

3.1 Migration, Flucht und sexuelle Gesundheit von Männern

Farid Hashemi, Torsten Linke & Heinz-Jürgen Voß

Zusammenfassung

Der Beitrag liefert, nach einer kurzen Darstellung der rechtlichen Situation am Beispiel der Arbeitsmigration, einen Überblick über die jüngere Migrationsgeschichte Deutschlands, um anschließend Fragen zur Gesundheit und insbesondere zur sexuellen Gesundheit in Bezug auf Migration und Flucht zu erörtern. Dabei werden Fragen zur sozioökonomischen Situation im Hinblick auf Gesundheit und sexuelle Gesundheit in den Blick genommen. Deutlich wird, dass sich in Bezug auf Arbeitsmigration andere Ableitungen ergeben als im Hinblick auf Flucht. Ausgehend von den sich darstellenden gesundheitlichen Bedarfen wird ein Überblick über die derzeitige medizinische Versorgungssituation für Menschen mit Migrations- bzw. Fluchterfahrung gegeben. Der Beitrag schließt mit Handlungsempfehlungen ab, die insbesondere auf einen Ausbau interkultureller Angebote zielen und dazu anregen sollen, stärker als bisher Selbstorganisationen von Migrant_innen in die Entwicklung dieser Angebote einzubeziehen.

Summary: Migration, flight and sexual health of men

Following a brief description of the legal situation, exemplified by labor migration, this article provides an overview of the recent history of migration in Germany and subsequently turns to questions of health, and particularly of sexual health, in relation to migration and flight. Thereby the socioeconomic situation, especially with regard to health and sexual health, is being analysed. It turns out that re-

sults with regard to labor migration differ from those with regard to forced migration. Based on the health needs identified, an overview of the current health care and supply situation for people with migration or flight experience is given. The article recommends an increase of intercultural offers and emphasises the need for a stronger involvement of self-organizations of migrants in the development of such offers.

Einleitung – Die (rechtliche) Situation von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund in Deutschland

Die Weltgesundheits-Organisation (WHO) definiert »Gesundheit« nicht einfach als »Abwesenheit von Krankheit«, sondern schließt konkrete sozioökonomische Forderungen in den Gesundheitsbegriff mit ein. Sie formuliert: »Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Beschwerden und Krankheit« [1]. Mit Blick auf Menschen, die in Deutschland Asyl und Schutz suchen, zeigen sich in der praktischen Umsetzung der Gesundheitsversorgung und auch weiterer zum Wohlbefinden beitragender Faktoren deutliche Unterschiede, abhängig vom rechtlichen Status. Das Grundgesetz regelt in Artikel 16a das Recht auf Asyl für politisch Verfolgte und schließt darin zugleich andere Gründe vom Asylrecht aus, zum Beispiel Flucht infolge von Krieg. Auch unabhängig der

Asylfrage steht diesen Menschen jedoch Schutz im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 bzw. 1967 zu. In Deutschland wird die Anerkennung des rechtlichen Status Geflüchteter im Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) geregelt. Allerdings gibt es auch bei einer Ablehnung die Möglichkeit eines subsidiären Schutzes bzw. von Abschiebungsverboten, zum Beispiel aus gesundheitlichen Gründen. Die damit verbundenen Leistungen, unter anderem die Gesundheitsversorgung, werden grundsätzlich im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt, zuletzt modifiziert 2015, sowie darüber hinaus durch die Sozialgesetzbücher (SGB) II und XII. Aufgrund der komplexen rechtlichen Situation soll diese knappe Ausführung hier genügen. Festgehalten werden kann, dass es durch die rechtliche Situation erhebliche Unterschiede bei der gesundheitlichen Versorgung gibt – nach AsylbLG besteht nur Anrecht auf Notversorgung, Behandlung akuter Erkrankungen, Versorgung bei Schwangerschaft und Geburt [2].

In Bezug auf sexuelle Gesundheit gilt es, einen umfassenden Gesundheitsbegriff zugrunde zu legen [1]. Dafür ist die gesamte sozio-ökonomische Situation eines Menschen bzw. einer bestimmten Gruppe von Menschen zu betrachten und auch Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen in den Blick zu nehmen, weil sie in erheblichem Maße das Selbstbild der Person und ihre Möglichkeiten des (sexuellen) Wohlergehens prägen. Für zahlreiche Menschen in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) sind diskriminierende und/oder rassistische Erfahrungen – zum Beispiel aufgrund von Aussehen, ethnischer Herkunft, Bildungsstatus, ökonomischer Situation oder auch ihrer sexuellen Orientierung oder Identität – Teil des Alltags. Dem tragen neuere theoretische Ansätze Rechnung, indem sie verschiedene Erfahrungen von Marginalisierung – vor allem in Bezug auf Geschlechterverhältnis, Rassismus und Klassenverhältnis – als ineinander verschränkt betrachten. Ein solcher Zugang wurde seit den 1980er Jahren entwickelt und wird als Intersektionalität bezeichnet [3].

Gast- und Vertragsarbeiter_innen in Deutschland

Bereits in der Kaiserzeit und in der Weimarer Republik war Deutschland ein Einwanderungsland. In wirtschaftlich starken Zeiten wurden eigens Arbeitskräfte angeworben, die in wirtschaftlich schlechteren Zeiten – unter anderem im Winter, aber auch in Phasen wirtschaftlichen Abschwungs – wieder in ihre Herkunftsländer zurückkehren sollten [4, 5]. Die Anwerbung von sogenannten Gastarbeiter_innen in der BRD und von Vertragsarbeiter_innen in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) seit den 1960er Jahren war ähnlich organisiert.¹ Auch hier war die Politik zunächst von dem Ansatz geleitet, dass die angeworbenen Personen nur eine bestimmte Zeit in der BRD bzw. DDR verbringen und danach wieder in ihre Herkunftsländer zurückkehren sollten. In der DDR wurden hierfür befristete Aufenthaltsverträge mit den Vertragsarbeiter_innen abgeschlossen und die Unterbringung in Heimen organisiert. In der BRD war die Unterbringung der Gastarbeiter_innen zunächst ähnlich, ebenso wurden feste Arbeitsverträge vereinbart, die häufig eine erhebliche Arbeitsleistung (Doppelschicht) vorsahen. Gastarbeiter_innen und Vertragsarbeiter_innen führten oft die unqualifizierten und gefährlichen Arbeiten, zu denen andere Beschäftigte nicht bereit waren, zu geringen Löhnen aus [4] – wiederholt streikten die

¹ Gastarbeiter_innen in der BRD kamen aus unterschiedlichen Ländern des europäischen Raumes u.a. aus Italien, Spanien, Griechenland, dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei. Die angeworbenen Arbeitskräfte aus der Türkei stellten hier mit Abstand die größte Gruppe, daher wird im weiteren Verlauf des vorliegenden Artikels auch auf diese Gruppe fokussiert. In der DDR waren Menschen aus Vietnam die zahlenmäßig stärkste Gruppe unter den Vertragsarbeiter_innen, andere kamen zum Beispiel aus Ungarn, Kuba, Angola oder Mosambik. Der Zuzug infolge Arbeitsmigration war historisch einer der Hauptgründe für Migration.

Gastarbeiter_innen dagegen [6, 7]. Auswirkungen der harten Arbeit zeigen sich heute in Bezug auf die Gesundheit. So sind Berufskrankheiten bei heute älteren Menschen mit Migrationshintergrund in weit größerem Maß verbreitet, als bei Menschen ohne Migrationshintergrund [8].

Sozioökonomischer Status, Migration und (sexuelle) Gesundheit

(Sexuelle) Gesundheit ist in besonderem Maße von sozioökonomischen Faktoren abhängig. So zeigen der *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)* sowie weitere Veröffentlichungen des Robert-Koch-Instituts und des Statistischen Bundesamtes zur allgemeinen gesundheitlichen Situation und Migration, dass a) sich riskante und ungünstige Verhaltensweisen gerade in prekarierten gesellschaftlichen Schichten zeigen (u. a. in Bezug auf Rauchen und Ernährungsverhalten [9]) und dass b) dort das Präventionsverhalten in geringerem Maße entwickelt ist als in der Mittel- und Oberschicht [9, 10, 11]. Menschen mit Migrationshintergrund² sind in größerem Maße in der sozioökonomisch unteren Schicht zu finden. Das Schulsystem schafft keinen sozialen Ausgleich – Kinder mit Migrationshintergrund sind auf weiterführenden Schulen (Gymnasium) deutlich unterrepräsentiert – und dieser Prozess setzt sich in der beruflichen Laufbahn fort [12].

In Bezug auf erlebte Schmerzen gelten diese Differenzen bei Jugendlichen hingegen nicht. So gibt es keine messbaren Unterschiede bezüglich in den letzten Monaten erlebter Schmerzen, wenn wir Kinder/Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund vergleichen [9]. Auch bei Schutzimpfungen gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund, die länger in der Bundesrepublik leben. Bei neu zugewanderten Menschen ist demgegenüber jedoch die Impfquote deutlich geringer als bei der in der Bundesrepublik geborenen Bevölkerung [10]. In der aktuellen Situation mit größerer Zuwanderung an Geflüchteten im Jahr 2015 ergeben sich entsprechend höhere Anforderungen an das Gesundheitssystem [13]. Fehlende Impfungen müssen nachgeholt und teilweise vorliegende Infektionskrankheiten behandelt werden [14, 15]. Zum Bedarf gesundheitlicher Versorgung kommen sprachliche, kulturelle und religiöse Faktoren hinzu, die im medizinischen Kontext beachtet werden müssen.

Zu der bereits dauerhaft in Deutschland lebenden Bevölkerung gehören die Gast- und Vertragsarbeiter_innen. Für sie ergeben sich in gesundheitlicher Hinsicht im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund gerade mit zunehmendem Alter deutliche Unterschiede, die insbesondere mit den Arbeitsbedingungen in Zusammenhang stehen: Gerade Menschen mit türkischem Migrationshintergrund sind doppelt so oft von anerkannten Berufskrankheiten betroffen (u. a. Rheuma, Mobilitätsbeeinträchtigung, Erkrankung der Lunge und Atemwege, Erkrankung der Verdauungsorgane) [10]. Das weist darauf hin, »dass türkischstämmige Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deutschland höheren Gesundheitsbelastungen ausgesetzt sind als Beschäftigte anderer Herkunft« [10]. Auf schlechtere Arbeitsbedingungen weisen auch die höheren Unfallzahlen hin. Menschen mit einer türkischen Staatsangehörigkeit (hier geht es also in der Kategorisierung um *Staatsangehörig-*

² Am Beispiel der Herkunft von Gast- und Vertragsarbeiter_innen wird bereits die ethnische, kulturelle und religiöse Vielfalt deutlich. Als Menschen mit Migrationshintergrund werden in Deutschland alle Personen erfasst, die nach 1949 zugewandert sind und weiter hier als Ausländer im Sinne des Staatsbürgerschaftsrechts Geborene leben sowie deren Nachfahren. Die Vielfalt der Menschen, die unter diese Bezeichnung fallen, ist sehr komplex, kann an dieser Stelle aber nicht, wie in vielen anderen Erhebungen und Studien auch, weiter differenziert werden.

keit, nicht um *Migrationshintergrund*) haben in Deutschland bei Arbeitsunfällen ein 1,5-fach höheres Risiko gegenüber deutschen Staatsangehörigen [16]. Bei älteren Personen mit Migrationshintergrund und ohne deutschen Pass zeigen sich chronische Erkrankungen besonders häufig. Sie äußern oft Probleme bei der Bewältigung von Alltagssituationen (Treppen steigen, Einkaufen oder Körperpflege). 54,0% von ihnen schätzten ihren Gesundheitszustand als »schlecht« oder »sehr schlecht« ein, das taten nur 23,9% aller Personen mit deutschem Pass [12]. Grundsätzlich scheint das Wohlbefinden bei Menschen mit Migrationshintergrund im Alter geringer zu sein als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. So zeigt sich bei zugewanderten Menschen aus der Türkei und Osteuropa im Alter eine stärkere Abnahme der Gesundheitszufriedenheit als bei Menschen ohne Migrationshintergrund [16].

Das Gesundheitssystem ist unzureichend interkulturell ausgerichtet und beschäftigt nur in geringem Maße mehrsprachiges Personal, wie es gerade bei der Behandlung von Demenz und von Traumata (hier hat Kommunikation in der Erstsprache oft wichtige Bedeutung) erforderlich wäre [17]. Neben der sprachlichen Ebene sind diesbezüglich auch weitere, etwa kulturelle und religiöse Fragen zu berücksichtigen, die unter Umständen für eine gelingende Kommunikation wichtig sein können [18].

Der Anteil von Fachkräften mit Migrationshintergrund am medizinischen Personal ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung zu gering. Dies betrifft vor allem Ärzt_innen. Bei den niedergelassenen Ärzt_innen zeigt sich der Mangel deutlich in speziellen Fachrichtungen. Im Bundesland Hessen gab es im Jahr 2009 für ca. 300.000 Menschen mit türkischem Migrationshintergrund keinen türkischsprachigen Urologen und nur einen Facharzt für Psychiatrie [19]. Dadurch wird ein niedrigschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung zusätzlich erschwert, ebenso kann die Notwendigkeit einer umfassenden Beratung durch das Fachpersonal und der infor-

mierten Einwilligung der Patienten nur unzureichend gegeben sein. Die vernachlässigte Sicherung der Sprachverständigung zeigt sich folglich in der aktuellen Situation in der Praxis und den Fachdiskursen der jeweiligen Professionen, unter anderem auch im medizinischen Bereich [20–22].

Erst vor dem Hintergrund der sozioökonomischen und der mit ihr verbundenen gesundheitlichen Situation können auch Fragen zur sexuellen Gesundheit betrachtet werden, da es um Wohlbefinden geht. Gerade die Schichtzugehörigkeit hat Auswirkungen auf die geschlechtliche und sexuelle Ausprägung von Identität [23], ebenso auf die Zugänglichkeit von Aufklärungsmaterialien [24]. So zeigt Stefan Wellgraf [23], wie Hauptschüler_innen, Strategien entwickeln, um einen eigenen Selbstwert zu generieren. Sie finden sich in Gruppen Gleichgesinnter zusammen und erlernen dort Anerkennung und Wertschätzung untereinander. Geschlechtliche Identität stellt hierbei einen wichtigen positiven Bezugspunkt dar. Auch mit Blick auf die Frage nach dem Verständnis von Sexualität und von Aufklärung zeigen sich Unterschiede gerade nach Schichtzugehörigkeit, und zwar bei (jungen) Menschen sowohl ohne als auch mit Migrationshintergrund [24, 25].

Junge Männer, die im gesellschaftlichen Umgangs migrantisches und muslimisches wahrgenommen werden, sehen sich mit teils überhöhten Ansprüchen und Vorurteilen an ihr sexuelles Verhalten konfrontiert. Sie werden von Seiten der Mehrheitsbevölkerung mit dem Stereotyp konfrontiert, in besonderer Weise sexuell aktiv und sexuell übergriffig zu sein. In der öffentlichen Darstellung werden sie als in besonderem Maße heterosexuell und homophob konstruiert [26, 27]. Eine eigene selbstbestimmte geschlechtliche und sexuelle Verortung wird ihnen auf diese Weise erschwert. Als problematisch kommt hinzu, dass auch Beratungsangebote etwa für Lesben, Schwule, Trans*- und Inter*-Geschlechtliche in den nach außen repräsentierten kulturellen Codes

einen ausschließenden Charakter tragen und auf spezifische Erfahrungen von Jugendlichen mit Migrationshintergrund nicht oder bisher zumindest wenig reagieren – es geht etwa um rassistische Diskriminierung bei der Wohnungs- und Ausbildungsplatzsuche und in den lesbischen, schwulen und Trans*-Subkulturen [28]. Da geschlechtliche und sexuelle Sozialisation gesellschaftlich nach und nach erlernt wird, fließen auch die Diskriminierungserfahrungen mit ein.

Flucht und (sexuelle) Gesundheit

Bei Geflüchteten handelt es sich um eine besonders vulnerable/verletzliche Gruppe. Geflüchtete haben in vielen Fällen Gewalt und/oder sexualisierte Gewalt erfahren und/oder sind traumatisiert. Dem trägt das deutsche Asylrecht dadurch Rechnung, dass insbesondere Menschen Asyl erhalten können, die zum Beispiel aus Konfliktregionen kommen und nach dem Asylgesetz die Voraussetzungen im Sinne der dort genannten »Flüchtlingseigenschaft« erfüllen. Von diesen Personen werden die subsidiär Schutzberechtigten unterschieden. Sie müssen »stichhaltige Gründe für die Annahme« vorbringen, dass ihnen »im Herkunftsland ein ernsthafter Schaden« (§ 4 AsylG) droht. Das können »die Verhängung oder Vollstreckung der Todesstrafe«, »Folter oder unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Bestrafung« sowie »eine ernsthafte individuelle Bedrohung des Lebens oder der Unversehrtheit [...] im Rahmen eines [...] bewaffneten Konflikts« sein [ebd.]. Seit den 1990er Jahren finden in den Regelungen auch frauenspezifische Verfolgung und sexualisierte Gewalt Berücksichtigung – zuvor war sie nicht betrachtet, sondern dem privaten Bereich zugeschrieben worden [29].

Bei sexualisierter Gewalt handelt es sich um ein in Kriegen und weiteren Konflikten häufig eingesetztes Mittel, um den Willen von Menschen zu brechen oder Druck auf die Familie der Gefolterten auszuüben. Werden in zahlreichen

Dokumentationen insbesondere gegen Kinder (Mädchen und Jungen) und gegen Frauen gerichtete sexuelle Übergriffe thematisiert, so ist mittlerweile bekannt, dass sexualisierte Gewalt auch in großem Maß gegen in Gefangenschaft genommene Männer eingesetzt wird. Etwa im Konflikt in El Salvador berichteten 76% der befragten Männer von selbst erlittener sexualisierter Gewalt während der Zeit der Gefangenschaft. Ausführliche entsprechende Berichte gibt es auch vom Balkankrieg und vom Konflikt im Kongo [30–33]. Auch die Flucht selbst ist sehr riskant – Gewalt und sexualisierte Gewalt finden statt, und von Letzterer sind besonders allein reisende Frauen betroffen. Schätzungen gehen davon aus, dass 40% der in Deutschland Zuflucht Suchenden durch die Erlebnisse, die zur Flucht führten, oder durch die Flucht selbst traumatisiert sind [34]. Den Geflüchteten selbst ist zum Zeitpunkt ihrer Ankunft (und auch danach) oft nicht bewusst, dass sie an den Folgen einer Traumatisierung leiden [35]. Dabei muss nicht jede Erfahrung von Gewalt und sexualisierter Gewalt zu Traumatisierung führen. Um eine Traumatisierung zu vermeiden oder eine vorliegende angemessen therapeutisch zu bearbeiten, braucht es entsprechende kultursensible Angebote und Settings [36]. Die gegenwärtigen Möglichkeiten des Asylbewerberleistungsgesetzes decken den Bedarf nur teilweise ab und ermöglichen oft keine wirkungsvolle Traumabehandlung, da behördlich der Behandlung langfristiger und chronischer Erkrankungen gemäß der gesetzlichen Regelung nicht bzw. nur in Ausnahmefällen zugestimmt wird [37].

Der behördliche Ablauf des Asylverfahrens kann Traumatisierungen noch verstärken: Die Geflüchteten sind nach der Flucht erschöpft und befinden sich in einer Ausnahmesituation – und sind gleichzeitig mit einem für sie unverständlichen behördlichen System konfrontiert. Dabei müssen sie sofort alle Gründe ihrer Flucht offenlegen. Gerade Erlebnisse sexualisierter Gewalt können dabei mit einer höheren Scham belegt sein, insbesondere wenn sie ge-

genüber einem/einer Behördenmitarbeiter_in anderen Geschlechts geäußert werden sollen. Die erlebten Ereignisse sind dabei möglichst genau und widerspruchsfrei wiederzugeben, damit sie behördlich als plausibel erscheinen [29, 38]. Die Erfahrungen in der Arbeit mit Betroffenen sexualisierter Gewalt besagen, dass es schwierig ist, sich zu offenbaren und sich einer Person anzuvertrauen (Disclosure). Ebenso können die Berichte durch Verdrängung/Abspaltung oft widersprüchlich sein [35, 39–41]. Die Durchführung rechtlicher Verfahren und die Feststellung der Glaubwürdigkeit in Bezug auf Disclosure, Traumatisierung und therapeutische Begleitung finden in einem knappen zeitlichen Rahmen statt. Unklarheiten und Widersprüche können sich negativ auf das Verfahren auswirken [35]. Wird sexualisierte Gewalt erst später im Asylverfahren angegeben, erscheint sie behördlich nur durch ein medizinisches Gutachten als glaubhaft. Die Erstellung von Gutachten, speziell bei posttraumatischen Belastungsstörungen, braucht jedoch ausreichend Zeit, gute Verständigung und bedingt eine medizinische Diagnose durch entsprechende Fachärzt_innen [42]. Wichtig sind Schulungen der Behördenmitarbeiter_innen im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen – einerseits für den Schutz der Klient_innen, andererseits zum Selbstschutz. Berichtetes kann nämlich auch bei den Mitarbeiter_innen zu Traumatisierung führen. Zudem können daraus entstehende Vermeidungsreaktionen der Mitarbeiter_innen zur Ablehnung und zur Dämonisierung der berichtenden Person führen [43].

Handlungsempfehlungen

- Es sind sexualwissenschaftliche und -pädagogische Konzepte erforderlich, die die Mehrfachdiskriminierung von Menschen berücksichtigen. Erste deutschsprachige Handreichungen, die als Basis dienen können, liegen von LesMigras ([\[gras.de\]\(http://gras.de\)\), GLadT \(\[www.gladt.de\]\(http://www.gladt.de\)\) und I-Päd \(\[www.ipaed.blogspot.de\]\(http://www.ipaed.blogspot.de\)\) vor.](http://www.lesmi-

</div>
<div data-bbox=)

- In der konkreten pädagogischen und therapeutischen Arbeit ist es für Personen ohne Migrationshintergrund erforderlich, eigene Vorannahmen zu reflektieren. Um einer ratsuchenden Person helfen zu können, ist es wichtig, sie individuell wahrzunehmen – und sich von Gruppenstereotypen und Vorurteilen zu lösen. Dies erfordert eine ständige Reflexion des professionellen Handelns, sowohl im individuellen als auch im kollegialen Rahmen.
- Im Umgang mit Geflüchteten ist es geboten, auf die Einhaltung gesetzlicher Standards zu achten, wie sie allgemein für Einrichtungen zur Unterbringung, Betreuung und Unterstützung von Menschen gelten, damit sexualisierte Gewalt nicht begünstigt wird. Erste Hinweise für »sichere« Unterkünfte hat der Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) 2015 herausgegeben [44]. Diese werden zur Verallgemeinerung und Fortentwicklung empfohlen.
- In Bezug auf die Sprachmittlung ist die Etablierung von Telefondolmetscherdiensten als Ergänzung zu Präsenzdolmetscherdiensten auszubauen, vor allem für Situationen, in denen es rasch präziser Verständigung zur medizinischen Versorgung bedarf. Die Kostenübernahme ist zwischen den Gesundheitseinrichtungen, Krankenkassen, Bund, Ländern und Kommunen sowie den Sozialämtern zu regeln. Best Practice-Beispiele für Telefondolmetscherdienste finden sich in Australien und den USA [20, 45].
- Vernetzungen und Kooperation der institutionellen Einrichtungen sind in der Praxis erforderlich, um »Reibungsverluste« zwischen Behörde und medizinischer Versorgung zu verringern. Ein gutes Praxisbeispiel ist die Zusammenarbeit der Kinderklinik Neuburg mit dem örtlichen Jugendzentrum [22].

Schlussfolgerungen

Der vorliegende Beitrag stellt das sehr komplexe Thema Flucht und Migration (aktuelle Migration sowie Menschen mit Migrationshintergrund, die selbst nicht migriert sind, sondern in zweiter oder dritter Generation in der Bundesrepublik leben) gebündelt dar und erläutert medizinische und gesellschaftliche Fragestellungen. Um der Komplexität und Heterogenität der Thematik Migration (und dabei auch Flucht) gerecht zu werden, ist es empfehlenswert, die Thematik zum Schwerpunkt des nächsten Männergesundheitsberichts zu machen.

Literatur

- 1 Voß HJ, Bardehle D. Zum Begriff Sexueller Gesundheit, Kapitel 2.1. in diesem Gesundheitsbericht. 2016.
- 2 Voigt C. Überblick zu den Änderungen im Asylbewerberleistungsgesetz zum 1. März 2015 mit Beispielen und Hinweisen für die Beratungspraxis. In: Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg.), Arbeitshilfe. Berlin. 2015.
- 3 De Coster C, Wolter S, Yilmaz-Günay K. Intersektionalität in der Bildungsarbeit. In: Hawel M, Kalmring S (Hrsg.), Bildung mit links! Gesellschaftskritik und emanzipierte Lernprozesse im flexibilisierten Kapitalismus. Hamburg: VSA Verlag; 2014:118–135.
- 4 Ha KN. Die kolonialen Muster deutscher Arbeitsmigrationspolitik. In: Steyerl H, Gutiérrez Rodríguez E (Hrsg.), Spricht die Subalterne deutsch? Migration und postkoloniale Kritik. Münster Verlag; 2012 [Erstausgabe 2003]:u.a.71.
- 5 Voß HJ, Wolter SA. Queer und (Anti-)Kapitalismus. Münster: Schmetterling-Verlag; 2013.
- 6 Born G. »Wie lange sollen wir uns das gefallen lassen?!« Zur Geschichte migrantischer Kämpfe in Deutschland – Der »Fordstreik« 1973. Lotta, 2013; 52 [zitiert am 1.1.2016]. <http://www.lotta-magazin.de/ausgabe/52/wie-lange-sollen-wir-uns-das-gefallen-lassen>.
- 7 Huwer J. »Gastarbeiter« im Streik. Die Arbeitsniederlegung bei Ford Köln im August 1973. DOMiD – Dokumentationszentrum und Museum über die Migration in Deutschland e.V. (Hrsg.). 1. Aufl. Köln: DOMiD; 2013.
- 8 Yüreklik, zit. nach: Ha KN. Die kolonialen Muster deutscher Arbeitsmigrationspolitik. In: Steyerl H, Gutiérrez Rodríguez E (Hrsg.), Spricht die Subalterne deutsch? Migration und postkoloniale Kritik. Münster. Unrast Verlag; 2012 [Erstausgabe 2003]:79.
- 9 Robert-Koch-Institut (RKI). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. 2008: 49, 50, 88f [zitiert am 25.10.2015]. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_migration.pdf?__blob=publicationFile.
- 10 Robert Koch-Institut (RKI). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. 2008: 49, 87f., 101 [zitiert am 25.10.2016]. http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/253bKE5YVJxo_28.pdf.
- 11 Uhlig U, Butler J, Brockstedt M. Soziale Lage und Herkunft entscheiden über die Zahngesundheit von Kindern. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.), Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin: 2007.
- 12 DGB Bundesvorstand Bereich Arbeitsmarktpolitik. Jugendliche mit Migrationshintergrund: Am Arbeitsmarkt doppelt benachteiligt. arbeitsmarkttuell, 2010;6.
- 13 Beerheide R, Osterloh F. Medizinische Flüchtlingshilfe: Ein enormer Kraftakt. Deutsches Ärzteblatt. 2016;113(11):A-476.
- 14 Pfeil J, Kobbe R, Trapp S, Kitz C, Hufnagel M. Versorgung von Flüchtlingen: Diagnostik und Prävention im Kindes- und Jugendalter. Deutsches Ärzteblatt. 2016;113(4):A-134.
- 15 Beermann S, Rexroth U, Kirchner M, Kühne A, Vygen S, Hilsdorf A. Asylsuchende und Gesundheit in Deutschland: Überblick über epidemiologisch relevante Infektionskrankheiten. Deutsches Ärzteblatt. 2015;112(42):A-1717.
- 16 Razum O, Spallek J. Wie gesund sind Migranten – Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. In: Hamburgisches Welt-Wirtschafts-Institut (HWWI) (Hrsg.), focus Migration Kurzdossier. 2009;12:3.
- 17 Brause M, Reutin B, Schott T, Yilmaz Aslan Y. Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Abschlussbericht. Bielefeld, Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften; 2010.
- 18 Schulte-Körne G. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld. Mental health problems in a school setting in children and adolescents. Dtsch Arztebl Int. 2016; 113(11): 183–90; DOI: 10.3238/arztebl.2016.0183.
- 19 Knipper M, Bilgin Y. Migration und Gesundheit. Sankt Augustin/Berlin: Konrad Adenauer Stiftung e.V.; 2009:78–81.

- 20 Bühring P. Dolmetscher und Sprachmittler im Gesundheitswesen. Regelungen zur Finanzierung nötig. Deutsches Ärzteblatt. 2015;112(45): A-1873.
- 21 David M. Dolmetscher – Telefondolmetscherdienst. Deutsches Ärzteblatt. 2015;112(50):A-2150.
- 22 Seeliger S. Jugendliche Flüchtlinge – Sprachbarrieren überwinden. Deutsches Ärzteblatt. 2015;112(48): A-2036.
- 23 Wellgraf S. Hauptschüler: Zur gesellschaftlichen Produktion von Verachtung. Bielefeld: Transcript-Verlag; 2012:u.a. 21 ff.
- 24 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Sexualität und Migration: Milieuspezifische Zugangswege für die Sexuaufklärung Jugendlicher. 2010: u.a. 36 [zitiert am 25.10.2015]. <http://www.bzga.de/pdf.php?id=6d361f8ad670a38d807b3c729bc9a403>.
- 25 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Jugendsexualität. 2010: 110 [zitiert am 25.10.2015]. <https://www.tns-emnid.com/studien/pdf/jugendsexualitaet.pdf>.
- 26 Yilmaz-Günay K. Karriere eines konstruierten Gegensatzes: zehn Jahre »Muslime versus Schwule«. Sexualpolitiken seit dem 11. September 2001. Münster: Edition Assemblage, Eigenverlag, 2014:u.a. 27.
- 27 LesMigraS. Gewalt- und Mehrfachdiskriminierungserfahrungen von lb_FT* – Zusammenfassung der Ergebnisse. 2012 [zitiert am 25.10.2015]. http://www.lesmigras.de/tl_files/lesmigras/kampagne/Studie_Zusammenfassung_LesMigraS.pdf.
- 28 Voß HJ. Geschlechtliche und sexuelle Zurichtungen im Kapitalismus. Sozialmagazin. 2014;39(3–4):90–96.
- 29 Müller K. Die rechtliche Situation kriegstraumatisierter Frauen in Deutschland. In: medica mondiale e.V. Griesse K. (Hrsg.), Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen: Handbuch zur Unterstützung traumatisierter Frauen in verschiedenen Arbeitsfeldern. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag; 2006 [2004]:u.a. 235.
- 30 Stemple L. Male Rape and Human Rights. Hastings Law Journal. 2009; 60: 613 [zitiert am 30.12.2016]. http://scienceblogs.de/geograffitico/wp-content/blogs.dir/70/files/2012/07/i-e76e350f9e3d50b6ce07403e0a3d35fe-Stemple_60-HLJ-605.pdf.
- 31 HRW – Human Rights Watch. Irak: IS-Flüchtlinge schildern systematische Vergewaltigungen. 2015 [zitiert am 14.1.2016]. <https://www.hrw.org/de/news/2015/04/15/irak-fluechtlinge-schildern-systematische-vergewaltigungen>.
- 32 WMC Women's Media Center. Women under siege. Documenting sexual violence in Syria. 2015 [zitiert am 8.1.2016]. <https://womenundersiege.org.ira.crowdmap.com/main>.
- 33 Kampala AP. Vergewaltigung von Männern in Kriegsgebieten: Die unaussprechliche Katastrophe. Süddeutsche Zeitung. 12.1.2012. [zitiert am 30.12.2015]. <http://www.sueddeutsche.de/panorama/vergewaltigung-von-maennern-in-kriegsge-bieten-die-unaussprechliche-katastrophe-1.1255767>.
- 34 Landesärztekammer Baden Württemberg, Landespsychotherapeutenkammer Baden Württemberg (Hrsg.). Ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten MigrantInnen in Baden-Württemberg. Stuttgart: 2011:u.a.5.
- 35 Wolf T. Glaubwürdigkeitsbeurteilung bei traumatisierten Flüchtlingen. Asylmagazin. 2002;7–8:11–15.
- 36 Bühring P. Psychisch kranke Migranten: Interkulturelle Kompetenz immer wichtiger. Deutsches Ärzteblatt. 2002;99(30):A-2010.
- 37 Klinkhammer G, Korzilius H. Asyilleistungen in Deutschland: Flüchtlinge sind Patienten dritter Klasse. Deutsches Ärzteblatt. 2014;111(13):A-540.
- 38 Geisweid H. Rechtliche Beratung und Begleitung von Überlebenden sexualisierter Gewalt aus Kriegs- und Krisengebieten. In: medica mondiale e.V. Griesse K. (Hrsg.), Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen: Handbuch zur Unterstützung traumatisierter Frauen in verschiedenen Arbeitsfeldern. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag; 2006 [2004]:247–256.
- 39 Zimmermann P; Neumann A, Celik F. Expertise »Sexuelle Gewalt in der Familie, im familialen und privaten Umfeld«. In: Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI) (Hrsg.), Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen. München: DJI; 2011:24–26.
- 40 Kindler H, Schmidt-Ndasi D. Expertise »Wirksamkeit von Prävention und Intervention bei sexueller Gewalt gegen Kinder in Familie und Institutionen«. In: Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI) (Hrsg.), Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen. München: DJI; 2011:31–33.
- 41 Hauser M, Joachim I. Medica Mondiale e.V. Sind die Folgen sexualisierter Kriegsgewalt zu behandeln? Über die Arbeit mit kriegstraumatisierten Frauen und Mädchen in Kriegs- und Krisengebieten. In: Zielke M, Meermann R, Hackhausen, W (Hrsg.), Das Ende der Geborgenheit? Die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen in verschiedenen Lebens- und Ereignisbereichen: Epidemiologie, Prävention, Behandlungskonzepte und klinische Erfahrungen. Köln: Lengerich; 2003:409–434.
- 42 Koch DF, Winter D. Psychische Reaktionen nach Extrembelastungen bei traumatisierten Kriegsflüchtlingen. Ergebnisse der psychologischen und medizinischen Forschung mit Relevanz für die aufenthaltsrechtliche Behandlung traumabedingt erkrankter Flüchtlinge. 2005: u.a. 3. [zitiert am

- 8.1.2016]. <http://xenion.org/wp-content/uploads/Psychische-Reaktionen-nach-Extrembelastungen.pdf>.
- 43 Ammer M, Kronsteiner R, Schaffler Y, Kurz B, Kremla M. Krieg und Folter im Asylverfahren: Eine psychotherapeutische und juristische Studie. Wien: NWV Verlag; 2013:174.
- 44 Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM). Checkliste Mindeststandards zum Schutz von Kindern vor sexueller Gewalt in Flüchtlingsunterkünften. 2015 [zitiert am 30.12.2015]. https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Pressemitteilungen/September/Checkliste_Missbrauchsbeauftragter_Mindeststandards_Fl%C3%BChtlingsunterk%C3%BCnfte.pdf.
- 45 Gondos M. Dolmetscher: Dolmetscher-Not-Telefon. Deutsches Ärzteblatt. 2015;112(51–52):A-2204.