



Skript zur Tagung

**„Frauen in der Migration:
Warum wir eine feministische
Gesundheitsversorgung brauchen“**

12.12.2024

Inhalt

Fachinput 1: Migration – nur ein Männerphänomen? –Zahlen und Fakten der Frauenmigration	1
Fachinput 2: „Migration und Gesundheit und wieso wir über feministische Medizin sprechen müssen“	7
Workshop 1: „Istanbul Konvention und geschlechtsspezifische Gewalt als Asylgrund“	12
Workshop 2: „Psychosoziale Gesundheit von Migrant*innen- Depressionen, Trauma und Sucht“	16
Workshop 3: „Interkulturalität in der Frauenberatung – Strukturen, Angebote, Netzwerke“	20
Workshop 4: „Diskriminierung in der Gynäkologie – Machtverhältnisse, Stigmatisierungen und Sexualisierung von Migrantinnen“	25
Abschlussinput: „Gesundheitliche Bedeutung und Vorteile von Netzwerken und Allies“	29
Impressum	36

Fachinput 1: **Migration – nur ein Männerphänomen? –Zahlen und Fakten der Frauenmigration**

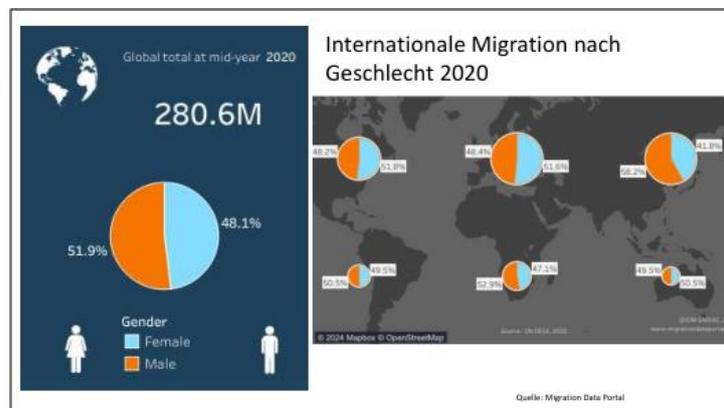
Referentin: Vera Hanewinkel, Institut für Migrationsforschung und interkulturelle Studien (IMIS), Universität Osnabrück

1. Über was reden wir, wenn wir über Migration sprechen?

- Migration umfasst nicht nur Fluchtbewegungen!
- UN-Definition: Internationale Migrant:innen sind Menschen, die nicht in dem Land leben, in dem sie geboren wurden oder dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen
- Geflüchtete sind eine Untergruppe internationaler Migrant:innen

2) Wie hat sich Migration in Bezug auf Geschlecht verändert bzw. gab es (wirklich) Veränderungen?

- Frauen waren immer schon Teil von Migrationsbewegungen
- In der Migrationsforschung wurden Frauen lange nur als „abhängig Wandernde“ wahrgenommen
- 1980er: verstärkter Fokus auf Frauenmigration
- 1990er: statistischer Anstieg der Zahl migrierender Frauen
- > „Feminisierung der Migration“



3) Welche Rolle spielt Gender in Migrationsprozessen?

- Gender (= sozial-kulturelles Geschlecht) strukturiert den gesamten Migrations- und Integrationsprozess
- Geschlechterrollen wirken...
 - in Migrationsentscheidungen (z.B. gesellschaftlich akzeptierte Formen der Migration von Frauen; Informationszugang; Ausreisepolitiken)
 - im Migrationsprozess (z.B. mit der Migration verbundene Gefahren, insbesondere auf illegalisierten Routen)
 - bei der Einreise (z.B. Einwanderungspolitiken im Bereich der Erwerbsmigration nicht geschlechtsneutral)
 - in Flüchtlingslagern (z.B. geschlechtsspezifische Gewalt)
 - in Integrationsprozessen (z.B. Zugang zum Arbeitsmarkt und Langzeitaufenthaltsrechten)
 - bei der Rückkehr ins Herkunftsland (z.B. Gründe für die Rückkehr; Stigmatisierung)

>>> Migrationserfahrungen von Männern und Frauen sind unterschiedlich

4) Welche Gefahren beinhaltet eine Flucht für Frauen und Mädchen?

- Flucht und Vertreibung sind Formen der Zwangsmigration
- Geschlechtsspezifische Gewalt als Fluchtgrund
- fehlende sichere/legale Fluchtwege & Abschottungspolitiken
 - ...drängen Migrant:innen auf gefährliche Fluchtrouten
 - ...vergrößern Abhängigkeit von Akteuren der „Migrationsindustrie“ (z.B. Schleuser:innen)
 - ...fördern Selektionsprozesse > junge Männer werden auf die „Reise“ geschickt
 - ...erhöhen Risiko, Opfer von Ausbeutung und Menschenhandel zu werden (insbesondere Frauen und Mädchen von sexualisierter Gewalt betroffen)

5) Gibt es besondere Schutzmaßnahmen für geflüchtete Frauen und Kinder?

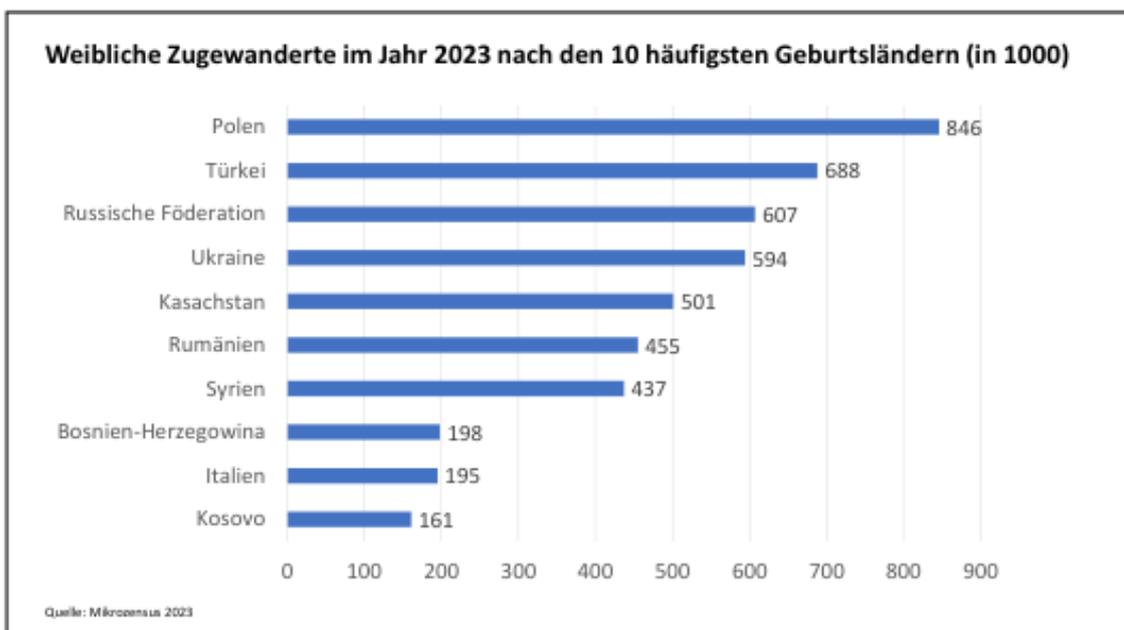
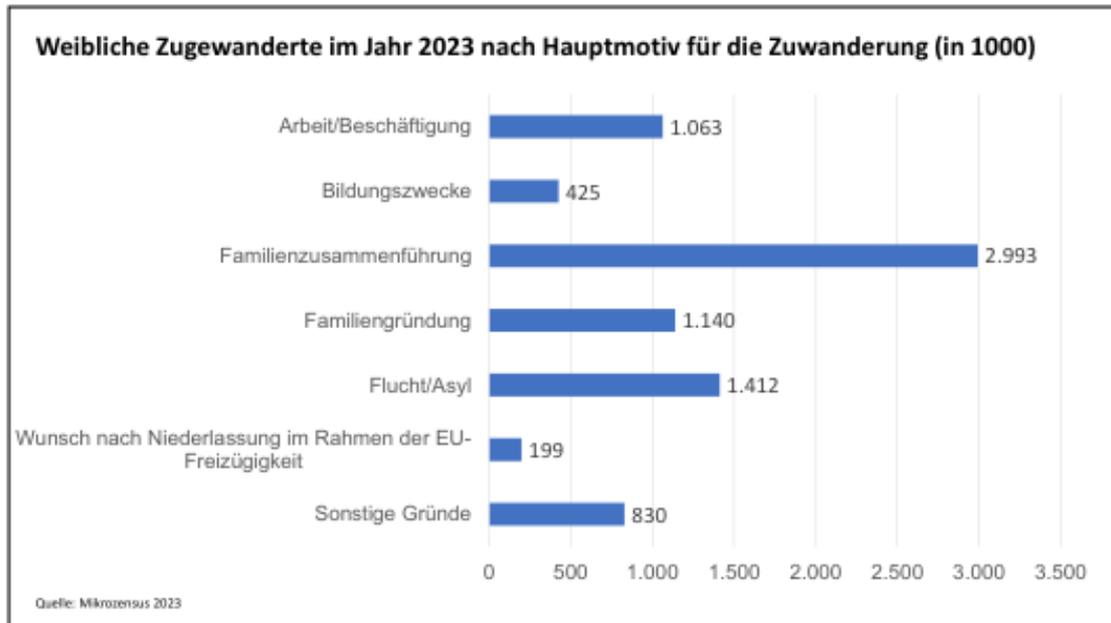
- Internationale Instrumente des Menschenrechtsschutzes
- Spezielle Schutzinstrumente für Frauen & Kinder (z.B. UN-Frauenrechtskonvention von 1979, SDG Nr. 5; UN-Kinderrechtskonvention)
- Spezielle Schutzinstrumente für geflüchtete Frauen (Auswahl)
 - Global: z.B. UNHCR-Leitlinien zum Schutz geflüchteter Frauen (1991), Global Compact on Refugees (2018)
 - Europäische Ebene: z.B. Aufnahme- und Qualifikationsrichtlinie; Istanbul-Konvention
 - Deutschland: z.B. Sonderbeauftragte für geschlechtsspezifische Verfolgung, Gewaltschutz in Aufnahmeeinrichtungen (§44 AsylG), „Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften“ (BMFSFJ, UNICEF 2016)

6) Welche Lebensbedingungen erwarten Frauen in Deutschland? Wie unterscheiden diese sich von Männern?

- Art. 3 GG: „Männer und Frauen sind gleichberechtigt.“ > ist in der Praxis (noch) nicht der Fall (z.B. Gender Pay Gap, Gender Care Gap, Gender Pension Gap, Gender Representation Gap)
- >>> die Situation von Migrantinnen* muss in diesem allgemeinen gesellschaftlichen Kontext betrachtet werden > strukturelle Barrieren in den Blick rücken
- Migrantinnen erfahren „doppelte Benachteiligung“ (aufgrund ihres Geschlechts und ihrer Migrationsgeschichte) > Überschneidung und Wechselwirkung verschiedener Diskriminierungs- und Unterdrückungsformen beachten (Intersektionalität)
 - die 8,1 Mio. (2023) Migrantinnen in Deutschland sind keine homogene Gruppe > Fokus auf Individuen wahren

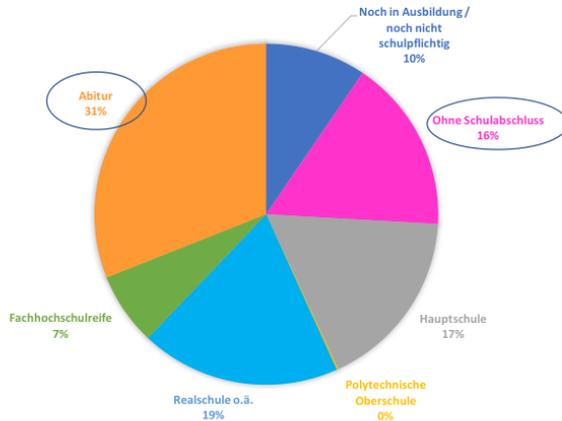
Migrantinnen in Deutschland

- Migrationsmotive
- Herkunftsländer
- Bildungs- und Berufsabschlüsse
- Erwerbsbeteiligung

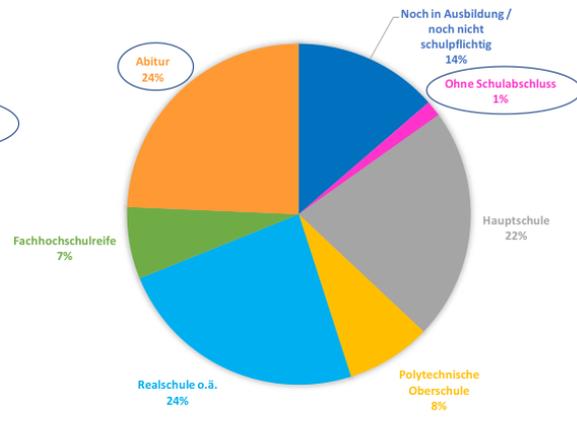


Weibliche Bevölkerung im Jahr 2023 nach Migrationsstatus und allgemeinem Schulabschluss

FRAUEN MIT EIGENER MIGRATIONSERFAHRUNG



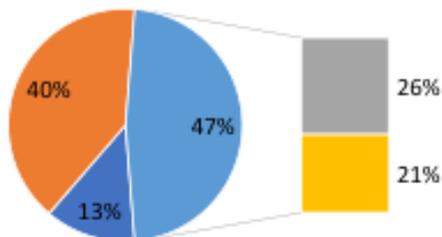
FRAUEN OHNE MIGRATIONSHINTERGRUND



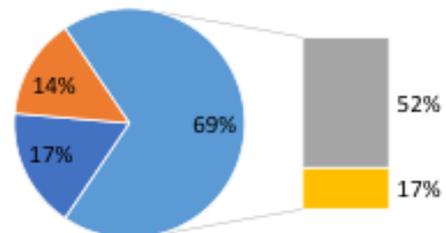
Quelle: Mikrozensus 2023

Weibliche Bevölkerung im Jahr 2023 nach Migrationsstatus und beruflichem Abschluss

Frauen mit eigener Migrationserfahrung



Frauen ohne Migrationshintergrund



- Noch in Ausbildung/noch nicht schulpflichtig
- Ohne berufsqualifizierenden Abschluss
- nicht-akademischer Abschluss
- akademischer Abschluss

- Noch in Ausbildung/noch nicht schulpflichtig
- Ohne berufsqualifizierenden Abschluss
- nicht-akademischer Abschluss
- akademischer Abschluss

Quelle: Mikrozensus 2023



Take Aways

1. Flucht ist ein kleiner Teil internationaler Migrationsbewegungen; global dominiert die Arbeitsmigration
2. Frauen wurden lange nur als „abhängig Wandernde“ wahrgenommen; sich verändernde Vorstellungen von Geschlechterrollen führ(t)en dazu, dass mehr Frauen als „eigenständig Wandernde“ auftreten
3. Gender, also die soziale Konstruktion dessen, was als „männlich“ und „weiblich“ wahrgenommen wird, strukturiert den gesamten Migrations- und Integrationsprozess
4. Frauen sind in Fluchtkontexten u.a. der Gefahr geschlechtsspezifischer Gewalt ausgesetzt; sie endet nicht nach der Flucht, sondern setzt sich mitunter im Aufnahmeland fort (u.a. in Flüchtlingslagern)
5. Der Blick auf strukturelle Barrieren sowie Überschneidungen und Wechselwirkungen verschiedener Diskriminierungsformen (Intersektionalität) hilft, um die Herausforderungen zu erkennen, denen (Flucht-)Migrantinnen in Deutschland begegnen.
6. Migrantinnen sind keine homogene Gruppe. Sie sollten als Individuen mit ihren je unterschiedlichen Lebensgeschichten, Wünschen und Bedürfnissen sowie als handlungsmächtige Subjekte wahrgenommen werden.

Literatur (Auswahl)

- bpb, Destatis, WZB, BIB (Hg.) (2024): Sozialbericht 2024. Ein Datenreport für Deutschland. Bonn.
- Cardozo, A. (2023): Erwerbschancen geflüchteter Frauen in Deutschland verbessern sich trotz ungünstiger Ausgangslage. DIW Wochenbericht 19/2023.
- Farrokhzad, Sch. Et al. (2022) (Hg.): Geflüchtete Frauen. Analysen – Lebenssituationen – Angebotsstrukturen. Wiesbaden.
- Gamaro, L. et al. (2024): Mütter mit Zuwanderungsgeschichte. BIB. Bevölkerungsstudien. Wiesbaden.
- Krause, U. (2022): Kontinuitäten von Gewalt auf der Flucht mit Fokus auf Unterkünfte und Aufnahmelagern. In: Kleist, J.O. et al. (Hg.): Gewaltschutz in Geflüchtetenunterkünften. Bielefeld.
- Lechner, C. et al. (2023): Integration von Migrantinnen in Deutschland. Politiken und Maßnahmen. EMN Deutschland Paper 1/2023.
- McAuliffe, M. & L.A. Ochoa (Hg.) (2024): World Migration Report 2024. International Organization for Migration (IOM). Genf.
- Servicestelle SGB II (2024): „Zugewanderte Frauen bringen viele gute Qualifikationen mit“. Interview mit Prof. Dr. Yuliya Kosyakova. https://www.sgb2.info/DE/Praxisblick/interview/interview_kosyakova.html
- Statistisches Bundesamt (2024): Statistischer Bericht. Mikrozensus – Bevölkerung nach Migrationshintergrund, Erstergebnisse 2023.
- Suerbaum, M. (2023). Frauen in Fluchtsituationen. In: Scharrer, T. et al. (Hg.): Handbuch Flucht- und Flüchtlingsforschung. Baden-Baden.

Fachinput 2: „Migration und Gesundheit und wieso wir über feministische Medizin sprechen müssen“

Referentin: Dr. Angelika Voß, Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e.V.

Medizin, Gesundheit und gesundheitliche Versorgung

- Medizin als philosophisch-soziales Konstrukt plus die Naturwissenschaften aus europäischer Sicht (auch Vorlage der WHO)
- Gesundheitliche Versorgung:
 - in Deutschland einerseits nach medizinischen Standards (z.B. EBM, Leitlinien), andererseits nach Vorgabe des G-BA und BMG mit entsprechenden Kassenleistungen oder als Privatversicherung: D.h. wer nicht im System ist, fällt aus der Versorgung raus!
 - dazu gehören auch die nicht-universitären Ansätze und versch. Medizinsysteme wie z.B. Homöopathie, TCM, Ayurveda, Hildegard Medizin, indianische Medizin usw., die nicht von den KVen übernommen werden
 - aber auch Hausmittel und Co, Naturheilkunde in den versch. Kulturen etc.
 - Gesundheitliche Versorgung ist in den jeweiligen Kulturen eingebettet auch als Anregung der Selbstheilungsprozesse (Beispiel Heiler*innen der Choko Amazonas; Maya-Hebammen)

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsniveaus ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der ethnischen Zugehörigkeit [original: „race“], der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“
Weltgesundheitsorganisation

Eine patriarchale Medizin – ein kurzer Blick in die Geschichte

- Bis ins 13. Jahrhundert: Frauen in allen Bereichen der Medizin (vor allem in Naturheilkunde, Klostermedizin) vertreten, s.a. Hildegard von Bingen, eigene Leibärztin des Königs von Frankreich beim letzten Kreuzzug (Miresse)
- Verbot der Klostermedizin, Verbot Medizinstudium für Frauen
- Hexenverfolgung: Verbot der Nutzung von Heilmitteln durch Frauen, aber Anwendung der Schmerz-/Betäubungsmittel durchaus von männlichen Vertretern (u.a. Paracelsus) z.B. in der Folter
 - Entstehung der universitären Medizin, Aufnahme der Chirurgie ab 13./14. Jahrhundert
- Patriarchale Gliederung der Fachdisziplinen, z.B. Überordnung a) Chirurgie („männlich dominiert“), Unterordnung b) Anästhesie (weiblich konnotiert) = u.a. mehr Forschungsgelder für a als für b

Machtverhältnisse in der Medizin/im Gesundheitssystem

- Hierarchische Struktur des Gesundheitswesens, insbesondere klinische Medizin (Männer bauen Pyramiden, Frauen knüpfen Netzwerke)

- Patriarchale Ausrichtung (Götter in weiß?, auch „weiße“ Götter): die Entkoppelung von Wissen der Weisen Frauen von Frauenkörper/Frauenselbstbestimmung
- Kolonialisierung der Frauenkörper über die Medizin/das Gesundheitswesen (nur die „weiße“ Naturwissenschaft/klinische Studien gelten) aber: Anwendung verschiedener Medizinkonzepte weltweit
- Martialische/militaristische Sprache und Handlungsweise (Krankheit als Feind = Kampf im/am Körper der Patient*innen)
- Gewalt allgemein (Würde, Empathie und Respekt gegenüber Patient*in)
- Misogynie (Herabwürdigung von Frauen* durch das Medizinsystem) und eurozentristische Sichtweise

Medizin an der Schnittstelle Soziales und Naturwissenschaften

- Dualität als „Norm“: männlich/weiblich; Gesundheit/Krankheit; Diagnose/Therapie
- Hilfsangebot für Notleidende (patients = leidend)
- Sicht auf den Menschen/Sicht auf den Körper (phänotypisch/genotypisch?)
- Männlicher Blick aus den Naturwissenschaften spiegelt sich in der Medizin wider (Kampf als männliches Ritual verlagert vom Duell im Freien in die Labore und theoretischen Wissenschaften)
- Gesprächsführung (wie geschlechtssensibel?)

Die scheinbare Eineindeutigkeit

- Inter- und intrageschlechtliche biologische Individualität als fließende Größen bei der Definition von „Geschlecht Frau“
- Lebensweise (u.a. Ernährung) als Einflussfaktor auf Wirkung von Arzneimitteln
- Festschreibung „Frau“ über die Hormone Östrogen/Gestagen/Progesteron
- Das unsichtbare Leben „unter der Haut“

Die Struktur in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen*

- Universitäre Medizin als Standard
- Strikte Hierarchien in der sog. Schulmedizin – große Unterschiede in verschiedenen Ländern
- Patriarchale Strukturen mit weiblichem Anteil: Dominanz in der Sprache, Dominanz in der Besetzung, z.B. klinisches Personal untergeordnet: Pflegepersonal, Hebammen, Soziale Dienste (dominanter Frauenanteil)
- Geschlecht Patient*in nur teilweise berücksichtigt (Konzentration auf primäre und sekundäre Geschlechtsmerkmale als „krankheitsanfällig“ sowie Sexualhormone)
- Kaum kultursensible Ausbildung/Fortbildung in der Medizin und im Gesundheitswesen allgemein
- Entmündigung bei schweren Erkrankungen
- Gewalt unter der Geburt, in der Sprechstunde
- Statt komplette Aufklärung Angstmacherei (Angelina-Jolie-Effekt)
- Unterordnung Patient*innen unter Anordnung Ärzte
 - Erfahrungswissen wird negiert
- Definition Frau als „Schwaches Geschlecht“ (vulnerabel) z.B. bei Unverträglichkeit Medikamente statt Anerkennung der Folge von falscher Medikation

- Krankheiten, die nur oder fast ausschließlich Frauen(körper) betreffen, werden nicht oder nur unzureichend erforscht und angemessen behandelt
- Hysterektomie wird ersetzt durch Sissi-Syndrom als neues Phänomen (gilt nur für weiße Frauen!)
- Pille von der Pubertät bis ins hohe Alter als „allround-Mittel“, als Verhütungsmittel immer noch keine grundsätzliche Leistung aus dem Sozialetat
- Keine Rücksicht auf Besonderheiten bei Frauen* mit Fluchterfahrung
- Bestehender §218 gegen die Selbstbestimmung von Frauen* (entgegen Istanbul-Konvention, CEDAW und WHO) s.a. Hope Bridges Adams Lehmann
- Erforschung der Wirksamkeit der Pille als Menschenversuch durch Kolonialisierung von Frauen(körpern) > Puerto Rico
- Pharmakotherapie und die Gesundheitsgefährdung von Frauen, Schwangeren und Föten (Beispiel DES, Contergan, Impfungen, Digoxin, B- und Z-Drugs)

Frauen mit Fluchtgeschichte

- Beispiel 1: Schwangerschaft und Geburt (z.B. in Sammelunterkünften) > kein Schutz
 - Wider kulturell verankertes Geburtserleben: fehlende Möglichkeiten für die Begleitung durch Familienangehörige/vertraute Personen (z.B. Doulas = weise Frauen* aus dem engen Umfeld); nur begrenzt in Kreißsälen zugelassen, Zwang zu bestimmten Geburtshaltungen etc.
- Beispiel 2: FGM/C zwar als Fluchtgrund, aber geringe Möglichkeiten der Behandlung/Begleitung (Bundesweites Netzwerk und Nds. Netzwerk bestehen zur Etablierung)¹
- Beispiel 3: Fehlende Einbeziehung von Folgeerkrankungen durch Krieg/Flucht (Rapid Health Assessment, Ärzte ohne Grenzen)
- Beispiel 4: Vergewaltigungen während der Flucht, kein Schutz vor möglichen Gewalttätern, und Re-Traumatisierung
 - Keine medizinische Versorgung auf der Flucht, Ausnahme nur bei Bootsflüchtlingen, die von der Seenotrettung aufgenommen wurden
 - Die Nichtberücksichtigung von Frauen* mit Gewalterfahrung (Krieg- und Bürgerkrieg, Flucht)
 - Sowohl Kriege/Bürgerkriege als auch Hungersnöte beeinträchtigen nachhaltig die Gesundheit, aber auch Sanktionen (Beispiel, ehem. Jugoslawien, Irak u.a.)
 - Entsprechend häufen sich Erkrankungen wie Durchfälle, Herzkreislaufbeschwerden, Lungenerkrankungen, aber auch Fehl- und Frühgeburten, die in die Anamnese bei Geflüchteten einfließen müssen (>s. Rapid Health Assessment)
- Beispiel 5: Fehlende Informationen über Gesundheitsleistungen, die generell von den Behörden / Krankenkassen übernommen werden

Armut macht krank – Krankheit macht arm

- Schlechtere Versorgung von Patient*innen mit geringen Einkommen bei schwerwiegenden Erkrankungen und Patient*innen mit Sprachbarrieren
- Zusätzliche unterstützende Maßnahmen nur als IGeL-Leistungen, d.h. als Selbstzahler*in

¹ kostenloses Webinar „Einführung in das Thema weibliche Genitalbeschneidung (FGM/C)“ bei: <https://yuna-nrw.de/tag/seminar>

- nicht für alle gleich zugänglich! (z.B. obdachlose Frauen*, Frauen* mit Fluchthintergrund/ohne Papiere, Bürgergeldbezieher*innen bedingt)
- Alternativen nur als Selbstzahler*in (z.B. Phytotherapie, d.h. Ersatz aus Pflanzen wie Soja, Yamswurzel etc.)
- Schlechtere Prognosen für die Förderung von Selbstheilungskräften
 - Beispiel: komplementäre Onkologie, keine Finanzierung der bekannten unterstützenden Mittel über die Krankenkassen, ebenso die Finanzierung von Lymphdrainagen; fehlendes Empowerment für Frauen* mit Fluchthintergrund
- D.h. langfristig bleibende Schäden durch nicht bezahlbare Behandlungen

Sprache²

- „Du kannst mich einfach nicht verstehen“ (Tannen 1997) Aber vor allem: Ich kann dich nicht verstehen!
- Gilt sowohl in der Umgangssprache als auch in der Fachsprache
- Sprache als Ausdruck von „Herr“schaftswissen = männliche Dominanzkultur als Ausbildungsinhalt für Mediziner*innen!
- Doing doctor: Einfluss auch auf das Verhalten von Pflegekräften und Hebammen (wer bestimmt was gemacht wird, wie weit geht das Mitbestimmungsrecht der Patient*innen)

Was brauchen Frauen* als Patient*innen?

- Informed consent: Zustimmung zur Untersuchung/Behandlung erst nach ausführlicher Aufklärung in verständlicher (Zeichen)Sprache, d.h. unparteiische Erläuterung von Vor- und Nachteilen und ausreichender Bedenkzeit, Shared Decision Making = partizipative Entscheidungsfindung
- Empowerment: Bestärkung in der getroffenen Entscheidung, auch wenn es nicht die eigene Meinung ist
 - Recht auf Nichtwissen, z.B. Gentests
- Ausführliche Informationen zu ALLEN Optionen von Prävention, Gesundheitsförderung, Diagnosen und Therapien, auch Alternativ- und Komplementärmedizin
- Berücksichtigung spezieller Besonderheiten biologisch, psychisch, sozial

Etablierung feministischer Medizin und Gesundheitspolitik

„Als Teil dieser Gesellschaft ist auch die Medizin nicht frei von Machtverhältnissen. Im Gesundheitssystem werden Menschen benachteiligt, ihnen wird nicht zugehört, sie werden schlecht behandelt oder diskriminiert. Die Medizin konzentriert sich schon lange auf den weißen, cis-männlichen, nicht behinderten Körper. Nach ihm richtet sich auch heute noch die Lehre an Universitäten, die medizinische Forschung und die Versorgung in den Kliniken. Alle, die diesem Bild nicht entsprechen, werden schlussendlich medizinisch weniger gut behandelt. Das betrifft vor allem Frauen, intersexuelle,

² Beispiel für gute Praxis: MEDGUIDE medizinischer Sprachführer (<https://edition-medguide.de/>);

FGMZ Zyklus kalender <https://fmgz-hannover.de/>;

Projekt „Worte helfen Frauen“ (Vernetzungsstelle für Gleichberechtigung e.V. Hannover) <https://worte-helfen-frauen.net/> ;
https://frauenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Unsere_Arbeit/Sexuelle_und_Reproduktive_Rechte/Reprod-Materialien/240422-Es-gibt-kein-Jungfernaeutchen-web.pdf

nicht-binäre und trans Menschen, und dabei insbesondere BIPOC, behinderte Menschen und solche, die wenig Geld zur Verfügung haben. Das wollen wir ändern.“ (femmed³)

- Jetzt: Keine Versorgung von Frauen* ohne Papiere (einige positive Ausnahmen)
 - Beispiel aus dem Film „Helfen gegen Widerstände – Die Ärztinnen von Montfermeil“ Reportage, arte, Autorin Ulrike Bremer bei der Juliane Bartel Medienpreis-Verleihung November 2024: Schwangere Frauen ohne Papiere (oft women of colour) werden für 1-2 Tage in dem Krankenhaus von Monfermeil aufgenommen, damit sie sich erholen können (freiwillige Ärzt*innen)
 - Ebenfalls ausgezeichnet: „Perle- Der Weg zurück zur körperlichen Unversehrtheit“ Reportage, SWR 2 Autorin Yasmina Hamlawi:
 - Eine in Somalia beschnittene und zugenähte Frau wird in Belgien erfolgreich operiert
- Rückführung der Gesundheitsbildung an die Wurzeln ganzheitlichen Denkens und Handelns = fächerübergreifende Ansätze innerhalb des Medizinwesens statt nur Spezialisierung und Fragmentierung
- Einbeziehung von Erfahrungswissen/Expertise von Heiler*innen und Patient*innen
- Beseitigung des Gender Gap und der kulturellen/religiösen Verwerfungen in der medizinischen Versorgung
 - Lehren aus der Gender Medizin: intersektionaler Ansatz OHNE Kolonialisierung der Körper

Es könnte anders gehen:

- Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse von Frauen* nach Medizin und gesundheitlicher Versorgung als ganzheitliches Verständnis
- Verbindung von klinischer/universitärer Medizin mit komplementären (d.h. ergänzenden) oder auch alternativen Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten
- Einbindung der „Salutogenese“ als anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit
- Berücksichtigung von inter- und intraindividuellen Unterschieden in einer Gruppe eines Geschlechts und im jeweiligen Individuum im Laufe des Lebens
- Berücksichtigung der Wünsche/des Erfahrungswissens aus anderen Kulturen für die Behandlung
- Gesundheitskompetenz (Health Literacy) muss gegenseitig erworben werden: welche Hilfen brauchen die Hilfesuchenden um im System zurecht zu kommen?

³ <https://www.fem-med.org/selbstverstdnis>

Workshop 1: „Istanbul Konvention und geschlechtsspezifische Gewalt als Asylgrund“

Gesprächspartnerin: Dr. Delal Atmaca, Geschäftsführerin und Mitbegründerin des Dachverbandes der Migrantinnenorganisationen (DaMigra e.V.)

Der Dachverband der Migrantinnenorganisationen

- seit 2014 bundesweiter herkunftsunabhängiger und frauenspezifischer Dachverband von Migrantinnenorganisationen
- mehr als 60 bundesweite Mitgliedsorganisationen
- parteipolitisch, weltanschaulich sowie konfessionell unabhängig
- unsere Anliegen:
 - Frauenrechte
 - die gleichberechtigte rechtliche, politische und gesellschaftliche Gleichstellung und Teilhabe von Migrantinnen und geflüchteten Frauen
 - die Sensibilisierung der Gesellschaft für die Barrieren, Hürden und Mehrfachdiskriminierungen gegenüber Migrantinnen,
 - eine diversitätsorientierte und inklusive Gesellschaft
 - die Beseitigung jeglicher Form von Diskriminierung, Sexismus und Rassismus

Die Istanbul-Konvention

= das Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen* und häusliche Gewalt

- 2011 vom Europarat in Istanbul verabschiedet und trat 2014 in Kraft
- der erste, rechtsverbindliche Völkerrechtsvertrag in Europa, der Gewalt gegen Frauen als Menschenrechtsverletzung definiert und umfassende Maßnahmen zu deren Bekämpfung vorsieht!
- Verpflichtung zur Bekämpfung von geschlechtsspezifischer Gewalt und häuslicher Gewalt
- zum Schutz der Betroffenen und Bestrafung der Täter
- weitreichende Präventionsmaßnahmen

Die Istanbul-Konvention basiert auf vier Säulen	
Prävention	Bildung, Bewusstseinsbildung, Aus- und Fortbildung von Angehörigen bestimmter Berufsgruppen
Schutz u. Unterstützung	Informationen, Spezialisierte Hilfsdienste, Schutzeinrichtungen, Telefonberatung, Meldung
Strafverfolgung	Eilschutzanordnungen, Kontakt-Näherungsverbote, Schutzanordnungen, Ermittlungen & Beweise, Rechtsberatung
Maßnahmen	Umfassende u. koordinierte politische Maßnahmen, Einbeziehung der Zivilgesellschaft, Koordinierungsstelle, Datensammlung & Forschung

- 47 Mitgliedstaaten des Europarats haben unterzeichnet (=Absichtserklärung)

- der Staat verpflichtet sich rechtlich zur Umsetzung der Inhalte, nachdem das nationale Parlament die Konvention in nationales Recht umgesetzt hat
- 38 bisher ratifiziert (Ratifizierung = rechtliche Verpflichtung der Umsetzung)
- Deutschland ratifizierte am 12. Okt. 2017 (Vorbehalt gegen Art. 59/ Abs II/III)
 - Seit 1. 2. 2018 ist die IK geltendes Recht in Deutschland
- Sicherstellung der Umsetzung: Die Umsetzung wird durch GREVIO (Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence) überwacht.
 - GREVIO überprüft regelmäßig die Einhaltung der Konvention und gibt Empfehlungen.
 - 1. GREVIO- Evaluationsbericht für Deutschland: 7.Okt.2022

Ziele der Istanbul Konvention

- ein gewaltfreies Leben ermöglichen
- Prävention von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt
- Schutz von Opfern
- Verfolgung von Tätern

Mangelhafte Umsetzung der Konvention

- Insbesondere für vulnerable Gruppen ist der Zugang zu Prävention, Schutz, Beratung und Recht sowie deren Aufklärung über ihre Rechte nach wie vor mangelhaft, nämlich für:
 - Frauen mit Flucht- oder Migrationsgeschichte
 - Frauen mit Behinderungen
 - Menschen mit diversen geschlechtlichen Identitäten / queere Menschen
 - Frauen in Wohnungslosigkeit
- Risikomanagement gegen Femizide & andere Hochrisiko-Gewaltfälle, wie die Gefährdung gewaltbetroffener Frauen und Kinder, nicht ausreichend
- keine systematische Gefährdungsbeurteilung für gewaltbetroffene Frauen im Rahmen von Asylverfahren
- Sorge- und Umgangsregelungen mangelhaft (Reform!)
- Zugangsbarrieren, wie Residenzpflichten oder die Wohnungsaufgabe
- Geschlechterstereotypen
- Probleme mit strategischem Rahmen/ nationale Gesamtstrategie, nationale Koordinierungsstelle
- Finanzierung durch Bund, Länder & Kommunen
- spezialisiertere Strafverfolgungsbehörden
- gesetzliche Verankerung einzelfallunabhängiger, bundeseinheitliche Finanzierung aller Angebote der Hilfe- und Unterstützungsstrukturen

Die Vorbehalte wurden Feb. 2023 fallen gelassen – was jetzt?

- Am 01. Februar 2023 ließ Deutschland die Vorbehalte gegen Artikel 44 und 59 (2) und (3) der IK auslaufen:

Artikel 59 der Istanbul-Konvention

Artikel 59(1) verpflichtet die Vertragsstaaten sicherzustellen, dass gewaltbetroffene Frauen, deren Aufenthaltsstatus von dem Aufenthaltsstatus ihres Ehemanns/Partners abhängt, im Fall der Auflösung der Ehe/Beziehung bei besonders schwierigen Umständen auf Antrag einen eigenständigen Aufenthaltstitel unabhängig von der Dauer der Ehe/Beziehung erhalten können.

Artikel 59(2) verpflichtet zur Aussetzung von Ausweisungsverfahren (bzw. Abschiebeverfahren), um Betroffenen von Gewalt gegen Frauen oder häuslicher Gewalt mit abgeleitetem Aufenthaltsrecht die Möglichkeit zu geben, einen eigenständigen Aufenthaltstitel zu beantragen. Den Betroffenen soll damit ermöglicht werden, einen Aufenthaltstitel aus humanitären Gründen zu erlangen.

Artikel 59(3) soll Betroffenen einen verlängerbaren Aufenthaltstitel ermöglichen, wenn ihr Aufenthalt auf Grund ihrer persönlichen Lage oder zur Mitwirkung in einem Ermittlungs- oder Strafverfahren erforderlich ist.

- somit gilt der Schutz der Istanbul-Konvention künftig auch umfassend für geflüchtete Frauen und Frauen ohne geregelten Aufenthaltsstatus.

Aber was bedeutet das Auslaufen der Vorbehalte für den Alltag gewaltbetroffener Frauen?

Dass die Konvention ab dem 1. Februar 2023 in Deutschland ohne Vorbehalte gilt, ist ein großer Verdienst der Zivilgesellschaft.

- Datenlage von GREVIO zeigt, nötig ist:
 - Abhängiger Aufenthaltsstatus/ eigenständiger Aufenthaltstitel
 - Rechte für Asylbewerberinnen etablieren!
 - Schulungen für Entscheidungsträgerinnen
 - Unsichere Unterbringung/ Sicherheitsbedenken
 - Zugang zu NGO-Beratungsdiensten
- Notwendige Anpassungen / Forderungen an die Bundesregierung:
 - nationale Strategie (Gewaltschutz, zentrale Definitionen, Standards)
 - Rechtsanspruch auf Schutz und Hilfe
 - Frauenhausplätze!
 - Zugangsbarrieren abbauen!
 - Asylverfahren/ Systematische Gefährdungsbeurteilung & geschlechtsspezifische Schutzmaßnahmen
 - Fortbildungen!

Aus dem ersten „Monitor Gewalt gegen Frauen“ geht hervor: Strategien, Standards und mehr Geld dringend nötig

- Häufigkeit: Frauen und Mädchen sind überproportional von Gewalt betroffen:
 - Sexualisierte Gewalt: 85,7%; Stalking: 79 %; Zwangsheirat: 96 %

- Opferzahlen (2023): Durchschnittlich 728 Fälle körperlicher Gewalt und 171 Fälle sexualisierter Gewalt, 2,5 mögliche Femizide pro Tag
- Unzureichende Sicherheit von Betroffenen bei Umgangs- und Sorgerechtsentscheidungen

Umsetzung der Istanbul-Konvention:

- Standards, Qualität und (zahlenmäßige) Umsetzung auf Bund- und Länderebene unzureichend und variierend
- Fehlende Finanzierung (bspw. Hilfetelefon)
- Frauen in vulnerablen Lebenslagen (z.B. mit Behinderungen oder Migrationshintergrund) sind unzureichend (bspw. Barrierefreiheit, Dolmetschen)
- Fokus auf häusliche und sexualisierte Gewalt, das Fehlen weniger bekannter Gewaltformen in Kampagnen und Angeboten (wirtschaftliche Gewalt, Zwangsheirat, FGM/C)
- Fehlende (verpflichtende) Bildungsangebote (bspw. für Polizei, Justiz)

Empfehlungen des Berichts:⁴

- nationale Gewaltschutzstrategie mit verbindlichen Standards
- Ausbau und bessere Finanzierung von Frauenhäusern und Beratungsstellen
- Systematische und intersektionale Datenerhebung zu Gewalt gegen Frauen
- Schulungen für Polizei, Justiz und relevante Fachkräfte ausbauen/ verpflichten
- Täterarbeit/ Prävention von Rückfällen

⁴ Mehr hierzu unter: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Weitere_Publikationen/Monitor_Gewalt_gegen_Frauen_2024_Kurzfassung.pdf

Workshop 2: „**Psychosoziale Gesundheit von Migrant*innen- Depressionen, Trauma und Sucht**“

Gesprächspartnerinnen: Eva Schade & Marie Bette, interkulturelle Behandlungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund, LVR-Klinikum Düsseldorf

Frauen auf der Flucht



- 118 Mio. Menschen waren 2023 weltweit auf der Flucht, 50% davon sind Frauen (UNHCR – global trends Report)
 - die meisten Frauen fliehen innerhalb der Landesgrenzen (Unsicherheit auf dem Weg, finanzielle Mittel fehlen)
 - Asylanträge in Deutschland 2024, 32% weiblich
- Zusätzlich zu allgemeinen Fluchtgründen geschlechtsspezifische Bedrohungen
 - GBV, sexuelle (Kriegs-)Gewalt, Schwangerschaft als Gesundheitsrisiko, Zwangsheirat, Zwangsabtreibung, Zwangssterilisierung, FGM, Menschenhandel & Zwangsprostitution
- Schutz müsste gewährleistet werden auf der Flucht und im Aufnahmeland
 - Instrumente bindend machen und weiterentwickeln (Istanbul Protokoll, Aufnahmerichtlinie, Identifizierung von Schutzbedarfen)
 - Realität: Aussetzung Familiennachzug, Abschiebungen Iran, Massenunterkünfte (ZUE)

Risikofaktoren für psych. Erkrankung

Hohes Risiko für psychische Erkrankungen bei Geflüchteten

- 74% Gewalterfahrungen, 40% Anzeichen depressiver Symptome (Schröder, Zog & Faulbaum, 2018)
- 35 – 40% PTBS Risiko, 87% erlebten Trauma (Brücker et al., 2019)
- Vgl. Lebenszeitprävalenz in dt. Zielgruppe ca. 3-13%

Risikofaktor Geschlecht

- Risiko für Frauen nach einem Trauma PTBS zu entwickeln doppelt so hoch wie bei Männern (Kessler, 1995)
- Geschlechtsspezifische Gewalterfahrungen potentiell traumatisierend – zu 55% Auslöser für PTBS (Ehlers 2000)

Häufige Erkrankungen



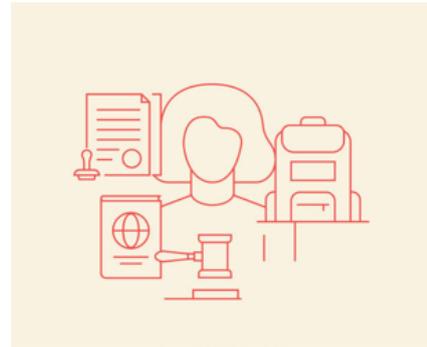
- PTBS: Wiedererleben, Vermeidung, Hypervigilanz, Rückzug, Dissoziationen
- Angststörungen: Vegetative Symptome, Vermeidungsverhalten
- Depressionen: Interessensverlust, Antriebsminderung, Isolation, Selbstwertprobleme, Suizidgedanken, Schuldgefühle, Appetitverlust oder -steigerung
- Somatisierungsstörungen: psychosomatische Schmerzen, diffuse Schmerzen, körperliche Reaktionen
- Emotionsregulationsstörungen
- Substanzmissbrauch

Zugangsbarrieren zur Behandlung

- **Zusätzlich** zu allgemeinen Zugangsbarrieren: Behandlungsangebote unbekannt, Sprachbarriere, institutioneller Rassismus, fehlende transkulturelle Kompetenz/Bereitschaft bei Behandler*innen
- Scham über geschlechtsspezifische Gewalt zu sprechen
 - erschwert Zugang zu Behandlung
 - Erschwert Zugang zu (rechtlichen) Schutz (beim Bamf Gericht, Unterbringung nicht erwähnt)
 - Sprachmittlung (Geschlecht und Community)
- Geschlechtsspezifische krankheitsaufrechterhaltende Faktoren
 - Verantwortung/Fürorge für Familie - Rollenbild, Care-Arbeit, fehlende zeitliche Ressourcen, *funktional* bleiben wollen, patriarchale Strukturen
- Intersektionalität
 - Bildung, körperliche und geistige Einschränkungen, Religion, sozialer Hintergrund, geschlechtliche Identität, sexuelle Orientierung, Lebensalter

Barrieren in der Behandlung

- Störungsbedingtes und kulturelles Misstrauen
- Negative Erfahrungen mit Institutionen / Gesundheitssystem
- Sprachbarriere
- Aufenthaltsstatus & drohende Abschiebung
- Fehlender Zugang zu Krankenkassenversorgung
- Transportkosten
- Belastung durch Situation der Familie im Heimatland
- akute Gefährdung
- Intersektionale Themen
- Diskriminierungserfahrungen, Rassismus, Sexismus etc.
- ...



Kultursensible feministische Psychotherapie

- Lebenskultur und Lebensweise der Patientin mit einbeziehen und sich damit auseinandersetzen
- Risikofaktor Geschlecht bedenken und ansprechen
- Wertfrei und akzeptierend
- Kultur nicht statisch, sondern als flexibles Konstrukt betrachten
- Stereotypisierungen von Kulturen vermeiden!
- Eigene Kultur, patriarchale Prägung und professionelles Handeln reflektieren



Durch Verstehen einen
sicheren Raum schaffen &
Stress reduzieren



Behandlungsangebot im LVR

Transkulturelle Ambulanz

- Angebote in verschiedenen Sprachen oder mit Sprach- und Kulturmittler*innen
Gespräche ohne SIM zurzeit in den Sprachen: Arabisch, Serbokroatisch, Deutsch, Englisch, Farsi/Dari, Französisch, Kurdisch (Sorani), Russisch, Spanisch
- Behandlung ambulant (1x im Monat)

Transkulturelle Tagesklinik

- 9 Plätze
- Behandlungszeit 12 Wochen, 9 – 16 Uhr
- Gruppensprache: Deutsch



Was braucht es?

- Blick auf den Einzelfall
- Solidarische Haltung
- Therapie und Beratung als sicherer Raum
- Blick für kulturelle, systembezogene und intraindividuelle Faktoren
- Vermittlung, Koordination, multidisziplinäre Zusammenarbeit
- Abbau von Hürden im Gesundheitssystem
- Auseinandersetzung mit eigenem Rassismus, Privilegien und Prägungen

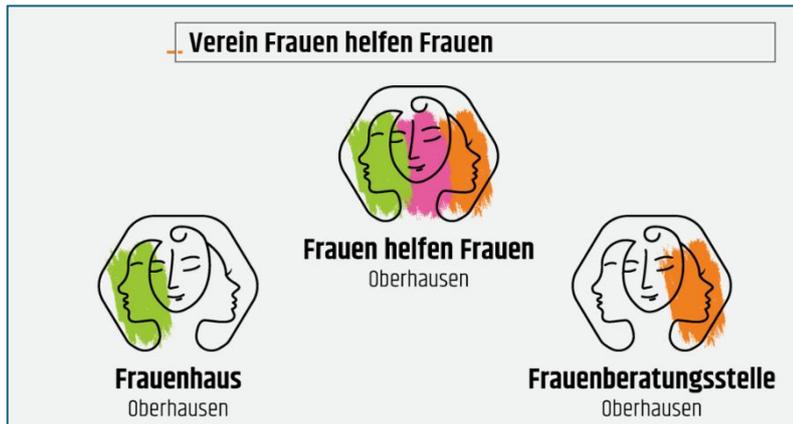
Kontakt:

eva.schade@lvr.de

marie.bette@lvr.de

Workshop 3: „Interkulturalität in der Frauenberatung – Strukturen, Angebote, Netzwerke“

Gesprächspartnerinnen: Raffaella Ferraro und Katharina Sinemus, Systemische Beratung, Frauenberatungsstelle Oberhausen



– Die Frauenberatungsstelle

- Wir beraten
 - Frauen* ohne Alterseinschränkung
 - Mädchen* ab 16 Jahren
 - transidente Frauen*
 - Frauen* mit Behinderung
 - Angehörige
 - Fachkräfte

- Wir beraten über 400 Frauen im Jahr
 - Davon sind ca. 10% mit Migrationsgeschichte und ca. 20% haben eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit

▪ Kooperationen

- Beratungsstellen
- Ämter
- Wohlfahrtsverbände
- Kultureinrichtungen
- Religionseinrichtungen
- Bildungseinrichtungen

– Die Frauenberatungsstelle

- Wir helfen bei
 - sexualisierter, häuslicher und digitalisierter Gewalt
 - Trennung und Scheidung
 - Stalking
 - psychischen Erkrankungen
 - Essstörungen
 - Veränderungswünschen
 - Allgemeine Probleme

— Die Frauenberatungsstelle

■ Wir bieten

- Kurz-, mittel- und längerfristige Beratungen
- Krisenintervention
- Traumafachberatung
- Beratung nach dem Gewaltschutzgesetz
- Vorträge und Workshops (Prävention)
- Gruppenangebote

Formen der Beratung

- Persönliche Beratung
- Telefonische Beratung
- Onlineberatung per Mail oder Chat

Ein Plus+

- Dolmetscherinnen bei Bedarf
- Die Beratung ist kostenfrei
- Wir unterliegen der Schweigepflicht

— Zahlen: Wieso es uns immer noch braucht

- Frauenfeindliche Straftaten sind um 56% angestiegen
- Alle 3 Minuten erlebt ein Mädchen oder eine Frau in Deutschland häusliche Gewalt
- Jeden Tag werden mehr als 140 Sexualstraftaten begangen
- Fast jeden Tag 2023 starb ein Mädchen/eine Frau
- Digitalisierte Gewalt ist um 25 % gestiegen, 17.000 Mädchen und Frauen waren letztes Jahr davon betroffen

In allen Bereichen der geschlechtsspezifisch begangenen Straftaten gibt es einen Anstieg. Es gibt ein großes Dunkelfeld und es muss davon ausgegangen, dass die tatsächlichen Zahlen viel höher sind.

[BKA: Bundeslagebild Geschlechtsspezifisch gegen Frauen gerichtete Straftaten 2023 vom 19.11.2024]

— Gesundheitliche Folgen der Gewalt

Zusammenhang zwischen Gewalt und Gesundheitsbelastungen

- Langzeitfolgen psychischer Gewalt sind ebenso gravierend wie die der körperlichen Gewalt

- Psychische Folgen sind vor allem:
 - Depressionen
 - PTBS
 - Angstzustände und Panikattacken
 - Schlafstörungen
 - Mangel an Selbstwert
 - Konzentrationsschwierigkeiten
 - Substanzmissbrauch
 - Essstörungen

Faktenblatt Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW (2015)

5

— Gesundheitliche Folgen der Gewalt

▪ Körperliche Folgen:

- Chronische Schmerzen, auch Monate nach Gewalterleben.
- Gastrointestinale Beschwerden
- Cardiovaskuläre Beschwerden
- Asthma
- Essstörungen
- Gynäkologische Beschwerden, wie z.B. Zyklusstörungen, ungeklärte Unterbauchsschmerzen
- Ein erhöhtes Risiko einer Fehlgeburt oder postpartale Depressionen

Faktenblatt Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW (2015)

⁵ Hier finden Sie Broschüren zu verschiedenen Themen des Gewaltschutzes: <https://frauenhelfenfrauen-oberhausen.de/infomaterial/broschueren/>;

Infovideos häusliche Gewalt: <https://frauenhelfenfrauen-oberhausen.de/infomaterial/info-videos/>;

Fallbesprechung in Hochrisikofällen: <https://frauenhelfenfrauen-oberhausen.de/fallbesprechungen/>

— Gesundheit im Fokus

■ Kooperationen

- Primär psychische Gesundheit und Prävention
 - Frauengesundheitstage Oberhausen
 - Vernetzung mit anderen Beratungsstellen und Kooperationspartner*innen
 - Besuch von Messen (Seniorinnen*)
 - WenDo
 - ASS
 - Informationen an Ärzt*innen, Psycholog*innen etc. als Prävention
 - Vorträge halten bei Arbeitsrunden
 - Gemeinsame Projekte (Frauen mit Fluchterfahrung und traumatischen Erlebnissen)

— Frauen* mit Migrationsgeschichte im Frauenhaus

- Statistik 2019 – Frauenhauskoordination
 - 2/3 aller Frauen*, die in Frauenhäusern leben, haben einen Migrationshintergrund
 - Mögliche Erklärungen:
 - Wenig soziale Netzwerke und Ressourcen
 - Wohnungsmarkt für Frauen* mit Fluchtgeschichte eingeschränkt
 - Übergriffe in Gemeinschaftsunterkünften
- Istanbulkonvention FH Statistik 2023
 - 21.100 Plätze für Frauen und Kinder werden in Deutschland benötigt
 - 6800 sind vorhanden

– Frauen* mit Migrationsgeschichte in der FBST

- Welchen Hindernissen begegnen wir?
 - Frauenberatungsstelle nicht bekannt
 - Möglichkeiten des Rechtssystems nicht bekannt
 - Familiäre und kulturelle Glaubenssätze
- Welche Hemmschwellen sehen wir?
 - Trotz Dolmetschung sprachliche Barrieren
 - Wenig Identifikation mit den Mitarbeiter*innen (weiß gelesenes Team)

– Was wünschen wir uns?

- Fortbildungen/Fachtage für Ärztinnen* - gewaltinformierte Gesundheitsversorgung
- Verweismöglichkeiten
- Genügend kostenfreie Therapiemöglichkeiten mit Sprachmittlung

– Kontaktmöglichkeiten

- Email: info@fbst-ob.de
- Telefonisch: 0208 20 97 07
- Website: <http://www.fhf-ob.de>
- Facebook: [FrauenhelfenFrauenOberhausen](#)
- Instagram: [Frauenberatung.Oberhausen](#)

Workshop 4: „Diskriminierung in der Gynäkologie – Machtverhältnisse, Stigmatisierungen und Sexualisierung von Migrantinnen“

Gesprächspartnerin: Zilal Ghouzi, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Dinslaken

Ausschnitt aus dem Workshop als Gesprächsprotokoll

Frage: Sie sind auch Gesundheitslotsin bei der Diakonie Essen, was ist das genau?

Ghouzi: Ich biete Vorträge auf Arabisch für neu zugewanderte Frauen aus dem arabischsprachigen Raum an, die sich im deutschen Gesundheitssystem nicht auskennen und keinen Zugang zu Informationen haben. Hierbei handelt es sich um Frauengruppen, die sich regelmäßig treffen, das nennt sich teilweise „Rucksack“ oder „Mütter fördern Mütter“. Ziel ist, gemeinsam sich Wissen anzueignen. Das mache ich nebenbei und dafür schlägt mein Herz.

Frage: Was „lieben“ Sie an ihrem Beruf?

Ghouzi: Ich habe mich sehr früh für Gynäkologie entschieden, denn es gibt keinen Bereich, wo ich mich selbst so gut kennenlernen kann. Nicht nur anatomisch oder physisch, sondern auch mental. Mein Traum war es, gerade muslimischen Frauen, die teilweise aus Scham oder Unwissenheit es nicht für nötig betrachten zum Frauenarzt zu gehen, aufzuklären.

Frage: Wann ist Ihr Migrationshintergrund/ internationale Biografie ein Vorteil?

Ghouzi: Die Tatsache, mehrsprachig aufgewachsen zu sein, ist definitiv ein Vorteil, denn Sprache eröffnet stets neue Perspektiven. In den letzten Jahren hat die arabische Sprache eine bedeutende Rolle erlangt. Die Beherrschung der arabischen Sprache verleiht einem eine besondere Stellung als Verbindung zwischen verschiedenen Kulturen. In manchen Fällen wird man sogar gezielt aufgesucht, weil die sprachlichen Barrieren überwunden werden können und man sich komplex äußern kann, ohne missverstanden zu werden. Meine Religionszugehörigkeit ist durch das Tragen eines Kopftuchs offensichtlich. So wurde ich beispielsweise aufgrund meiner Kopfbedeckung nicht immer freundlich aufgenommen. Es herrscht die weitläufige Meinung, dass eine Frau, die ein Kopftuch trägt, kein Deutsch spricht, keine akademische Karriere anstreben kann und man ihr vieles nicht zutraut. Entsprechend wird sie auch behandelt. Es ist erstaunlich, wie sehr der Überraschungseffekt steigt, wenn man nicht den gängigen Vorurteilen entspricht. Früher habe ich diese Momente als störend empfunden, doch mittlerweile genieße ich es, Menschen zu schockieren, zu überraschen oder auch zu enttäuschen. Die Wahrnehmung anderer Kulturen, die oftmals durch die Medien dargestellt wird, erschwert eine gesunde Kommunikation zwischen neu zugewanderten Menschen und Menschen ohne Zuwanderungserfahrungen. Das vorherrschende Bild von Frauen mit Kopftuch hat in der

Vergangenheit dazu geführt, dass ich mit der Frage konfrontiert wurde, ob mein Mann davon wüsste, dass ich mich für diese Stelle beworben habe.

Frage: Gibt es signifikante Unterschiede in der Inanspruchnahme gynäkologischer Untersuchungen/Beratungen von Frauen mit Migrationshintergrund und wenn ja, wieso?

Ghouzi: Ja, das ist tatsächlich eine gute Frage und das kann ich bestätigen. Ich habe die Praxis von einem deutschen Arzt ohne Migrationserfahrungen übernommen, der überwiegend deutsche Patientinnen ohne Migrationshintergrund behandelt hat. Meine arabischen Sprachkenntnisse haben dazu geführt, dass sehr viele arabische Frauen zu mir gekommen sind, teilweise auch aus weiten Städten. Das Thema Vorsorge existiert bei Migrantinnen überhaupt nicht. Man muss zwei Schritte zurückgehen und schauen, wie ist denn das Gesundheitssystem in den Ländern, wo diese Menschen herkommen. In Ländern wie Syrien beispielsweise gibt es kein etabliertes Gesundheitssystem, so dass jeder Arztbesuch mit hohen Kosten verbunden ist.

In Deutschland ist das Thema Vorsorge ein sehr essenzielles Thema. Die Krankenkassen und das Gesundheitssystem legen großen Wert auf Vorsorgeuntersuchungen in verschiedenen Lebensabschnitten, beispielsweise im Kindesalter, in der frühen Kindheit, beim Zahnarzt oder Augenarzt. In nahezu allen Fachgebieten werden entsprechende Untersuchungen angeboten. Für neu Zugewanderten ist das ganze System jedoch fremd. Es ist wichtig, sich die Gründe für Vorsorgeuntersuchungen und Arztbesuche zu vergegenwärtigen, auch bei fehlenden Beschwerden. Patientinnen, die in Deutschland sozialisiert wurden, unterziehen sich in der Regel mindestens einmal im Jahr einer gynäkologischen Untersuchung. Dabei wird sowohl eine allgemeine gesundheitliche Überprüfung durchgeführt als auch die Möglichkeit einer Veränderung frühzeitig erkannt.

Ein weiterer Unterschied ist die kulturelle Schambehaftung. Es gibt nur wenige Gynäkologinnen, die Arabisch sprechen. Viele neu Zugewanderte aus Syrien scheuen sich, zu einem Gynäkologen zu gehen, wenn es nicht nötig ist. Sie vermeiden auch Arztbesuche, wenn sie sich auf Deutsch verständigen müssen. Sie gehen nur in absoluten Notfällen oder wenn sie schwanger sind, aber zur Vorsorge nicht. Aus diesem Grund ist es mir ein Anliegen, diesen Frauen die Wichtigkeit von Vorsorgeuntersuchungen zu vermitteln und sie dazu zu bewegen, diese Untersuchungen in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus ist es mein Anliegen, Patientinnen auch Impfungen, insbesondere HPV-Impfungen, naheulegen und die Relevanz dieser Impfungen zu vermitteln. Ein weiteres Beispiel ist die "Mammografie ab 50", die in den arabischen Ländern kaum angeboten wird.

Frage: Wenn Sie Vorsorgeuntersuchungen ansprechen, wie reagieren die Patientinnen?

Ghouzi: Die Motivation von neu zugewanderten Frauen, Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen, kann durch kulturelle Unterschiede und Kommunikationsbarrieren erschwert werden. In meiner Praxis hatte ich bereits eine Patientin, die aufgrund ihres 50. Geburtstags eine Einladung zu einer Mammografie erhielt. Sie zeigte sich geschockt und fürchtete, dass sie eine Brustkrebserkrankung hätte. Ein weiteres Beispiel betrifft die HPV-Impfung. Diese Krankheit ist durch Geschlechtsverkehr übertragbar, oft wird dann gesagt: „Ja, aber wir haben ja nur einen Partner“. In anderen Fachgebieten ist es einfacher, jedoch zeigen Frauen im Bereich der Gynäkologie eine gewisse Zurückhaltung. Bereits die Intention, einen vaginalen Ultraschall durchzuführen, führt zu einer ausführlichen Diskussion über alternative Möglichkeiten. Ich hatte eine Patientin, die 25 war und ein Kind erwartete. Sie war noch nie zuvor beim Frauenarzt /Frauenärztin. Ich übernehme viel an Aufklärungsarbeit.

Frage: In Deutschland ist der Trend, dass Frauen sehr offen, aufgeklärt und selbstbewusst mit Sexualität umgehen. Beobachten sie auch ähnliches unter hier aufgewachsenen syrischen Frauen oder gibt es ähnliche Trends auch in Syrien?

Ghouzi: Bei jungen Frauen, die als Kinder nach Deutschland gekommen sind und nun Erwachsene sind, ist ein gewisses Maß an Grundwissen über den eigenen Körper festzustellen, jedoch ist es nach wie vor von Scham geprägt. Teilweise besteht Unkenntnis darüber, wie bestimmte Körperteile korrekt benannt werden, und es werden kaum Bezeichnungen für die Scheide verwendet, obwohl die Scheide über eine Vielzahl von Einzelteilen verfügt. In meiner Praxis erkläre ich den Patientinnen mithilfe von Plakaten den anatomischen Aufbau der Scheide, damit sie sich mit ihren Körperteilen vertraut machen und jedem Körperteil einen Namen geben können. So können sie im Falle von Beschwerden genau zuordnen, was gemeint ist. Das Internet spielt ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Aufklärung, jedoch sind die Informationen dort oft ungefiltert und die Frauen wissen nicht, wo sie vertrauliche Informationen herbekommen.

Frage: Welches Wissen fehlt besonders neu Zugewanderten über ihren Körper?

Ghouzi: Das Thema Verhütung ist natürlich sehr komplex. Wenn ich Frauen frage, wie sie verhüten, sagen sie oft "normal". Wenn ich dann nachfrage, was sie unter "normal" verstehen, ist es häufig so, dass sie eine Ejakulation außerhalb der Scheide meinen und denken, sie hätten verhütet. Viele Frauen möchten auch gar nicht richtig verhüten, z. B. mit Hormonen. Es gibt viel zu wenig Aufklärung, und ich finde, in solchen Situationen sollte ich den Mann mit einbeziehen, denn er ist ja auch ein wichtiger Teil der Situation. Das Kondom ist in der arabischen Community beispielsweise fast kein

Thema. Ich habe selten Patientinnen, die mir berichten, dass der Mann ein Kondom benutzt. Natürlich ist eine Ejakulation außerhalb der Scheide kein sicheres Verhütungsmittel. Deshalb habe ich zum Beispiel Patientinnen, die auf dem Fluchtweg schwanger geworden sind, Frauen, die noch im Flüchtlingsheim leben und noch keine eigene Wohnung haben und zu sechst in einer kleinen Behausung sitzen, und die sind wieder schwanger.

Die Aufklärung über den menschlichen Körper sollte bereits in der Kindheit erfolgen, wobei anzunehmen ist, dass ein adäquater Sexualunterricht in den arabischen Ländern nicht stattfindet. Auch in den Familien wird das Thema nicht oder nur selten thematisiert. Zwar wird die Auffassung vertreten, dass die Mutter die Aufklärung der Mädchen und der Vater die der Jungen übernehmen sollte, um den Kindern die Situation zu erleichtern und Akzeptanz zu fördern, jedoch entspricht dies nicht der Realität. Sexualität ist ein Tabuthema, und häufig werden Kinder und Jugendliche durch nicht-seriöse Quellen informiert. Aus diesem Grund ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Aufklärung durch die Mütter erfolgt. Die Mutter nimmt eine zentrale Rolle innerhalb der Familie ein und ist die erste Anlaufstelle für Fragen zu diesem Thema. Eine Aufklärung der Mütter über die Phasen, die Kinder und Jugendliche durchlaufen, sowie die Vorbereitung auf diese, könnte dazu beitragen, dass sie als erste Anlaufstelle in der Familie fungieren. Dies könnte eine positive Entwicklung herbeiführen.

Abschlussinput: „**Gesundheitliche Bedeutung und Vorteile von Netzwerken und Allies**“

Referentin: Maren Belinchón, Referentin im Projekt „Netzwerk geflüchtete Mädchen und junge Frauen“, BuMF e.V.



Gesundheit – was ist gemeint?

Gesundheit als ein Wert und als Recht
Präambel der WHO-Verfassung der WHO 1948:

„(...) der Zustand des
vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens
und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.
Das Erreichen des **höchstmöglichen Gesundheitsniveaus ist eines der Grundrechte** jedes Menschen,
ohne Unterschied der ethnischen Zugehörigkeit [original: „race“], der Religion,
der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“

4



Gesundheit – was ist gemeint?

Feministische und rassismuskritische, post- und dekoloniale Perspektiven

- Thematisieren von **Machtverhältnissen**
- **Fürsorge und Solidarität**
- **Vielfalt von Gesundheitspraktiken anerkennen**, Kritik an eurozentristischem Wissen
- **Selbstbestimmung**
- **Ganzheitliches Gesundheitsverständnis**
- **Resilienz und Empowerment** durch Gemeinschaften

5



Gesundheit – was ist das?

Feministische und rassismuskritische,
post- und dekoloniale Perspektiven

→ Netzwerke, Peers und Allies als zentraler Bestandteil

→ Fürsorge und Gesundheit als etwas, was Gemeinschaft betrifft

...without community
there is no liberation.

Audre Lorde

6



Gesundheit als Privileg?

- Historisch gewachsen: koloniale und patriarchale Diskriminierung
- Historisch: enge Verschränkung mit dem Bereich der **Medizin und Rassismus**
 - Beispiel Rassenlehre
 - Entscheidung über wertvolles und weniger wertvolles Leben
- Historische Verschränkung von Medizin und **patriarchaler Macht**
 - Pathologisierung von „Frauen“ (z.B. „Hysterie“ als „Frauenkrankheit“)
 - Pathologisierung von queeren Identitäten und Sexualitäten

Der Körper des weißen Mannes als Norm

7



Gesundheit als Privileg?

Einige Ergebnisse aus dem NaDiRa-Bericht 2023
„Rassismus und seine Symptome“ (DeZIM-Institut)

- Auswirkungen von Rassismus auf
 - a. Gesundheit
 - **körperliche Gesundheit**, z.B. Stresshormone; Wahrscheinlichkeit von Herz-Kreislaufkrankungen, u.a.
 - **psychische Gesundheit** „... deutlicher Zusammenhang zwischen den Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen und Symptomen für eine **Angststörung oder Depression** besteht.“ (S. 128, DeZIM (2023)) → das gilt vor allem für Frauen

8



Gesundheit als Privileg?

Einige Ergebnisse aus dem NaDiRa-Bericht 2023
„Rassismus und seine Symptome“ (DeZIM-Institut)

- Auswirkungen von Rassismus und Sexismus auf
 - a. Gesundheitsversorgung
 - Rassismus: weniger Fürsorge, Abwertung, Distanzierung von Patient*innen, verzögerte oder falsche Diagnosen; kollektive Annahmen über Personengruppen (wie z.B. Schmerzempfinden, Sexualität)
 - (Cis-/Hetero-)Sexismus: Zuschreibung von „Frauen“ als „emotional“, „wehleidig“, „irrational“, verzögerte oder falsche Diagnosen (Herzinfakte, Endomytriose), Diskriminierung von queeren Personen

Quelle: DeZIM (Hrsg.) (2023): [Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors mit dem Schwerpunkt Gesundheit](#)

9



Gesundheit als Privileg?

„Mehr als jede dritte rassistisch markierte Frau hat schon einmal den Arzt/die Ärztin wechseln müssen, da sie sich nicht ernst genommen fühlte.“

S. 155, NaDiRa-Bericht des DeZIM

Das Netzwerk geflüchtete Mädchen und jungen Frauen

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ein Projekt des BuMF e.V. • Vernetzung (Jugendhilfe, Beratungsstellen, aktivistische Selbstorganisationen, NGOs....): Das Netzwerk verbindet verschiedene Akteur*innen aus dem Bundesgebiet, die mit geflüchteten Mädchen und junge FLINTA*-Personen arbeiten, bzw. für ihre Rechte aktiv sind • Qualifizierung zu rassismuskritischen, mädchen- und FLINTA*-politischen Themen und Situation im „Ankunftssystem“ | <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit • Stärkung der Stimmen, Sichtbarkeit des Wissens und der Forderungen von geflüchteten MINTA*
→ Workshops in Kooperation mit Mpower e.V • Website mit Verzeichnis von Organisationen, Beratungsangeboten, Publikationen, Kampagnen, Stellungnahmen, die die Rechte von geflüchteten Mädchen und FLINTA* betreffen:
www.flucht-gender.de → Tragt euch gern ein! |
|---|--|



Das Netzwerk geflüchtete Mädchen und junge Frauen

Stellungnahme zum Internationalen Mädchentag 2024:

[Entrechtung stoppen, Schutz gewähren!](#)

- Eingliederung ins reguläre Sozialleistungssystem und in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung ab dem Zeitpunkt der Ankunft in Deutschland!
- **Gender- und diskriminierungssensible** Gesundheitsangebote; Ausbau von Aufklärungs- und Versorgungsangeboten zu **sexueller und reproduktiver Gesundheit!**
- Flächendeckend bedarfsgerechte **psychosoziale und therapeutische Angebote** für geflüchtete Mädchen und junge FLINTA* sicherstellen!
- Angebot der **Sprachmittlung** in allen medizinischen Einrichtungen sicherstellen!

13

Netzwerke und Allies...

- ... verschaffen Zugang zu Informationen und Versorgung
- ... formen Allianzen für einen Wandel
- als Orte der Prävention und Heilung



Netzwerke und Allies ... verschaffen Zugang zu Informationen und Versorgung

Beispiel 1: Jugendhilfe:

Inwiefern kann Vernetzung von unterstützenden Akteur*innen für unbegleitete minderjährige FLINTA*-Person wichtig sein?

- Vernetzung zwischen Betreuenden und Beratungsstellen → Gendersensibilität und Sensibilisierung für gesundheitliche Problematiken;
- Vernetzung zu Gynäkolog*innen → diese müssen geschult und sensibilisiert sein;
- Vernetzung von Jugendhilfe und psychosozialen Diensten → sonst monatelang auf der Warteliste, um auf therapeutische Unterstützung zu warten

u.a....

Beispiel 2: solidarisches Netzwerk - Die Medinetze oder „Medibüros“:

- Wie können Personen ohne geregelten Aufenthalt von den Netzwerken profitieren?

<https://medibuero.de/>

15



Netzwerke und Allies ... formen Allianzen im Kampf für einen Wandel

Verschiedenste Formen der Allianzen, zum Beispiel:

- NGOs/Kampagnen von NGOs: Kampagne #gleichbehandeln (80 Organisationen) → für eine Sonderregelung § 87 Aufenthaltsgesetz, keine Übermittlung von Infos an Ausländerbehörde bei Gesundheitsthemen, <https://gleichbehandeln.de/>
- kritische Mediziner*innen: Feministische Medizin e.V., <https://www.fem-med.org>
- Netzwerke, die verschiedenste Akteur*innen verbinden: „Netzwerk geflüchtete Mädchen und junge Frauen“, www.flucht-gender.de
- Dachverbände und Zusammenschlüsse von Migrant*innenselbstorganisationen: z.B. DaMigra e.V., www.damigra.de
- (Aktivistische) selbstorganisierte Gruppen: wie z.B. Women in Exile, www.women-in-exile.net

... und viele weitere, die teils seit Jahrzehnten wichtige Arbeit leisten und Veränderungen bewirkt haben/ bewirken.

16



Netzwerke und Allies ... als Orte der Prävention und der Heilung

Communities und Selbstorganisationen,
andere Netzwerke, Unterstützungs- und solidarische Strukturen

In einer Community können
sich Menschen gegenseitig
unterstützen und ermächtigen.
Das gemeinsame Wachsen kann
Teil eines Heilungsprozesses sein

Hengameh Yaghoobifarah
(Quelle: Amadeu Antonio Stiftung, 2016)

Solidarität setzt auf Gleichheit,
denkt aber die Unterschiede
mit und setzt sich für deren
Abschaffung ein.

BAfF e. V.
(Quelle: BAfF e.V., 2020)

17

Wir brauchen eine intersektional-feministische
Perspektive auf Gesundheit.

Und als Antwort auf die Missstände im
Gesundheitssystem.

Teil dessen ist anzuerkennen:
Gesundheit ist politisch. Und sie ist eine Frage
der Gemeinschaftlichkeit.

19

Impressum

Herausgeber:

Internationales Bildungs- und Begegnungswerk e.V.
Fachbereich Beruf international und Migration
Bornstraße 66
44145 Dortmund

Kontakt:

Telefon: 0231-952096- 0 fokus@ibb-d.de www.ibb-d.de www.fokus-ibb.de

Tagungsdokumentation im Projekt fokus plus:

IBB- Textbeiträge, Transkriptionen, Lektorat und Gestaltung:

Kirsten Ben Haddou (Projektleitung, Dipl. Pädagogin)
Gamze Kelleci (Projektreferentin, Politikwissenschaftlerin M.A.)
Angelina Rieser (Projektreferentin, Erziehungswissenschaftlerin M.A.)

Tagungsorganisation und Moderation:

Kirsten Ben Haddou, Gamze Kelleci, Angelina Rieser

V.i.S.d.P.:

IBB e.V. Dortmund

©IBB e.V. 2025, Vervielfältigung und öffentliche Nutzung nur mit ausdrücklicher Genehmigung des IBB e.V. und der Referentinnen