



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT



MIGRANTEN UND GESUNDHEITLICHE SELBSTHILFE

Zu Hause in der Fremde

+++ Ziele, Konzepte, Erfahrungen

SPEZIAL

ZAHLEN UND FAKTEN	PRAXISBEISPIEL
Neue Heimat in der Gruppe	Eine Frage des Vertrauens
von Christopher Kofahl 4	von Arif Ünal 12
INTERVIEW	PRAXISBEISPIEL
»Bei Gesundheitsproblemen gezielt helfen«	Das Schicksal in die Hand nehmen
Gespräch mit Herbert Reichelt 8	von Netty Müller-Grosse 13
INTERVIEW	PRAXISBEISPIEL
»Ich habe Halt und Geborgenheit gefunden«	Offen für fremde Kulturen
Gespräch mit Leyla Bodur 9	von Gerd Rosinsky 14
WEGE UND ZIELE	PRAXISBEISPIEL
Das Mitmachen erleichtern	Neue Wege aus der Sucht
von Harald Löhlein 10	von Michael Hemberger 15
	STANDPUNKTE 16

VORWORT

Den Weg zur Selbsthilfe ebnen

Türen öffnen: Einen leichteren Zugang für Zuwanderer zu Angeboten der gesundheitlichen Selbsthilfe wünscht sich Maria Böhmer, Integrationsbeauftragte der Bundesregierung. Denn Selbsthilfegruppen bauen Brücken zur Gesundheitsversorgung.



Publikationen

- *Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.) 2006. **Gesundheit und Integration.** Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Zusammengestellt und bearbeitet vom bundesweiten Arbeitskreis »Migration und öffentliche Gesundheit«.* Berlin
- *Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Integration und Flüchtlinge (Hg.) 2003. **Gesunde Integration. Dokumentation einer Fachtagung.***
- *Theda Borde, Matthias David (Hg.) 2007. **Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale.*** Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- *Bundesamt für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung (Hg.) 2006. **Migrationsbericht 2005.*** Berlin, auch unter www.bmi.bund.de
- *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) **Infodienst: Migration und öffentliche Gesundheit.***
- *Matthias David, Theda Borde, Heribert Kantenich (Hg.) 1998. **Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle.*** Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- *Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hg.) 2007. **Der Nationale Integrationsplan.** Neue Wege – Neue Chancen.* Baden-Baden: Koelblin-Fortuna-Druck, auch unter www.nationaler-integrationsplan.de

- *Robert Koch Institut. 2004. **Selbsthilfe im Gesundheitsbereich***
- *G+G-Spezial 4/2004 **In der Gruppe liegt die Kraft,** G+G-Spezial 11/2005 **Kinder brauchen Zukunft (Familien-Selbsthilfe) und G+G-Spezial 11/2006 **Vernetzung ist alles (Selbsthilfe bei seltenen Erkrankungen),** zu beziehen über den AOK-Bundesverband, Helga Laaff, E-Mail: helga.laaff@bv.aok.de und als PDF im Internet unter: www.aok-bv.de -> Gesundheitsversorgung -> weitere Themen -> Selbsthilfe***

Internet

- www.aok-bv.de
AOK-Bundesverband, Informationen zur Selbsthilfe unter Gesundheitsversorgung -> weitere Themen -> Selbsthilfe
- www.asyl.net
Informationsverbund Asyl
- www.aktioncourage.org
In der Aktion Courage, 1992 ins Leben gerufen, arbeiten heute über 60 lokale und regionale Organisationen mit. Sie fördert die gesellschaftliche Teilhabe und politische Mitbestimmung von Menschen ausländischer Herkunft.
- www.bzga.de
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- www.ikom-bund.de Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit älteren Migrantinnen und Migranten

- www.integration-in-Deutschland.de
Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
- www.integrationsbeauftragte.de
Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Integration und Flüchtlinge
- www.kiggs.de
Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch Instituts
- [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec\(2006\)18](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec(2006)18)
Empfehlungen des Europäischen Rates zur gesundheitlichen Versorgung in einer multikulturellen Gesellschaft (englisch)
- www.nakos.de
Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen: bundesweite Online-suche nach Unterstützungsangeboten, telefonisches Beratungsangebot.
- www.paritaet.org
Der Paritätische – Gesamtverband

Adressen

- **AOK-Bundesverband**
Abteilung Prävention, Helga Laaff, Kortrijker Str. 1, 53177 Bonn
helga.laaff@bv.aok.de
- **Der PARITÄTISCHE – Gesamtverband**
Oranienburger Str. 13-14
10178 Berlin
Telefon 030 24636-0
Telefax 030 24636-110
info@paritaet.org

Wer gesund ist, hat mehr Kraft, sich den Herausforderungen des Lebens zu stellen. Migrantinnen und Migranten sind mit der besonderen Herausforderung konfrontiert, sich in einer ihnen in vielem unbekanntem Gesellschaft zurechtzufinden. Gesundheit ist dabei eine wichtige Voraussetzung für ihre Integrationsfähigkeit. Fehlende Sprachkenntnisse, fehlende Kenntnisse des deutschen Gesundheitssystems sowie ein Mangel an kultursensiblen Angeboten können dazu führen, dass Migrantinnen und Migranten nicht die medizinische Versorgung in Anspruch nehmen, die sie benötigen und die ihnen zusteht. Selbsthilfegruppen können hier eine entscheidende Lücke schließen. Sie können Beistand und Verständnis durch Menschen in einer ähnlichen Lebenssituation bieten, sie können neben dem Austausch hilfreicher Informationen auch das Gefühl vermitteln, mit einem Problem – sei es der eigenen Krankheit, sei es der Krankheit eines Familienangehörigen – nicht allein zu sein. Sie fördern die Handlungsfähigkeit der Betroffenen und tragen so zur Verbesserung ihrer Lebenssituation bei.

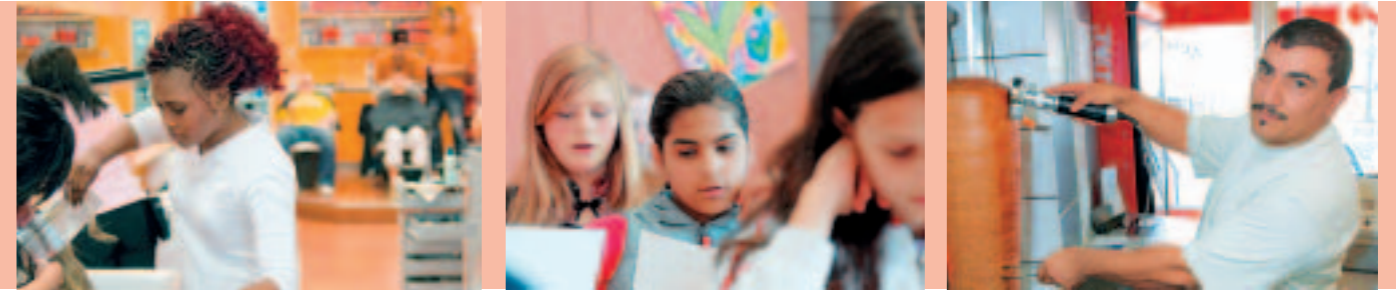
Selbsthilfegruppen von Migrantinnen und Migranten oder Gruppen mit Beteiligung von Zuwanderern gibt es bisher vor allem im Bereich Behinderung, Frauengesundheit, Diabetes, Alter und Sucht. Darunter sind einige bundesweit bekannte Gute-Praxis-Beispiele. Die Potenziale sind hier jedoch noch nicht ausgeschöpft. Ich freue mich daher, dass die AOK als größte gesetzliche Kran-

kenversicherung in Deutschland dieses Thema in ihrem Engagement für eine gesundheitsbezogene Selbsthilfe verstärkt angeht.

Der Nationale Integrationsplan, den Bundeskanzlerin Angela Merkel im Juli dieses Jahres vorgestellt hat, stellt fest, dass ein Schlüssel zum nachhaltigen Erfolg von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Frauen und Männern aus Zuwandererfamilien deren Beteiligung ist. Die Förderung von Selbsthilfegruppen ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Besonders Erfolg versprechend wird dabei die Vernetzung von Migrantenorganisationen mit bestehenden Organisationen in der Gesundheitsversorgung und der Selbsthilfe sein. Die Erfahrung zeigt, dass die Einbindung von Fachleuten wie Ärztinnen und Ärzten ein Anreiz für Menschen mit Migrationshintergrund sein kann, sich an einer Selbsthilfegruppe zu beteiligen. Im Sinne einer gelingenden Integration würde ich es auch sehr begrüßen, wenn sich bereits bestehende Selbsthilfeangebote für Betroffene mit Zuwanderungshintergrund öffnen würden.

Prof. Dr. Maria Böhmer, Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration

Foto: privat, Titelbild: Plainpicture/Johnner



Neue Heimat in der Gruppe

Orientierung geben, Verständnis zeigen, Geborgenheit vermitteln: Die Selbsthilfe kann die Gesundheitschancen von Migranten verbessern. Wie Zuwanderer für dieses Konzept der Krankheitsbewältigung gewonnen werden könnten, beschreibt Christopher Kofahl.

Die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund gehört zu den zentralen gesellschaftlichen und sozialpolitischen Themen der letzten Monate. Für Öffentlichkeit sorgt unter anderem eine Plakat-Aktion mit den Slogan »Freundschaft ist keine Frage der Herkunft«, die Teil des von der Integrationsbeauftragten der Bundesregierung, Maria Böhmer, koordinierten Nationalen Integrationsplans ist. Das Interesse an der Lebenssituation der Zuwanderer – die nicht zuletzt auch von ihrer Gesundheit abhängt – ist also gewachsen. Doch was heißt eigentlich »Migrationshintergrund«, wie ist es um die Gesundheit der Migranten bestellt und welche Rolle spielt die Selbsthilfe in der Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation?

Woher die Einwanderer kommen. Im Deutschland der Nachkriegszeit wurde der Arbeitskräftemangel mit Hilfe von »Gastarbeitern« kompensiert. Nach dem Anwerbestopp im Jahr 1973 kehrte ein Teil der seit 1955 vermittelten 2,39 Millionen Südeuropäer in die Herkunftsländer zurück. Viele der Zuwanderer haben sich aber dauerhaft in Deutschland niedergelassen und ihre Familien zu sich geholt. Ende der 80er Jahre

hatte sich die Zahl der Ausländer in Deutschland auf etwa 4,5 Millionen eingependelt. Eine zweite große Einwanderungswelle setzte ab 1988 ein. Zunächst überwiegend aus Polen und Rumänien kommend, folgten deutschstämmige Einwohner der ehemaligen Sowjetrepubliken: Von 1990 bis 2004 ließen sich rund 2,5 Millionen Spätaussiedler in der Bundesrepublik nieder. Die dritte Immigrationswelle ist Folge der Kriege und Verfolgungen auf dem Balkan, in Afrika und im Vorderen Orient. Die Zahl der Erstanträge auf Asyl stieg 1990 sprunghaft an und erreichte 1992 im Zuge des Balkan-Konflikts mit 4,38 Millionen Anträgen ein bislang nicht erreichtes Ausmaß. Schließlich sind noch die jüdischen Migranten aus den ehemaligen Sowjetrepubliken zu erwähnen sowie ausländische Studierende. Dazu kommt eine unbekannte Anzahl von illegal in Deutschland lebenden Zuwanderern, deren soziale und gesundheitliche Situation besonders prekär ist, da sie nicht sozialversichert sind.

Nach Ergebnissen des Mikrozensus 2005 leben in Deutschland 15,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, das entspricht rund 19 Prozent der Gesamtbevölkerung (siehe Grafik »Migration in Zahlen« auf Seite 6). Mittlerweile sind viele Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland geborene Kinder und Enkelkinder der in den 50er Jahren Einwandernden. Die Mehrheit von ihnen (etwa 60 Prozent) besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft.

Gesundheit hängt vom Sozialstatus ab. In den letzten Jahren entfachten sozial- und gesundheitswissenschaftliche Ergebnisse eine Diskussion zur besonderen Lebenssituation von Menschen mit Migrationshintergrund. Einer der zentralen Auslöser war die Pisa-Studie, die 32 Bildungssysteme der Welt untersuchte. Deutschland schnitt hierbei unterdurchschnittlich ab. Die Analysen förderten als einen Haupterklärungsgrund den Migrationsaspekt zu Tage: In der Gruppe der leistungsschwächsten 15-jährigen Schüler befanden sich überproportional viele Schüler mit Migrationshintergrund.

Im Kinder- und Jugendlichen-Gesundheitssurvey des Robert Koch Instituts (KIGGS) zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Gesundheit, sozialem Status und Migration. Kinder mit Migrationshintergrund sind gegenüber Kindern ohne Migrationshintergrund häufiger übergewichtig, kümmern sich weniger um ihre Zähne, nehmen seltener an

den Vorsorgeuntersuchungen teil und haben mehr psychische Probleme. Eine Wechselwirkung zwischen geringer Integration, Bildung und Gesundheitskompetenz liegt demnach nahe, doch bedeutet dies nun, dass Menschen mit Migrationshintergrund zwangsläufig häufiger krank sind?

Datenlage unzureichend. Die Datenlage zur Gesundheit von Bevölkerungsgruppen ist mit Ausnahme der KIGGS-Studie außerordentlich schlecht. Ein Hauptgrund ist, dass die Unterscheidung »deutsche« und »nicht-deutsche Staatsbürgerschaft« für Bevölkerungsgruppen-Analysen nicht geeignet ist. Zudem schließen sozial- und gesundheitswissenschaftliche Studien in der Regel nur Personen ein, die ausreichend Deutsch sprechen und verstehen. Damit bleiben vermutlich ausgerechnet diejenigen außen vor, die den geringsten Integrationsgrad und damit eine besonders labile Lebenssituation aufweisen. Drittens wird häufig nicht zwischen den Migrantengruppen unterschieden. Schließlich unterscheiden sich die Indikatoren der sozialen Integration bei der 2. und 3. Generation von Menschen mit Migrationshintergrund deutlich von denen ihrer Eltern.

Werden Migranten in Studien einbezogen, weisen die Ergebnisse meist auf einen schlechteren Gesundheitszustand der Zuwanderer hin. Das gilt insbesondere für Flüchtlinge und Asylsuchende, die Verfolgung, Folter und Vertreibung erfahren haben. Viele erreichen Deutschland traumatisiert und mittellos, sind akut behandlungsbedürftig, benötigen soziale Unterstützung und sind aufgrund ihrer Erlebnisse auch in Zukunft krankheitsanfälliger als der Bevölkerungsdurchschnitt. Aber auch die Zuwanderer, die ihr Glück in Deutschland suchen, weil sie in ihren Herkunftsländern unter Armut und schlechten Lebensbedingungen leiden, sind bereits anfälliger für gesundheitliche Probleme. Andererseits kommen Migranten aber auch aus Ländern mit niedrigeren Gesundheitsrisiken, zum Beispiel in Bezug auf bestimmte Krebserkrankungen. Es ist daher sinnvoll, bei der Untersuchung der Risikofaktoren zwischen mitgebrachten und hier erworbenen Gesundheitsproblemen zu unterscheiden.

Einwanderer tragen höhere Risiken. Zu den hier erworbenen Gesundheitsproblemen zählen eine ganze Reihe von migrationspezifischen Faktoren und allgemeinen sozialen Determinanten (siehe Tabelle »Determinanten von Gesundheitsproblemen«). Der Anteil psychosozialer Faktoren an der Entstehung von Gesundheitsproblemen beziehungsweise ihrer Verhinderung wird von Gesundheitswissenschaftlern auf rund 70 bis 80 Prozent geschätzt. Hier dürften sich also die Risikofaktoren der Migranten nicht wesentlich von den Risikofaktoren der gebürtigen Deutschen unterscheiden. Allerdings zeigen Untersuchungen von Arbeitern in der Eisen- und Stahlindustrie in den 70er und 80er Jahren eine um ein Drittel höhere Krankheitsrate bei

den ausländischen Arbeitern gegenüber den deutschen. Die in der Arbeitshierarchie unten stehenden Ausländer hatten nicht nur ein um 50 Prozent erhöhtes Unfallrisiko, sondern auch beinahe doppelt so häufig Infektionen und Wirbelsäulenerkrankungen sowie 2,5 mal häufiger Magen-Darm-Erkrankungen. Unter den Einwanderern gehört im Vergleich zur nativ-deutschen Bevölkerung zudem ein größerer Teil den unteren Sozialschichten an. Sie sind daher auch öfter den Risikofaktoren dieser Schichten ausgesetzt.

Gesundheitskompetenz ist gering ausgeprägt. Darüber hinaus ist erstens zu klären, wie hoch der zusätzliche migrationspezifische Belastungsanteil sich über die sozialen Determinanten hinaus auf die Gesundheit auswirkt, und zweitens, wie stark die sozialen Netzwerke der Einwandererfamilien diese Belastungen kompensieren und ob sie die Gesundheit sogar schützen können. Betrachtet man allerdings das Gesundheitsverhalten insbesondere der türkischstämmigen Einwohner, kann

Migranten derzeit keine ausgeprägte Gesundheitskompetenz unterstellt werden. In Folge von Rauchen, fetter Ernährung und mangelnder sportlicher Betätigung treten beispielsweise bei türkischen Männern Herz-Kreislauf-Erkrankungen zehn Jahre früher als bei deutschen auf. Typ-2-Diabetes (»Alterszucker«) kommt bei Zuwanderern aus der Türkei schätzungsweise beinahe doppelt so häufig vor wie bei gebürtigen Deutschen.

Sprachprobleme erschweren Therapie. Verschiedene Untersuchungen zeigen ein uneinheitliches Bild von der Inanspruchnahme gesundheitlicher Einrichtungen. Einerseits erga-

Viele Flüchtlinge sind traumatisiert und akut behandlungsbedürftig.

Determinanten von Gesundheitsproblemen

Soziale Determinanten	Migrationsdeterminanten
<ul style="list-style-type: none"> ■ niedriges Einkommen ■ geringe Bildung ■ harte, gesundheitlich fordernde Arbeitsbedingungen ■ erhöhte Unfallgefahr am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit ■ schlechte Wohnbedingungen ■ ungesunde Ernährung ■ Tabak- und Alkoholkonsum/-missbrauch ■ mangelnde Bewegung ■ mangelnde Gesundheitsvorsorge ■ fehlender sozialer Rückhalt 	<ul style="list-style-type: none"> ■ aufenthalts- und arbeitsrechtliche Belastungen ■ unklare oder mangelnde Zukunftsperspektiven ■ lebens- und gesundheitsbedrohende Erfahrungen im Herkunftsland: Gesundheitsschädigungen, Verwundungen, Folter, Gefangenschaft ■ Entwurzelung, Ohnmachtsgefühle, Auflösung der Familienverbände, Familien- und/oder Autoritätskonflikte, Normen- und Wertekonflikte ■ Vereinsamung, Isolation, Rollenverlust ■ keine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung ■ geringe Anteilnahme an gesellschaftlichen Ereignissen der Mehrheitsbevölkerung ■ Kommunikationsschwierigkeiten





ben Studien, dass Migranten öfter als die nativ-deutsche Bevölkerung Hausärzte, Gynäkologen und Kinderärzte aufsuchen. Andererseits sind sie in den Sprechstunden bestimmter Fachärzte wie Neurologen oder Psychiater unterrepräsentiert und werden häufiger verspätet in Kliniken eingewiesen.

Die ethnomedizinischen Experten sind sich weitgehend einig, dass die gesundheitliche Versorgung vieler Einwanderer-Gruppen nicht bedarfsgerecht ist. Die Probleme liegen dabei sowohl auf Seiten der Behandler als auch auf Seiten der Patienten. So sind Sprachbarrieren ein nicht zu unterschätzender Risikofaktor. Beispielsweise bei vielen türkischen Zuwanderern der ersten Generation kann nicht selbstverständlich von einer Lese- und Schreibkompetenz ausgegangen werden. Der Anteil an Analphabeten ist insbesondere bei den Frauen recht hoch. Die betroffenen Patienten brauchen mündliche Aufklärung – Leitfäden, Broschüren und Beipackzettel nützen ihnen nichts.

Eine besondere Herausforderung in der transkulturellen Versorgung stellt die Verständigung über eine Erkrankung und ihre Behandlung zwischen Therapeuten und Patienten dar, wenn beide Parteien unterschiedliche Krankheitskonzepte und Deutungen haben. Missverständnisse und Tabu-Verletzungen sind alltäglich. Häufig wird auch von Fehldiagnosen aufgrund kulturell anders definierter Zustandsbeschreibungen berichtet. Eine Hoffnung auf eine Verbesserung in der Verständigung be-

steht im Zuwachs von Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften aus anderen Kulturkreisen.

Selbsthilfe liegt nahe. Der telefonische Gesundheitssurvey des Robert Koch Instituts im Jahr 2003 zeigte, dass Menschen mit Migrationshintergrund Selbsthilfegruppen fast genauso häufig aufsuchen wie Deutsche (7,5 Prozent gegenüber neun Prozent). Dies betrifft aber nur die Migranten, die so gut deutsch sprechen, dass sie am Interview teilnehmen konnten. Die meisten Zuwanderer mit schlechten Deutschkenntnissen gehen nicht in Selbsthilfegruppen oder kommen nach dem ersten Termin nicht wieder. Vermutlich beteiligen sich Migranten insgesamt also deutlich seltener an Selbsthilfegruppen als gebürtige Deutsche.

Dabei erscheinen angesichts der beschriebenen Umstände, denen Zuwanderer und ihre Familien begegnen, Formen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe naheliegend. Weltweit organisieren sich Menschen in sogenannten Expat-Communities (von: expatriates, expatriés), um sich gegenseitig in die Besonderheiten des Einwanderungslandes einzuweisen und sich umeinander zu kümmern. In Deutschland haben sich in den letzten Jahrzehnten mehrere tausend Migrantenselbstorganisationen (MSO) gegründet. Sie sind in der Regel eingetragene Vereine und dienen meist der Pflege der Kultur, der Tradition und der Sitten der jeweiligen Migrantengruppe. Die Vorteile der kulturspezifischen Selbsthilfe sind psychologischer und sozialer Natur, haben aber auch alltagspraktische Komponenten. In der Muttersprache kann man sich authentischer und in sich stimmiger ausdrücken. Das Arbeiten mit Symbolen, Bildern und Metaphern hilft, Erfahrungen und Deutungen besser zu verstehen und anzunehmen. Soziale und kommunikative Regeln stehen in einem gemeinsamen kulturellen Kontext, es gibt keine Gefahr von Spannungen oder Unwohlsein aufgrund kultureller Missverständnisse. Das Vermitteln von praktischen Alltagstipps hat für das Leben in der Fremde einen anderen Stellenwert.

Die Ärzte sollen es richten. Die MSO bieten somit ideale Voraussetzungen auch für die gesundheitliche Selbsthilfe. Dennoch findet gesundheitliche Selbsthilfe – zumindest nach dem westlichen Verständnis – dort praktisch nicht statt. In der Selbstbeschreibung der meisten MSO ist Gesundheit kein eigenständiges Thema. Darüber hinaus hat der Begriff Selbsthilfe in vielen Sprachen keine Entsprechung.

Angehörige insbesondere der Kulturkreise der Mittelmeerländer und des Vorderen Orients berichten zudem, dass im Verständnis ihrer Kulturen Krankheiten von außen kommen und das eigene Verhalten keine Bedeutung hat. Dadurch haben einige Migrantengruppen nur eingeschränkte Kompetenzen, Krankheitsverläufe zu steuern oder im Rahmen des Selbstmanagements zu beeinflussen. Dies erklärt auch die größere Erwartungshaltung an Ärzte, sie wieder gesund zu ma-

chen. Es gibt zahlreiche Hinweise dafür, dass die Patienten den Ärzten eine wesentlich höhere Verantwortung für ihre Gesundheit und Krankheit zuschreiben als sich selbst.

Das sind keine guten Voraussetzungen für die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen. Mitglieder der angesprochenen Kulturkreise können sich kaum vorstellen, dass das Reden über Krankheiten etwas bringen soll. Es gibt aber auch gegenteilige Erfahrungen. So existieren trotz kultureller Unterschiede durchaus muttersprachliche Gruppen der gesundheitlichen Selbsthilfe. Insbesondere in den Ballungszentren Berlin, Nordrhein-Westfalen und München haben sich mit Unterstützung der regionalen Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen ethnisch homogene Selbsthilfegruppen gegründet. Auch im Rahmen des Projekts »Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen« werden Migranten zur Selbsthilfe motiviert (www.uke.uni-hamburg.de/extern/asp). Die Bildung von ethnisch homogenen Gruppen stellt in Anerkennung der geringen deutschen Sprachkompetenz insbesondere der älteren Zuwanderer eine pragmatische Lösung dar. Sie sollten nicht als ethnozentristisch (und in diesem Sinne von der Gesamtgesellschaft abschottend) verstanden werden, sondern denjenigen mit ihrer Erkrankung umzugehen helfen, die sonst keine anderen Möglichkeiten haben, sich zu informieren und auszutauschen.

Zur Selbsthilfe aktivieren. Die verschiedenen Institutionen der Selbsthilfeunterstützung sind den wenig integrierten Einwanderern so gut wie unbekannt. Ein Ziel sollte es also sein, an den Begegnungsstellen des Sozial- und Gesundheitswesens die entsprechenden Informationen zu verbreiten sowie Kooperationspartner und Multiplikatoren zu gewinnen. Unter anderem Priester, Imame, Lehrer, Vereine, Verkäufer, Sprach-Schulen, Bürgerhäuser, Apotheker, Ärzte, Therapeuten, Migranten-Gesundheits-Institutionen, Integrationslotsen, Gesundheitslotsen, Flüchtlingshilfe, Ausländersozialberatung, Seniorenbüros, PR-Agenturen, Betriebsräte, Betriebsärzte, Firmen, soziale Dienste, Parteien, Gewerkschaften und Migrantenselbstorganisationen können strategische Partner für die Zukunft sein.

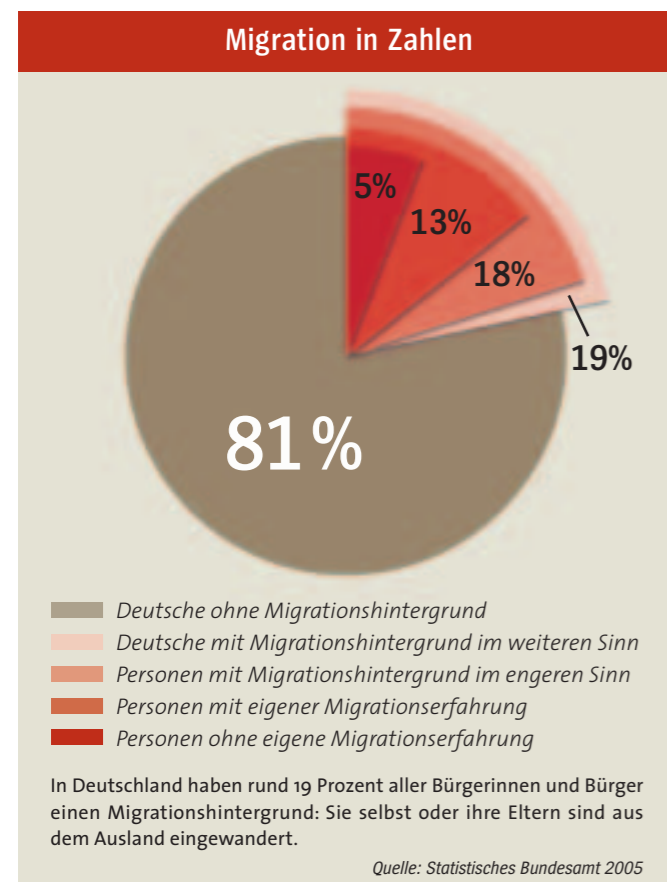
Erst wenn die Betroffenen positive Erfahrungen mit der Selbsthilfe gesammelt haben, besteht eine realistische Chance für die stärkere Verbreitung des Selbsthilfegedankens in den unterschiedlichen Kulturkreisen. Eine wirksame Unterstützung der Migrantenselbstorganisationen und ihrer potenziellen Multiplikatoren, die Ausbildung und der Einsatz von Gesundheitslotsen sowie eine stärkere Migrantenorientierung in den verschiedenen Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeorganisationen hilft den verschiedenen ethnischen Gruppen, sich besser zu integrieren und mit den Sozial- und Gesundheitsdiensten, Behörden und Krankenkassen besser zu kooperieren.

Interkulturelle Schnittstellen bilden. Die Diskussion um die gesundheitliche Lage der Migranten wird helfen, besondere Bedarfe verschiedener Bevölkerungsgruppen besser zu verste-

hen und deren Versorgung zu optimieren. Die Darstellung des Themas Migration als ein zentrales gesellschaftliches Problem birgt aber auch die Gefahr der Stigmatisierung. Herabgewürdigt und belastet werden sich vielleicht diejenigen fühlen, die sich integriert haben und das gesellschaftliche Leben ganz selbstverständlich mitgestalten.

Unterstützungs-, Beratungs- und Versorgungsangebote für Migranten können nur gemeinsam mit ihnen entwickelt und umgesetzt werden. Damit Vertreter der verschiedenen ethnischen Gruppen aktiv am Integrationsprozess mitwirken können, sollten sie systematisch beim Aufbau von interkulturellen Schnittstellen unterstützt werden. Diese Schnittstellen können sowohl strukturell (beispielsweise mit kulturspezifischen Informations- und Beratungsstellen, Clearingstellen) wie funktionell (beispielsweise mit Mediatoren, Gesundheitslotsen, Koordinatoren) gestaltet sein. Die deutsche Sprachkompetenz muss solange intensiv gefördert werden, bis der Bedarf an Übersetzung oder muttersprachlicher Beratung sich auf die Gruppe der neuen Zuwanderer reduziert. ■

Christopher Kofahl leitet die AG Patientenorientierung und Selbsthilfe am Institut für Medizin-Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Kontakt: kofahl@uke.uni-hamburg.de



Fotos: Yanuz Arsalan/Das Fotoarchiv; Joerg Boethling/agenda

Fotos: Guido Schiefer, Markus Scholz/argus



Dr. Herbert Reichelt ist stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

»Bei Gesundheitsproblemen gezielt helfen«

Mit muttersprachlichen Informationen und weiteren passgenau zugeschnittenen Angeboten unterstützt die Gesundheitskasse ihre zahlreichen Versicherten mit Migrationshintergrund. Eine wichtige Orientierungshilfe, meint Herbert Reichelt.

Wie hoch ist der Anteil der Migranten unter den AOK-Versicherten und aus welchen Ländern kommen sie überwiegend?

Unter den AOK-Mitgliedern, die in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen, kommen mehr als 920.000 ursprünglich aus dem Ausland. Rund ein Drittel von ihnen stammt aus der Türkei. Das sind aber nur die Migranten, die ihre eigene Staatsbürgerschaft behalten haben. Zuwanderer, die die deutsche Staatsangehörigkeit erworben haben, fallen ebenso wie die nicht versicherungspflichtig Beschäftigten und die mitversicherten Familienangehörigen aus dieser Statistik heraus. Wir können also davon ausgehen, dass noch wesentlich mehr unserer Versicherten einen Migrationshintergrund haben.

Welche besonderen Bedürfnisse haben Migranten bezüglich ihrer Gesundheitsversorgung und ihres Krankenversicherungsschutzes?

Migranten haben dieselben Bedürfnisse wie alle anderen auch. Weil aber viele Migranten der ersten Generation und auch ein gewisser Teil ihrer hierzulande geborenen Kinder die deutsche Sprache nicht so gut beherrschen, können sie ihre Probleme und Bedürfnisse nicht immer genau beschreiben. Dies führt dazu, dass bei Gesundheitsfragen viele nicht wissen, wohin sie sich wenden können. Wir betrachten es daher als unsere Aufgabe, die Versicherten hierbei zu unterstützen.

Wie erreicht die AOK die bei ihr versicherten Zuwanderer und wie stellt sie sich auf

die Bedürfnisse dieser Versicherten ein?

Zahlreiche AOKs engagieren sich bereits für ihre Mitglieder mit Migrationshintergrund. Einige unserer Medien, zum Beispiel zu den Leistungen der Gesundheitskasse, wurden in verschiedene Sprachen übersetzt. Durch die Bereitstellung muttersprachlicher Informationen möchten wir sprachliche Barrieren beseitigen. Darüber hinaus gibt es Kooperationen mit türkischen Konsulaten, Vereinen und Verbänden sowie mit Selbsthilfegruppen. Durch gemeinsame Aufklärung und Vernetzung können wir Zuwanderer besser erreichen und ihnen bei gesundheitlichen Problemen gezielt helfen. In Planung sind weitere Initiativen zur Gesundheitsförderung. Insbesondere möchten wir die große Zahl türkischer Diabetiker in Deutschland für die Teilnahme an unseren Disease-Management-Programmen gewinnen. Jugendliche mit Migrationshintergrund unterstützen wir bei der Suche nach einem Ausbil-

dungsplatz mit unseren Bewerbungstrainings-Angeboten. Dabei lernen sie, die Vorteile ihrer Herkunft hervorzuheben.

Welche Rolle könnte die Selbsthilfe in der Gesundheitsversorgung für Migranten spielen?

Zahlreiche Selbsthilfeorganisationen halten bereits spezielle Angebote für Migranten bereit. Dort werden Zuwanderer von muttersprachlichen Mitarbeitern betreut, die auch kulturelle Besonderheiten berücksichtigen. In solchen Selbsthilfegruppen können Migranten leichter den Umgang mit ihrer Krankheit erlernen und erhalten zusätzlich fundiertes Wissen zu Gesundheitsfragen. Die Selbsthilfe birgt also ein großes Potenzial für Zuwanderer. Die AOK unterstützt deshalb das Engagement der Selbsthilfeorganisationen für Migranten, nicht zuletzt auch mit der Ausrichtung der diesjährigen Selbsthilfetagung am 7. November in Köln. ■

Medien in der Muttersprache



Um Versicherte mit Migrationshintergrund für Gesundheitsthemen zu sensibilisieren und ihnen die Orientierung im Gesundheitswesen zu erleichtern, gibt die Gesundheitskasse Broschüren in verschiedenen Sprachen heraus. Mehrere Landes-AOKs haben zum Beispiel Medien zu den Disease-Management-Program-

men Diabetes Typ 2 und Koronare Herzkrankheit in Sprachen wie Englisch, Französisch, Russisch, Polnisch, Spanisch, Arabisch, Italienisch, Türkisch und Griechisch übersetzen lassen. Auch die Informationen zu den Leistungen der Gesundheitskasse liegen unter anderem in türkischer Sprache vor.

Foto: AOK-Mediendienst

Foto: Jürgen Schulzki



Leyla Bodur stammt aus der Türkei und lebt seit vierzig Jahren in Köln.

»Ich habe Halt und Geborgenheit gefunden«

Mit ihren Sorgen nicht allein: In einer Selbsthilfegruppe fand Leyla Bodur Frauen, die ein offenes Ohr für ihre Gesundheitsprobleme haben – und denen sie vertrauen kann. Den Weg wies ihr die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe in Köln.

Sie leben als Türkin seit über 40 Jahren in Deutschland. Wie kam es dazu?

Es war der Wunsch meines Vaters, dass ich als 16-Jährige einen zehn Jahre älteren türkischen Mann heirate, der damals als Friseur in Köln gearbeitet hat – er machte seinen Meister in diesem Beruf. Es ist mir sehr schwer gefallen, meine Heimat zu verlassen. In Deutschland war ich anfangs oft traurig, denn ich fühlte mich ohne meine Familie und meine Freunde sehr einsam. Dazu kamen die Sprachbarrieren. Auch die unbekannte Stadt hat mir Angst gemacht. Deshalb habe ich mich die meiste Zeit in der Wohnung aufgehalten und darauf gewartet, dass mein Mann von der Arbeit nach Hause kam. Mein einziger Kontakt nach draußen war ein Supermarkt, in dem ich meine Einkäufe erledigt habe. Besonders schlimm war der erste Winter, der sehr kalt und regnerisch war. Ich hatte oft Heimweh.

Haben Sie sich mit der Zeit eingelebt?

Als mein erster Sohn 1970 geboren wurde, ging es mir eine Zeitlang ganz gut. Etwa drei Jahre später fingen die gesundheitlichen Beschwerden an. Ich war fast immer müde und abgeschlagen, konnte aber nachts vor Übelkeit nicht richtig schlafen und hatte furchtbare Kopf- und Rückenschmerzen. Ich bin zum Arzt gegangen und bekam dort Tabletten und Spritzen gegen meine körperlichen Beschwerden. Doch eine langfristige Besserung trat nicht ein. Ich wusste schon damals, dass hinter den Schmerzen und der Schlaflosigkeit mehr stecken muss. Dieses Gefühl habe ich jedoch verdrängt.

Hat Sie nie ein Arzt darauf aufmerksam gemacht, dass Ihre Beschwerden psychosomatische Ursachen haben können?

Doch. Aber nach der Geburt meines zweiten Sohnes hatte ich keine Zeit mehr, mich darum zu kümmern.

Wie wurden Sie auf die Selbsthilfegruppe für türkische Frauen aufmerksam?

Vor einigen Jahren habe in der türkischsprachigen Zeitung Hürriyet gelesen, dass die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe in Köln türkische Frauen sucht, die bei einer Selbsthilfegruppe mitmachen wollen. Also bin ich da hin gegangen, weil ich gehofft habe, dort Frauen zu treffen, denen es so ähnlich geht wie mir.

Haben Ihnen diese Treffen geholfen?

Anfangs ist man ja nicht so offen, wenn man andere Menschen trifft, auch wenn sie die gleiche Sprache sprechen. Ich habe jedoch schnell gemerkt, dass ich dort über meine Probleme reden kann. Das hat mir so gut getan, dass mir die Gruppe zuhört und nichts davon nach außen dringt. Wir reden aber nicht nur über unsere gesundheitlichen Beschwerden, sondern über alles, was uns Sorgen macht und uns belastet. Es herrscht ein großes Vertrauen untereinander. Das hat mir viel Geborgenheit und Halt gegeben. Im ersten halben Jahr wurde unsere Gruppe von einer Mitarbeiterin der Kontaktstelle professionell betreut. Sie war es auch, die mich direkt auf meine Probleme angesprochen und zu einem Therapeuten geschickt hat.

Wie hat sich Ihre Selbsthilfegruppe entwickelt?

Die Selbsthilfegruppe gibt es leider nicht mehr, weil die Frauen aus beruflichen oder privaten Gründen keine Zeit mehr für die wöchentlichen Treffen haben. Aber wir verabreden uns manchmal privat in einem Café in der Stadt, denn wir sind mit den Jahren richtige Freundinnen geworden. Es soll mit der Unterstützung der Selbsthilfekontaktstelle demnächst eine neue Gruppe gegründet werden. Vielleicht klappt es ja noch in diesem Jahr.

Wie geht es Ihnen heute gesundheitlich?

Meine körperlichen Beschwerden haben sich leider nicht grundlegend gebessert. Ich habe immer noch sehr viel Angst und leide unter starken Schmerzen und Erschöpfung. Aber ich weiß jetzt, woran es liegt. Um meine Probleme wirklich in den Griff zu bekommen, muss ich noch mutiger und entschlossener werden. Und das braucht nun mal viel Zeit. ■

Die Fragen stellte Monika Eschner, freie Journalistin in Köln.

Hilfe für Migranten

■ Die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (KISS) im PARITÄTISCHEN in Köln ist eine regional arbeitende professionelle Einrichtung zur Anregung, Förderung, Unterstützung und Verbreitung der Selbsthilfe. KISS unterstützt Selbsthilfetreffen für Migranten. Infos – auch in türkischer Sprache – unter www.kisskoeln.de

Das Mitmachen erleichtern

Sprachprobleme, kulturelle Besonderheiten, ein anderes Gesundheitsbewusstsein – vor der Teilnahme an der Selbsthilfe stehen für Migranten viele Hürden. Was der Paritätische tut, um diese Barrieren zu beseitigen, erläutert **Harald Löhlein**.

Das bürgerschaftliche Engagement in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe hat sich zu einer wichtigen Säule der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen entwickelt. Allein unter dem Dach des PARITÄTISCHEN – Gesamtverband sind derzeit rund 120 bundesweit tätige Selbsthilfvereinigungen mit tausenden von lokalen Gruppen organisiert. Rund 3.000 weitere Selbsthilfgruppen, die auf regionaler oder lokaler Ebene arbeiten, sind Mitglieder in den Landesverbänden des Paritätischen. Migranten beteiligen sich an der gesundheitlichen Selbsthilfe unter dem Dach des Paritätischen allerdings bisher kaum. Nur wenige Migranten nehmen aktiv an den bestehenden Gruppen der gesundheitlichen Selbsthilfe teil. Die Zahl spezifischer Selbsthilfe-Angebote für und von Migranten steigt aber langsam. Ein verstärktes Interesse an dem Thema entwickelt sich erfahrungsgemäß immer dort, wo ein konkreter Bedarf besteht. Hier gibt es erhebliche regionale Unterschiede wie auch Unterschiede hinsichtlich der Zielgruppen (Nationalitäten) und der Krankheiten.

Den Austausch unter Landsleuten ermöglichen. Insbesondere wächst die Anzahl spezifischer Selbsthilfgruppen von Migranten, in denen sich Menschen aus einem Herkunftsland zusammenfinden. Vorrangig handelt es sich dabei um türkischsprachige Gruppen. Diese Zusammenschlüsse werden teilweise kritisch gesehen: Ihnen wird der Wunsch nach Abschottung oder zumindest eine fehlende Integrationsbereitschaft unterstellt. Dabei bieten erst solche Gruppen auch Zuwanderern die Möglichkeit, sich über den Umgang mit ihrer Krankheit auszutauschen und sich gegenseitig zu unterstützen. Eine Mitarbeit in auf den deutschen Kulturkreis ausgerichteten Gruppen scheidet häufig nicht nur an mangelnden Sprachkenntnissen, sondern daran, dass das Gefühl der Geborgenheit und Akzeptanz fehlt.

Inwieweit sich Migranten tatsächlich im Bereich der Gesundheitsselbsthilfe betätigen, bleibt allerdings unklar. Denn es gibt zahlreiche Formen der Selbsthilfe außerhalb der bisher im Blickpunkt stehenden organisierten Selbsthilfe. Um hier zukünftig über mehr Kenntnisse zu verfügen, plant der Paritätische eine Studie.

Betroffene stärker einbeziehen. Kulturspezifische Selbsthilfgruppen können jedoch nicht die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems ersetzen. Solche Tendenzen sind teilweise zu beobachten, wenn Ärzte oder Krankenhäuser Patienten an Selbsthilfgruppen von und für Migranten verweisen, damit sie dort die notwendige kulturspezifische Information und Unterstützung bekommen. Wichtig ist, dass die Organisationen es überhaupt als ihre Aufgabe ansehen, Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund stärker einzubeziehen. Selbsthilfgruppen können einen wichtigen Beitrag zum gleichberechtigten Zugang zur medizinischen Versorgung leisten. Dies ist angesichts der Tatsache, dass 19 Prozent der

Bevölkerung einen Migrationshintergrund haben und angesichts einer teilweise überproportionalen Betroffenheit von Migranten bei bestimmten Erkrankungen sowie aktuell teilweise noch deutlichen Informations- und Behandlungsdefiziten eine zentrale gesellschaftliche Aufgabe.

Mit Ärzten zusammenarbeiten. Eine wichtige Rolle bei der Vermittlung zwischen Selbsthilfgruppen und Zuwanderern kann den Selbsthilfekontaktstellen beziehungsweise -zentren zukommen. Das belegen die Erfahrungen solcher Einrichtungen etwa in Köln und Offenbach. Hier wurden Menschen mit Migrationshintergrund in die Teams einbezogen. Von zentraler Bedeutung ist zudem die Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen, Migrationsdiensten und auch den Ärzten. Nur in solchen Kooperationen kann es gelingen, den konkreten Bedarf zu erheben und die notwendigen Informationen weiterzugeben. Die Selbsthilfekontaktstellen vermitteln Migranten allerdings seltener in bestehende, an die Bedürfnisse gebürtiger Deutscher angepasste Selbsthilfgruppen, als vielmehr in spezifische Gruppen für und von Migranten, die teilweise dann erst gegründet werden.

Von großer Bedeutung ist die Zusammenarbeit mit Migrantenselbstorganisationen (MSO). Im jüngst verabschiedeten nationalen Integrationsplan ist deren wichtige Rolle im Integrationsprozess anerkannt worden. Im Paritätischen sind derzeit rund 100 MSO Mitglied. Der Paritätische unterhält in Nordrhein-Westfalen eine gesonderte Beratungsstelle zur Unterstützung von MSO und hat im Mai

2007 das »Forum der Migrantinnen und Migranten« gegründet. Diese Plattform gibt den MSO auf Bundesebene die Möglichkeit des Austausches, der Lobbyarbeit und der Qualifizierung. Die MSO bieten, wie andere im Migrationsbereich aktive Organisationen, unter anderem gesundheitsbezogene Angebote an. Dabei handelt es sich allerdings vor allem um Angebote zur Gesundheitsförderung, Prävention und Information und nur in wenigen Fällen um gesundheitsbezogene Selbsthilfeaktivitäten. Das Thema Gesundheit ist häufig nicht als eigenständiges Thema auf der Tagesordnung, sondern eingebettet in andere soziale und kulturelle Themen.

Informationsdefizite beseitigen. Was kann – auch im Paritätischen – nun getan werden, damit Zuwanderer zukünftig besser über die Angebote der Gesundheitsselbsthilfe informiert sind und stärker daran partizipieren? Generell ist es wichtig, mehr Verbindungen herzustellen zwischen den für Migration zuständigen Bereichen und der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe – auch in den Organisationen beziehungsweise Verbänden sind dies häufig noch getrennte Welten. Konkret geht es zum einen darum, Informationsdefizite über die gesundheitliche Selbsthilfe sowohl bei Migranten als auch bei professionellen Migrationsdiensten zu beseitigen. Zum anderen sollte es Ziel sein, die Zusammenarbeit mit den Migrantenselbstorganisationen zu intensivieren. Hilfreich sind Informationen der Krankenkassen über Angebote der gesundheitlichen Selbsthilfe in der Muttersprache ihrer aus anderen Ländern stammenden Mitglieder.

Lotzen einsetzen. Bewährt hat sich auch der Einsatz von entsprechend geschulten Multiplikatoren/Integrationslotsen, um unter den Migranten die Kenntnisse über das Gesundheitswesen zu verbessern. Dabei sollten die Angebote aber nicht zu sehr auf die klassische Gesundheitsselbsthilfe sondern auf die Prävention und Information ausgerichtet sein. Anzustreben ist zudem die weitere interkulturelle Öffnung der Kontaktstellen wie auch der Gesundheitsselbsthilfe-Organisationen. Eine professionelle Unterstützung durch Mitarbeiter mit Migrationshintergrund kann eine wichtige Hilfe dabei sein, wenn sich Organisationen der Aufgabe stellen, Zuwanderer stärker in die Selbsthilfe einzubeziehen.

Der Paritätische betreut gegenwärtig in Zusammenarbeit mit dem Paritätischen Bildungswerk ein Projekt zur interkulturellen Öffnung der Behindertenhilfe. Auch bieten Verband und Bildungswerk regelmäßig Schulungen zur interkulturellen Öffnung an. Notwendig wären für die Zukunft auch entsprechende Angebote für die Selbsthilfgruppen und -organisationen, gegebenenfalls mit Unterstützung der Krankenkassen. Wichtig ist schließlich, vor Ort



Der PARITÄTISCHE – Gesamtverband

Der PARITÄTISCHE ist Dachorganisation von fast 10.000 eigenständigen Verbänden, Initiativen und Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitsbereich. Die Mitglieder engagieren sich unter anderem in der Altenhilfe, Behindertenhilfe, Kinder- und Jugendhilfe, Flüchtlingshilfe, für Migranten und in der Entwicklungszusammenarbeit. Eine bedeutende Rolle spielt zudem die Selbsthilfe behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen. Insgesamt engagieren sich im Paritätischen mehr als eine Million Menschen ehrenamtlich. Gegründet wurde der Paritätische 1924 in Berlin. Dort hat er seit 2003 auch wieder seine Hauptgeschäftsstelle.



Mehr Infos: www.paritaet.org

themenbezogene Netzwerke zu knüpfen, in welche auch die Ausländerbeiräte mit einbezogen sein sollten.

Klima der Akzeptanz schaffen. Das Ausmaß, in dem sich Migranten an der – vorwiegend auf den deutschen Kulturkreis ausgerichteten – gesundheitlichen Selbsthilfe beteiligen, hängt aber auch vom gesamtgesellschaftlichen Klima ab. Viele Zuwanderer fühlen sich nach wie vor in Deutschland eher geduldet. Die Art und Weise, wie teilweise über den Islam oder den möglichen Beitritt der Türkei zur Europäischen Union diskutiert wurde, aber auch Verschärfungen im Zuwanderungsrecht, haben bei vielen Migranten die Zweifel an der Zugehörigkeit verstärkt. Eine Grundhaltung, die in Deutschland lebende Migranten als gleichwertige Mitglieder der Gesellschaft akzeptiert, ist daher eine zentrale Voraussetzung auch für eine stärkere Beteiligung von Zuwanderern in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. ■

Harald Löhlein ist Referent für Flüchtlingshilfe und Migrationssozialarbeit beim Paritätischen.

Kontakt: harald.loehlein@paritaet.org



Eine Frage des Vertrauens

Viele Migranten sind skeptisch gegenüber herkömmlichen Selbsthilfeangeboten. Sie vertrauen ihre Gesundheitsprobleme lieber Experten an. Wie die Selbsthilfe dennoch eine Chance bekommt, schildert **Arif Ünal**.

Warum kommen Menschen mit Migrationshintergrund nicht zu uns? Diese Frage stellen sich viele Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen. Es ist tatsächlich so, dass sehr wenige Menschen mit Migrationshintergrund an bestehenden Selbsthilfegruppen teilnehmen, obwohl sich die Gruppen seit Jahren für alle geöffnet haben. Organisieren die Migranten ihre Selbsthilfe auf eigene Faust? Oder haben sie eventuell andere Bewältigungsmuster?

Es gibt leider keine wissenschaftliche Untersuchung, die ergründet, warum Migranten die bestehenden Selbsthilfeangebote kaum annehmen. Aufgrund persönlicher Erfahrungen finden wir zumindest Anhaltspunkte, wie wir Migranten von präventiven und positiven Wirkungen der Selbsthilfe auf ihre Gesundheit überzeugen können.

In Deutschland gibt es rund 80.000 Selbsthilfegruppen, in denen zwischen 3,5 und vier Millionen Menschen mitarbeiten. 70 Prozent von ihnen sind Frauen. Die meisten kommen aus der Mittelschicht, bildungsferne Herkunft sind eher selten. In den Selbsthilfegruppen treffen sich Menschen mit gleichen

Migranten haben eigene Formen der Selbsthilfe entwickelt.

Krankheitsbildern oder in gleicher Lebenssituation. Dort sprechen sie über ihre Probleme und tauschen Informationen und Erfahrungen aus. Dieser mittelschichtorientierte Ansatz der Selbsthilfe, die ohne fachliche Leitung auf den Erfahrungsaustausch setzt, ist einer der Gründe dafür, dass so wenige Migranten beteiligt sind.

Gruppen lange begleiten. Obwohl die Migrantengruppen sehr heterogen sind und je nach Alterszusammensetzung und Nationalität individuell betrachtet werden sollten, können wir zumindest für türkischsprachige Migranten und Menschen aus dem arabischsprachigen Raum sagen, dass sie professionelle Hilfe von Ärzten, Therapeuten oder anderen Fachleuten bevorzugen. Ihnen fällt es schwer, Freunden ihre Probleme zu erzählen. Der Erfahrungsaustausch mit Laien, ohne dass ein Experte anwesend ist, wird als unnötig angesehen. Eine türkische Redewendung besagt »Wenn ein Kahlkopf ein Mittel für Haarwuchs wüsste, hätte er es selbst angewandt«. Wegen dieser Vorbehalte ist es unserer

Erfahrung nach wichtig, Selbsthilfegruppen von Migranten nach ihrer Gründung über längere Zeit zu begleiten – eine Aufgabe, die engagierte ehrenamtliche Mitarbeiter übernehmen können.

Hemmungen überwinden. Türkisch- und arabischstämmige Migranten bringen aus ihrem Kulturkreis nicht die Sichtweise mit, dass Selbsthilfe entlastet, man von den Erfahrungen der anderen profitieren kann und dadurch Autonomie gewinnt. Zudem haben Frauen und Männer Schwierigkeiten damit, gemeinsam in einer Gruppe aktiv zu sein. Sie haben häufig Angst, dass andere die anvertrauten Probleme und Sorgen weiter erzählen.

Selbsthilfe findet aber unter Migranten längst in anderer Form statt. Die gesundheitliche Selbsthilfe muss sich diesen Formen öffnen. Es hat wenig Sinn, den Migranten das im deutschen Kulturkreis bewährte System einfach überzustülpen. Oft sind auch Hemmungen, Ängste, Tabus vorhanden, die verhindern, dass Migranten Selbsthilfegruppen besuchen.

Der Zugang zur Selbsthilfe wird zudem durch sprachliche Barrieren versperrt. Besonders ältere türkische Frauen haben Schwierigkeiten, an Gruppentreffen außerhalb ihres Stadtteils teilzunehmen. Diese und ähnliche Hürden kann man aber in Zusammenarbeit mit Organisationen der Migranten vor Ort abbauen. Öffentlichkeitsarbeit, die Migranten zur Selbsthilfe animiert, braucht einen langen Atem. ■

Arif Ünal leitet das Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten in Köln.

Fotos: Anne Schönharting/Ostkreuz

Das Schicksal in die Hand nehmen

Wie die Interessengemeinschaft Epidermolysis Bullosa Kontakt zu türkischen Familien herstellt und ihnen beim Umgang mit einem schweren Hautleiden hilft, berichtet **Netty Müller-Grosse**.

Können Menschen mit einem Migrationshintergrund sich in der deutschen Selbsthilfestruktur wiederfinden? Bei der Interessengemeinschaft Epidermolysis Bullosa e.V. – Debra Deutschland (IEB-Debra) hat das geklappt. Diese Selbsthilfeorganisation hat bundesweit zu etwa 20 Migranten-Familien Kontakt. Die meisten von ihnen stammen ursprünglich aus der Türkei. Bei der Epidermolysis Bullosa (EB) handelt es sich um eine sehr seltene, erblich bedingte Erkrankung der Haut. Die verschiedenen Hautschichten sind dabei nicht oder nur mangelhaft miteinander verbunden. Dadurch löst sich die Haut bei geringster mechanischer Belastung, wie durch Stoß, Druck oder Reibung in Form von Blasen ab. Damit die so entstehenden Wunden nicht größer werden, müssen die Blasen geöffnet und sofort behandelt werden. EB bedeutet für Betroffene und ihre Familien eine täglich sehr aufwendige und oft mit Schmerzen verbundene Pflege.

Selbsthilfe als Fremdwort. Die Interessengemeinschaft Epidermolysis Bullosa hilft mit ihren Erfahrungen, mit Informationsschriften sowie mit der Vermittlung von Kontakten unter den Betroffenen, die Belastungen zu bewältigen. Meist weisen Pflegeinstitutionen, seltener auch Ärzte, die bei der Interessengemeinschaft nach Experten und Pflegeberatung fragen, die Familien mit an Epidermolysis Bullosa erkrankten Kindern auf unser Angebot hin. Die Familien nehmen unsere Ratschläge dankbar an. Allerdings ist gesundheitliche Selbsthilfe zunächst ein Fremdwort für sie.



Türkischstämmige Familien empfinden Krankheit häufig als gottgegeben, als Schicksal, gegen das man selbst so gut wie nichts tun kann. Ärzte, auch die deutsche Medizintechnik, haben unter Türken ein hohes Ansehen. Im akuten Krankheitsfall werden sie gern zu Hilfe geholt. Termine für regelmäßige Arztbesuche ohne Vorliegen eines akuten Problems nehmen sie allerdings oft nicht wahr. Wir erleben, dass letztlich doch das Vertrauen in traditionelle Medizin, und vielfach auch in das Gespräch mit einem Hodscha – ein religiöser Gelehrter im Islam – größer ist als das Vertrauen in unsere medizinische Versorgung. Familiäre Schwierigkeiten werden möglichst »unter sich« und mit Verwandten gelöst.

Kontakt über eine türkische Familie. Es ist für viele türkischstämmige Migranten nicht denkbar, mit Fremden über ihre Probleme zu reden – schon gar nicht in einer Gruppe, in der nur Laien sind, aber kein Fachmann. Mittlerweile sind dennoch neun Migranten-Familien, darunter sieben türkische, der Interessengemeinschaft Epidermolysis Bullosa beigetreten. Eine dieser Familien hat sich als Ansprechpartner für EB-betroffene Migranten zur Verfü-

gung gestellt. Gehen Anfragen bei ihr ein, überlegen wir gemeinsam, wie konkrete Unterstützung aussehen kann. Zudem haben wir eine Informations-Broschüre zur Epidermolysis Bullosa ins Türkische übersetzen lassen. Dabei wurde deutlich, dass es nicht nur um eine genaue sprachliche Übertragung geht, sondern vielmehr um eine auf das kulturelle Umfeld und den Lebenshintergrund der Zielgruppe zugeschnittene Fassung der Informationen. Die Interessengemeinschaft Epidermolysis Bullosa sucht deshalb dringend Kontakte zu Medizinern aus dem türkischen Kulturkreis und zu Migrantenselbstorganisationen in Deutschland. ■

Netty Müller-Grosse ist Vorsitzende der Interessengemeinschaft Epidermolysis Bullosa.

Interessengemeinschaft EB e.V.

Eine an Epidermolysis Bullosa erkrankte Ärztin und einige Familien mit von der Krankheit betroffenen Kindern gründeten 1985 die Interessengemeinschaft Epidermolysis Bullosa. Um die vielfältigen Aufgaben der Interessengemeinschaft zu intensivieren und zu koordinieren, konnte die IEB im Januar 1989 eine Geschäfts- und Beratungsstelle einrichten. Die Interessengemeinschaft hat zurzeit etwa 350 Mitglieder und ist bundesweit aktiv.

IEB-DEBRA e.V.
Mühlweg 23
35216 Biedenkopf
Tel. 06461 9260887
Fax 06461 926889
ieb@ieb-debra.de



www.ieb-debra.de

Offen für fremde Kulturen

Eine Mitarbeiterin der Deutschen Rheuma-Liga in Berlin macht Hausbesuche bei türkischen Frauen, um sie für die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe zu gewinnen. Von **Gerd Rosinsky**

Seit 17 Jahren treffen sich jede Woche in einer Beratungsstelle der Deutschen Rheuma-Liga Berlin mehr als 20 türkische Frauen im Alter zwischen 30 und 70 Jahren. Sie alle haben eine rheumatische Erkrankung und leiden unter Schmerzen, Krankheitsschüben, Ungewissheit, Erstarrungen und Erschöpfungen.



Auch der Verlust an Mobilität und der Fähigkeit zur Selbstversorgung beeinträchtigt ihren Alltag. In der Gruppe finden sie Halt, Unterstützung und neue Perspektiven.

Der Aufbau dieser türkischen Selbsthilfegruppe erforderte von einer deutschen Sozialarbeiterin der Rheuma-Liga, sich einer fremden Kultur zu öffnen, anderes Denken, Fühlen und Handeln zu akzeptieren und sich gemeinsam mit der Gruppe weiterzuentwickeln. Dazu besuchte die Sozialarbeiterin wiederholt die rheumakranken Migrantinnen zu Hause. Die ersten Mitglieder der Gruppe befanden sich in einem längeren Prozess der sozialen Beratung innerhalb der Rheuma-Liga. Dabei hielt die Rheuma-Liga engen Kontakt zu den behandelnden Fachärzten. Bei vielen der betroffenen Türkinnen waren bereits existenzielle Problemlagen aufgetreten. Anders als bei der Mehrzahl der deutschstämmigen Patienten hatten diese Krisen jedoch nicht zwangsläufig zur Suche nach Beratung und Betreuung geführt.

Vertrauen gewinnen. Von Anfang an konnten in der Rheuma-Selbsthilfegruppe der Migrantinnen Informationen und Hinweise aus der Selbsthilfegruppe an andere türkische Frauen weitergegeben werden, die nicht an den Treffen teilnahmen. Seit einigen Jahren engagieren sich türkische Rheumatikerinnen ehrenamtlich als Gruppensprecherinnen, Sprachmittlerinnen und betreuen Infostände.

Die Problemlagen türkischer Frauen werden mit den Methoden der professionellen sozialen Arbeit und gemäß des Prinzips der »Hilfe zur Selbsthilfe«

gemeinsam bearbeitet. Erfahrungsgemäß gestaltet sich der Prozess der Krankheitsbewältigung schwieriger als bei deutschen Klienten. Neben den kulturellen und sprachlichen Barrieren sowie den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen können soziale und finanzielle Belastungen zu Ohnmachts- und Schuldgefühlen führen.

Den Wert der Prävention vermitteln. Die Gelenkerkrankungen bei rheumatischen entzündlichen Erkrankungen können bei sofortiger Diagnose und fachgerechter Therapie verzögert oder sogar verhindert werden. Doch wie kann Früherkennung und Prävention rheumakranken Migranten vermittelt werden? Neben der Beratung und der Gruppenarbeit hat die Rheuma-Liga gemeinsam mit dem sozialpädiatrischen Zentrum der Charité zum Thema Mittelfieber eine Veranstaltung mit einer arabischsprachigen Spezialistin angeboten. Mittelmeerfieber (FMF) ist eine vererbte, chronische Erkrankung, die gehäuft bei Bewohnern der östlichen Mittelmeerregion (u.a. Türken, Araber) auftritt. Zur Veranstaltung in der Charité kamen über 100 Kinder, Jugendliche und deren Familien. Mit spezifischen Bildern und einer stark diskursiven Vermittlung öffneten sich die Eltern und waren bereit, über ihre Ängste zu sprechen.

Diese Erfahrungen sollen Mut machen, die Stärken einer professionellen Selbsthilfeorganisation zu nutzen, um auch Migranten an ihren Angeboten teilhaben zu lassen. ■

Gerd Rosinsky ist Geschäftsführer der Deutschen Rheuma-Liga Berlin e.V.

Fotos: Silke Reents/Visum

Neue Wege aus der Sucht

Persönliche Ansprache und virtuelle Kommunikation: Um suchtkranke Migranten aus dem Osten zur Selbsthilfe zu motivieren, erprobt das Projekt KOSMOS neue Formen der Kontaktaufnahme. Von **Michael Hemberger**

Die psychosozialen und gesundheitlichen Risiken der Migration sind erheblich: Sein angestammtes soziales Umfeld aufzugeben, bedeutet Verlust psychischer Ganzheit. Trennungsschmerz, Verständigungsschwierigkeiten, enttäuschte Erwartungen, Ablehnung durch die neue Umgebung, Beziehungskrisen in den eigenen Familien, Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit – alle denkbaren Integrationsprobleme stellen Belastungen dar, die sich in verschiedenen Erkrankungen ausdrücken können. Zuwanderer aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion und aus Osteuropa laufen Gefahr, in dieser Situation zu Suchtmitteln wie Alkohol und Marihuana zu greifen. So ist die Zahl der Suchtkranken vor allem unter den männlichen Migranten aus dem Osten überproportional hoch. Zu den Ursachen gehören neben der Belastung durch die Migration auch tradierte Trinkgewohnheiten.

Suchthilfe geht am Bedarf vorbei. Die Suchthilfe erreicht ältere Russlanddeutsche und Migranten aus dem Osten jedoch nur sehr eingeschränkt. Sprachliche und soziokulturelle Diskrepanzen stören die Kontakte zwischen Helfern und Hilfesuchenden. Die negativen Folgen für den Integrationsprozess sind erheblich und belasten die Ressourcen der Hilfesysteme enorm. Selbsthilfe durch und für betroffene Migranten wäre ein Idealweg. Doch diese Selbsthilfe gibt es bisher nicht.

Die traditionelle Suchtselbsthilfe kann in Deutschland mit etwa 10.000 aktiven Gruppen aufwarten. Sie bietet eine bemerkenswerte Unterstützung

zur Teilhabe am Leben. Leider wird diese Unterstützung von den oben genannten Zielgruppen nicht angenommen. Die Angebote der Suchtselbsthilfe scheinen nicht kompatibel zu sein. Es gibt viele Versuche der Selbsthilfeorganisationen, diese mangelnde Kompatibilität aufzulösen, die Ergebnisse sind jedoch mager.

Direkte Kontakte aufbauen. Ein passives Wahlangebot kann kaum erfolgreich sein. Wichtig sind vielmehr aktive, direkte Kontakte zur Zielgruppe. Dabei spielen Einfühlungsvermögen, Rollen- und Situationskenntnis sowie Kenntnisse des Kommunikationsverhaltens und der örtlichen Kommunikationsstrukturen in der Zielgruppe eine wichtige Rolle.

Das Bundesprojekt KOSMOS/EXJUSE (siehe Kasten) will hier neue Wege gehen. Ziel ist es, in drei Regionen rund 50 Selbsthilfegruppen aufzubauen, in denen sich suchtkranke Migranten regelmäßig treffen. Zudem will KOSMOS/EXJUSE Chatroom-Gruppen (Gesprächsgruppen im Internet) initiieren. In der Orientierungsphase geht es um die Vernetzung der Projektorganisation mit den regionalen Hilfesystemen, die Bestandsaufnahme der lokalen Situation, eine Analyse der Kommunikation in den Zielgruppen und die Kontaktaufnahme zu möglichen Schlüsselpersonen. In der zweiten Projektphase sollen unter anderem Multiplikatoren geschult, Kontakte zu den zukünftigen Gruppenmitgliedern geknüpft und Hauskreise gegründet werden. In der Ausbauphase geht es schließlich um regelmäßige Kontakte zu den Gruppen über die Gruppenlei-

Kosmos, Exjuse und Dorkas-Gruppen



Das Kompetenznetzwerk KOSMOS/EXJUSE nahm seine Arbeit im Oktober 2007 auf und ist ein auf drei Jahre vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Projekt. Es soll erforscht werden, welche neuen Zugangswege dem Ausbau der Selbsthilfe für Migranten und deren Familien dienlich sind.

www.exjuse.net ist ein Internetportal für junge Drogenuser, die mit dem Drogenkonsum aufhören wollen.

DORKAS-Gruppen e.V. ist eine russischsprachige Sucht-Selbsthilfegruppe mit derzeit rund 18 aktiven Gruppen bundesweit. www.dorkas-gruppen.de

Geschäftsstelle KOSMOS
Michael Hemberger
Bahnhofplatz 6
73525 Schwäbisch Gmünd
hemberger@dorkas-gruppen.de

ter, die Ausbildung von Gruppenleitern und Chatroombegleitern, die fachliche Begleitung der Chatrooms und den Ausbau des Internetportals www.exjuse.net. Das Projekt KOSMOS/EXJUSE hat im Oktober 2007 mit seiner Arbeit begonnen. Zum Projekt-Team gehören neben einem gebürtigen Deutschen, der Erfahrung im Umgang mit Russlanddeutschen hat, auch drei Migrantinnen: zwei stammen aus Russland und eine kommt aus Brasilien. ■

Michael Hemberger ist erster Vorsitzender des Vereins Dorkas-Gruppen e.V. und leitet das Projekt KOSMOS (Kompetenznetzwerk Sucht-Selbsthilfe für Migranten aus dem Osten).

Mit kulturellen Unterschieden auseinandersetzen

Die Auseinandersetzung mit kulturellen Unterschieden im Selbsthilfe-Verständnis ist eine wichtige Voraussetzung für gelingende Selbsthilfeförderung im Kontext von HIV/Aids und Migration. So sehen etwa Afrikaner Selbsthilfe vor allem als gegenseitige Unterstützung bei der Bewältigung alltäglicher Probleme. Der Erfahrungsaustausch als Methode zur Bewältigung des Lebens mit einer chronischen Krankheit dagegen ist kaum bekannt. Häufig äußern Migrantinnen und Migranten mit HIV den Wunsch nach Kontakt mit einzelnen betroffenen Personen. Aber die Angst vor Diskriminierung bildet eine hohe Schwelle für die Zusammenarbeit in einer Selbsthilfegruppe. Reine Gesprächsgruppen haben zudem kaum Erfolg. Vielmehr helfen thematische Angebote und gemeinsame Aktivitäten dabei, Interesse zu binden. Erst auf dieser Basis kann Interessenvertretung zur Verbesserung der eigenen Lebenssituation als



Ziel von Selbsthilfe verstanden werden – wie im Fall des bundesweiten Selbsthilfenetzwerks »Afro-Leben +«, das in den letzten fünf Jahren aufgebaut werden konnte. Dafür ist die Unterstützung durch Organisationen, die im Gesundheitsbereich etabliert sind, allerdings unerlässlich gewesen. ■

Silke Klumb ist Referentin für Migration bei der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

www.aidshilfe.de



Muttersprache erleichtert den Zugang

Selbsthilfe ist ein wichtiger Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung. Migranten sind dort unterrepräsentiert, weil für viele die Begriffe Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen in ihren Herkunftsländern unbekannt sind. Darüber hinaus haben Zuwanderer oft ein anderes Verständnis von Gesundheit. Andere kulturelle Wertvorstellungen und sprachliche Barrieren sind zusätzliche Hürden für ein Engagement in der Selbsthilfe. Gesundheitliche Selbsthilfegruppen in der Muttersprache ermöglichen einen einfachen Informations- und Erfahrungsaustausch. Menschen aus dem selben Kulturkreis können Ängste und Sorgen besser verstehen. Damit Migranten gute Zugangsmöglichkeiten zu unserem Gesundheitssystem haben und die positiven Wirkungen von Selbsthilfegruppen erleben können, unterstützen wir sie darin. Unsere Erfahrungen zeigen, dass ein muttersprachliches Angebot den Zugang zur Selbsthilfe erleichtert. Dazu gehören unter anderem: Beschäftigung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund, Öffentlichkeitsarbeit in der Muttersprache, Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen, Kooperation mit fremdsprachigen Ärzten und Therapeuten. ■

Öznuur Naz ist Mitarbeiterin der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe im Paritätischen in Köln.

www.kisskoeln.de, www.selbsthilfenetz.de

Angebote weiterentwickeln und vernetzen

Manches in der Diskussion um die Selbsthilfe für und von Migranten erinnert an die Anfänge der Selbsthilfebewegung in den Siebziger. Damals galt es, Informationsdefizite, Schamgefühle und Vorbehalte zu überwinden. Doch in der Selbsthilfe für Migranten beginnen wir nicht bei Null. Im Jahr 2007 befragten wir im Rahmen eines vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projektes rund 280 lokale Selbsthilfekontaktstellen: Knapp ein Fünftel von ihnen hält bereits



fremdsprachige Unterstützungsangebote bereit. Bei eben so vielen Einrichtungen sind fremdsprachige Selbsthilfegruppen mit Menschen aller Nationalitäten aktiv. In 22 Prozent von 290 Bundesvereinigungen der Selbsthilfe waren im Jahr 2006 Migranten aktiv. Eine zentrale Hürde bleibt allerdings weiterhin die Sprache. Der Ausbau und die weitere Vernetzung von Unterstützungsangeboten für Migranten wird eine Herausforderung der nächsten Jahre sein. Selbsthilfeunterstützungsangebote müssen gemeinschaftlich weiterentwickelt oder auch neu konzipiert werden: Miteinander und füreinander in einem wechselseitigem Prozess. ■

Dr. Bettina Möller-Bock ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS).

www.nakos.de