

Gesundheitsbezogene Selbsthilfe bei Menschen mit Migrationshintergrund

Chancen, Barrieren, Potenziale

Für gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen stellen Information und Beratung über Erkrankungen, deren mögliche Folgen sowie psychosoziale, sozioökonomische und sozialrechtliche Begleitumstände ein zentrales Element dar. Wichtig ist auch der gesundheitssystembezogene Informationsaustausch – z. B. über konkrete Akteure des Sozial- und Gesundheitssystems sowie über die verschiedenen Möglichkeiten und Barrieren bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher und sozialer Dienstleistungen. Diese erfahrungsabgeleiteten Informationen werden von Selbsthilfegruppenmitgliedern als besonders relevant, hilfreich und stärkend erlebt [1, 2, 3, 4].

Die gegenseitige Vermittlung von Wissen und Erfahrungen erfolgt in der Regel unmittelbar durch Gespräche. Aus diesem Grund setzen Selbsthilfenezusammenschlüsse eine sprachliche Anknüpfungsfähigkeit bei ihren Mitgliedern voraus. Vielen Menschen, die in Deutschland leben, aber die deutsche Sprache nicht oder nur unzureichend beherrschen, sind gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen entweder nicht bekannt, oder diese sind aufgrund ihrer sprachlichen und kulturellen Orientierung an der Mehrheitsgesellschaft nicht für sie geeignet. Vor diesem Hintergrund haben Selbsthilfegruppen in der

Muttersprache der Mitglieder ein besonders hohes Potenzial, deren Gesundheitskompetenz [5] zu erhöhen und Möglichkeiten zur Partizipation an den Leistungen der Mehrheitsgesellschaft zu bieten.

Dem Themengebiet „Migration und Gesundheit“ war das Bundesgesundheitsblatt 9, 2006 [6] gewidmet. Es zeigte unter anderem, dass in Deutschland die Datenlage für eine zuverlässige Einschätzung der Gesundheit, Morbidität und gesundheitlichen Risikofaktoren von Migranten¹ lückenhaft ist – trotz zunehmender Anstrengungen, ethnische Minderheiten in epidemiologische Studien einzuschließen [7]. Daten aus deskriptiven und klinischen Studien geben allerdings Hinweise, die eine bessere Einschätzung der gesundheitlichen Chancen und Risiken von Migranten in Deutschland ermöglichen. Im Juli 2008 wurde der Schwerpunktbericht „Migration und Gesundheit“ im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts (RKI) publiziert, der den aktuellen Stand zusammenfasst [8]. Auf die vielfältigen Besonderheiten der gesundheitlichen Situation von Migranten wird in diesem Beitrag deshalb nicht gesondert eingegangen.

¹ Die Bezeichnung Migrant/en wird im Folgenden synonym gebraucht für Menschen mit Migrationshintergrund.

Der hier vorliegende Artikel gibt eine kurze Übersicht zum Stand der Literatur zum Thema „gesundheitsbezogene Selbsthilfe bei Migranten“, beschreibt ihre Bedeutung unter besonderer Berücksichtigung der Migrantenselbstorganisationen und skizziert den diesbezüglichen Stand der Diskussion innerhalb der Selbsthilfe sowie innerhalb der Institutionen der Selbsthilfeunterstützung. Nach einer Analyse der Barrieren bei der Selbsthilfeaktivierung von Migranten werden potenzielle Multiplikatoren, Vernetzungsbeispiele und Qualifizierungsmaßnahmen zur Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe unter Migranten aufgezeigt.

Stand der Literatur

Seit den Anfängen der Selbsthilfe und der Selbsthilfeunterstützung wird kontrovers diskutiert, ob Selbsthilfenezusammenschlüsse nur für bestimmte Personenkreise geeignet sind [9, 10]. Manche Bevölkerungs- und/oder Betroffenenengruppen gelten nach einer Untersuchung von Nickel et al. [11] als der Selbsthilfe schwer zugänglich. Neben Männern im Allgemeinen und Menschen in sozial prekären Situationen werden hier insbesondere Migranten identifiziert.

Eine wissenschaftlich fundierte Aufbereitung des Themas „gesundheitsbezo-

gene Selbsthilfe bei Migranten“ existiert weder national noch international. Die diesbezüglichen empirischen Ergebnisse und Erkenntnisse erreichen allenfalls die unterste Evidenzstufe 4. Für den deutschsprachigen Raum ergibt z. B. die kombinierte Abfrage von EMBASE, PsycINFO und PSYINDEX für die relativ weit gefasste Suche <selbsthilfe+migr*> nur 15 Treffer (8.5.2008). Diese sind jedoch irrelevant, da die Informationen zu Selbsthilfe und Migration inhaltlich voneinander losgelöst und ohne Zusammenhang sind.

Hinweise auf migrantenbezogene Selbsthilfeaktivitäten lassen sich eher außerhalb wissenschaftlicher Datenbanken finden. Eine Eingrenzung im Sinne der Operationalisierung der „gesundheitsbezogenen Selbsthilfe“ nach vormals SGB V § 20, Abs. 4 und heute SGB V § 20c führt über Google™ zu 184 nicht-redundanten Treffern² (7.5.2008). Den weitaus größten Teil der Publikationen und Beiträge verfassten Akteure der Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung, wie z. B. NAKOS, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG e.V.), Selbsthilfezentrum (SHZ) München, der Paritätische NRW, Aktion Courage, Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement etc. – meist in Form von Praxisberichten und Diskussionen.

In der internationalen Abfrage produziert Google™ nur 61 nicht-redundante Treffer³, Google Scholar™ 48. Die Suche in den sozialwissenschaftlichen Literaturdatenbanken erbrachte gar keine relevanten Ergebnisse, die Abfragen über PubMed/Medline ergaben 175 Treffer. Allerdings lassen sich auch hier keine spezifischen Informationen zu gesundheitlichen Selbsthilfeaktivitäten bei Migranten finden. Ergebnislos bleibt auch ein weltwei-

ter systematischer Review zum Thema „clinical effectiveness of self care support networks in health and social care“ [12].

Der telefonische Gesundheitssurvey des RKI 2003 ist die einzige bundesweite Untersuchung, die Selbsthilfegruppenbeteiligung im Zusammenhang mit Migrationshintergrund erfasst. Demnach suchen Menschen mit Migrationshintergrund gesundheitsbezogene Selbsthilfe- und/oder Angehörigengruppen fast genauso häufig auf wie Deutsche (7,5 % gegenüber 9 %) [13]. Dies betrifft allerdings nur die Migranten, die die deutsche Sprache ausreichend gut beherrschen, um sich an den Telefoninterviews zu beteiligen.⁴ Folglich handelt es sich um eine selektierte Teilstichprobe, d. h. um Migranten [14] mit deutscher Sprachkompetenz und meist hohem Integrationsgrad, die sich von der Mehrheitsgesellschaft bzgl. der Selbsthilfegruppenbeteiligung vermutlich nur noch wenig unterscheiden.

Bürger mit Migrationshintergrund scheinen also der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe ungefähr so aufgeschlossen zu sein wie hier geborene Deutsche. Die Variable „Migrationshintergrund“ hat jedoch keine Aussagekraft für spezifische ethnische⁵ Gruppen [15] – vor allem wenn sich Bildung und sozioökonomischer Status sowohl innerhalb der verschiedenen ethnischen Gruppen als auch zwischen ihnen ungleich verteilen. Insbesondere für die im Gesundheitssurvey nicht erfasste Gruppe der nicht oder nur gering integrierten Migranten muss aber nach Ansicht der Akteure der Selbsthilfelandchaft von einer deutlich geringeren Beteiligung an gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen ausgegangen werden [16].

Selbsthilfe bei Migranten: Migrantenselbstorganisationen

Im Rahmen eines Projekts zum Thema „Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen“ (ASP)⁶ werden Erfahrungen zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe von Immi-

granten und ihren Angehörigen recherchiert und zusammengetragen [17, 18]. In einzelnen Regionen mit höherem Migrantenanteil konnten Beispiele für gesundheitsbezogene Selbsthilfeaktivitäten von Zuwanderern gefunden werden, doch sind diese insgesamt eher selten. Dabei sind Formen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe für Zuwanderer und ihre Familien nicht nur naheliegend, sie werden auch vielerorts praktiziert – allerdings nicht mit dem Schwerpunkt auf gesundheitliche Fragen. Weltweit organisieren sich Menschen in sogenannten Expatriate Communities (von: „expatriates“, „expatriés“), um sich gegenseitig in die Besonderheiten des Einwanderungslandes und seiner Regeln einzuweisen und sich umeinander zu kümmern [19]. In Deutschland haben sich seit der ersten Zuwandererwelle in den 1950er- und 1960er-Jahren mehrere tausend sogenannter Migrantenselbstorganisationen (MSO) gegründet. „Migrantenselbstorganisationen sind die von Zuwanderinnen und Zuwanderern gegründeten Zusammenschlüsse bzw. Vereine. Ihr Ziel ist es, eigene Interessen durchzusetzen, Selbsthilfepotenziale zu bündeln und Brücken in die Gesellschaft zu bauen“ [20].

MSO werden in der Öffentlichkeit zwar mittlerweile deutlicher wahrgenommen, doch existieren zur Verbreitung, Nutzung und Funktionalität dieser ethnischen Selbsthilfenetze bislang nur wenige Untersuchungen – wie beispielsweise die Sonderauswertungen zu Türkinnen und Türken im Freiwilligensurvey 1999–2004 [21, 22] oder die Auswertungen des Bundesausländervereinsregisters [23]. Auch wird die gesellschaftliche Bedeutung der MSO unterschiedlich bewertet [24, 25]; ihre Verortung liegt zwischen den Polen „Institutionen der Parallelgesellschaften“ und „Brückenbauer der Integration“ [26].

MSO übernehmen vielfältige Funktionen. Hamburger [27] unterteilt diese in die folgenden Bereiche:

- Interessenvertretung,
- Schutzfunktion,
- Dienstleistungsfunktion,
- Brückenfunktion, aber auch
- „kommunikative“ Funktionen wie Pflege der Herkunftskultur und Sozialisation.

² (migrant OR migranten OR migrantin OR migrantinnen OR ausländer OR zuwanderer OR übersiedler) („gesundheitsbezogene selbsthilfe“ OR „gesundheitsbezogene selbsthilfe“ OR „gesundheitsbezogene selbsthilfe“ OR „krankheitsbezogene selbsthilfe“ OR „indikationsbezogene selbsthilfe“ OR „diagnosebezogene selbsthilfe“)

³ („health related self-help“ OR „health oriented self-help“ OR „health related self care“ OR „health oriented self care“) (migration OR migrant OR migrants OR immigrant OR immigrants OR emigrant OR emigrants OR race OR „ethnic minority“ OR „ethnic minorities“ OR „ethnic origin“ OR denizen OR alien)

⁴ Zur Problematik der Untererfassung von Migranten aufgrund geforderter Deutschkenntnisse siehe [7].

⁵ Zur Operationalisierung von „ethnisch“ siehe [15].

⁶ Gefördert vom BKK-Bundesverband 10/2005–04/2009.

Die Vorteile der kulturspezifischen Selbsthilfe sind ganz wesentlich psychologischer und sozialer Natur, haben aber auch alltagspraktische Komponenten:

- Das Sprechen in der Muttersprache ermöglicht es vielen Menschen, sich authentischer und kongruenter auszudrücken.
- 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 unter Gruppenmitgliedern unterschiedlicher Herkunft.
- Das Vermitteln von praktischen Alltagstipps hat für das Leben in der Fremde einen hohen Stellenwert.

Offensichtlich stellen die MSO besonders für die neu zugewanderten und/oder gering integrierten Migranten ein bedeutendes soziales Bezugssystem und die wichtigste Form eines sorgenden Netzes dar. Sie bieten somit im Prinzip ideale Voraussetzungen auch für die gesundheitsbezogene Selbsthilfe. Doch findet diese – zumindest nach westlichem Verständnis von gesundheitsbezogener Selbsthilfe – trotz offenkundiger Relevanz nicht explizit statt. In den Selbstdarstellungen der MSO spielen gesundheitsbezogene Themen gegenüber religiösen, ethnisch-kulturellen, sozialen und schulischen Sport- und Freizeitaktivitäten eine deutlich untergeordnete Rolle [28] (was nicht bedeuten muss, dass sie nicht doch behandelt werden). Allerdings zeigt der Nordrhein-Westfälische MSO-Wegweiser [29] in der Kategorie „Gesundheit“ nur 19 Treffpunkte bei insgesamt 2264 erfassten MSO (Stand: 2002, seitdem keine Aktualisierung). Jede andere der insgesamt 13 Suchkategorien führt zu deutlich mehr Ergebnissen [17].

Verbreitung der MSO

Im Ausländervereinsregister beim Bundesverwaltungsamt waren im Jahre 2001 ca. 16.000 ausländische Vereine eingetragen, davon waren rund 11.000 Vereine

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2009 · 52:55–63
DOI 10.1007/s00103-009-0748-1
© Springer Medizin Verlag 2009

C. Kofahl · J. Hollmann · B. Möller-Bock

Gesundheitsbezogene Selbsthilfe bei Menschen mit Migrationshintergrund. Chancen, Barrieren, Potenziale

Zusammenfassung

Menschen mit Migrationshintergrund beteiligen sich an gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen nicht wesentlich seltener als in Deutschland geborene Deutsche – sofern sie die deutsche Sprache beherrschen und weitgehend in die Mehrheitsgesellschaft integriert sind. Die Situation stellt sich allerdings anders dar für die Gruppe der nicht oder gering integrierten Migranten. Muttersprachliche Selbsthilfegruppen der ethnischen Minderheiten bieten große Chancen für gesundheitliches Selbstmanagement und Krankheitsbewältigung, doch sind sie selten. Gründe hierfür sind zum einen die Unkenntnis vieler Migranten über die Unterstützungsmöglichkeiten für Selbsthilfegruppen, u. a. weil der Begriff „Selbsthilfe“ in vielen Sprachen keine Entsprechung hat. Zum anderen sind die Schambesetzung und Tabuisierung bestimmter gesundheitlicher Probleme, Angst vor Deanonymisierung in den

ethnischen Gemeinden, unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte, mangelnde Vorstellung vom Potenzial eigener Kompetenz und Selbstwirksamkeit, aber insbesondere auch Illiteralität Barrieren für die Selbsthilfeaktivitäten. Der hier vorliegende Beitrag beschreibt die Bedeutung der Selbsthilfe bei Migranten unter besonderer Berücksichtigung der Migrantenselbstorganisationen und skizziert den derzeitigen Stand der Diskussion innerhalb der Selbsthilfe sowie der Selbsthilfeunterstützung. Schließlich werden potenzielle Multiplikatoren, Vernetzungsbeispiele und Qualifizierungsmaßnahmen zur Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe unter Migranten aufgezeigt.

Schlüsselwörter

Migranten · Gesundheitsbezogene Selbsthilfe · Selbsthilfegruppe · Integration

Health-related self-help of immigrants in Germany. Chances, barriers, potential

Abstract

Migrants in Germany participate in health-related self-help groups nearly as frequently as native-born Germans – as long as they have good German language skills and are widely integrated into the main society. However, the situation is different for those migrants who are not or only slightly integrated. Mother-tongue self-help groups of ethnic minorities would offer good chances for health-related self-management and coping; however, these groups are rare. This can partly be explained by the lack of knowledge of many migrants about support possibilities for self-help groups, also because the term “self-help” has no equivalent in many languages. On the other hand, there are many barriers for self-help activities: false shame attributed to certain health

problems, fear of de-anonymization in ethnic communities, different concepts of health and illness, a lack of judging the potential of one's own competencies and self-efficacy, and particularly illiteracy. This article describes the relevance of self-help among migrants with special regard to self-organized migrant networks and outlines the current state of discussion within the self-help stakeholders. Finally, potential multipliers, networking examples and qualification measures for promotion of health-related self-help among migrants are presented.

Keywords

migrants · health-related self-help · self-help group · integration

türkischstämmiger Migranten [30]. Die meisten sind herkunftshomogen (82,6%); herkunftsheterogen sind 6,4 % und deutsch-ausländisch 11 % [23, 31]. Damit übereinstimmende Angaben finden sich u. a. auch bei MSO-online [29] und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Immigrantenverbände in Deutschland e.V. (BAGIV) [32]. MSO gibt es vor allem in Gebieten mit einem hohen Migrantenanteil an der Bevölkerung, in den (ehemaligen) Industrie- und Bergbauregionen in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz sowie in den Großstädten.

MSO und Integration

Im Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland vom Dezember 2007 werden die MSO als „relevante Teile bürgerschaftlichen Engagements in Deutschland“ bezeichnet und ihre Bedeutung für die Integration von Migranten hervorgehoben. Auch Hadeed [33] kommt in seiner umfassenden Analyse zu den Partizipationspotenzialen von MSO zu dem Fazit: „Die für eine erfolgreiche Integration unentbehrliche und notwendige Mobilisierung der Selbsthilfepotenziale von Migrant(inn)en lässt sich am besten über die MSO realisieren. Sie sind die einzigen, die dazu legitimiert und prädestiniert sind herauszufinden, was Migrant(inn)en bewegt, ihre konkreten Probleme zu formulieren und in die politische Debatte einzubringen. Diese Form der Integrationsförderung kann durch professionelle Dienste nicht ersetzt werden.“

Viele sozial-, kultur- und gesundheitspolitische Repräsentanten aus ganz unterschiedlichen Bereichen erhoffen sich inzwischen eine bessere gesellschaftliche Integration der Migranten durch MSO. Diesen vielfältigen Anliegen stehen manche MSO-Vertreter skeptisch gegenüber, da sie eine Überforderung befürchten. Es entwickelt sich ein Missverhältnis zwischen den wachsenden Ansprüchen an Integrationsaufgaben (Brückenfunktion) und sozialer sowie finanzieller Anerkennung.

Anerkennung und Finanzierung der MSO

Ungeachtet der positiven Bestätigungen beklagen MSO-Vertreter eine mangelnde Anerkennung und Unterstützung. Zur Finanzierung der MSO finden sich zwar nur wenige Informationen, jedoch muss die Zuwendung durch die öffentliche Hand als gering eingeschätzt werden. Gaitanides [34] führt als Beispiel für die karge öffentliche Finanzierung den Vergleich der Stadt Essen mit dem Verwaltungsbezirk Islington in England an: Während die englische Gemeinde den rund 100 Einwanderer-Organisationen des Bezirkes 1996 1,7 Mio. GBP zur Verfügung stellte, gab die Stadt Essen im Jahre 2000 nur rund 150.000 DM für die ebenfalls rund 100 Essener MSO aus – bezogen auf den Wechselkurs des Jahres 2000, entsprach dieser Beitrag also nur etwa 2,6 % der in England getätigten Zuwendung.

In Deutschland muss demnach ein Großteil der Finanzierung der MSO aus anderen Quellen stammen. In erster Linie sind dies die Beiträge der Mitglieder. Des Weiteren erhalten einige MSO Förderung von Stiftungen sowie Spenden. Insgesamt sind die MSO aber weitgehend auf sich selbst gestellt. In diesem Kontext und mit Bezug auf die Eingrenzung des Gleichheitspostulats⁷ im Grundgesetz kritisiert Hadeed: „So wird Integration als Leistung verstanden, die nicht in erster Linie die Aufnahmegesellschaften und deren Institutionen, sondern vor allem die Betroffenen selbst zu erbringen haben“ [33].

Die BAGIV benennt die Grenzen der MSO und der an sie herangetragenen Wünsche deutlich, indem sie schreibt, „wir müssen trotz der hoch anzuerkennenden Leistung, die die MSO vollbringen, erkennen, dass ein Qualifizierungsbedarf innerhalb der MSO besteht. [...] Als Ergebnisse konnten wir bis jetzt festhalten, dass neben strukturellen Schwächen in den Organisationen wie fehlende technische Ausstattung, mangelhafte Räumlichkeiten aber auch Mangel an Personal erwähnt werden muss“ [35]. Eine

⁷ Die Versammlungs-, Vereinigungs- und Berufsfreiheit, Freizügigkeit und Auslieferungsverbot sind nur deutschen Staatsangehörigen vorbehalten (Artikel 8ff.).

Situationsbeschreibung die die BAGIV im Übrigen auch mit vielen Geschäftsführern und Vorständen von Selbsthilfeorganisationen teilt.

Migranten aus der Perspektive der Selbsthilfeorganisationen

Die aktive Einbindung ethnischer Minderheiten in die Selbsthilfeorganisationen steht noch relativ am Anfang. Erst allmählich setzt sich in deren Vorständen und Geschäftsstellen das Bewusstsein durch, dass Migranten mit den bestehenden Angeboten bisher kaum erreicht werden. Mehrheitlich sind die Informationsmedien der Selbsthilfeorganisationen sowie ihre Internetauftritte ausschließlich auf Deutsch. Fremdsprachige Broschüren und Flyer leisten sich meist nur größere Organisationen, oftmals bleibt es aber bei einzelnen Projekten. Für eine stärkere Integration der Betroffenen mit Migrationshintergrund in die Selbsthilfe fehlt zurzeit noch die Verzahnung mit engagierten Betroffenen. Dies liegt sicherlich auch daran, dass sich die Mehrheit der ehrenamtlich arbeitenden aktiven Mitglieder an der Grenze ihrer Kapazitäten sieht.

Neue Zahlen zur aktiven Beteiligung oder Mitgliedschaft von Migranten in der Selbsthilfe liegen seit Ende 2007 vor. Sie entstammen einer Befragung der Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene, die von der NAKOS durchgeführt wurde. Auf die Frage, ob in der Selbsthilfeorganisation auch Migranten aktiv seien, antworteten von 290 Organisationen 21,7 % mit „ja“, 57,9 % mit „nein“ und 20,3 % mit „weiß nicht“ [36]. Da bereits ein identifizierter „aktiver Migrant“ ausreicht, um die Frage zu bejahen, und bei der Mehrheit der Organisationen ein klarer Ausschluss vorgenommen wurde bzw. bei einem Fünftel von ihnen offenbar diesbezügliche Unsicherheiten bestehen, kann man keinesfalls auf eine bereits ausgeprägte Migrantenbindung schließen.

Die Migrantenbeteiligung in der Selbsthilfe war auch in den ASP-Workshops mit Vertretern verschiedener Selbsthilfeorganisationen Gegenstand der Diskussionen [17]. Die Organisationen sehen sich hier vor neue, anspruchsvolle Herausforderungen gestellt. Wie auch bei den Akteuren der Selbsthilfeunterstüt-

zung stellt sich insbesondere die Frage, ob Selbsthilfegruppen für Migranten andere Unterstützungs- und Organisationsformen benötigen.

Inzwischen gibt es auch bei den gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen einzelne „Migrantenprojekte“, wie z. B. das Projekt „Selbsthilfeaktivierung bei Diabetikern mit Migrationshintergrund“ beim Landesverband NRW des Deutschen Diabetikerbundes in Duisburg [37].

Migranten aus der Perspektive der Selbsthilfeunterstützung

Für die in Deutschland lebenden Migranten müssen in der Selbsthilfeunterstützung noch Wege entwickelt werden, um insbesondere den sozial Benachteiligten und gering Integrierten die gleiche Chance auf Maßnahmen der Selbsthilfeunterstützung zu geben wie den sozial Integrierten [38]. Die professionelle Selbsthilfeunterstützung mit ihren gegenwärtig 271 Selbsthilfekontaktstellen ist überwiegend auf den deutschen Kulturkreis ausgerichtet.⁸ So schreibt Bobzien: „Die Unterstützung von Selbsthilfe, wie sie von Selbsthilfe-Kontaktstellen ausgeht, ist bisher wenig auf die Belange von MigrantInnen zugeschnitten und kann deshalb von einem größeren Teil der Bevölkerung zur Bewältigung ihrer Probleme nicht wahrgenommen werden“ [39]. Viele Mitarbeiter der Selbsthilfekontaktstellen fragen sich demzufolge, wie sie eine Migrantinnenorientierung umsetzen können bzw. wie weit diese Bemühungen reichen sollen – oder sie stellen sich die noch grundsätzlichere Frage: „Warum ist es der professionellen Seite eigentlich ein Anliegen ‚deutsche‘ Selbsthilfegruppen für Migranten zu öffnen?“ [40]. Kontrovers wird auch diskutiert, ob das „abendländische“ Modell der Selbsthilfe überhaupt mit dem kulturellen Verständnis verschiedener Migrantengruppen in Einklang zu bringen ist [41]. So sieht Thiel [42] in den „sozialen Voraussetzungen und Hindernissen, psychosozialen Hemmnissen und

Erfordernissen für die Entwicklung von Selbsthilfegruppenkompetenz [...] die eigentliche Herausforderung für die Selbsthilfeunterstützung“.

In einer Abfrage der Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen durch die NAKOS wurden im Jahr 2007 erstmals Daten zu fremdsprachigen Unterstützungsangeboten und fremdsprachigen Selbsthilfegruppen erhoben [43]. Selbsthilfekontaktstellen, für die die Selbsthilfeunterstützung eine Hauptaufgabe darstellt, bieten zu etwa einem Sechstel fremdsprachige Unterstützungsangebote an (35 von 210, d. h. 16,7%). Fremdsprachige Selbsthilfegruppen gibt es bei 43 von 210 (20,5%). Bei den 63 Einrichtungen, die die Selbsthilfeunterstützung als Nebenaufgabe durchführen, gibt es kaum entsprechende Angebote: Fremdsprachige Unterstützungsangebote und Selbsthilfegruppen existieren bei jeweils 5 von ihnen (7,9%). Kontaktstellen mit fremdsprachigen Selbsthilfegruppen bestehen häufiger in den alten Bundesländern (23%) als in den neuen (15%). Insgesamt gibt es Selbsthilfegruppen in 14 verschiedenen Fremdsprachen; zu diesen zählen vor allem Türkisch (22), Russisch (20) und Englisch (13), neben Französisch, Persisch, Spanisch, Polnisch, Arabisch, Kurdisch, Eritreisch, Lingala, Japanisch, Sudanesisch und Thailändisch.

Vielen Menschen – nicht nur Migranten – ist der Zugangsweg zur Selbsthilfeunterstützung über die Kontaktstellen unbekannt [44]. Jedoch ist die Vermittlung in die Selbsthilfegruppe in den Fällen, in denen es eine Sprachbarriere zu überwinden gilt, für beide Seiten – den Selbsthilfekontaktstellen-Mitarbeitern wie den betroffenen Migranten – zusätzlich erschwert.

Barrieren der Selbsthilfegruppenbeteiligung

In Interviews mit Gruppensprechern ethnisch homogener Selbsthilfegruppen und Workshops mit Mitarbeitern von Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeorganisationen hat sich gezeigt, dass es typische Barrieren für die Gründung einer Selbsthilfegruppe oder für die Beteiligung an einer solchen gibt. Viele gelten durchaus auch für Deutsche:

- Für den Begriff „Selbsthilfe“ existiert in vielen Sprachen keine Entsprechung. So muss er unter anderem im Türkischen umschrieben werden. Verwendet wird dann beispielsweise der Begriff „Solidaritätsgruppe“; oder er wird ganz weggelassen (z. B. bei „Diabetikergruppe“, „Frauen-Krebsgruppe“ etc.).
- Viele gesundheitliche Probleme sind schambesetzt. Sie lassen sich in der eigenen Gemeinde und/oder Familie nicht thematisieren (z. B. Sucht oder psychische Erkrankungen). Eine mögliche Lösung besteht im Umeticketieren der Selbsthilfegruppe in: Gesundheitsgruppe, Frauengruppe, Kochgruppe etc. (Problem: ggf. keine Fördermöglichkeit nach SGB V § 20c).
- Keine Anonymität: Da die ethnischen Netzwerke in der Regel deutlich kleiner und umschlossener sind („jeder kennt jeden“), lassen sich Selbsthilfegruppenbeteiligungen kaum geheim halten. Auch hier kann eine Umeticketierung der Gruppe hilfreich sein sowie eine Betonung von Gruppenregeln und eine Selbstverpflichtung zur unbedingten Vertraulichkeit.
- In einigen Kulturkreisen besteht das Konzept der außenbeeinflussten und fremdbestimmten Gesundheit, d. h. Krankheitsentstehung wird externen Ursachen zugeschrieben [45], Ärzte oder religiöse Autoritäten sind für Krankheit und Gesundheit verantwortlich. Förderlich sind daher Informationen und Schulungen zur Bedeutung des Selbstmanagements und der Verhaltensprävention durch angesehene Autoritäten, ggf. mit Unterstützung religiöser Repräsentanten, wenn z. B. religiöse Gebote zu gesundheitlichen Erfordernissen im Widerspruch stehen.
- „Ohne Leithammel läuft es nicht“: Dieser von Guderian et al. [46] aufgestellten These stimmen viele Kontaktstellenmitarbeiter und Gruppensprecher von Migrantenselbsthilfegruppen zu. Wichtig sind daher die Identifikation und Gewinnung potenzieller Gruppenleiter, deren intensive Schulung und Beratung durch Kontaktstellenmitarbeiter oder in Kompetenzse-

⁸ Hiervon gibt es in einigen größeren Städten Ausnahmen: z. B. SEKIS Berlin, BIKIS Bielefeld, KISS Köln, SHZ München und einige weitere Selbsthilfekontaktstellen und -büros

minaren der Selbsthilfeorganisationen sowie auch eine finanzielle Entlastung und Unterstützung der Gruppenleiter.

- Gruppenzusammensetzung: Für manche Migranten (und nicht nur für Migranten) ist es undenkbar, dass Frauen vor Männern und Männer vor Frauen bestimmte gesundheitliche, soziale oder psychische Probleme ansprechen. Dieses Problem lässt sich über geschlechtshomogene Gruppen lösen.
- Illiteralität: Die mangelnde Lese- und Schreibkompetenz stellt eine große Barriere dar. Schriftliche Informationsangebote erreichen diese Betroffenen nicht. Auch ist die Organisation der Gruppentreffen bereits wegen scheinbar banaler Probleme erschwert, z. B. werden Termine schlecht eingehalten, weil kein Terminkalender existiert. Mögliche Lösungen sind die Anwendung des sogenannten „Schneeballverfahrens“, die Verbreitung von Information über Multiplikatoren sowie der Einsatz sprachkompetenter Gruppenleiter mit Organisationstalent.

Ethnisch homogene, gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen haben sich insbesondere in den Ballungszentren Berlin, NRW und München mit Unterstützung der regionalen Selbsthilfekontaktstellen gegründet. Es sind nicht viele, doch gibt es derzeit verschiedene Aktivitäten, um den Zugang von Migranten zur Selbsthilfe zu fördern. Die Bildung fremdsprachiger Gruppen ist eine pragmatische Lösung unter Anerkennung der geringen deutschen Sprachkompetenz insbesondere der älteren Migrantenbevölkerung. Sie sollten nicht als ethnozentristisch (und in diesem Sinne von der Gesamtgesellschaft abschottend) verstanden werden, sondern als Hilfe für diejenigen, die sonst keine anderen Möglichkeiten haben, sich über ihre Erkrankung zu informieren und auszutauschen. Typisch ist, dass sich aus den ursprünglich indikationsspezifischen Gruppen (z. B. Diabetes, Krebs) Gesundheitsselfhilfegruppen bilden, da sie die Möglichkeit eröffnen, sich in der eigenen Sprache über zahlreiche Gesundheitsthemen zu informieren, sich zu beraten, zu unterstützen und gemeinsam die eigenen

Interessen zu vertreten. Auch können sich Gruppen zu anderen spezifischen Gesundheitsthemen entwickeln [47].

Aktivierung zur Selbsthilfe – Wer kann helfen?

Der Freiwilligensurvey 1999–2004 schlussfolgert u. a.: „Um eine realistische Einschätzung davon zu erhalten, was eine freiwillige Tätigkeit leisten kann oder auch nicht, benötigen junge Migranten, die häufiger als junge Engagierte ohne Migrationshintergrund in Kirchen bzw. Religionsgemeinschaften, in Selbsthilfegruppen oder privaten Einrichtungen engagiert sind, die Hilfe von Ansprechpartnern in den Organisationen.“ [21] Ein Ziel sollte also sein, an den Schnittstellen des Sozial- und Gesundheitswesens Informationen über Selbsthilfeorganisationen und Institutionen der Selbsthilfeunterstützung zu verbreiten sowie Multiplikatoren zu gewinnen [19]. Als strategische Partner und Multiplikatoren bieten sich verschiedene Organisationen oder Einzelpersonen an:

- Sozial/gesundlich: Apotheker, Ärzte, Therapeuten, Wohlfahrtsverbände, Migranten-Gesundheits-Institutionen, Gesundheitslotsen des Projekts „MiMi“ (Mit Migranten für Migranten [48, 49]), Integrationslotsen [50], Migrationsfachdienste, Flüchtlingshilfe, Ausländersozialberatung, Dolmetscherdienste, Seniorenbüros etc.
- Soziokulturell: Lehrer, Vereine (Kultur, Sport), Friseure, Händler, Verkäufer, Migrantenorganisationen, Freiwilligenorganisationen/-agenturen/-zentren, Kindergärten, regionale Selbsthilfe-Szene, Schulen, die Sprachkurse für Migranten anbieten, Bürgerhäuser etc.
- Beruflich: Kollegen am Arbeitsplatz, Betriebsräte, Betriebsärzte; soziale Dienste etc.
- Spirituell: Kirchengemeinden und Moscheen, Priester, Imame etc.
- Medial: Verlage, PR-Agenturen etc.
- Politisch/juristisch: Parteien, Gewerkschaften, Konsulate, Botschaften, Migrantenorganisationen, Stiftungen, Netzwerk Migration, amnesty international, Rechtsanwälte etc.

Aktivierung zur Selbsthilfe – Was können Selbsthilfekontaktstellen und -organisationen tun?

Für eine mögliche Aktivierung und Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe bei Migranten im Rahmen der örtlichen Selbsthilfekontaktstellen, aber auch der Selbsthilfeorganisationen könnten folgende Schritte hilfreich sein:

- Klärung der Relevanz durch regionale Bedarfsanalysen (Welche Migrantengruppen gibt es in der Region?),
- Schulung und Beratung der Mitarbeiter zur Förderung ihrer interkulturellen Kompetenz,
- Kontaktaufnahme zu mutter- und deutschsprachigen Mitgliedern der örtlichen MSO, ggf. mit Unterstützung durch kompetente Sprach- und Kulturmittler,
- Kontaktaufnahme zu mutter- und deutschsprachigen Mitgliedern der örtlichen Kirchen/Glaubensgemeinschaften,
- Gewinnung kulturspezifischer Multiplikatoren oder „Selbsthilfegruppen-In-Gang-Setzern“ [51].

Weitere wichtige Aspekte sind das Vorliegen von Informationen über potenzielle Kooperationspartner und Institutionen sowie die Vernetzung mit ihnen, um der bestmöglichen Vermittlung auch soziokultureller Anliegen eine Chance zu geben. Seitens der Kontaktstellenmitarbeiter sind daher Sicherheit und Selbstvertrauen im Kontakt mit Personen anderer kultureller Herkunft sowie im Umgang mit einem unterschiedlichen Verständnis von Krankheit, Gesundheit und Tod erforderlich. Je nach Bedarf sollten sie auf Maßnahmen zur Förderung ihrer interkulturellen Kompetenz zurückgreifen können. In diesem Zusammenhang gilt es, bei den Mitgliedern der Selbsthilfeunterstützung und der Selbsthilfeorganisationen eine Reihe von Fragen zu klären, u. a.:

- Was wissen wir über das Thema „Migranten und Selbsthilfe“?
- Wie können Konzepte und Angebote gemeinschaftlich entwickelt werden? Miteinander und füreinander!
- Wie weit sind oder erklären wir uns zuständig? Wie sind unsere Aufgaben mit Blick auf die Selbsthilfeunterstüt-

zung bei Migranten definiert? Wo sind unsere Grenzen? Was sind Kriterien für die Zielgruppe, für die ich besondere Anstrengungen und Vorgehensweisen entwickeln muss?

- Wo erreichen wir welche Migranten, und wo können wir sie „abholen“? Bleiben wir bei der „Komm-Struktur“ oder verstärken wir unsere aufsuchende Arbeit?
- Wer sind unsere strategischen Partner und Kooperanden in dem Feld? Was und wo sind andere relevante Netzwerke?
- Wie gehe ich mit besonderen kulturspezifischen Anliegen um?

Somit zielen die Überlegungen grundsätzlich in 3 Richtungen:

- zielgruppenorientierte Aktivitäten (mögliche Maßnahmen, die auf die Bedürfnisse der jeweiligen Betroffenenengruppe eingehen),
- organisations-/institutionsorientierte Maßnahmen (Maßnahmen zur internen Personal- und Organisationsentwicklung),
- Vernetzung (Entwicklung von Kooperationsbeziehungen zu anderen Schlüsselpersonen und -organisationen, Gewinnung strategischer Partner und Multiplikatoren).

Fazit und Ausblick

Eine realistische Chance für die Verbreitung des Selbsthilfgedankens in den unterschiedlichen Kulturkreisen besteht dann, wenn ein ausreichendes Maß an positiven Erfahrungen gesammelt und in den ethnischen Gemeinden kommuniziert wurde. Aus den Betroffenen werden Akteure und Multiplikatoren, ggf. sogar Initiatoren und Koordinatoren weiterer Gruppen. Eine Investition in kulturmittelnde Aktivitäten und Maßnahmen ist eine Investition in die Zukunft. Eine stärkere Unterstützung der MSO und den daraus erwachsenden potenziellen Multiplikatoren, eine stärkere Ausbildung und Verbreitung von Gesundheitslotsen sowie eine stärkere Migrantenorientierung in den verschiedenen Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeorganisationen hilft den verschiedenen ethnischen Gruppen, sich besser zu integrieren, und befähigt

sie, sich besser mit den Sozial- und Gesundheitsdiensten, Behörden und Krankenkassen zu verständigen und/oder auseinanderzusetzen.

Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe birgt gerade in der Gruppe der Migranten mit niedrigem sozioökonomischem Status hohe Potenziale für die Gesundheitsförderung und Prävention. Muttersprachliche Gruppen senken die Hemmschwellen und erleichtern das Wachstum der persönlichen Gesundheitskompetenz. Ein besonderes Problem ist derzeit noch die sprach- und kulturübergreifende Vermittlung der Erfahrungen der Selbsthilfe und der Angebote der Selbsthilfeunterstützung an die MSO. Hier lohnt es sich, stärker zu fördern. Die Vermittlungsfunktion kann gut von Gesundheitslotsen oder -mediatoren, Stadtteillotsen, Integrationslotsen, Ausländer- und Integrationsräten, Lehrern, Ärzten, Kirchenautoritäten etc. übernommen werden. Letztlich sollte sie aber immer als Hilfe zur Selbsthilfe verstanden werden und auf die bestehenden (Selbsthilfe-)Potenziale der Migranten fokussieren.

Es liegt auf der Hand, dass sich diese Vernetzungen nicht nur auf den Bereich der Selbsthilfe beschränken, sondern in einem umfassenden gesundheitsbezogenen und sozialen Rahmen erfolgen sollten: Der Grundregel „Alles nur mit Migranten, nichts ohne Migranten!“ folgend, könnten verstärkt ethnomedizinische Aspekte in die Aus- und Fortbildung der Ärzte integriert und eine Approbation auch für Nicht-EU-Bürger ermöglicht werden, um ausländische Ärzte, von denen viele in Deutschland studiert haben, besser in das Gesundheitswesen zu integrieren. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) könnte sich in Kooperation mit Kollegen aus oder in den Herkunftsländern stärker kulturadaptierten Patienteninformationen annehmen.

Für die ambulante medizinische Versorgung bietet sich an, im Rahmen von Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, Gesundheits- und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemischte Teams aus Ärzten, Therapeuten, Beratern deutscher und nicht-deutscher Herkunft mit Rotationssystem oder Hospi-

tationsmöglichkeiten zu bilden. Krankenhäuser könnten – wie beim selbsthilfefreundlichen Krankenhaus (s. Beitrag von Trojan et al. in diesem Heft) – das Konzept des migrantenfreundlichen Krankenhauses in ihr Qualitätsmanagement aufnehmen, z. B. durch interdisziplinäre AGs „Migranten“, eine interkulturelle Öffnung oder durch einen krankenhausinternen Integrationsbeauftragten etc. Vorschläge und Erfahrungen gibt es bereits mit dem Projekt „Migrant-Friendly Hospitals“ [52] und mit den 12 Sonnenberger Leitlinien [53].

Krankenkassen hätten eine gute Chance, der komplexen Thematik durch Gründung eines kassenübergreifenden Kompetenzzentrums „Migration und Gesundheit“ – angesiedelt beim MDK (analog dem Kompetenzzentrum Geriatrie) – zu begegnen. Die Kommunen können über ihre Gesundheits-, Umwelt- und Sozialämter etc. über Mitarbeiterschulungen, Tage der Begegnung, interkulturelle Workshops und den Einsatz von Gesundheitsmediatoren oder Stadtteillotsen Unterstützung leisten.

Zu allen genannten Aspekten existiert mit den Empfehlungen des Europäischen Rates zur gesundheitlichen Versorgung in einer multikulturellen Gesellschaft – Rec(2006)18 – bereits eine fachlich versierte Hilfestellung. Hier werden im Einklang mit der Europäischen Charta der Grundrechte (2000/C 364/01), der Europäischen Sozialcharta (ETS No. 35) sowie der Europäischen Konvention der Menschenrechte und Biomedizin (ETS No. 164) zentrale Aspekte der interkulturellen Ausrichtung der Gesundheits- und Versorgungssysteme präzise formuliert und daraus abzuleitende Konsequenzen dargelegt. Im Hinblick auf die Umsetzung des Europavertrags ist diesen Empfehlungen eine gewisse Bedeutung einzuräumen. Für Mitarbeiter im Sozial- und Gesundheitswesen können sie schon heute ein hilfreicher Leitfaden sein, denn für den Bereich der Selbsthilfeunterstützung als professioneller Dienstleistung sind die Anregungen und Forderungen unmittelbar relevant. Für die Selbsthilfeorganisationen und die von ihnen abgestellten Patientenvertreter sowie für die MSO kann die hier geforderte Patientenorientierung und Partizipation eine weitere Anerken-

nung und Stärkung sein. So sind die Empfehlungen ein nützliches Instrument zur Einforderung grundlegender Patientenrechte.

Korrespondierender Autor

Christopher Kofahl

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut für Medizin-Soziologie
Martinistraße 52
20246 Hamburg, BRD
E-Mail: kofahl@uke.uni-hamburg.de

Literatur

- Trojan A (1986) Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfegruppen. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main
- Trojan A, Nickel S, Werner S (2004) Unterstützungserfahrungen und -bedarf der Hamburger Selbsthilfegruppen. Ergebnisse einer Befragung von SHG-Kontaktpersonen zur Qualitätsentwicklung der Selbsthilfeunterstützung. In: Trojan A, Estorff-Klee A (Hrsg) 25 Jahre Selbsthilfeunterstützung. Unterstützungserfahrungen und -bedarf am Beispiel Hamburgs. LIT, Hamburg, S 27–128
- Borgetto B (2004) Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen Forschungsergebnisse und Perspektiven. Hans Huber, Bern
- NAKOS (2006) Selbsthilfe unterstützen. Fachliche Grundlagen für die Arbeit in Selbsthilfekontaktstellen und anderen Unterstützungseinrichtungen. Ein Leitfadens. NAKOS Konzepte und Praxis 1. H&P Druck, Berlin
- Kickbusch I (2006) Die Gesundheitsgesellschaft. Verlag Gesundheitsförderung, Gamburg
- Migration und Gesundheit. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 49(9)
- Zeeb H, Razum O (2006) Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Ein einleitender Überblick. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 49(9):845–852
- Razum O, Zeeb H, Meesmann U, et al. (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
- Kolba N, Borgetto B (2007) Gesundheitsbezogene Selbsthilfe und soziale Ungleichheit. Public Health Forum 15(55):17–18
- Trojan A, Nickel S, Amhof R, Böcken J (2006) Soziale Einflussfaktoren der Teilnahme an Selbsthilfeszusammenschlüssen. Ergebnisse ausgewählter Fragen des Gesundheitsmonitors. Gesundheitswesen 68:364–375
- Nickel S, Werner S, Kofahl C, Trojan A (2006) Aktivierung zur Selbsthilfe. Chancen und Barrieren beim Zugang zu schwer erreichbaren Betroffenen. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven
- Woolacott N, Orton L, Beynon S, et al. (2006) Systematic review of the clinical effectiveness of self care support networks in health and social care. Centre for Reviews and Dissemination, University of York, York
- Kohler M, Ziese T (2004) Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Deskriptiver Ergebnisbericht. Robert Koch-Institut, Berlin
- Schenk L, Neuhauser H (2005) Beteiligung von Migranten im Telefonischen Gesundheitssurvey: Möglichkeiten und Grenzen. Gesundheitswesen 67:719–725
- Schenk L, Bau A-M, Borde T, et al. (2006) Mindestindikatoren zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 49(9):853–860
- Kofahl C (2007) Gesundheitliche Selbsthilfe bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Forum Public Health 55:23–24
- <http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/asp/>
- Kofahl C (2007) Zur Migrantenorientierung in der Selbsthilfeunterstützung durch Selbsthilfekontaktstellen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2007. Focus, Gießen, S 112–119
- Kofahl C (2007) Neue Heimat in der Gruppe. In G+G spezial: 11/2007, 4–7
- <http://www.migration-online.de/beitrag.html?id=4704> (28.1.08)
- Gensicke T, Picot S, Geiss S (2006) Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999–2004: Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg). Eigenverlag, Wiesbaden
- Halm D, Sauer M (2007) Bürgerschaftliches Engagement von Türkinen und Türken in Deutschland. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg). Eigenverlag, Wiesbaden
- Hunger U (2005) Ausländervereine in Deutschland: Eine Gesamterfassung auf der Basis des Bundesausländervereinsregisters. In: Weiss K, Thränhardt D (Hrsg) Selbsthilfe. Wie Migranten Netzwerke knüpfen und soziales Kapital schaffen. Lambertus, Freiburg i. Br., S 221–244
- Weiss K, Thränhardt D (2005) Selbsthilfe, Netzwerke und soziales Kapital in der pluralistischen Gesellschaft. In: Weiss K, Thränhardt D (Hrsg) Selbsthilfe. Wie Migranten Netzwerke knüpfen und soziales Kapital schaffen. Lambertus, Freiburg i. Br., S 8–26
- Baringhorst S, Hollifield J, Hunger U (2006) Herausforderung Migration – Perspektiven der vergleichenden Politikwissenschaft. Festschrift für Dietrich Thränhardt. Lit-Verlag, Münster
- Bertelsmann Stiftung: Leadership-Programm Migrantenorganisationen http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-0A000F14-33E3278C/bst/hs.xml/70302_70316.htm (21.5.08)
- Hamburger F (2005) Von der Gastarbeiteranwerbung zum Migrationsland – Aufgaben und Chancen der Bürgergesellschaft. 5. Bürgerkongress Rheinland-Pfalz: Zukunft braucht Beteiligung – Sozialer Wandel und die Potentiale der Bürgergesellschaft, Freitag, 18. November 2005, Kurfürstliches Schloss Mainz, online unter http://www.wir-tun-was.de/bilder/buergerkongresse/vortrag_hamburger_bk1.pdf (4.2.08)
- Gaitanides S (2003) Selbsthilfepotenzial von Familien ausländischer Herkunft, freiwilliges Engagement und Selbstorganisation von Migranten – Struktur, Funktion, Förder- und Anerkennungsdefizite. Z Migration Soziale Arbeit 2:21–29
- <http://www.mso-online.de>
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2007) 7. Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. (<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/Anlagen/auslaenderbericht-7.property=publicationFile.pdf>)
- Hunger U (2002) Von der Betreuung zur Eigenverantwortung. Neuere Entwicklungstendenzen bei Migrantenvereinen in Deutschland. Münsteraner Diskussionspapiere zum Nonprofit-Sektor. Nr. 22, November 2002
- <http://www.bagiv.de/index.htm>
- Hadeed A (2005) Selbstorganisation im Einwanderungsland. Partizipationspotenziale von Migranten-Selbstorganisations in Niedersachsen. Bibliotheks- und Informationssystem der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (BIS)-Verlag, Oldenburg
- Gaitanides S (2003) Partizipation von Migranten/innen und ihren Selbstorganisationen. In: E&C-Zielgruppenkonferenz „Interkulturelle Stadt(teil)politik“ Dokumentation der Veranstaltung vom 8. und 9. Dezember 2003 Berlin. 24–33. <http://www.eundc.de/pdf/63004.pdf> (22.1.08)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Immigrantenverbände in Deutschland e.V. – BAGIV (2008) (<http://www.bagiv.de/projekte-aktuell.html> 7.5.2008)
- Möller-Bock B, Schilling R (2007) Befragung der NAKOS: Angebote für und Mitwirkung von Menschen mit Migrationshintergrund sowie Netzwerkaktivitäten von Bundesvereinigungen der Selbsthilfe. NAKOS-INFO 93, Dez 2007, S 45–49
- http://www.ddb-nrw.de/AK_Migranten/ (15.05.08)
- Hundertmark-Mayser J, Möller B, Balke K, Thiel W (2004) Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 23. Robert Koch-Institut, Berlin
- Bobzien M (2005) Das Interkulturelle in der Selbsthilfeunterstützung. Wie kann ein „selbsthilfefreundliches“ Klima für Migrantinnen und Migranten angeregt werden? – ein Beispiel aus München. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2005. Focus, Gießen, S 57–68
- Schüle-Wolfsfellner D (2006) Steter Tropfen höhlt den Stein. In: einBlick. Münchner Rundbrief für Selbsthilfe und Bürgerschaftliches Engagement. Nr. 11, 07/2006, S 1–2
- Bobzien M, Hönigschmid C, Stark W (2002) Entwicklungen und Trends in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. Handlungsempfehlungen für die Zukunft der Selbsthilfe. Eigenverlag, Essen München
- Thiel W (2007) Ein „anderes Gesundheitsverständnis“. Selbsthilfe und Migration. <http://www.nakos.de/site/data/NAKOS/NAKOS-Migration-Thiel-Vortrag2007-08-30.pdf> (15.5.08)
- Thiel W (2008) NAKOS-Recherche: Fremdsprachige Selbsthilfegruppen und Unterstützungsangebote: Ein bedeutsames Arbeitsfeld bei Selbsthilfekontaktstellen. NAKOS-INFO 94, März 2008, S 17–19
- Deutsche Angestellten Krankenkasse. (1998) DAK-Gesundheitsbarometer: Selbsthilfegruppen. Eigenverlag, Hamburg
- Burchard GD (1998) Erkrankungen bei Immigranten. Fischer, Stuttgart Jena Lünebeck Ulm

46. Guderian H, Schorsch E-M, Halves E (1986) „Ohne Leithammel läuft es nicht“. Arbeitsweise und Erfahrungen in Selbsthilfegruppen. In: Trojan A (Hrsg) Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfegruppen. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, S 108–136
47. Rink A, Kofahl C (2008) Türkische Selbsthilfegruppen – Erfahrungen von zwei Gruppenleitern. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2008. Focus, Gießen (im Druck)
48. <http://www.bkk-promig.de>
49. Salman R, Menkhaus B (2006) Mit Migranten für Migranten – Das MiMi-Projekt des Ethno-Medizinischen Zentrums als Beitrag zur interkulturellen Gesundheitsförderung und Integration in Deutschland. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg) Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Bonner Universitäts-Buchdruckerei, Berlin, S 107–114
50. <http://www.integrationslotsen.net>
51. Greiwe A (2006) „In-Gang-SetzerInnen“ – Stütze für neue Selbsthilfegruppen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2006. Focus, Gießen, S 88–96
52. <http://www.mfh-eu.net>
53. Machleidt W (2002) Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. Nervenarzt 73:1208–1209

Grippe-Schutzimpfung: Wettbewerb zur guten Impfpraxis gestartet

Medizinisches Personal in Krankenhäusern und in der Altenpflege sollte – wie auch chronisch Kranke und ältere Menschen über 60 Jahre – gegen Grippe geimpft sein. Die Impfquoten sind bei Angehörigen des medizinischen Personals mit rund 20 Prozent jedoch besonders niedrig. Deshalb haben die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Robert Koch-Institut (RKI) im Rahmen ihrer Kampagne „Wir kommen der Grippe zuvor“ in Kooperation mit elf Bundesländern und der Deutschen Krankenhausgesellschaft erstmals einen Wettbewerb für die überzeugendste Gripeschutzimpfaktion bei medizinischem Personal in Krankenhäusern ausgelobt. Prämiert werden die drei Krankenhäuser, die bis Ende Januar 2009 die überzeugendsten Impfaktionen einreichen.

„Mit der Auslobung des bundesweiten Krankenhauswettbewerbs wollen wir medizinisches Personal an seine rechtzeitige Impfung erinnern und die Krankenhäuser dabei unterstützen, wirksame Impfaktionen für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzubieten“, erklärt Elisabeth Pott, Direktorin der BZgA. Die BZgA sendet seit Mitte September eine Aktionsmappe mit umfangreichen Materialien zur Unterstützung der Krankenhäuser aus, in der unter anderem Plakate, ein Kurzfilm, Informationen zur Notwendigkeit und Anregungen zur Durchführung einer Impfaktion enthalten sind. „Wer geimpft ist, schützt nicht nur sich selbst vor einer schweren Erkrankung, sondern vermeidet auch eine Ansteckung anderer. Das ist in Kliniken und Pflegeeinrichtungen besonders wichtig“, betont Jörg Hacker, Präsident des Robert Koch-Instituts.

Im Rahmen der Kampagne werden auch wie in den Vorjahren gemeinsam mit der Bundesärztekammer die niedergelassenen Ärzte angeschrieben, um sie insbesondere für die Influenza-Impfung älterer Menschen und chronisch Kranker zu motivieren. Eine Infektion mit den jeden Winter zirkulierenden Influzaviren bedeutet für Menschen mit Grunderkrankungen, zum Beispiel Herz-Kreislauf-Krankheiten oder chronischen Lungenerkrankungen, und für ältere Menschen (über 60 Jahre) eine erhöhte Gefährdung. Bei ihnen

kommt es im Krankheitsverlauf häufiger zu Komplikationen, zum Beispiel bakteriellen Lungenentzündungen, die tödlich enden können. Durch eine Impfung gegen Influenza wird in diesen Gruppen die Krankheitshäufigkeit deutlich verringert. Die Impfquote bei chronisch Kranken und bei Älteren liegt in Deutschland bei rund 50 Prozent. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt eine Impfquote von 75 Prozent für das Jahr 2010. Alle Materialien der Kampagne können kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bestellt werden (www.bzga.de > Infomaterialien/Bestellung > Gripeschutzimpfung).

Der beste Zeitraum für die Impfung gegen Grippe, die durch Influzaviren verursacht wird, ist Oktober und November. Die Schutzwirkung ist höher, wenn die Impfung jedes Jahr wiederholt wird. Bisher hat das Paul-Ehrlich-Institut, das Bundesamt für Sera und Impfstoffe (PEI), die Chargenfreigabe für rund 20 Millionen Dosen Grippeimpfstoff erteilt. Das PEI veröffentlicht auf seiner Internetseite neben dieser Information auch eine Liste der zugelassenen Influenza-Impfstoffe. „Nach ein bis zwei Wochen ist der Impfschutz aufgebaut. Auch wenn der Impfschutz bei älteren Menschen oft weniger ausgeprägt ist, sollte das kein Grund für einen Impferzicht sein“, erklärt Johannes Löwer, Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts.

Weitere Informationen:

www.rki.de

www.bzga.de

www.pei.de/influenza-impfstoffe

Quelle: Robert Koch-Institut (Berlin)