37
5	Anhang	41

Präventionsansatz der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Prävention und Gesundheitsförderung sind wichtige Bestandteile des Gesundheitswesens in Deutschland. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist einer der Hauptträger von Prävention und Gesundheitsförderung.

1.1 Konzeptionelle Grundlagen

Die BZgA will die Bereitschaft des Einzelnen fördern, sich verantwortungsbewusst und gesundheitsgerecht zu verhalten und das Gesundheitssystem sachgerecht zu nutzen. Sie unterstützt einen gleichberechtigten Zugang aller Bevölkerungsgruppen zu Informationen und Angeboten der Gesundheitsförderung.

Die Arbeit der BZgA orientiert sich an drei Schlüsselbegriffen: **Information**, **Motivation** und **Kompetenzförderung**:

- Die BZgA bereitet wissenschaftlich abgesicherte **Informationen** für einzelne Zielgruppen auf.
- Die BZgA **motiviert** zu gesundheitsförderlichem Handeln.
- Die BZgA vermittelt **Kompetenzen**.

Die gesundheitliche Aufklärung muss Prioritäten setzen und die Ziele mit kooperativen arbeitsteiligen Strukturen erreichen.

1.2 Ziele der Sexualaufklärung und Familienplanung

Mit den Bundesländern gemeinsam entwickelte die BZgA ein Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung und Familienplanung. Ein Ausgangspunkt dieses Konzepts: Sexualität ist ein existenzielles Grundbedürfnis des Menschen, ein zentraler Bestandteil seiner Identität und Persönlichkeitsentwicklung. Die Sexualaufklärung und Familienplanung der BZgA basieren auf dem gesetzlichen Auftrag des § 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG). Das Ziel: Menschen zu einem verantwortlichen, gesunden und selbstbestimmten Umgang mit Sexualität und Familienplanung in einem umfassenden Sinne zu befähigen.

Teilaspekte dieses Ziels sind:

- die sexuelle und reproduktive Gesundheit (in Anlehnung an die Arbeit der WHO)¹ zu fördern
- Schwangerschaftskonflikte zu vermeiden und zu lösen
- ein gesellschaftliches Klima zu schaffen, das sexual- und familienfreundlich ist und dabei offen gegenüber unterschiedlichen Lebensstilen, Orientierungen, Einstellungen und Wertüberzeugungen²

Dieser Präventionsansatz der BZgA mit den genannten Zielen der Sexualaufklärung und Familienplanung wird auch für Menschen mit Migrationshintergrund umgesetzt. Sollten besondere Erfordernisse, z. B. bei Ansprache oder Erreichbarkeit empirisch belegt sein, werden notwendige Umsetzungen geprüft. Wie dies geschehen kann, darum geht es im Folgenden.

1 2001 stellte das WHO-Regionalbüro für Europa seine „WHO-Regionalstrategie für sexuelle und reproduktive Gesundheit“ vor, der zufolge sexuelle Gesundheit im Wesentlichen drei Unterbereiche umfasst:

- „Eine Umgebung, die Menschen den uneingeschränkten Genuss ihrer Sexualität als Potenzial ihrer selbst ermöglicht.
- Freiheit von sexuellem Zwang, Missbrauch und sexueller Gewalt.
- Schutz vor Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit dem Sexualleben und entsprechende Behandlung derselben“.

(Quelle: <http://www.bzga-whocc.de/?uid=b51e8e7363b8e9760ede5d1876ee1fce&tid=Seite4010>)

2 BZgA (1994)

Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik

2.1 Definition und Beschreibung der Bevölkerungsgruppe

Zu den Menschen mit Migrationshintergrund zählen „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten sowie alle in Deutschland geborenen Ausländerinnen und Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.“

Auf der Basis der im Mikrozensus (2005) erhobenen Daten beschreibt das Statistische Bundesamt diese Bevölkerungsgruppe erstmals folgendermaßen:

- in Deutschland geborene Ausländerinnen und Ausländer
- zugewanderte Ausländerinnen und Ausländer
- eingebürgerte Ausländerinnen und Ausländer
- Spätaussiedlerinnen und -aussiedler
- Kinder mit zumindest einem Elternteil, das eines der genannten Merkmale erfüllt

Oder das Statistische Bundesamt differenziert nach Formen der Zuwanderung:

- ausländische Studierende,
- EU-Binnenmigrantinnen und -migranten,
- Arbeitsmigrantinnen und -migranten und deren Angehörige aus den ehemaligen Anwerbeländern,
- Werkvertrags- und Saisonarbeiterinnen und -arbeiter,
- Spätaussiedlerinnen und -aussiedler,
- jüdische Zugewanderte aus der ehemaligen UdSSR,
- Flüchtlinge und Asylzuwanderinnen und Asylzuwanderer,
- Ehegatten und Familienangehörige,
- „irregulär“ Zugewanderte und Ehegatten und Familienangehörige aus Drittstaaten.

Viele Menschen halten sich nur vorübergehend in Deutschland auf – etwa ausländische Studierende oder Saisonbeschäftigte. Andere haben sich für einen langfristigen oder unbeschränkten Aufenthalt entschieden oder streben ihn an. Dies sind insbesondere früher als Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter angeworbene Menschen, Spätaussiedlerinnen und -aussiedler, Asylsuchende, Menschen aus der Europäischen Union, Jüdinnen und Juden aus der ehemaligen UdSSR sowie deren Ehegatten und Familienangehörige.¹

2.1.1 Die Situation in Zahlen

Ziehen mehr Menschen nach Deutschland zu, oder ziehen mehr aus Deutschland weg? Diese Frage beantwortet der Migrationssaldo, also Zuzüge minus Fortzüge. Auch wenn dieser Saldo leicht sinkt: In den vergangenen Jahren ist er positiv geblieben. Das heißt: Deutschland ist nach wie vor ein bevorzugtes Ziel für Zuwanderinnen und Zuwanderer.

Legt man die Definition des Statistischen Bundesamts (Punkt 2.1) zugrunde, so lebten 2008 in Deutschland 15,6 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Das sind 19 % der Bevölkerung. Davon sind 7,3 Millionen oder 8,9 % der Bevöl-

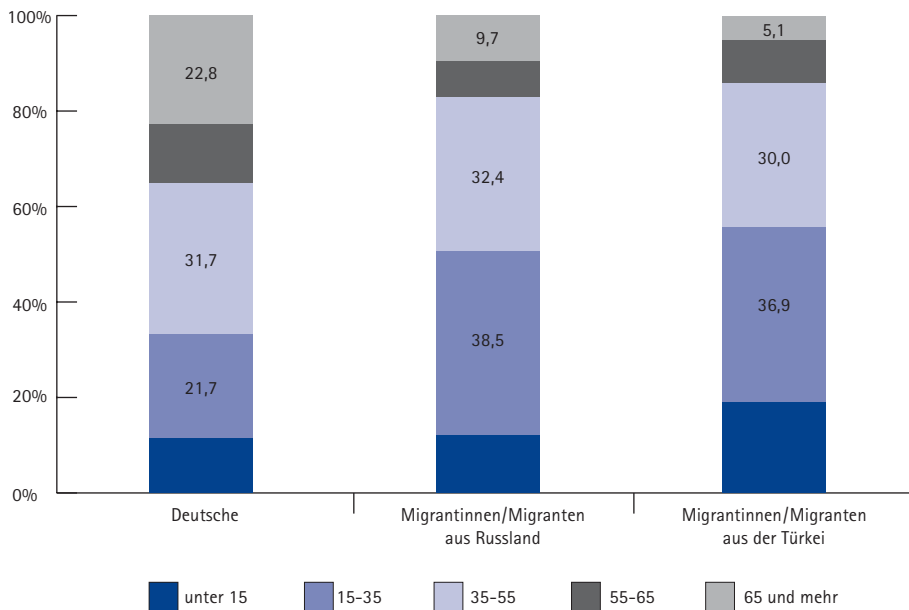
1 Der definitorische Hintergrund wird in der Veröffentlichung „Bevölkerung und Erwerbstätigkeit“ des STATISTISCHEN BUNDESAMTES ausführlich erläutert; DESTATIS 2010, Anhang S. 315.

kerung Ausländerinnen und Ausländer. 8,3 Millionen oder 10,1 % der Bevölkerung sind Deutsche mit Migrationshintergrund – das sind etwas mehr als die Hälfte der Menschen mit Migrationshintergrund.²

Die Herkunftsländer von nach Deutschland einwandernden Personen haben sich vor allem durch politische Entwicklungen aufgrund der EU-Erweiterung und des Asyl- und Ausländerrechts deutlich verändert. Die meisten Zuwanderinnen und Zuwanderer kommen aus der Türkei (siehe Abb. 1), Polen, Russische Föderation, Italien, Serbien, Kroatien, Griechenland, Bosnien und Herzegowina, Rumänien sowie die Ukraine. Kasachstan ist das einzige wichtige nicht europäische Herkunftsland.

Zusammengefasst: Menschen kommen überwiegend aus Osteuropa nach Deutschland. Die Unterschiede in der gesellschaftlichen Entwicklung ihrer Herkunftsländer sind jedoch erheblich.

Abbildung 1: Anteile der Altersgruppen (in %)



Quelle: DESTATIS, 2007

2 DESTATIS 2010

Die soziodemografischen Merkmale der Bevölkerung mit Migrationshintergrund haben einige Besonderheiten. Bei den 25- bis 65-Jährigen sind das Bildungs- und das Lohnniveau im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung niedriger; Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit sind bei Migrantinnen und Migranten häufiger. Die Unterschiede im Bildungs- und Berufsprofil sind allerdings nicht allein durch Migration bedingt; die Menschen mit Migrationshintergrund sind keine homogene Bevölkerungsgruppe.³ Auch die Alters- und die Geschlechtsstruktur der Menschen mit Migrationshintergrund weichen stark von der deutschen Bevölkerung ab. Vor allem der Anteil von Kindern und Jugendlichen ist sehr viel höher, aber auch die Altersgruppe zwischen 15 und 35 Jahren ist stärker vertreten. Abbildung 1 zeigt die Altersstruktur der deutschen Bevölkerung sowie – beispielhaft – der russischen und türkischen Migrantinnen und Migranten.⁴

Menschen aus Osteuropa bildet die größte Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund. Für die Sexualaufklärung und Aufklärung über Verhütung und Familienplanung sind sie aber nur in wenigen Punkten als Zielgruppe für die BZgA-Arbeit identifizierbar.

Wissenschaftliche Erkenntnisse, aus denen ein besonderer Aufklärungsbedarf abgeleitet werden kann, liegen hauptsächlich für die Menschen mit türkischem Migrationshintergrund vor. Die BZgA konzentriert sich darum bei der Sexualaufklärung und der Aufklärung über Verhütung und Familienplanung auf Menschen bis zu 35 Jahren mit türkischem Migrationshintergrund – sofern sich ein besonderer Handlungsbedarf erkennen lässt.

Anders sieht es etwa bei der Aidsaufklärung aus. Hier sind die Migrantinnen und Migranten aus dem osteuropäischen Raum aufgrund der Epidemiologie Hauptzielgruppe der BZgA-Prävention.⁵

3 DEUTSCHES JUGENDINSTITUT, DJI Bulletin 81/2008 München, S. 10

4 DESTATIS Mikrozensus (2007); kaum Änderungen in 2008, vgl. DESTATIS 2010

5 S. BZgA Aidskonzept (2009)

2.2 Gesundheitsrelevante Barrieren und Hürden

Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten wird von verschiedenen Faktoren wie ihrer sozialen Lage oder ihrem Bildungshintergrund beeinflusst. Dabei sind nach den vorliegenden Studien kulturelle Aspekte des Herkunftslandes⁶ und die gesundheitsrelevanten Bedingungen im Zielland⁷ besonders bedeutend.

Je nach kultureller Herkunft und Gebundenheit an das hergebrachte Gesundheitsverständnis variiert die Offenheit für die Ziele, Inhalte und Zugangswege des deutschen Gesundheitswesens erheblich. Wer länger in Deutschland ist, akzeptiert auch das deutsche Aufklärungs- und Versorgungssystem eher – diese Aussage gilt nicht immer. Wenn die Migrantinnen und Migranten das Gesundheitssystem nutzen, kann es daher zu erheblichen Kommunikationsstörungen kommen.⁸

Es gibt nur wenige verlässliche bevölkerungsbezogene Daten zur Gesundheitssituation von Migrantinnen und Migranten. Ein bedeutendes Ergebnis: Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention werden von bestimmten Gruppen der Migrantinnen und Migranten deutlich weniger in Anspruch genommen.⁹ Dies gilt für die medizinische Gesundheit wie etwa den Besuch einer Frauenarztpraxis ebenso wie für psychosoziale Angebote – etwa Schwangerschafts- und Sexualberatungsstellen. Mögliche Ursachen gibt es viele. Beispiele:

- fehlende Informationen
- rechtliche und institutionelle Barrieren
- sozialräumliche, biografische, geschlechtsspezifische und soziale Bedingungen¹⁰

Auch migrationsbezogene qualitative Studien haben nur eine geringe Aussagekraft bezüglich möglicher Ursachen. Erstmalig konnten bevölkerungsweite Daten zum Migrationshintergrund durch das Mikrozensusgesetz 2005 erhoben werden.¹¹ So kommt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) in einer vergleichenden Sekundäranalyse¹² zu dem Ergebnis: Frauen mit türkischem

6 WITTIG, MERBACH, BRÄHLER (2007)

7 ZEEB, RAZUM (2006)

8 GEIGER, RAZUM (2006)

9 ARBEITSKREIS „MIGRATION UND ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT“ (2006)

10 GRIEGER (2007)

11 Mikrozensusgesetz – MZG (2005)

12 BMFSFJ (2008)

Migrationshintergrund sind stärker mit Krankheiten belastet und nutzen daher auch stärker medizinische und psychosoziale Versorgungseinrichtungen.¹³

2.2.1 Unkenntnis

Einwanderinnen und Einwanderer finden nur schwer Zugang zu den für sie wichtigen Informationen zum Thema Gesundheit. Dazu tragen Faktoren bei wie mangelndes Wissen über das deutsche Gesellschafts- und Gesundheitssystem, mangelnde Sprachkenntnisse und zum Teil mangelnde Erfahrungen auch im Herkunftsland. Zusätzlich erschweren kulturspezifische Besonderheiten das Verständnis. Oft erschließt sich für Frauen und Männer mit Migrationshintergrund der Nutzen von Informationen nicht. So ist zum Beispiel nicht automatisch klar, warum Sexualaufklärung von Jugendlichen sinnvoll ist.

2.2.2 Rechtliche Barrieren

Verschiedene Migrantengruppen haben aufgrund ihres rechtlichen Status nur eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Prinzipiell besteht zwar der gleiche Anspruch auf Krankenbehandlung wie für Deutsche. Trotzdem gelten erhebliche Einschränkungen, insbesondere für Asylsuchende und geduldete ausländische Staatsangehörige, für „Migrantinnen und Migranten ohne Papiere“ sowie für Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus und solche, die nicht sozialversichert sind.¹⁴

2.2.3 Institutionelle Bedingungen und Ressentiments

Migrantinnen und Migranten nutzen pädagogische und psychosoziale Angebote der Gesundheitsförderung seltener als die deutsche Bevölkerung. Sie wenden sich jedoch häufiger an Notfallambulanzen und Einrichtungen der Reproduktionsmedizin. Mögliche Ursachen dafür findet man auf beiden Seiten: Mitunter fehlt es in deutschen Einrichtungen an Kenntnissen und Erfahrung im Umgang mit hilfebedürftigen Migrantinnen und Migranten oder es fehlen Übersetzungsangebote. Auf der anderen Seite mag es eine Rolle spielen, dass psychosoziale Angebote gering geschätzt werden. Psychische Probleme werden in der Regel als innerfamiliäre Angelegenheiten angesehen, die intern zu lösen sind. Dies ist für türkische, vietnamesische und polnische Migrantenfamilien belegt.¹⁵

13 BMFSFJ (2008), S. 28, 44

14 GRIEGER (2007)

15 WITTIG, MERBACH, BRÄHLER (2007)

2.2.4 Sozialräumliche Bedingungen

Obwohl es auch bei ihnen eine deutliche Tendenz zur Pluralisierung der Lebensformen gibt: Menschen mit nicht deutscher Herkunft orientieren sich stärker als die bundesdeutsche Bevölkerung an der traditionellen Lebensform der Familie mit Kindern. Diese Familien sind kinderreicher als deutsche Familien. Jedes dritte Kind unter fünf Jahren lebt in einer Familie mit Migrationshintergrund.¹⁶

So wachsen Kinder und Jugendliche zu einem erheblichen Teil in Migrationsfamilien und dort überproportional in den „benachteiligten Stadtteilen“ industrieller Ballungszentren auf. Dies bestätigt die Sonderauswertung des Mikrozensus „Geschlecht und Migration“ des BMFSFJ aus dem Jahr 2007. 80 %, also die große Mehrheit der Menschen mit Migrationshintergrund, leben in Städten mit über 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.¹⁷

Neben einem sicheren Arbeitsplatz sind Wohnort und Wohnqualität maßgeblich für eine gelingende Migration. In den benachteiligten Stadtteilen haben sich jedoch zu Beginn der Migration ethnische Communitys gebildet und verfestigt. Ein kleinerer Teil der eingewanderten Familien lebt dort in einer ethnisch oder migrationsbestimmten Subkultur.¹⁸

Kleinere Städte und Gemeinden nehmen in ihren Angeboten deutlich weniger Rücksicht auf migrationsbedingte Sensibilitäten. Viele Migrantinnen sind nicht berufstätig und an Haushalt und Familie gebunden – auch dieser sozialräumliche Aspekt hat Einfluss auf Sprachkenntnisse und Erreichbarkeit.

2.2.5 Biografische Aspekte

Durch Migration entstehen biografische Brüche, die von jeder Einwanderungsgeneration unterschiedlich erlebt und verarbeitet werden. Die Bedingungen und Anforderungen des Aufnahmelandes stoßen auf Werte und Normen, die von Elternhaus und Familie vermittelt wurden – zum Beispiel bei Themen wie Sexualität, Geschlechterrollen und Verhütung. Vermutlich entstehen aus dieser Kollision psychische Gesundheitsbelastungen, die jedoch bisher selten auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen bezogen untersucht wurden.¹⁹

16 BMFSFJ Auswertung des Mikrozensus (2007)/STATISTISCHES BUNDESAMT (2009)

17 BMFSFJ Auswertung des Mikrozensus (2007)/STATISTISCHES BUNDESAMT (2009), S. 156

18 BOOS-NÜNNING (2007)

19 ZEEB, RAZUM (2006)

Darüber hinaus geben Studien deutliche Hinweise darauf, dass sich Migrantinnen und Migranten häufig stark an Traditionen gebunden fühlen – selbst wenn sich diese im Herkunftsland bereits verändern oder auflösen. Eine solche Orientierung steht selbstständigen Entscheidungen entgegen und führt dazu, dass Einwanderinnen und Einwanderer medizinische und soziale Hilfen häufig nicht angemessen nutzen.

2.2.6 Geschlechtsspezifische Aspekte

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind bei fast allen Punkten zu beobachten. Diese Unterschiede sind wiederum in den Migrationsgruppen verschieden verteilt.²⁰ Frauen und Männer machen in der Migration unterschiedliche Erfahrungen. Dadurch können beide jeweils spezifische Verhaltensmuster entwickeln, die sich wiederum auf ihre neue Lebenssituation auswirken können. Besonders Frauen türkischer Herkunft berichten Studien zufolge über massive körperliche und psychosomatische Beschwerden²¹, Isolation in der Gesellschaft, fehlende soziale Unterstützung, Heimweh und Sorge um die Familie und den Arbeitsplatz.

Auffällige Unterschiede gibt es, wenn man das Einkommen von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund vergleicht. 67 % der Frauen mit Migrationshintergrund verdienen weniger als 1.100 Euro – gegenüber 54 % der Frauen ohne Migrationshintergrund. Selbst wenn Bildung oder Schichtzugehörigkeit der Migrantinnen dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung entsprechen, sind Einkommen und Verdienstmöglichkeiten geringer. Insbesondere Alleinerziehende mit Migrationshintergrund sind benachteiligt: Sie verdienen nicht nur weniger, auch ihr Bildungs- und ihr Berufsniveau sind niedriger.

2.2.7 Soziale Benachteiligung

Menschen mit Migrationshintergrund und geringen Bildungschancen sind eine besondere Herausforderung für die Gesundheitsförderung. Sie beziehen deutlich häufiger Sozialhilfe und ALG I und II als Menschen ohne Einwanderungsgeschichte. Wer Arbeit hat, bewegt sich häufig im unteren Segment des Arbeitsmarktes. Der niedrige soziale Status vererbt sich; das beweist der überproportional hohe Anteil von Lernenden mit Migrationshintergrund in den Hauptschulen. Auch die Schule oder eine Ausbildung kann die soziale Benachteiligung häufig nicht ausgleichen, vielmehr verfestigen niedrigere Schul- und Berufsabschlüsse die Distanz zur Aufnahmegesellschaft noch.²²

20 BMFSFJ Auswertung des Mikrozensus (2007)/STATISTISCHES BUNDESAMT (2009)

21 GRIEGER (2007)

22 BMFSFJ Auswertung des Mikrozensus (2007)/STATISTISCHES BUNDESAMT (2009)

Wer sozial benachteiligt wird, fühlt sich der neuen Kultur des Aufnahmelandes meist weniger verbunden, besinnt sich eher auf Traditionen und lehnt westliche gesellschaftliche Entwicklungen wie eine aufklärende Sexualerziehung eher ab. Gerade die dritte Generation der Einwanderinnen und Einwanderer scheint sich wieder stärker auf Traditionen des Herkunftslandes zu besinnen. Das lässt zumindest die verstärkte Heiratsmigration vermuten: Junge Leute, die in dritter Generation in Deutschland leben, heiraten einen Partner oder eine Partnerin aus dem Herkunftsland, der erst für diese Hochzeit einwandert.

Auch die aktuelle Studie „Muslimisches Leben in Deutschland“ stellt Defizite bei der strukturellen Integration fest, vor allem bei Schulabschluss und Erwerbstätigkeit. Türkische Migrantinnen und Migranten schneiden bei der Schulbildung deutlich schlechter ab als Migrantinnen und Migranten aus anderen muslimischen Ländern, aus südeuropäischen Anwerbeländern und als Aussiedlerinnen und Aussiedler.²³

Welches Leben Einwanderinnen und Einwanderer in Deutschland führen, hängt vor allem von ihrem Sozialstatus ab – darauf deutet vieles hin.²⁴ Der aktuelle 13. Kinder- und Jugendbericht etwa verweist deutlich darauf, dass die soziale Lage von Migrantinnen und Migranten für ihre gesundheitliche Situation ausschlaggebender ist als der Migrationshintergrund. Es gibt demnach kaum mehr Anhaltspunkte dafür, gesundheitliche Belastungen von Heranwachsenden mit Migrationshintergrund aus der zweiten und dritten Generation ausschließlich durch die ethnische oder kulturelle Brille zu betrachten.²⁵ Dennoch werden in Diskussionen zu diesem Thema häufig die Aspekte Migrationshintergrund und Staatsangehörigkeit zu stark gewichtet und die soziale Lage zu wenig berücksichtigt.

23 Vgl. BmI (2009)

24 GÜLTEKIN (2005)

25 BMFSFJ (2009), S. 235

Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung

3.1 Migrationsrelevante Themen und Befunde

Was für die Gesundheitsförderung allgemein zu beobachten ist, gilt besonders für Sexualaufklärung und Familienplanung: Kulturelle und religiöse Traditionen können dafür verantwortlich sein, dass sich Menschen mit Migrationshintergrund in puncto Sexualität, Fruchtbarkeit, Ehe und Familie unterschiedlich verhalten. Bedeutsam sind besonders Unterschiede in folgenden Punkten:

- Rollenverhalten der Geschlechter
- Kommunikation über Sexualität
- das Wissen über Sexualität und das Körpergeschehen
- die Bewertung und Bedeutung von Sexualität, Ehe und Familie sowie die Bedeutung von Sexualnormen und religiösen Werten¹

1 SALMAN (2003)

Teilweise gibt es erhebliche Barrieren und Hürden für ein gesundheitsgerechtes Verhalten. Nicht nur Traditionen sind dafür verantwortlich, sondern auch eine andere Sozialisation und andere Rahmenbedingungen zum Beispiel im Gesundheitswesen der Herkunftsländer.

Wie bereits begründet werden wir uns aufgrund der Forschungslage hauptsächlich auf Menschen mit türkischem Migrationshintergrund konzentrieren. Innerhalb dieser Migrationsgruppe gibt es wichtige Differenzierungen. So sind beispielsweise nicht alle Türkinnen und Türken streng muslimisch. Mit den folgenden Beschreibungen können wir uns verschiedenen Gruppen nur annähern. Falls es auch für andere Bevölkerungsgruppen Handlungsbedarf gibt, wird darauf je nach Forschungsstand und fachlicher Notwendigkeit bei den entsprechenden Themen eingegangen.

3.1.1 Sexuelle Gesundheit von Frauen und Mädchen

Frauen und Mädchen sind mitunter doppelt benachteiligt – aufgrund ihrer Herkunft und durch ihr Geschlecht. Daraus ergeben sich spezifische Gesundheitsbelastungen:

- Viele Frauen wurden so erzogen und sozialisiert, dass sie in ihrer Sexualität auf Schamgrenzen stoßen. Dadurch sind sie darin begrenzt,² selbstbestimmt und verantwortlich Sexualität zu leben.
- Gerade Frauen mit türkischem Migrationshintergrund sind z. B. von Zwangsverheiratung, arrangierter Ehe, häuslicher oder sexueller Gewalt betroffen, Frauen aus dem afrikanischen und arabischen Kulturkreis zudem von genitaler Verstümmelung.³
- Traditionelle Werte wie Ehre, Scham und Jungfräulichkeit haben häufig gerade in der Migration herausragende Bedeutung: Wer diese Werte hochhält, erfährt Anerkennung in der Gemeinschaft. Um diese Werte aufrechtzuerhalten, werden Gespräche über Sexualität häufig vermieden und auch unter älteren Frauen tabuisiert. Die Folge: gesundheitsrelevante Basisinformationen fehlen. Diese Unwissenheit gilt positiv als Zeichen von Ehre und moralischer Reinheit. Erst mit der Ehe erhalten viele Frauen durch den Ehepartner oder andere Familienangehörige Informationen über Sexualität und diesbezügliche Körpervorgänge.⁴

2 GRIEGER (2007)

3 Eine notwendige stärkere Differenzierung nach Migrantinnengruppen, auf die etwa BOOS-NÜNNING, KARAKASOGLU (2007) hinweisen, kann im Rahmen dieses Konzeptes nicht geleistet werden.

4 BORDE (2001)

Die Zwischenergebnisse der Städte-Studie „frauen leben – Familienplanung und Migration“ zeigen einen unerwartet hohen Anteil von Schwangerschaftsabbrüchen bei türkischen Frauen und Frauen aus Ost-/Südosteuropa (19,7 % und 24,2 %). Den Interviews der Studie zufolge gab es kaum eine Abwägung der Abbrüche. Offenbar spielt auch weniger das Alter der Frauen, sondern vielmehr der Zeitpunkt der Migration für den Schwangerschaftsabbruch eine große Rolle. 4 % der türkischen Frauen und 48 % der ost-/südosteuropäischen Frauen brechen vor der Migration die Schwangerschaft ab. Hier sind die Endergebnisse 2010 abzuwarten, um das Thema Geburtenaufschub im Zusammenhang mit Migration näher zu erörtern und gegebenenfalls Präventionsbedarf zu ermitteln.

3.1.2 Geschlechtsidentität von Männern und Jungen

Die Erziehung in traditionellen, islamisch geprägten türkischen Familien führt bei Jungen dazu, dass sie eher keine gleichberechtigte Rollenverteilung anstreben. Bis zu ihrem Initiationsritus, der Beschneidung, ist in der Regel die Mutter für die Erziehung der Jungen verantwortlich. Bei der Erziehung der Jungen wird einerseits kaum Selbstständigkeit angestrebt, zugleich aber eine Vorrangstellung gegenüber weiblichen Familienmitgliedern betont. Nach der Beschneidung ist traditionell der Vater als Erzieher auch in sexuellen

Fragen verantwortlich. Fehlt der Vater, übernimmt häufig der ältere Bruder des Jugendlichen oder ein Onkel eine Informationsrolle. Erste sexuelle Erfahrungen sollen bereits vor der Ehe gemacht werden, allerdings nicht mit potenziellen Ehefrauen. Jungen und junge Männer sind dafür verantwortlich, über die sexuelle Moral der Familie zu wachen. Homosexualität ist stark tabuisiert und soll nicht selten durch Zwangsheirat „kuriert“ werden.⁵

In puncto Sexualität haben Jungen und Mädchen also unterschiedliche Rechte. Die Doppelmoral verfestigt sich.⁶

3.1.3 Geschlechterrollen und Aufgabenverteilung zwischen Mann und Frau

Die Migration kann in vielen türkischen Familien die Ungleichbehandlung zwischen den Geschlechtern noch verstärken: Jungen und Mädchen machen andere Erfah-

5 RAMPF (2007), BMFSFJ Zwangsverheiratung in Deutschland (2007)

6 BZgA Expertentagung (2008)

rungen und werden anders behandelt als im Heimatland.⁷ Jungen werden durch außerfamiliäre Aktivitäten stärker gefördert. Sie neigen dazu, die sexuelle Freizügigkeit der deutschen Gesellschaft zu nutzen, würden aber nur eine Frau der Herkunftsgesellschaft ohne sexuelle Erfahrung heiraten. Mädchen werden im Aufnahmeland eher stärker kontrolliert, behütet und zu Hausarbeit verpflichtet. Da die Jungfräulichkeit, Reinheit und Ehre eines Mädchens aus Sicht der Eltern und männlichen Familienmitglieder eine wichtige Rolle spielen, sind Töchter stärkeren Konflikten und zwangsläufigen Spannungen innerhalb der Familie, in der Schule und in der Gruppe der Gleichaltrigen ausgesetzt. Es sind jedoch die Söhne, die sich am stärksten diskriminiert fühlen und ein „ethnic revival“ erleben, ein Wiedererstarken von Ethnizität: Forschungsberichten zufolge orientieren sie sich stärker an als bindend erlebten Geschlechterrollen, fühlen sich am stärksten diskriminiert und von den gesellschaftlichen und elterlichen Erwartungen überfordert.⁸

3.1.4 Kommunikation über Sexualität im Elternhaus

Das Thema Sexualität wird in Familien mit Migrationshintergrund je nach Herkunftsgruppe sehr unterschiedlich behandelt. Insbesondere in traditionell muslimischen Familien gibt es kaum eine Sexualerziehung in Form eines aufklärenden Gespräches.⁹

In diesen traditionell orientierten türkischen Familien ist es eher unüblich, dass die Kinder durch die Eltern aufgeklärt werden. Nur 41 % der Mädchen und 33 % der Jungen geben an, dass in der Familie über Sexualität und Partnerschaft gesprochen wird. Bei Jugendlichen aus den EU-Ländern ist dies eher der Fall als bei Jungen und Mädchen

türkischer Herkunft oder Jugendlichen aus Osteuropa. Über Verhütungsmöglichkeiten werden nur 50 % der Mädchen und 37 % der Jungen in traditionellen muslimischen Familien informiert.

Ursache dafür sind einerseits Scham und Respekt der Jüngeren gegenüber den Älteren und andererseits Furcht der Eltern vor Autoritätsverlust. Dadurch erklärt sich, dass die Mehrheit der Eltern nichts über die sexuellen Aktivitäten ihrer Kinder weiß – für muslimische Eltern scheint dies noch stärker zu gelten als für Eltern anderer Glaubensrichtungen.¹⁰ Obwohl Frauen generell als Ansprechpartnerinnen und

7 WIAD (2000)

8 BMFSFJ (2000)

9 SALMAN (2003)

10 BZgA (2006c). Die neue Jugendsexualitätsstudie liegt ab Oktober 2010 vor. Die Ergebnisse werden in der nächsten Auflage berücksichtigt.

Vertrauenspersonen in Gesundheitsfragen gelten, spielt die Mutter in traditionellen muslimischen Familien in diesen Fragen nur eine untergeordnete Rolle.

Höhere Bildung erhöht die Chance für ein Gespräch. Ein eindeutiger Zusammenhang besteht zwischen Religionszugehörigkeit und Bildungsniveau. Bei den türkischstämmigen Jugendlichen spielt zusätzlich noch der Geburtsort eine Rolle: Wenn sie in Deutschland geboren wurden, ist die Chance höher, durch die Eltern aufgeklärt zu werden.¹¹

3.1.5 Schulische Sexualerziehung

In jedem deutschen Bundesland gehört Sexualkunde schon ab der Grundschule zum Lehrplan. Die multikulturelle Zusammensetzung des Klassenverbandes ist dabei kein explizites Thema. Die schulische Sexualerziehung erreicht einen großen Teil aller Jugendlichen: Vier von fünf befragten ausländischen Jugendlichen geben an, in der Schule Sexualkunde gehabt zu haben. Wenn sie in Deutschland geboren sind oder ein deutsches Elternteil haben, erhöht sich die Teilnahme an schulischer Sexualerziehung. Dagegen haben Mädchen mit türkischem Migrationshintergrund, die nicht in Deutschland geboren wurden, mit nur 59 % besonders selten an der Sexualaufklärung teilgenommen.¹²

Während sich bei deutschen Eltern insbesondere die Mütter um die schulischen Belange ihrer Kinder kümmern, fühlen sich in türkischen Familien für die Aufklärung traditionell eher die Männer verantwortlich, die sich in Moscheengemeinden engagieren und daher traditionelle Werte weitergeben möchten.¹³ Schulische Aufklärung wird demzufolge eher abgelehnt. Versuche, die Kinder gerichtlich vom (Sexualkunde-)Unterricht freistellen zu lassen, werden jedoch mit Verweis auf die Schulpflicht abgelehnt.¹⁴

3.1.6 Aufklärungs- und Vertrauenspersonen

Wenn es um Sexualaufklärung geht, ist für deutsche Jugendliche in erster Linie die Mutter die Person ihres Vertrauens, mit zunehmendem Alter spielen dann Medien und Peergroups eine wichtige Rolle. Bei jugendlichen Migrantinnen und Migranten übernehmen meist gleichgeschlechtliche Bezugspersonen diese Funktion – etwa Geschwis-

11 Ebd.

12 Ebd.

13 STIFTUNG ZENTRUM FÜR TÜRKEISTUDIEN (2005)

14 VERWALTUNGSGERICHT HAMBURG (2003)

ter, bester Freund/beste Freundin oder Partner/Partnerin. In der Sinus-Milieu-Studie von 2009¹⁵ geben die befragten Jugendlichen mit jeweils unterschiedlichen Migrationshintergründen zu 45 % die Mutter und zu 25 % den Vater als Informationsquelle an.¹⁶ Bei muslimischen Mädchen hat die Mutter als Gesprächspartnerin zu diesem Thema die geringste Bedeutung – das Thema Sexualität gilt zwischen ihnen als tabu.¹⁷ Falls vorhanden, übernimmt meist die ältere Schwester eine wichtige Aufklärungsfunktion. Haben Jugendliche eine feste Beziehung, so ist der Partner/die Partnerin für ein Drittel der Jungen und Mädchen Vertrauensperson in sexuellen Fragen.

Türkische Jugendliche haben jedoch seltener als Jugendliche anderer Nationen eine Vertrauensperson. Diese Tendenz verstärkt sich bei geringer Bildung, Geburt im Heimatland und religiöser Bindung. Umso wichtiger für diese Gruppe sind deswegen sowohl die Schule als auch Medien wie Jugendzeitschriften, Fernsehen und Aufklärungsbroschüren.¹⁸ Der Frauenarzt/die Frauenärztin spielt vor der Ehe noch keine Rolle, obwohl er oder sie hoch akzeptiert ist. Mädchen und junge Frauen türkischer Herkunft besuchen am seltensten eine gynäkologische Praxis.¹⁹

3.1.7 Erste sexuelle Erfahrung und Sexualverhalten

Unter den Jugendlichen mit Migrationshintergrund zwischen 14 und 17 Jahren hatten 26 % der Mädchen und 44 % der Jungen bereits Geschlechtsverkehr. Dabei hatten türkische Mädchen weitaus seltener sexuelle Kontakte als Mädchen anderer Herkunft. Grund für diese sexuelle Zurückhaltung: Ihnen fehlt der richtige Partner, sie haben Angst, dass die Eltern davon erfahren könnten, oder sie wollen mit dem Geschlechtsverkehr bis zur Ehe warten.²⁰

Nach Schätzungen aus der sexualpädagogischen Praxis heiraten 70 % der Mädchen aus türkischen und arabischen Kulturkreisen ohne vorehelichen Geschlechtsverkehr.²¹

15 SINUS SOCIOVISION (2009)

16 Die Sinus-Milieus® verbinden demografische Eigenschaften wie Bildung, Beruf oder Einkommen mit den realen Lebenswelten der Menschen, d. h. mit ihrer Alltagswelt, ihren unterschiedlichen Lebensauffassungen und Lebensweisen. Welche grundlegenden Werte sind von Bedeutung? Wie sehen die Einstellungen zu Arbeit, Familie, Freizeit, Geld oder Konsum aus? Dadurch wird der Mensch ganzheitlich wahrgenommen, im Bezugssystem all dessen, was für sein Leben Bedeutung hat. Die Sinus-Milieus® sind als wissenschaftlich fundiertes Modell etabliert.

17 GRIEGER (2007)

18 BZgA (2006c). Die neue Jugendsexualitätsstudie liegt ab Oktober 2010 vor. Die Ergebnisse werden in der nächsten Auflage berücksichtigt.

19 BOOS-NÜNNING, KARAKASOGLU (2004)

20 BZgA (2006c). Die neue Jugendsexualitätsstudie liegt ab Oktober 2010 vor. Die Ergebnisse werden in der nächsten Auflage berücksichtigt.

21 AKTAS (2007)

3.1.8 Kontrazeptionsverhalten

Auch im Verhütungsverhalten gibt es deutliche kulturelle Unterschiede:

- Hier aufgewachsene deutsche Jugendliche, Männer und Frauen verhüten in erster Linie mit Pille und Kondom. Dagegen wird besonders in islamischen Ländern der „Coitus interruptus“, der unterbrochene Geschlechtsverkehr, als sicher erachtet und sehr häufig angewandt.²² Aus der gynäkologischen Praxis ist bekannt: Insbesondere türkische Frauen, die mit dieser Methode zu verhüten versuchen, werden häufig ungewollt schwanger und brechen Schwangerschaften ab. Die „Pille danach“ ist Frauen mit türkischem Migrationshintergrund kaum bekannt und wird dementsprechend selten genutzt.²³ Aus Angst vor Unfruchtbarkeit lehnen viele Frauen Pille und Spirale ab. Die Verhütung mit Kondom ist ebenfalls wenig verbreitet. Das liegt zum einen am patriarchalischen Männlichkeitsbild, das männliche Verhütung als unvereinbar mit der sexuellen Potenz und Fruchtbarkeit des Mannes ansieht, und zum anderen an der vermeintlichen Zuständigkeit der Frau für die Familienplanung.
- Die Zwischenergebnisse der Studie „frauen leben“ der BZgA zeigen: Frauen mit türkischem und ost-/südosteuropäischem Migrationshintergrund verhüten anders als deutsche Frauen. Bei deutschen Frauen ist die Pille am beliebtesten (58 %), türkische Frauen nutzen sie zu 33 % und ost-/südosteuropäischen Frauen zu 41 %. Kondome und Spirale werden dagegen von Frauen mit Migrationshintergrund häufiger genutzt.²⁴
- Für Frauen aus Osteuropa ist ein Schwangerschaftsabbruch eine übliche und häufig genutzte Methode der Schwangerschaftsverhütung. Das zeigen Erfahrungen aus der sexualpädagogischen Beratungsarbeit und den Frauenarztpraxen.²⁵ Dieses Ergebnis wird durch die Studie „frauen leben“ bestätigt. Demnach brechen auch türkische Frauen deutlich häufiger als deutsche ihre Schwangerschaft ab.²⁶

22 Eine Lehranweisung (Fatwa), die 100 islamische Schriftgelehrte auf den Philippinen verfasst haben, besagt, dass entgegen weit verbreiteter Vorurteile Familienplanung mit dem islamischen Glauben vereinbar ist. Es gebe eine jahrhundertealte Tradition von Familienplanung in der muslimischen Welt, der Koran selbst empfehle den Coitus interruptus zur Empfängnisverhütung. Die meisten Gelehrten lehnen allerdings irreversible Methoden der Empfängnisverhütung ab. In Ländern wie dem Iran, der Türkei oder Tunesien ist die Sterilisation allerdings erlaubt. Eine Abtreibung ist nach islamischem Verständnis kein Mittel der Familienplanung, es sei denn, das Leben der Mutter ist in Gefahr. Ein liberaleres Abtreibungsrecht, das sich nicht nur nach der Auslegung des Korans richtet, gilt in Ländern der ehemaligen Sowjetunion wie Aserbaidschan, Kirgisien, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan sowie in Albanien, Tunesien und der Türkei, DEMOS (2004)

23 YÜKSEL (2005)

24 Kondom: 22,4 %, 26,2 %, 21,8 %; Spirale: 22,9 %, 26,2 %, 11,9 %

25 DAVID (o. J.)

26 BZgA frauen leben (2008)

- Jugendliche mit Migrationshintergrund verhüten beim ersten Geschlechtsverkehr im Vergleich zu deutschen Jugendlichen wesentlich schlechter: Jeder dritte Junge (34 %) und jedes fünfte Mädchen (19 %) haben beim ersten Mal gar nicht verhütet. Sowohl Kondom als auch Pille werden seltener benutzt.²⁷ Unter den deutschen Jugendlichen ist der Anteil der Leichtsinnigen nur halb so hoch.

3.1.9 Wissen und Wissensvermittlung über körperliche Vorgänge, Sexualität und Verhütung

Menschen mit Migrationshintergrund in allen Altersgruppen wissen über körperliche Vorgänge weniger gut Bescheid als Deutsche. Besonders bei niedrigem Bildungsniveau bestehen geringe Kenntnisse über den weiblichen Körper und den weiblichen Zyklus. Einfluss auf den Grad des Wissens haben Herkunft, Schicht, Berufsstatus, Sprachkenntnisse und Alphabetisierungsgrad. Junge Migrantinnen der zweiten Generation sind deutlich besser informiert als die erste Generation und als Ehefrauen, die für eine Heirat eingewandert sind.²⁸

Häufig wenden sich Migrantinnen bei Fragen zum eigenen Körper und zu sexuellen Vorgängen an den Partner oder Ehemann.²⁹ Für viele erwachsene Migrantinnen ist im Unterschied zu den Jugendlichen zudem der Arzt/die Ärztin eine wichtige Informationsquelle für Fragen zur Sexualität.³⁰

Die Sekundäranalyse „Gesundheit – Gewalt – Migration“ des BMFSFJ³¹ bestätigt diese Angaben und differenziert zwischen deutschen Frauen, türkischen Frauen und jenen aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion. Dieser Studie zufolge gibt es kaum Unterschiede zwischen diesen Frauengruppen bei gynäkologischen Eingriffen sowie Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt. In der Selbsteinschätzung geben türkische Frauen allerdings deutlich häufiger körperliche Beschwerden im gynäkologischen Bereich an, deren Ursache nicht näher erläutert werden kann. Die Autorinnen der Sekundäranalyse weisen darauf hin, dass die Studien einander teilweise widersprechen. Ebenso sei eine weitere Verobjektivierung der Daten nötig, um eine bessere Repräsentativität zu erreichen.

27 BZgA (2006c). Die neue Jugendsexualitätsstudie liegt ab Oktober 2010 vor. Die Ergebnisse werden in der nächsten Auflage berücksichtigt.

28 BORDE (2000)

29 BORDE (2001); BZgA (2006c). Die neue Jugendsexualitätsstudie liegt ab Oktober 2010 vor. Die Ergebnisse werden in der nächsten Auflage berücksichtigt.

30 BORDE (2001)

31 BMFSFJ (2008)

3.1.10 Schwangerschaft und Geburt

In vielen Herkunftsländern von Migrantinnen und Migranten hat die Mutterschaft hohe Bedeutung. Daher kann der Kinderwunsch bei Migrantinnen oft sehr stark ausgeprägt sein. Mittel, die zur Schwangerschaft führen, sind höher akzeptiert – etwa die Reproduktionsmedizin. Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit sind bei Schwangerschaft und Geburt durchschnittlich jünger und nehmen auch im jüngeren Alter eine Kinderwunschbehandlung in Anspruch. Dagegen werden schwangerschaftsbegleitende Angebote wie Geburtsvorbereitungskurse weniger wahrgenommen.³²

3.1.11 Bedeutung von Virginität, Sexualität, Ehe und Familie

In Deutschland haben die Einführung der Antibabypille und die emanzipatorische Frauenbewegung dazu beigetragen, dass eine Trennung zwischen Sexualität und Fortpflanzung akzeptiert wird. In den Herkunftsländern der Migrantinnen dagegen, besonders in islamisch geprägten Kulturen, ist Sexualität eng mit Ehe und Fortpflanzung verknüpft. Jungfräulichkeit und Monogamie haben einen hohen Stellenwert. Es gilt als selbstverständlich, dass Frauen keinen Geschlechtsverkehr vor der Ehe haben.

Dabei gibt es große Unterschiede zwischen den Herkunftsländern: Bosnische Musliminnen stimmen deutlich häufiger (45 %) dem vorehelichen Geschlechtsverkehr zu als türkische Musliminnen (21 %).³³ Auch für die Mehrheit der Mädchen mit italienischem, griechischem, jugoslawischem Hintergrund und für Mädchen aus Aussiedlerfamilien ist Jungfräulichkeit bis zur Ehe nicht zwingend.

Dagegen sehen es 60 % der Türcinnen als notwendige moslemische Moralvorstellung, als Jungfrau in die Ehe zu gehen.³⁴ Eine nicht eheliche Partnerschaft kommt für Jugendliche mit türkischem Hintergrund nicht infrage.

Dennoch gibt es einen Unterschied zwischen den Sexualnormen und dem tatsächlichen Verhalten. Viele türkische Frauen entgehen dem Dilemma, indem sie auf andere Sexualpraktiken wie Analverkehr ausweichen oder ihr Hymen reparieren lassen. Nach Angaben von Schwangerschaftsberatungsstellen haben sich 10 % der jungen Frauen das Jungfernhäutchen operativ wiederherstellen lassen. 20 % gehen nicht jungfräulich in die Ehe, darunter viele Frauen, die Geschlechtsverkehr mit ihrem späteren Ehemann hatten.³⁵

32 BMFSFJ (2000)

33 BMFSFJ (2004); BOOS-NÜNNING, KARAKASOGLU (2007)

34 BMFSFJ (2004); s. a. BOOS-NÜNNING, KARAKASOGLU (2007)

35 AKTAS (2000)

Auch die Familienbildung läuft unter Menschen türkischer Herkunft anders. Die meisten Deutschen wünschen sich erst eine Berufsausbildung und materielle Sicherheit, bevor sie eine Familie gründen. Dagegen setzt man in der türkischen Gesellschaft bei der Zukunftssicherung stärker auf die nachfolgende Generation. In Deutschland gibt es im Ideal die Reihenfolge: romantische Liebe, Partnerschaft/Ehe, ökonomische Sicherheit und dann erst Kinder. Im traditionellen türkischen Modell entsteht Liebe erst infolge der Familiengründung: Erst Ehe, dann Kinder, dann Liebe, an vierter Stelle ergibt sich – durch die Kinder – ökonomische Sicherheit.³⁶ Diese Unterschiede haben Auswirkungen auf die Familienplanung, die Bedeutung von Kindern in der Familie und die Sexualität. Familienprobleme werden weitgehend ohne externe Hilfe geklärt.³⁷

Grundsätzlich sind Frauen mit türkischem und ost-/südosteuropäischem Migrationshintergrund eher verheiratet als deutsche Frauen, türkische Frauen deutlich häufiger als die Frauen der anderen befragten Migrationsgruppen.³⁸

3.1.12 Bedeutung der Religion

Religion in der säkularen Welt hat dort ihre besondere Berechtigung, wo sie sinnstiftend und integrationsfördernd wirkt, nicht eifernd oder fundamentalistisch.³⁹ So gesehen sind Migrantengemeinden „Übergangsräume mit Brückenfunktion“, in denen sich traditionelle Werte und Normvorstellungen des Herkunftslandes mit den Lebenswelten des Aufnahmelandes berühren.⁴⁰ Religion dient als Orientierungsgrundlage in der Fremde; sie führt nicht zwangsläufig zu Distanz zum Aufnahmeland oder zur Stabilisierung in der Migration. Wie Religion sich auswirkt, hängt davon ab, wie sie in der Familie praktiziert wird.⁴¹

In der ersten Generation türkischstämmiger Einwanderinnen und Einwanderer vermischten sich traditionelle, patriarchale und religiöse Werte und Normen in Fragen der Sexualerziehung. Daraus ergeben sich widersprüchliche Verhaltensnormen und unterschiedliche Maßstäbe für beide Geschlechter. Mädchen müssen ihre Ehre beschützen, also zum Beispiel jungfräulich bleiben und sich unterordnen. Dagegen wird Jungen ohne religiöse Einschränkungen sexueller Freiraum gewährt. Der Ursprung dieser sexuellen Doppelmoral ist im Patriarchat verankert und nicht im Islam; er ist also kultureller und nicht religiöser Natur.

36 BMFSFJ (2000)

37 GRIEGER (2007)

38 BZgA frauen leben (2008)

39 JANSEN, KEVAL (2007)

40 LEHMANN (2007)

41 CAGLIYAN (2006)

Viele türkische Frauen der jüngeren (dritten) Generation setzen sich inzwischen mit religiösen Werten und Normen auseinander und versuchen, einen individuellen, emanzipatorischen Weg einzuschlagen, um eine Gleichberechtigung der Geschlechter zu erreichen. Ein Großteil der Männer hält jedoch am traditionellen Frauenbild mit den damit verknüpften Erwartungen an die Frau fest. Der Bildungshintergrund spielt in dieser Auseinandersetzung eine wesentliche Rolle.⁴²

Einen weiteren Erkenntnisgewinn zur Rolle der Religion bietet die Sinus-Milieu-Studie, insbesondere die Sonderauswertung für Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren. Hier werden die Jugendlichen ungeachtet ihrer ethnischen Herkunft zu Milieus (Lebensstil- und Wertorientierungsgruppen) zusammengefasst. Es zeigt sich: Der Einfluss religiöser Traditionen wird oft überschätzt. Drei Viertel der Befragten zeigen eine starke Aversion gegenüber fundamentalistischen Einstellungen und Gruppierungen. 84 % sind der Meinung, Religion sei reine Privatsache. Allerdings gibt es ein religiös verwurzelt Milieu, das in der Befragung sehr konservative Einstellungen zeigt, beispielsweise bei den Themen Verhütung oder Gleichberechtigung.⁴³

3.2 Erreichbarkeit und Mediennutzung von Migrantinnen und Migranten

Medien haben gerade in der Migration vielfältige Funktionen: Sie helfen bei der Integration, sind gleichzeitig eine Brücke in die Heimat und geben eine Orientierung für die Balance zwischen den Kulturen. Wie sich die heterogene Gruppe der Migrantinnen und Migranten informiert, darüber gibt es einige wenige Anhaltspunkte. Studien zufolge nutzen Menschen türkischer Herkunft deutsch- und türkischsprachige Medien nebeneinander.⁴⁴ Das Fernsehen hat in türkischen Haushalten einen hohen Stellenwert, wobei die deutschen Sender RTL, ProSieben und SAT1 bevorzugt werden; bei Nachrichten werden jedoch türkische Programme präferiert. Insgesamt steigt das Interesse an TV- und Radioprogrammen, Zeitungen, Magazinen, Internetportalen und -community in der Sprache des Heimatlandes.

42 CAGLIYAN (2006), Fußnote gilt für den gesamten Abschnitt.

43 BZgA (2010)

44 Zeitschrift für Jugendschutz: Kind, Jugend und Gesellschaft, März 2005

Mit elektronischen Medien sind Jugendliche mit Migrationshintergrund im Durchschnitt besser ausgestattet als deutsche Jugendliche. Auch das Internet nutzen sie mehr.

Neben dem Migrationshintergrund haben der sozioökonomische Status, das Alter und das Geschlecht⁴⁵ sowie das Bildungsniveau der Eltern wichtigen Einfluss auf die Medienausstattung und -nutzung.

Vor allem der Bildungsgrad hat Einfluss darauf, wie die Jugendlichen die Medien nutzen. In Milieus mit niedrigerer Bildung gibt es weniger PCs und Internet. Wo diese Medien vorhanden sind, werden sie vor allem rezeptions- und konsumorientiert genutzt – also für Spiel- und Actionangebote. Die Motivation und die Fähigkeit, Internet und PC als Wissenslieferanten zu betrachten, sind eher gering. Die Ausstattung von Jugendlichen mit Handys ist insgesamt gut, Jugendliche mit Migrationshintergrund sind aber noch besser damit ausgestattet.

Bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund und niedrigem Bildungsmilieu gibt es Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Weibliche Jugendliche haben die schlechtesten Zugangschancen zu PC und Internet, obwohl sie ein ebenso starkes Interesse daran haben wie Jungen. Wenn sie einen Zugang zu diesen Medien finden, dann haben sie ihn sich in der Regel selbst erschlossen – entweder im Familienumfeld oder in Institutionen wie Schulen, Vereinen, Jugendeinrichtungen. Innerhalb ihrer Familie gelten die Jugendlichen oftmals als Expertinnen und Experten für die neuen Medien. Sie leisten als „Türöffner“ Hilfe im Umgang mit diesen Medien und beim Informationstransfer. Im Gegenzug werden in Bezug auf die neuen Medien hohe Bildungserwartungen von den Familien an die Jugendlichen gerichtet.⁴⁶

Um sich zum Thema Sexualität zu informieren, nutzen deutsche und ausländische Jugendliche in gleichem Maße Jugendzeitschriften und Aufklärungsbroschüren. 45 % der deutschen und 40 % der türkischen Jugendlichen kennen die sexualpädagogischen Materialien der BZgA, türkische Jungen, abhängig von der Schulbildung, nur zu etwa einem Drittel.⁴⁷

Die Sinus-Milieu-Studie bestätigt, dass Jugendliche zur Sexualaufklärung Jugendzeitschriften und deutsche Medien bevorzugen. Zwei Drittel möchten in deutscher

45 BONFADELLI, BUCHER (2006)

46 THEUNERT (2007)

47 BZgA (2006c). Die neue Jugendsexualitätsstudie liegt ab Oktober 2010 vor. Die Ergebnisse werden in der nächsten Auflage berücksichtigt.

Sprache informiert werden (Printbereich), und 90 % der Jugendlichen nutzen Printmedien in deutscher Sprache. Gleichzeitig machen die Ergebnisse deutlich, dass die Milieus „religiös verwurzelt“ und „entwurzelt“ andere Zugänge benötigen.

Mehr als die Hälfte der Jugendlichen mit Migrationshintergrund (54 %) informieren sich in der Schule. Hier bieten personalkommunikative Maßnahmen gute Ansatzmöglichkeiten, etwa Workshops, Mitmach-Aktionen, Wettbewerbe oder Gesprächsangebote. Gute Evaluationsergebnisse erzielte zum Beispiel „komm auf Tour“, ein Mitmachparcours der BZgA, der Berufs- und Lebensplanung miteinander verbindet. Nach Durchlauf des Parcours wissen mehr türkische Mädchen und Jungen, wie sie sich über Sexualität und Verhütung informieren können. Geschlechtsstereotype werden weniger vertreten, und türkische Mädchen interessieren sich mehr für einen Beruf.⁴⁸

3.3 Migrationssensible Sexualaufklärung und Familienplanung durch die BZgA

„Migrationssensibel“ umfasst die Begriffe kultursensibel, migrationspezifisch und diversity-verpflichtend. Die einzelnen Medien/Maßnahmen müssen daraufhin genau überprüft werden.

- Kultursensibel sind Maßnahmen oder Medien dann, wenn sie ausschließlich für eine klar beschriebene Zielgruppe mit engem kulturellem Bezug eingesetzt werden.
- Migrationspezifisch sind sie dann, wenn Menschen mit Migrationshintergrund nicht ausgeschlossen werden, zum Beispiel durch die Auswahl von Bildern oder durch die gewählte Sprache.
- Diversity-verpflichtend sind Maßnahmen und Medien, wenn Migrantinnen und Migranten einbezogen werden und positiv beteiligt sind.⁴⁹

48 Vgl. BZgA Evaluation „komm auf Tour“ (2009)

49 Vgl. BZgA, Protokoll des Workshops „Kultursensible Strategien bei Medien und Maßnahmen zur Familienplanung“, Köln 13. Februar 2008

3.3.1 Ziele

Traditionelle Geschlechterrollen und religiöse Vorstellungen können einer offenen, toleranten und emanzipatorischen Sexualaufklärung und Familienplanung entgegenstehen. Wenn Migrantinnen und Migranten die Angebote der Gesundheitsprävention nicht annehmen, kann das unter anderem liegen an

- negativen Einstellungen,
- teils sehr begrenzten Erfahrungen mit präventiven Angeboten,
- einem geringen Bildungsgrad und/oder
- geringer Sprachkompetenz.

Für die Sexualaufklärung sind dies Barrieren, aber auch Herausforderungen. Ziel ist es, kulturelle Besonderheiten bei der Ansprache von Migrantinnen und Migranten zu respektieren – im Rahmen des deutschen Rechts- und Wertesystems.⁵⁰

3.3.2 Grundlage: § 1 SchKG und der Ansatz der Gesundheitsförderung

Es kann Migrantinnen und Migranten nicht in jedem Fall ermöglicht werden, traditionelle Lebensweisen beizubehalten. Vieles ist mit den in Deutschland gesetzlich verankerten sexuellen und reproduktiven Rechten nicht in Einklang zu bringen oder widerspricht den Menschenrechten. Dazu zählen etwa arrangierte Ehen oder Zwangsehen, Ehrenmorde, Mitgiftverbrechen, genitale Beschneidung, Mädchen- und Frauenhandel oder die Diskriminierung homosexueller Frauen und Männer. Ziel ist also nicht nur, Verschiedenheit anzuerkennen. Migrantinnen und Migranten sollen auch in die Lage versetzt werden, sexuelle und reproduktive Rechte als Menschenrechte anzunehmen – sowohl in der Aufnahme- als auch in der Zuwanderergesellschaft.⁵¹

Migrationssensible Sexualaufklärung bedeutet nach diesem Verständnis: Die zugewanderte Bevölkerung soll in der demokratischen Gesellschaft zu selbstverantworteter Sexualität und Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern motiviert werden und sich konstruktiv mit den Normen der Aufnahmegesellschaft auseinandersetzen. Die BZgA folgt damit ihrem gesetzlichen Auftrag, Menschen zur Wahrnehmung ihrer reproduktiven Rechte zu befähigen – gemäß des mit den Bundesländern abgestimmten Rahmenkonzeptes zur Sexualaufklärung.

50 Dass es mitunter auch um eine intensivere, vorurteilsfreie Auseinandersetzung mit Werten wie der Virginität im Kontext sexualpädagogischer Arbeit geht, führen u. a. BOOS-NÜNNING, KARAKASOGLU (2007) aus.

51 KUNZ (2005)

Die Ziele sind also, die Belange aller Bevölkerungsgruppen angemessen und kulturspezifisch zu berücksichtigen und sie gleichberechtigt an den Möglichkeiten der Einwanderungsgesellschaft teilhaben zu lassen.

Was bedeutet das für die Gesundheitsförderung? Die gesund erhaltenden Faktoren und Widerstandsressourcen werden als Ausgangspunkt betrachtet und gestärkt. Damit wird Migration nicht als Problem, sondern als Herausforderung und Potenzial verstanden. „Diversity“⁵² meint einen veränderten Blick auf das Anderssein; es bedeutet Bereicherung, Ressource, Kompetenz. Es bedeutet auch, den Minderheiten und benachteiligten Zielgruppen den Zugang zu allen Ressourcen zu öffnen.

3.3.3 Handlungsfelder

Eine Analyse möglicher Handlungsfelder war bisher nur begrenzt möglich. Sie zeigt zum einen, dass es nicht unbedingt besondere Anlaufstellen für Migrantinnen und Migranten geben muss. Spezifische Angebote können in die vorhandenen integriert werden. Zum anderen weist vieles darauf hin, dass die sozialen Lebensbedingungen eine größere Rolle spielen als die Kultur des Herkunftslandes, wenn es um die Teilhabe an der Mehrheitsgesellschaft geht. Besondere Gruppen mit spezifischen Gesundheitsrisiken können derzeit noch nicht qualifiziert ausgemacht werden.

Allerdings sind migrationssensible Medien, Materialien und Fortbildungsangebote in der Sexualaufklärung und Familienplanung bereits vorhanden. Die Mehrheit der Menschen mit Migrationshintergrund wird durch sie genauso effektiv erreicht wie die deutsche Bevölkerung und würde sich durch eine eigene Ansprache zusätzlich diskriminiert fühlen.⁵³

3.3.3.1 Forschung

Die Datenlage hat sich gebessert: Inzwischen können einige Aussagen dazu getroffen werden, wie Menschen mit Migrationshintergrund Angebote zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit nutzen. Trotzdem fehlen an manchen Punkten differenziertere Zielgruppenanalysen zu Ursachen, Bedürfnissen, Ressourcen, Erreichbarkeit und Zugangswegen. Herwartz-Emden und Waburg fordern beispielsweise Forschungsvorhaben zu Mutterschaftskonzepten.⁵⁴ Studien, die hier detaillierte Einzelerkenntnisse liefern können, sind in der Regel mit einem aufwendigen Forschungsdesign ver-

52 GRIEGER (2007)

53 SIELERT (2005)

54 HERWARTZ-EMDEN, WABURG (2008)

bunden und wesentlich teurer als standardisierte Bevölkerungsumfragen.⁵⁵ Grundsätzlich müssen Menschen mit Migrationshintergrund aber stärker berücksichtigt werden – sowohl in Studien zu Sexualität und Familienplanung als auch in Evaluationen von Medien und Maßnahmen. Nur dann lassen sich Aussagen über Defizite, Ressourcen und Zugangswege machen. Mit der Sinus-Milieu-Studie und der Studie „frauen leben“ sind hier bereits erste Schritte unternommen worden.

3.3.3.2 Massenmediale Kommunikation

Gesundheits- und Sexualaufklärung erreicht nicht alle Menschen. Migrationsspezifische Barrieren schränken die Informationsmöglichkeiten ein, insbesondere für unverheiratete Mädchen. Zu den Barrieren gehören Sozialisation, Sprache, Bildung und Kultur.

Eine Chance, Migrantinnen und Migranten zu erreichen, bieten Vermittlungsinstanzen außerhalb der traditionellen patriarchalen Lebensweise wie Schule, Jugendzentren und Medien.

Einzelne Medien können dazu beitragen, Informationen begrenzt zu transportieren. Dazu müssen sie berücksichtigen, dass unterschiedliche Generationen und Geschlechter eine unterschiedliche Ansprache benötigen. Ziel ist es, die Eigenverantwortung für die eigene Sexualität zu stärken. Wichtige Themen und Inhalte sind also:

- Geschlechterrollen
- grundlegendes Wissen über den weiblichen und männlichen Körper, um die Zusammenhänge zwischen Fruchtbarkeit, Verhütung und Schwangerschaft zu verstehen
- eine sachliche Aufklärung über Verhütung und den Gebrauch von Verhütungsmitteln, um Schwangerschaftskonflikte und Abbrüche zu vermeiden

55 BZgA Expertentagung (2008)

Auch formal gibt es einige Erfordernisse: Medien für Menschen mit geringen Sprachkenntnissen sollten

- eine einfache Sprache sprechen,
- mit leicht verständlichen und soziokulturell akzeptablen Bildern reich illustriert sein,
- sich auf die wichtigsten Informationen beschränken,
- zumindest in den allgemeinen Gesundheitsinformationen zweisprachig sein. Informationen für Jugendliche sollten für Jungen und Mädchen unbedingt unterschiedlich aufbereitet sein.⁵⁶

3.3.3.3 Personale Kommunikation

Die personale Kommunikation ist dort gefragt, wo Massenmedien scheitern – entweder weil sie die Zielgruppen und/oder Lernziele nicht erreichen können oder weil die Zielgruppe sich nicht informieren will oder weil es Barrieren gibt, die Information verhindern. In diesen Fällen eignen sich aufsuchende und lebensraumbezogene Angebote zur Aufklärung sowie ressourcenorientierte Ansätze, die zum „Empowerment“ von Menschen beitragen – sie also dazu befähigen, eigene Potenziale zu nutzen und Selbstverantwortung zu tragen. Um die Menschen wirkungsvoll erreichen zu können, braucht es Schlüsselpersonen mit bikultureller Sozialisation in möglichst vielen Lebensbereichen und Institutionen wie Gynäkologie, Elternarbeit, Schulen, Kindertagesstätten, Ausbildung, Beratungsstellen, Krankenhäusern, Sportverbänden und Einrichtungen der Jugendhilfe. Peers sind gerade für Jugendliche die bevorzugten Ansprechpartnerinnen und -partner.

Insbesondere Einrichtungen, die Migrantinnen und Migranten überproportional nutzen – etwa Institutionen der Reproduktionsmedizin –, könnten weitergehende Information verbreiten. Durch die Schulpflicht erreicht die Schule fast alle Jugendlichen. Sie muss stärker in den Blickpunkt von Aufklärungsbemühungen rücken, denn die Schule schafft es, gerade die als schwierig bekannten Milieus anzusprechen. Das belegen die Evaluationsergebnisse zu „komm auf Tour“.

56 BZgA Expertentagung (2008)

3.3.3.4 Bildung und Qualifizierung

Es empfiehlt sich eine Qualifizierung von interkulturellen Teams über den Themenkomplex Sexualität/Verhütung/Partnerschaft und Migration. Die Fachdiskussion darüber, wie Regeldienste für solche interkulturellen Teams geöffnet werden sollten, ist allerdings noch nicht abgeschlossen.⁵⁷

In den Aus-, Fort- und Weiterbildungen zur Sexualaufklärung und Familienplanung braucht es spezielle Module und Curricula, die die Migrationssensibilität unterstützen.⁵⁸

3.3.3.5 Kooperation und Vernetzung

Besonders benachteiligte Migrantinnen und Migranten leben in der Regel in einem geschlossenen Familiensystem. Sie können durch personalkommunikative Angebote des Gesundheitssektors und des Bildungssystems erreicht werden.

Als Partnerinnen und Partner für Zusammenarbeit bieten sich unter anderen an:

- Kurse für Deutsch als Fremdsprache
- Migrationsdienste der Wohlfahrtsverbände
- Selbstorganisationen
- ethnomedizinische Zentren
- Integrationsräte
- Gesundheitszentren für Menschen mit Migrationshintergrund
- Sport-, Kultur- und religiöse Vereine
- Stiftungen und Agenturen (Ethnomarketing)
- Kultusministerien
- Migrationsbeauftragte der Länder, Integrationsbeauftragte des Bundes und das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge⁵⁹

Es sollten Kooperationspartnerinnen und -partner bevorzugt werden, die eine Öffnung tradierter Familiensysteme und eine direkte Vermittlung von selbstbestimmter Sexualität bejahen.

57 WITTIG, MERBACH, BRÄHLER (2007); BZgA Expertentagung (2008)

58 GRIEGER (2007)

59 BZgA Expertentagung (2008)

3.3.4 Zielgruppengerechtigkeit und nationale Aufklärungsstrategie

Mit den derzeit eingesetzten Medien und Methoden kann die Mehrheit der Migrantinnen und Migranten gut erreicht werden. Bedingung ist allerdings: Ihre spezifischen Lebenssituationen und Einstellungen müssen migrationssensibel aufbereitet werden. Das reicht von einer sensiblen Bebilderung über Mehrsprachigkeit bis zur Auseinandersetzung mit migrationspezifischen Themen wie zum Beispiel Virginität.⁶⁰

Darüber hinaus zeigt die Analyse, dass es erforderlich sein kann, bestimmte Zielgruppen zu ausgewählten Themen anzusprechen, wenn

- allgemeine Informationsquellen zu weit entfernt sind,
- der präventive Bedarf an Unterstützung hoch und
- ein Informationsweg möglich ist.

Massenmedien erreichen die Zielgruppe dabei oft nur begrenzt, weil viele Themen tabuisiert oder nicht zielgruppenspezifisch aufbereitet sind. Daher könnten zum Beispiel bildungsferne, stark in ihrer Herkunftskultur verankerte „Heiratsmigrantinnen“ mit personaler Kommunikation vor Ort eher zu erreichen sein.

60 GRIEGER (2007); BOOS-NÜNNING, KARAKASOGLU (2007)

Angebote unterschiedlicher Akteure

Beratungsstellen des Bundes und auf lokaler Ebene informieren über reproduktive und sexuelle Gesundheit. Zahlreiche Public-Health-Projekte beziehen sich auf das Thema Migration.⁶¹

Alle Bevölkerungsgruppen sollen einen gleichberechtigten Zugang zur gesundheitlichen Vorsorge, Beratung und Versorgung haben. Das ist das Ziel auf allen Ebenen in Bund, Ländern und Kommunen. Die Palette ist groß: Sie reicht von eigenen Angeboten für einzelne Zielgruppen bis hin zu Regelangeboten, in die die Belange von Zugewanderten integriert wurden.⁶²

Die personalen Angebote der Wohlfahrtsverbände und anderer Träger der Sexual- und Schwangerschaftsberatungsstellen haben sich in unterschiedlicher Weise Migrantinnen und Migranten geöffnet.⁶³ Muttersprachliche Angebote wurden insbesondere bei der Schwangerschaftsvorsorge erprobt.⁶⁴ Dass dieser Weg nicht für alle Gruppen richtig ist, zeigen erste Befragungen polnischer und vietnamesischer Migrantinnen: Sie gaben an, lieber von Deutschen beraten zu werden.⁶⁵ Welche bevölkerungsbezogenen Effekte die zahlreichen Projekte haben, wurde bisher nicht evaluiert.⁶⁶

Die wenig integrierten Migrantinnen und Migranten kennen das deutsche Gesundheitssystem nur wenig und werden von den Angeboten der Vorsorge, Beratung und Versorgung kaum erreicht. Sie zeigen jedoch auch eine geringe Bereitschaft, bei Problemen professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, also Beratungsstellen aufzusuchen: Mädchen mit Migrationshintergrund geben dies zu 60 bis 80 % an. Dies gilt trotz des hohen Bekanntheitsgrades von Beratungsstellen zu Schwangerschaft und Sexualität (über 50 %), Erziehung/Familie (je 61 %), Ehe- und Partnerschaft (60 %) und gegen sexuelle Gewalt (54 %). Ein Drittel der Mädchen wünscht sich eine kultursensible Beratung.⁶⁷

61 ZEEB, RAZUM (2006)

62 ARBEITSKREIS „MIGRATION UND ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT“ (2006). Wie wichtig genau dieser differenzierte Zugang durch unterschiedliche Akteure auf unterschiedlichen Ebenen ist, haben die Veranstaltungen der BZgA (der Workshop „Kultursensible Strategien bei Medien und Maßnahmen zur Familienplanung“ am 13. Februar 2008 und die Expertentagung „Migration und Gesundheit“ am 27./28. Februar 2008) erneut bestätigt.

63 S. hierzu BZgA-Internetangebot: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

64 TERZIOGLU (2007)

65 WITTIG, MERBACH, BRÄHLER (2007)

66 ZEEB, RAZUM (2006)

67 BMFSFJ (2004)

Arbeit der BZgA in der Sexualaufklärung und Familienplanung

Bei der Umsetzung des § 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) verfolgt die BZgA das Konzept des „gesellschaftlichen Lernens“. Darin stimmt sie mit allen Bundesländern überein.

Das Konzept umfasst mehrere Kernelemente, die über Kampagnen hinweg miteinander verzahnt sind:

- Die BZgA setzt unterschiedliche, zielgruppengerechte Medien ein. Grundlage dafür sind qualitätsgesicherte Verfahren, etwa wissenschaftliche Untersuchungen oder Evaluationen. Massenmedien bieten den Vorteil einer besonders großen Reichweite.
- Mittel der personalen Kommunikation können die durch die Massenmedien gesetzten Impulse und Anreize zur Auseinandersetzung mit einer Thematik vertiefen und auf spezielle Fragen eingehen.
- Die BZgA informiert und qualifiziert Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und verbreitet dies national und international, um den Transfer zu den Zielgruppen zu gewährleisten.

- Die BZgA vernetzt das Angebot zu Sexualität und Familienplanung mit den eigenen Angeboten der Aids- und Suchtprävention. Durch die Verzahnung mit anderen Anbietern zu den genannten Themen und der präventiv-medizinischen Aufgabe der gesundheitlichen Aufklärung können viele Faktoren die Aufklärung verstärken.

Folgende Herausforderungen gibt es in der Sexuaufklärung und Familienplanung für Migrantinnen und Migranten:

- die Erziehung zu patriarchalem Rollenverständnis bei Jungen und jungen Männern und die Auswirkungen auf Sexualverhalten und Partnerschaft
- das traditionelle Rollenverständnis, die fehlende Sexuaufklärung (insbesondere durch die Eltern) und das mangelnde Körperwissen der Mädchen und Jungen
- die hohe Bedeutung des Kinderwunsches
- die Tradition, psychische Probleme und psychosoziale Konflikte ausschließlich in der Familie zu lösen und somit professionelle Beratungsangebote weniger zu nutzen

Es müssen mithilfe unterschiedlicher Akteure verschiedene Wege eingeschlagen werden, um die Zielgruppen zu erreichen. Wichtig ist, dass die Botschaften nicht diskriminierend sind oder keine Gruppe als besonders defizitär dargestellt wird.

- Eine besondere Herausforderung ist die Arbeit am **männlichen Rollenverständnis**. Die Methoden und Medien der BZgA für Jungen und junge Männer müssen entsprechende Botschaften für Gleichheit von Mann und Frau setzen.
- **Mädchen** kann man am besten außerhalb des Elternhauses erreichen. Sexualerziehung funktioniert bei ihnen am besten in der Schule und über Medien, insbesondere über Handy und Internet. In der Schule und in den Medien wird auch das traditionelle Rollenverständnis hinterfragt – das ermöglicht Veränderungen bis hin zu einem eigenen Rollenbild.
- Der **Kinderwunsch** hat in der Herkunftskultur eine hohe Bedeutung. Frauen mit Migrationshintergrund müssen sensibel informiert werden, ohne dass der Eindruck entsteht, fremden Werten folgen zu müssen. Die Ansprache der Frauen sollte kulturelle Besonderheiten berücksichtigen. Ziel ist es, dass Frauen eigenständig darüber entscheiden können, wann und wie viele Kinder sie haben möchten.

- Migrantinnen und Migranten müssen die Beratungsangebote im Gesundheitssektor besser kennenlernen und vor allem dazu motiviert werden, sie auch zu nutzen. Dies ist Aufgabe vieler Akteure.

Es muss geprüft werden, ob Expertinnen und Experten sowie Zielgruppen mit Migrationshintergrund in diese Aufgaben einbezogen werden sollten.¹

Gleichzeitig sind weitere Erkenntnisse aus Forschungsarbeiten und repräsentativen Studien zu erwarten. Bedeutsam erscheint insbesondere die **BZgA-Machbarkeitsstudie zum Verhütungsverhalten von Migrantinnen**, deren Ergebnisse im Sommer 2010 vorliegen sollen.

Trotz aller vorliegenden und zukünftigen Erkenntnisse: Es wird schwierig bleiben, alle Migrantinnen und Migranten gleichermaßen zu erreichen, insbesondere in bestimmten Milieus.

Die Medien und Methoden der BZgA zur Sexuaufklärung und Familienplanung haben auch **in der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund bereits eine hohe Reichweite**. Belegt ist dies für Jugendliche – sie werden bereits zu drei Vierteln von den Medien der BZgA erreicht.²

Um die Reichweite weiter zu verbessern und bessere Zugangswege zu finden, sind Forschung und Qualitätssicherung gefragt. Die aktuelle Studie des Robert Koch Instituts (RKI) zur Kindergesundheit bestätigt, dass hierzu noch Daten fehlen.³ Gründe dafür sind, dass **migrationssensible Erhebungen** nur selten repräsentativ sind, der Zugang zur Zielgruppe schwieriger ist und dass Fragen und Durchführung eigenen Regeln unterliegen. In einem Forschungsdiskurs mit dem RKI wird an diesen Schwierigkeiten gearbeitet.⁴

In Deutschland gibt es kaum Erfahrungen mit **migrationssensiblen Evaluationen**. Die BZgA hat dennoch bereits Evaluationen mit neuem Forschungsdesign erprobt, die erste Rückschlüsse auf weitere Evaluationen dieser Art zulassen.⁵

1 BZgA, Protokoll des Workshops „Kultursensible Strategien bei Medien und Maßnahmen zur Familienplanung“ am 13. Februar 2008 in Köln

2 S. SIELERT (2005)

3 Zur Studie zu Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KIGGS) S. SCHENK, ELLERT, NEUHAUSER (2007), S. 590 f

4 SCHENK et al. (2006)

5 BZgA (2006). Die neue Jugendsexualitätsstudie liegt ab Oktober 2010 vor. Die Ergebnisse werden in der nächsten Auflage berücksichtigt.

Es liegen aus verschiedenen Studien bereits signifikante Ergebnisse vor, die für den Einsatz von Methoden und Medien benötigt werden. Folgende wichtige Ergebnisse bzw. Zwischenergebnisse stammen aus der Sonderauswertung der Studie „Jugendsexualität“ der BZgA, aus der Studie „frauen leben“ und der Sinus-Milieu-Studie:

- Die Peergroup ist wichtig als personale Vermittlungsinstanz.
- Das Internet ist ein wichtiges Medium für Jugendliche mit Migrationshintergrund.
- Das Verhütungsverhalten der Jugendlichen mit Migrationshintergrund, insbesondere der türkischen, muss deutlich verbessert werden.

Anlage 1 ist zu entnehmen, was die BZgA zurzeit unternimmt und plant.

Anlage 2 führt auf, wie die BZgA ihr Wissen und ihre Methoden national und international kommuniziert.

Umsetzung der Ergebnisse zu Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung

1) Konzeption

Konzept „Migrantinnen und Migranten als Zielgruppe in der Sexualaufklärung“

2) Medien und Massnahmen

Jugendliche mit Migrationshintergrund und sozial benachteiligte Jugendliche werden durch bestehende Medien angesprochen.

Beispiele:

- Die Internetseite www.loveline.de wird kultursensibel und multimedial erweitert, etwa durch Videos und interaktive Elemente. Ein anderer, vom Medienpädagogischen Institut München empfohlener Ansatz ist eine Ansprache, die die emotionalen Seiten des Themas behandelt.
- Auf den Jugendfilmtagen wird das Schwerpunktthema Migration modellhaft umgesetzt, etwa durch Filmauswahl, Methoden und Kooperationspartnerinnen und -partner.
- Die Projekte „komm auf Tour“, Jugendfilmtage und www.loveline.de werden stärker vernetzt und inhaltlich miteinander verzahnt.
- Mehrere Anzeigenmotive werden in der Jugendpresse geschaltet.
- Kulturspezifische Besonderheiten werden in die Aufklärungsreihe „sex 'n' tips“ integriert.

Personalkommunikative Methoden:

- Der Mitmachparcours „komm auf Tour“ wird fortgeführt und implementiert.

Spezifische Angebote für Jungen/Männer und Mädchen/Frauen mit Migrationshintergrund

- Präventionsmappe „Körperwissen und Verhütung“ für die Beratung von Mädchen/Frauen und Jungen/Männern mit Migrationshintergrund in Gynäkologie und Beratungsstellen
- Neuauflage „Verhüten – gewusst wie!“ für Jugendliche aus Osteuropa

Alle Medien und Materialien werden verstärkt und bereits in der Konzeptphase geprüft von Menschen aus Migrantenorganisationen sowie der Zielgruppe selbst.

3) Forschung

- Sonderauswertung „Aufklärung und Sexualverhalten junger Migrantinnen und Migranten“ aus der repräsentativen Studie „Jugendsexualität 2006“ (BZgA)
- Durchführung der aktuellen Studie „Jugendsexualität“ Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14-17jährigen und ihren Eltern mit dem Schwerpunkt Migration (Veröffentlichung Sept/Okt 2010)
- Studie BZgA/Sozialwissenschaftliches Frauenforschungsinstitut Freiburg „Familienplanung und Migration im Lebenslauf“ (20- bis 44-jährige Frauen türkischer, ost- und südosteuropäischer Herkunft) (Abschluss 2010)
- Teilnahme an der Quantifizierung der Studie „Die Milieus der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland“ (500 Jugendliche wurden zusätzlich zum Informationsverhalten bezüglich Sexualität und Verhütung befragt.) Ergebnisveröffentlichung April/Mai 2010

Transferstrukturen

Anlage 2

Stand: 12/2009

Nationaler Transfer

- Multiplikatorinnen und Multiplikatoren werden über positive Ansätze migrationsensibler Projekte und Maßnahmen über die bundesweite Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de aktuell informiert.
- Die BZgA hat im bundesweiten Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“ der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration mitgearbeitet – konkret in der AG 4 „Lebenssituation von Frauen und Mädchen verbessern, Gleichberechtigung verwirklichen“. Dabei konnte das Thema „migrationsensible Sexuaufklärung und Familienplanung“ zur Stärkung einer bundesweiten Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten in der UAG 2 eingebracht werden.
 - 7. November 2006 (Auftakt) ohne Beteiligung BZgA
 - 13. Dezember 2006 (UAG 2)
 - 17. Januar 2007 (UAG 2)
 - 7. März 2007 (UAG 2)

- Regelmäßig werden Aktivitäten für die Zielgruppe in Kooperation mit dem bundesweiten Arbeitskreis „Migration und Gesundheit“ durch den „BZgA-Info-Dienst Migration“ veröffentlicht.
- Workshop zu kultursensiblen Strategien bei Medien und Maßnahmen zur Familienplanung (Schwerpunkt Massenmedien) in der BZgA am 13. Februar 2008
- Workshop auf der nationalen Arbeitstagung „Gesundheit und Migration“ der BZgA zur Sexualaufklärung in Köln am 27./28. Februar 2008
- Der Bund-Länder-Koordinierungskreis zur Sexualaufklärung und Familienplanung der BZgA bietet den Rahmen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, um das Thema Migration auf Bund-Länderebene themenfeldbezogen adäquat zu diskutieren.
- Die Inhalte des Migrationskonzeptes „Sexualaufklärung und Familienplanung“ wurden in das Konzept der BZgA: „Menschen mit Migrationshintergrund als Zielgruppe der BZgA“ integriert.

Internationale Transfers und Qualitätssicherung

In Fragen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit insbesondere Jugendlicher ist die BZgA Kollaborationszentrum der WHO. Es kann so das Thema Migrationssensibilität international behandeln.

BZgA und WHO richteten im November 2006 die internationale Fachtagung zur Migration und Sexualaufklärung Jugendlicher „Youth Sex Education in a Multicultural Europe“ mit Delegierten aus 26 europäischen Ländern aus. Diese Fachtagung war die erste der WHO-Euro zu diesem Thema. Erstmals wurden über Ländergrenzen hinweg die Erfahrungen der Sexualaufklärung Jugendlicher mit Migrationshintergrund diskutiert. Momentan erarbeitet die WHO Standards zur Sexualaufklärung. Dabei ist das Thema Migration integriert.¹

¹ BZgA (2006d); (2007). Die Dokumentation und alle Länderberichte sind veröffentlicht. In ersten Folgekonferenzen auf internationaler Ebene wurde die Expertise der BZgA bereits eingebracht.

Literatur

Aktas, N. (2000): Let's talk about sex: Erfahrungen und Eindrücke aus einer sexualpädagogischen Beratungsstelle, in: Attia, I., Marburger, H. (Hg.): Alltag und Lebenswelten von Migrantenjugendlichen. IKO/Verlag für interkulturelle Kommunikation, Frankfurt/M., S.157–172

Aktas, N. (2007): Von Jungfräulichkeit, Treue und Moral, in: pro familia Magazin, Frankfurt/M. 02-2007, S. 16 f

(Bundesweiter) Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“ (2006), Positionspapier, hektografiertes Manuskript, Berlin Mai 2006

Berrut, S., Blümel, S., Erath, A. (2006): Beispiele der Aufklärungsarbeit im Bereich Migration. Ein Erfahrungsbericht aus der Medienentwicklung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung/ Gesundheitsschutz, Band 49, Heft 9, Hamburg, S. 898–902

Bonfadelli, H., Bucher, P. (2006): Mediennutzung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund: Inklusion oder Exklusion? In: Imhof, K., Blum, R., Bonfadelli, H./Jarren, O. (Hg.): Demokratie in der Mediengesellschaft, Vs Verlag, Wiesbaden

Boos-Nünning, U. (2007): Cultural Mainstreaming; Soziale Arbeit und Jugendarbeit in der multiethnischen Gesellschaft, in: Landesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Nordrhein-Westfalen e. V. (Hg.): Cultural Mainstreaming. Grundlegende Arbeitsperspektiven: Thema Jugend, Heft 3-2007

Boos-Nünning, U., Karakasoglu, Y. (2004): Körperbewusstsein und Sexualität bei Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund, in: Merkens, H., Zinnecker, J. (Hg.): Jahrbuch Jugendforschung, 4. Ausgabe, Wiesbaden, S. 50–78

Boos-Nünning, U., Karakasoglu, Y. (2007): Sexuelle Normen und Erfahrungen mit sexueller Aufklärung von jungen Frauen mit Migrationshintergrund, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Forum Sexuaufklärung und Familienplanung 3-2007, Jugend, Köln, S. 28–33

Borde, Th. (2000): Wissen über den weiblichen Körper von deutschen und türkischen Patientinnen einer Frauenklinik, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Forum Sexuaufklärung und Familienplanung 2-1999, Interkulturell, Köln, S. 12–21

Borde, Th. (2001): Brauchen wir eine spezifische Gesundheits- und Sexuaufklärung für Migrantinnen?, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Dokumentation: Fachtagung zur sexualpädagogischen Mädchenarbeit, Köln, S. 165–176

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2005): Migration, Asyl und Integration in Zahlen, Alfter/Bonn

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2006): Migration, Asyl und Integration in Zahlen. Alfter/Bonn

Bundesministerium des Inneren (Hg.) (2009): Muslimisches Leben in Deutschland. Zentrale Ergebnisse

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2000): Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen, Belastungen, Herausforderungen. Sechster Familienbericht, Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2004): Viele Welten leben. Lebenslagen von Mädchen und jungen Frauen mit griechischem, italienischem, jugoslawischem, türkischem und Aussiedlerhintergrund, Bonn

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2007): Der Mikrozensus im Schnittpunkt von Geschlecht und Migration. Möglichkeiten und Grenzen einer sekundäranalytischen Auswertung des Mikrozensus 2005, Bremen

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2007): Forschungsreihe Band 1: Zwangsverheiratung in Deutschland, Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2008): Gesundheit – Gewalt – Migration. Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland, Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2009): Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht, Berlin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (1994): Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung, Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2002): Jugendsexualität – Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Ergebnisse der Repräsentativbefragung aus 2001, Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2005): „Die Pille danach“, Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2006a): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung: Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2006b): Evaluation „Jules Tagebuch“, unveröffentlichter Bericht, Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2006c): Jugendsexualität. Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Ergebnisse der Repräsentativbefragung aus 2005, Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2006d): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 2-2006, „International“, Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007): Internationale Tagung der BZgA mit der WHO „Youth Sex Education in a Multicultural Europe“, Dokumentation, Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008): Expertentagung „Migration und Gesundheit“ am 27./28. Februar 2008, unveröffentlichtes Protokoll

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008): frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf. Zwischenergebnisse einer Städtestudie zu Frauen mit türkischem, ost- und südosteuropäischem Migrationshintergrund, Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009): Menschen mit Migrationshintergrund als Zielgruppe der Aidsprävention. Konzept und Strategie der BZgA, Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009): Evaluation „komm auf Tour“, unveröffentlichtes Manuskript des Sozialwissenschaftlichen Frauenforschungsinstituts F. (SoFFI F.)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2010): Sexualität und Migration: Milieuspezifische Zugangswege für die Sexuaufklärung Jugendlicher, Köln

Cagliyan, M. (2006): Sexuelle Normvorstellungen und Erziehungspraxis von türkischen Eltern, Berlin S. 275

David, H. P. (Edit.) (o. J.): From Abortion to Contraception, Westport/London

demos (2004) (Demografie-Entwicklung-Migration-Online-Service) des Berliner Instituts für Weltbevölkerung und globale Entwicklung; Newsletter Ausgabe vom 16. Januar 2004, 2. Familienplanung im Sinnes des Islam

Destatis s. Statistisches Bundesamt

Deutscher Bundestag (2007) Drucksache 16/7408: Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage Frauen und Migration

Eggert, S. (2005): Migrantenfamilien nutzen Medien, in: Kind, Jugend und Gesellschaft. Zeitschrift für Jugendschutz, 50. Jahrgang, Heft 1, Neuwied März 2005, S. 24–27

Geiger, I. K., Razum, O. (2006): Migration: Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann, K., Laaser, U. Razum, O. (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, München, S. 719–746

Grieger, D. (2007): Gesundheit und Migration, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 3-2006, Köln, S. 3–7

Gültekin, N. (2005): Differenz, Gleichberechtigung und gesellschaftliche Widersprüche: Der fehlende Blick auf EinwanderInnen, in: Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien 23(3), S. 102–115

Herwartz-Emden, L., Waburg, W. (2008): Mutterschaft und Mutterbilder. Migrantinnen im Spannungsfeld der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 3-2008, Köln, S. 11–16

Institut für Medienpädagogik JFF (2009), unveröffentlichte Ergebnisse des Gutachtens zur Jugendhomepage www.loveline.de

Jansen, M., Keval, S. (2007): Religion und Migration, ein neues und altes Thema zugleich? In: Hessische Landeszentrale für politische Bildung (Hg.): Religion und Migration, Frankfurt, S. 17

Kunz, D. (2005): Integration von Jugendlichen aus Zuwanderungsfamilien – eine Aufgabe der pro familia Sexualpädagogik, in: pro familia „Debatte“, Frankfurt

Kunz, D. (2007): Wägen und wagen – Neuorientierung der Sexualpädagogik in der Zuwanderungsgesellschaft. Zur aktuellen Debatte im Verband der pro familia, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 3-2006, Köln, S. 27–30

Lehmann, K. (2007): Religion und Integration – Spezifika der politischen Debatte und Perspektiven der Forschung, in: Hessische Landeszentrale für politische Bildung (Hg.): Religion und Migration, Frankfurt, S. 29–40

Moser, H., Bonfadelli, H. (Hg.) (2006): Medien und Migration. Europa im multikulturellen Raum, Vs Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Rampf, R. H. (2007): Doing Diversity: Aufklärung zu Homosexualität im Kontext von Migration, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 3-2006, Migration, Köln, S. 18–21

Salman, R. (2003): Junge Migranten haben erhebliche Schwierigkeiten, körperliche und seelische Bedürfnisse in Einklang zu bringen, in: www.news.jugendsozialarbeit.de/030407AufklMigr.htm

Salman, R. (2005): Migrationsspezifische Hintergründe und interkulturelle Konzepte der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen, in: Arzt & Schule, Lübeck, S. 33–38

Schenk, L., Brau, A.-M., Borde, Th., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H., Razum, O., Weilandt, C. (2006): Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis, in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung/Gesundheitsschutz, Band 49, Heft 9, Hamburg, S. 853–860

Schenk L., Ellert, U., Neuhauser, H. (2007): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder und Jugendgesundheitsurvey, in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung/Gesundheitsschutz, Band 50, Heft 5/6, Hamburg, S. 590–599

Sielert, U. (2005): Gutachten zur adäquaten Zielgruppenerreichung Jugendlicher der Sexualaufklärung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, unveröffentlichtes Manuskript Köln

Sinus Sociovision GmbH (2009): Migranten-Milieus. Repräsentativuntersuchung der Lebenswelten von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, Präsentation für die BZgA am 18. Februar 2009 in Köln

Statistisches Bundesamt (2006): Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2007, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2010): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2008 , Wiesbaden

Stiftung Zentrum für Türkeistudien (2005): Besondere Aufgabenstellungen und mögliche Maßnahmen des Projekts „anschub.de“ an multikulturellen Schulen in Berlin. Expertise der Stiftung Zentrum für Türkeistudien im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung, Essen

Terzioglu, N. (2007): Migration – ein weiterer Risikofaktor in der Schwangerschaft? In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 3-2006, Köln, S. 8–11

Theunert, H. (2007): Integrationspotenziale neuer Medien für Jugendliche mit Migrationshintergrund. Expertise, S. 3–12

Verwaltungsgericht Hamburg (2004): Beschluss vom 12. Januar 2004 (15 VG 5827/2003)

WIAD (2000), Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands. Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen, MAGS NRW (Hg.), Düsseldorf

Wittig, U., Merbach, M., Brähler, E. (2007): Offen für alle? Die psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Zuwanderern und Strategien zur Verbesserung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 3-2006, Köln, S. 12–17

Yüksel, E. (2006): Wissen und Verhalten türkischer Migrantinnen in Bezug auf Sexualität und Verhütung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 3-2005, Köln, S.16–19

Zeeb, H., Razum, O. (2006): Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Ein einleitender Überblick, in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung/Gesundheitsschutz, Band 49, Heft 9, Hamburg, S. 845–852

Zeitschrift für Jugendschutz (2005): Kind, Jugend und Gesellschaft, März 2005

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

ISBN 978-3-937707-83-9

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln

Tel. 0221 8992-0

www.bzga.de

www.sexualaufklaerung.de

www.forschung.sexualaufklaerung.de

Redaktion:

Monika Hünert, BZgA

Lektorat, Konzept und Gestaltung:

Kühn Medienkonzept & Design, Hennef

Druck:

Warlich, Meckenheim

Auflage:

1.0, 7.09.10

Alle Rechte vorbehalten.

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

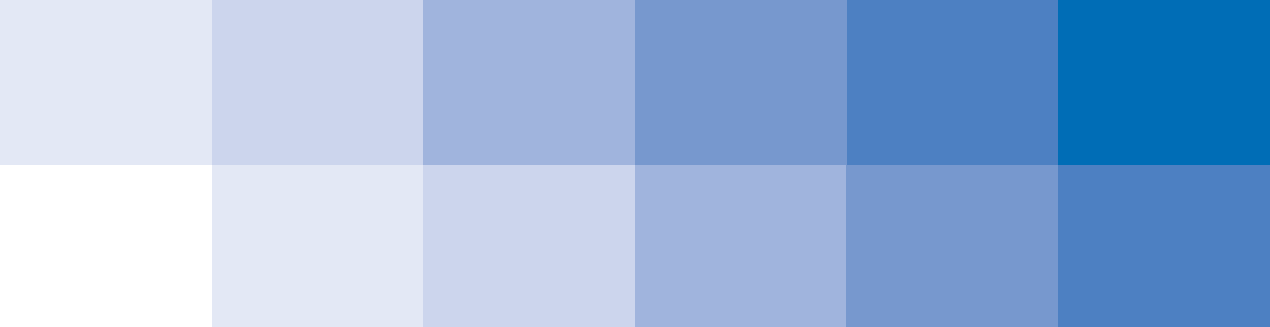
Bestelladresse:

per Post: BZgA, 51101 Köln

per Fax: 0221 8992-257

per E-Mail: order@bzga.de

Bestellnummer: 13007000



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

ISBN 978-3-937707-83-9

