Seidel, Gabriele Dr.

Selbsthilfe von und mit Menschen mit Migrations-hintergrund

Inhalt

[Selbsthilfegruppen von und mit Menschen mit Migrationshintergrund 2](#_Toc522546282)

[Wer sind Menschen mit Migrationshintergrund? 4](#_Toc522546283)

[Wie sieht das Krankheitsspektrum von Menschen mit Migrationshintergrund aus? 8](#_Toc522546284)

[Wie schätzen Menschen mit Migrationshintergrund ihre Gesundheitskompetenz ein? 9](#_Toc522546285)

[Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und Inanspruchnahmeverhalten 10](#_Toc522546286)

[Kultur und kulturelle Kompetenz – eine Begriffsannäherung 13](#_Toc522546287)

[Wie kann sich die Selbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund öffnen? 16](#_Toc522546288)

[Migrantenselbstorganisationen 17](#_Toc522546289)

[Förderliche Rahmenbedingungen für eine interkulturelle Öffnung der Selbsthilfe 18](#_Toc522546290)

[Literaturverzeichnis 21](#_Toc522546291)

# Selbsthilfegruppen von und mit Menschen mit Migrationshintergrund

Selbsthilfegruppen von und mit Migranten sind insgesamt selten. Nach einer Befragung der NAKOS im Jahr 2007 gab es bei 43 von 210 Selbsthilfegruppen fremdsprachliche Selbsthilfegruppen, mit insgesamt 14 verschiedenen Sprachen. Die am häufigsten angewandten Sprache ist die türkische Sprache, gefolgt von der russischen und englischen Sprache (Kofahl et al. 2009). Einige veröffentlichte Beispiele werden in der Reihe NAKOS Quellen 3 „Gemeinschaftliche Selbsthilfe und Migration“ aufgeführt (NAKOS 2012).

Thematisch beschäftigen sich die Selbsthilfegruppen mit Diabetes (hauptsächlich die türkischen Selbsthilfegruppen), mit Sucht (hauptsächlich die russisch-, und englisch­sprachigen Selbsthilfegruppen), Migration, Integration, Kulturpflege oder mit Mutter-Kind-Themen (NAKOS 2009).

2008 hat die NAKOS eine weitere Befragung bei Selbsthilfeorganistionen (SHO) durchgeführt, um zu ermitteln, inwieweit Menschen mit Migrationshintergrund aktiv sind und ob SHO Angebote für Migrantinnen und Migranten vorhalten (N = 320). 24,7 % der befragten SHO gaben an, dass Migrantinnen und Migranten in ihren Organisationen aktiv sind. Jedoch halten nur insgesamt 10,3 % der SHO Angebote für Migrantinnen und Migranten vor, unter anderem mehrsprachige Informations­broschüren, fremdsprachige Beratungsangebote, bundesweite Treffen und Selbsthilfe­gruppen, die sich ausschließlich mit Problemlagen von Menschen mit Migrationshintergrund beschäftigen.

Seit etwa 10 Jahren wird das Thema „Migranten in der Selbsthilfe“ zunehmend im Selbsthilfekontext diskutiert, insbesondere vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Gesellschaft zur Multikulturalität. In der SHILD Studie (Kofahl et al. 2016) wurden SHO und Selbsthilfegruppen (SHG) im Jahr 2013/2014 danach gefragt, ob Menschen mit Migrationshintergrund bei ihnen Mitglied sind. 72 % aller Gruppensprecher/innen verneinten diese Frage. Bei allen anderen SHG, bei denen Menschen mit Migrationshintergrund Mitglieder sind, liegt der Anteil aller Migranten bei 3,7 %. Allerdings haben relativ viele SHO und SHG das Ziel, die Selbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund näher zu bringen und aus dieser Zielgruppe Menschen zu rekrutieren (SHO 42 % bzw. SHG 58 %). Allerdings erreichen SHO und SHG dieses Ziel nur in wenigen Fällen.

Im Folgenden sind einige interkulturelle und muttersprachliche Selbsthilfegruppen und Aktivitäten exemplarisch aufgeführt:

* In Köln: Türkische SHG: Adipositasgruppe, Alleinerziehende Frauengruppe, Angehörige von Demenzkranken, Baraka (Homo- und Bisexuelle mit Migrationshintergrund), Deaf Migranten (Gehörlose), Depressionsgruppe, Epilepsiegruppe, Imar-Bank-Off-Shore-Geschädigte
* Hannover bei Kibis: türksiche SHG für Fibromyalgie und Depressionen
* Umut Verein: Pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund, Pflegende Mütter mit Migrationshintergrund, Migranten mit psychosozialen Problemen, Depressionen.
* Projekt "Selbsthilfe und Migration“ des [Selbsthilfezentrums in Berlin-Neukölln](http://www.stzneukoelln.de/)[[1]](#footnote-1), das interkulturelle Gruppen bei der Gründung berät und unterstützt. Teil des Konzepts sind Fortbildungen von Multiplikatoren, die ihre Landsleute motivieren sollen, sich an der Selbsthilfearbeit zu beteiligen.
* Russischsprachige DORKAS Gruppen e.V.[[2]](#footnote-2)
* Beim Paritätischen Wohlfahrtsverband, ein Projekt „Bewusst-Gesund-Aktiv: Gesundheitsförderung für Migrant/-innen im Quartier“, das mit zehn Migrantenorganisationen durchgeführt wird[[3]](#footnote-3).
* „Migration und Selbsthilfe-Aktivierung[[4]](#footnote-4)
* Selbsthilfeaktivierung bei Diabetikern mit Migrationshintergrund beim Landesverband des Deutschen Diabetikerbundes NRW (Kofahl et al. 2009)

Der geringe Anteil an SHG und SHO mit Menschen mit Migrations­hintergrund liegt möglicherweise darin begründet, dass Menschen mit Migrationshintergrund eher z.B. in Migranten­selbst­organisationen (MSO) oder religiösen Zusammenschlüssen zusammen­geschlossen sind, da sie in solchen Organisationen durch die Muttersprache oder die gleiche Kultur miteinander verbunden sind, in der eventuell anders mit Erkrankungen umgegangen wird als in der deutschen Kultur.

Zum besseren Verständnis wird im Folgenden die „Migration“ erklärt und ein Überblick von Menschen mit Migrationshintergrund und deren soziodemografischen Daten in Deutschland gegeben. Im weiteren Text wird das Krankheitsspektrum von Menschen mit Migrations­hinter­grund erläutert und auf die Fähigkeit der Krankheitsbewältigung bzw. den Grad der Gesundheits­kompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund eingegangen. Zudem wird auf auf die bestehenden Barrieren in der Gesundheitsversorgung und auf die Schwierigkeiten von Menschen mit Migrationshintergrund bei der Bewältigung ihrer Erkrankung in Deutschland aufmerksam gemacht.

Es interessiert zudem, wie Selbsthilfe Menschen mit Migrationshintergrund aktivieren kann Mitglied in einer Selbsthilfeorganisation oder -gruppe zu werden. Mit anderen Worten, wie kann sich Selbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund öffnen? Um diese Frage zu beantworten, werden die Begriffe Kultur und kulturelle Kompetenz erläutert und Möglich­keiten der interkulturellen Öffnung von Selbsthilfe vorgestellt. Anschließend werden Hinweise auf förderliche Rahmenbedingungen für eine interkulturelle Öffnung der Selbsthilfe gegeben.

# 

# Wer sind Menschen mit Migrationshintergrund?

Menschen mit Migrationshintergrund sind keine homogene Gruppe. Sie unterscheiden sich in ihren Herkunftsländern, in der Bildung, in ihren religiösen Hintergründen, in ihren Kulturen und in ihren Zuwanderungserfahrungen. Auch die Gründe für eine Zuwanderung sind vielfältig. Anlässe sind neben politischen, sozialen oder wirtschaftlichen Motiven, Bildung und Familienzusammenführung durch Eheschließungen.

Das Statistische Bundesamt definiert Menschen mit Migrationshintergrund folgendermaßen: „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörig­keit nicht durch Geburt besitzt.“ Diese Definition umfasst zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer, zuge­wanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-) Aussiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkom­men dieser Gruppen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) 2016).

Nach der Definition gehören zu den Menschen mit Migrationshintergrund

* alle Ausländerinnen und Ausländer,
* (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedler,
* alle Eingebürgerten sowie
* alle Personen, die zwar mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren sind, bei denen aber mindestens ein Elternteil zu den vorgenannten Kategorien gehört.

Jährlich veröffentlicht das Statistische Bundesamt die Ergebnisse des Ausländer­zentralregisters „Bevölkerung und Erwerbstätigkeit“ (Statistisches Bundesamt (DESTATIS) 2018). Danach hatten im Jahr 2017 rund 19,3 Millionen Menschen (21 %) in Deutschland einen Migrationshintergrund, wobei zu beobachten ist, dass der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund beständig steigt. Zu einem großen Teil ist der Anstieg auf die Zuwanderung von Ausländerinnen und Ausländern einschließlich der Schutz­suchenden in den Jahren 2015 und 2016 zurückzuführen.

Im Jahr 2017 waren rund 51 % der Bevölkerung mit Migrationshintergrund deutsche Staatsbürgerinnen und Staatsbürger und etwa 49 % Ausländerinnen beziehungsweise Ausländer. Von den 19,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund hatten 2017 rund 2,8 Millionen (14 %) türkische, 2,1 Millionen (11 %) polnische, 1,4 Millionen (7 %) russische, 1,2 Millionen (6 %) kasachische und 0,9 Millionen (4 %) rumänische Wurzeln.

2,3 Millionen Menschen in Deutschland kommen aus dem Nahen und Mittleren Osten. Das ist ein Zuwachs gegenüber 2011 von fast 51 %. Rund 740 000 Menschen sind afrikanischer Herkunft, das sind gut 46 % mehr als im Jahr 2011.

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge veröffentlichte 2015 einen Migrationsbericht im Auftrag der Bundesregierung, in dem es die Verteilung der Personen mit Migrations­hinter­grund differenziert nach den oben angegebenen Verteilungen darstellt (BAMF 2015). Zwar werden die Daten von 2013 genutzt, wo der Anteil der Personen mit Migrations­hintergrund in Deutschland noch 19,6 % betrug, also 1,4 % weniger als 2017, jedoch zeigt es eindrucksvoll, dass ein Drittel der Menschen mit Migrationshintergrund keine eigenen Migrationserfahrung haben.

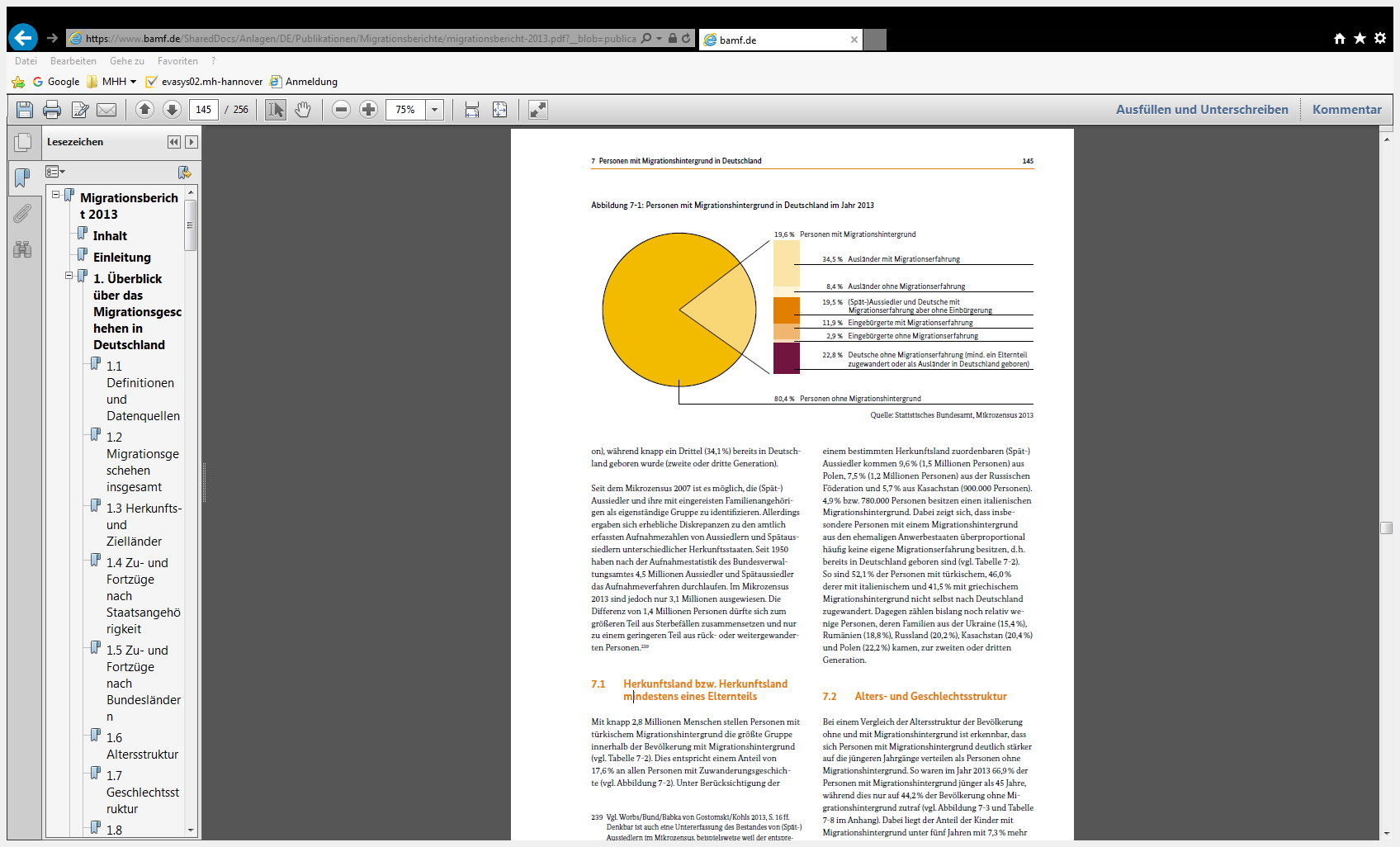


Abbildung 1: Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland im Jahr 2013 aus: (BAMF 2015)

# Bildungsstand der Menschen mit Migrationshintergrund

Der Bildungsgrad entscheidet maßgeblich über die Gesundheit und damit auch über Teilhabe­chancen in unserer Gesellschaft. Bildungsabhängige Unterschiede betreffen den Gesundheitszustand, aber auch das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen (Mielck et al. 2012; Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem statistischen Bundesamt 2008). Bildung kann somit als eine der wichtigsten Ressourcen bei der Bewältigung von chronischen Erkrankungen betrachtet werden.

Die Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund unterscheidet sich hinsichtlich ihres Bildungsstandes; dies zeigt der direkte Vergleich der Personen im Alter von 25 bis unter 35 Jahren. Personen mit Migrationshintergrund haben deutlich häufiger keinen Schulabschluss (9 %) als Personen ohne Migrationshintergrund (2 %) und haben zudem wesentlich häufiger keinen beruflichen Abschluss (32 % gegenüber 9 %). Andererseits erreichen beide Gruppen das Abitur (37 %) und auch akademische Abschlüsse (27 %) im gleichen Umfang. Innerhalb der Personen mit Migrationshintergrund haben Zuwanderer überproportional häufig keine schulischen (10 %) und beruflichen (33 %) Bildungsabschlüsse, allerdings auch überdurch­schnittlich oft das Abitur (39 %) und akademische Abschlüsse (29%) (Statistisches Bundesamt (DESTATIS) 2018).

Wir wissen auch, dass in Deutschland 7,5 Millionen Menschen leben, die zwar einzelne Sätze lesen oder schreiben können, nicht jedoch zusammenhängende oder kürzere Texte (sogenannte funktionale Analphabeten). Vier Millionen Menschen können gar nicht lesen oder schreiben. Allein von den funktionalen Analphabeten haben 42 % eine nichtdeutsche Erstsprache - meist sind es Menschen mit Migrationshintergrund der 1. Generation. Diese Personen haben enorme Schwierigkeiten, sich beispielsweise über Medikamenten­dosierungen, Behandlungspfade und Therapien zu informieren oder informierte Ent­scheidungen zu treffen (Grotlüschen und Riekmann 2012; Buddeberg et al. 2017). Angesichts dieser Defizite sind weitere Anstrengungen nötig, um Gesundheitsinformationen und Unterstützungen niedrigschwellig und zielgruppengerecht zu vermitteln.

# Alter der Menschen mit Migrationshintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland sind im Vergleich zur Gesamt­bevölkerung jung: durchschnittlich 35,4 Jahre alt (Angabe für 2016), Personen ohne Migrations­hintergrund sind dagegen durchschnittlich fast 15 Jahre älter (46,9 Jahre). Menschen mit Migrationshintergrund der 1. Generation sind durchschnittlich 44,2 Jahre alt und die der 2. Generation 16,2 Jahre. Ein relativ hohes Durchschnittalter haben   
(Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler der 1. Generation (50,2 Jahre) und ehemalige Arbeits­migrantinnen und -migranten (62,6 Jahre) (Nowossadeck et al. 2017). Allerdings wird sich der Anteil der 60jährigen aller in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund bis 2030 auf knapp 2,9 Millionen Menschen erhöhen (24 %) (Ulusoy und Grässel 2010). In Abbildung 2 wird die Altersverteilung der Menschen mit Migrations­hintergrund im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund in Deutschland detailliert dargestellt.

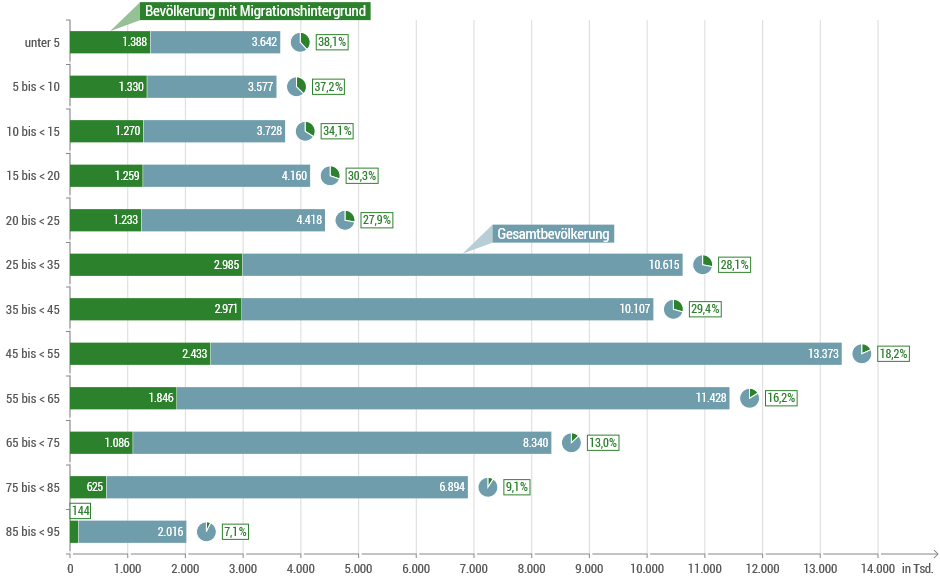


Abbildung 2: Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Altersgruppen, in absoluten Zahlen und Anteil an der jeweiligen Altergruppe in Prozent, 2016 aus Bundeszentrale für Politische Bildung: http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/150599/migrationshintergrund-iii

# Wie sieht das Krankheitsspektrum von Menschen mit Migrationshintergrund aus?

Das Robert-Koch-Institut veröffentlichte 2008 den Schwerpunktbericht der Gesundheits­berichterstattung des Bundes „Migration und Gesundheit“ (Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem statistischen Bundesamt 2008). Darin zeigt sich, dass das Krankheitsspektrum von Menschen mit Migrationshintergrund weitgehend dem der nicht migrierten Bevölkerung entspricht. Unterscheidungen finden sich allerdings hinsichtlich der Häufigkeit und des Verlaufs von Erkrankungen, des Gesundheitsverhaltens und der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten (Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem statistischen Bundesamt 2008). So erkranken Menschen mit Migrationshintergrund häufiger und in jüngeren Jahren an bestimmten chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2, altersbedingten Verschleißerscheinungen und psychischen Erkrankungen. Zudem leiden sie öfter unter chronischen Schmerzzuständen als nicht migrierte Personen. Die Diabetes-mellitus-Prävalenz liegt bei Erwachsenen in Deutschland bei 7,2 %, bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund beispielsweise bei ca. 12%. Arabische, afrikanische und südasiatische Ethnien weisen teilweise sogar noch deutlich höhere Prävalenzen auf. Dies gilt insbesondere für Frauen (Berger 2016) (Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem statistischen Bundesamt 2008).

Nach den Ergebnissen des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA) berichten Migrantinnen und Migranten öfter über eine schlechte subjektive Gesundheit als Personen ohne Migrationshintergrund, vorwiegend sind es die ehemaligen Arbeitsmigrantinnen und   
-migranten. Auch der Anteil von Personen mit fünf und mehr Erkrankungen ist bei Migrantinnen und Migranten der 1. Generation höher als bei Personen ohne Migrations­hintergrund. Bei den ehemaligen Arbeitsmigrantinnen und -migranten leiden 27 % mindestens an fünf Erkrankungen (Nowossadeck et al. 2017).

Insgesamt ist die Datenlage zur Gesundheit von Migranten aber noch defizitär (Kofahl et al. 2009). Zurzeit wird am Robert Koch-Institut (RKI) das Projekt „Improving Health Monitoring in Migrant Populations“ (IMIRA) durchgeführt, mit dem Ziel, die Infor­mationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern (Laufzeit: Juli 2016 – Juni 2019) (RKI 2017), sodass davon ausgegangen werden kann, dass im Jahr 2019 fundierte Erkenntnisse über den Gesundheitszustand von Menschen mit Migrations­hinter­grund vorliegen werden.

# Wie schätzen Menschen mit Migrationshintergrund ihre Gesundheitskompetenz ein?

Internationale Daten lassen auch darauf schließen, dass viele Menschen mit Migrations­hintergrund in Deutschland eine niedrige Gesundheitskompetenz vorweisen, umfassende Studien liegen in Deutschland hierzu jedoch zurzeit noch nicht vor (Horn et al. 2015).

Auf der Grundlage der folgenden Definition wurden in den letzten Jahren verschiedene Studien zur Messung der Gesundheitskompetenz in Deutschland durchgeführt: *„Gesundheitskompetenz basiert auf Literacy und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs erhalten oder verbessern.“* (Pelikan und Ganahl 2017)(Sørensen et al. 2012).

Im Europäischen Health Literacy Survey waren 7,9 % der Befragten Menschen mit Migrationshintergrund. Die Daten zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrundbesonders große Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen haben (inadäquate bis problematische Gesundheitskompetenz bei 70,5 %; Menschen ohne Migrationshintergrund lagen dagegen bei 52,8 %) (Schaeffer et al. 2016). Hier ist allerdings ein relativ geringer Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund befragt worden (n=158).

Das führte dazu, dass eine weitere Studie mit dem Fokus auf Menschen mit Migrationshintergrund durchgeführt wurde. So wurden 500 junge und ältere Menschen mit Migrationshintergrund im Alter von 15-25 Jahren und 65-80 Jahren sowie 500 junge und ältere Menschen ohne Migrationshintergrund im Alter von 15-25 Jahren und 65-80 Jahren gefragt, wie sie ihre Gesundheitskompetenz einschätzen. Die Ergebnisse der in Nordrhein Westfalen durchgeführten Studie bestätigen annähernd die Ergebnisse des Europäischen Health Literacy Surveys. Menschen mit Migrationshintergrund weisen eine niedrige Gesundheitskompetenz auf (inadäquate bis problematische Gesundheitskompetenz: 73 %). Betrachten wir hier nur die 65-80jährigen Migranten, wird deutlich, dass diese Gruppe besonders große Probleme hat das Versorgungssystem wahrzunehmen, Gesundheitsinformationen zu verstehen und anzuwenden (81,6 % inadäquate bis problematische Gesundheitskompetenz) (Quenzel et al. 2016). Differenzierungen nach Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung verdeutlichen, dass bei den Befragten kaum Kenntnisse über Gesundheitsförderung vorliegen und dass Menschen mit Migrationshintergrund ihr Wissen und Handeln in allen drei Bereichen geringer einschätzen als Menschen ohne Migrationshintergrund, wobei bei beiden Gruppen Verbesserungspotential vorliegt. Insgesamt kann behauptet werden, dass benachteiligte Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu benachteiligten Gruppen der Gesamtbevölkerung eine schlechtere Gesundheitskompetenz haben (Messer et al. 2015).

Tabelle 1: Inadäquate bis problematische Gesundheitskompetenz in Prozent (Quenzel et al. 2016)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Menschen mit Migrationshintergrund | Menschen ohne Migrationshintergrund |
| Krankheitsbewältigung | 64,7 | 51,7 |
| Krankheitsprävention | 73,6 | 63,1 |
| Gesundheitsförderung | 78,3 | 67,9 |

Entsprechend ist – und da sind sich Politiker, Wissenschaftler und Akteure im Gesundheitswesen einig – die Gesundheitskompetenz dieser Bevölkerungsgruppen zu stärken und dafür entsprechende zielgruppenspezifische Konzepte und Strategien zu entwickeln (Quenzel et al. 2016). Denn eine geringe Gesundheitskompetenz ist auch mit einem schlechten Gesundheitszustand, einer hohen Nutzung des Gesundheitswesens und einemschlechten funktionalen Outcome sowie einer erhöhten vorzeitigen Mortalität verbunden. Schlussfolgernd kann durch die Verbesserung des Gesundheitswissens, des Verstehens und der Handlungsfähigkeit, insbesondere beim Management von chronischen Erkrankungen, die Gesundheitskompetenz eines Menschen erhöht werden.

Es ist auch anzunehmen, dass der Grad der Gesundheitskompetenz eng verbunden ist mit der Literalität eines Menschen. In der zweiten Leo Studie wird vertiefend der Frage nach­gegangen, in welchem Zusammenhang niedrige Grundkompetenzen (Lesen, Schreiben, Rechnen) mit der Gesundheitskompetenz von Menschen stehen. Erste Ergebnisse werden Anfang 2019 erwartet (Buddeberg et al. 2017).

# Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und Inanspruchnahmeverhalten

Ein weiteres Problem besteht bei dem Zugang zur Gesundheitsversorgung, zu Beratungs­einrichtungen, zur Selbsthilfe, zu Gesundheitsinformationen oder Gesundheits­maßnahmen. Menschen mit Migrationshintergrund nehmen viele gesund­heitliche Leistungen im geringeren Umfang in Anspruch als Menschen ohne Migrationshintergrund. Besonders sozioökonomisch benachteiligte Migrantinnen und Migranten mit niedrigem Bildungsniveau und geringer Gesundheitskompetenz erleben Zugangsbarrieren bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen, Gesundheits­einrichtungen usw., die sowohl bei den Nutzern (z.B. sprachliche Barrieren, Unkenntnis über vorhandene Beratungs- und Hilfesysteme, Tabuisierung präventiver Themen) als auch den Anbietern liegen können (z.B. fehlende Konzepte zur Umsetzung neuer Zugangswege und Mittelschichtorientierung) (Walter et al. 2007; Kofahl et al. 2009). Eine Änderung der Rekrutierungsform, weg von einer bisher eher passive Rekrutierung („Komm”-Struktur) hin zu einer aktiven Rekrutierung („Zugeh”-Struktur) unter Nutzung von Multiplikatoren und Migrantenorganisationen (Pries 2013a), deren Netzwerke und Räume in verschiedenen Stadtteilen liegen (Quartiersmanagement), wäre das Mittel der Wahl.

Bei den Sprachbarrieren können professionelle Dolmetscherdienste unterstützend wirksam sein. Bisher ist der Einsatz von Dolmetscherrinnen und Dolmetschern jedoch nur bei stationären Aufenthalten bei Operationen in Kliniken rechtlich gesichert. Für den ambulanten Bereich gibt es eine solche Regelung bisher nicht. Allerdings sind in verschiedenen Teilen von Deutschland Projekte ins Leben gerufen worden, um die sprachliche Verständigung im Gesundheitswesen für Menschen mit Migrationshintergrund zu unterstützen und zu verbessern. Der erste öffentliche medizinische Dolmetscherservice wurde vor 25 Jahren in Hannover vom Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. aufgebaut und durch das Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit finanziert. Ein herausragendes Projekt ist auch das vom ethnomedizinischen Zentrum entwickelte Gesundheitsmediatoren Projekt (MiMi), in dem von 2003-2014 allein 2400 Gesundheitsmediatoren mit Migrationshintergrund geschult wurden, die ihre Landsleute muttersprachlich über die Einrichtungen und Leistungen des deutschen Gesundheitswesens informieren im Sinne von „Mit Migranten für Migranten“ (Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem statistischen Bundesamt 2008; Salman 2015).

Herausforderungen gibt es auch bei Aufklärungsgesprächen, bei der Interpretation und Beschreibung von Symptomen, bei körperlichen Untersuchungen, bei der Entscheidungs­findung zur Behandlung von chronischen Erkrankungen etc. (Grützmann et al. 2012). Hierbei sind unterschiedliche Haltungen in Bezug auf Gesundheit, Krankheit und Krankheits­verständnis (naturwissenschaftlich fundiertes, medizinisches Wissen versus ganzheitliches Verständnis von Krankheit und Gesundheitskonzepten eng verbunden mit religiösen Ansätzen) zu berücksichtigen (Machleidt 2013). Diese subjektiven Krankheitsvorstellungen sind geprägt durch Glaube, Traditionen, Kultur und Erfahrungen. Menschen mit Migrations­hintergrund verfügen manchmal über andere Werte und Normsysteme als Menschen in Deutschland ohne Migrationshintergrund. Vor allem ältere Menschen haben häufiger ein eher ganzheitliches Bild von Körper und Krankheit. Auch kann es sein, dass sie häufiger Metaphern und Redewendungen benutzen, um einen Krankheitszustand zu beschreiben. Menschen mit türkischen Migrationshintergrund haben zum Beispiel Erklärungen bezüglich ihrer Krankheit, die entweder magisch religiöser Natur sind (Strafe Gottes), naturgebunden ist (wetterbedingte Ursachen) oder organmedizinische Erklärungen eher in Erleben von Krankheitssymptomen äußern (wie z.B. Schmerzen) (Yilmaz-Aslan et al. 2018).

Verschiedene Autoren haben weitere Barrieren bei Gesundheit und der Gesundheits­versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund identifiziert, die auch mit Gesundheitskompetenz asozziert sind (Kalvelage und Kofahl 2011; Schaeffer et al. 2016; Messer et al. 2015; Falge und Schmidtke 2015; Kohler und Kofahl 2012). Im Folgenden werden die von den Autoren genannten möglichen Barrieren und Hemmnisse für die Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Selbsthilfezusammenschlüssen aufgeführt:

* Schamempfinden, manche Probleme sind scharmbesetzt,
* geringes Problembewusstsein/Selbstvertrauen,
* mangelnde Erfahrung der Selbstwirksamkeit,
* Bildungsdefizite,
* Sprachbarrieren und begrenzte, schlechte oder gar keine deutsche Sprach­kenntnisse,
* Verstehensprobleme der möglichen kulturellen und sozialen Diversität,
* eingeschränkte Sprechfähigkeit, Austausch,
* Fehlende muttersprachliche Angebote,
* Analphabetismus,
* Fehlende Anonymität,
* Schwellenängste,
* Angst vor komplexen und bürokratischen Abläufen,
* Sozialisation – patriarchalisch geprägt,
* Genderaspekte, Frauen gehen selten zusammen mit Männern in eine Gruppe,
* fehlende Therapietreue,
* lange Heimaturlaube,
* geringer sozioökonomischer Status, Armut,
* subjektiver Gesundheitszustand,
* fehlende Kenntnisse über das Gesundheitssystem in Deutschland,
* Unkenntnis über Möglichkeiten der Selbsthilfe, für viele Sprachen gibt es keine Entsprechung für Selbsthilfe.

Durch den Einsatz vielfältiger und flexibler Strategien, wie z.B. der Nachbarschaftswerbung, kulturzentrierte Settings, Einbezug von Multiplikatoren (Ausländervertretungen in den Kommunen und Betrieben, oder Autoritäten im Lebensumfeld der Migranten) oder dem Einsatz von Muttersprachlern und Betroffenen, kann die Teilnahmebereitschaft schwer erreichbarer Zielgruppen in Selbsthilfegruppen erhöht werden. Allerdings fehlt bisher eine zusammenfassende systematische Beurteilung der Wirksamkeit einzelner Zugangswege für spezifische Zielgruppen, wie z.B. Personen bestimmter kultureller oder ethnischer Herkunft (Walter et al. 2007). Damit besonders diese Menschen über vorhandene Angebote informiert und in speziell für sie aufbereitete Programme integriert werden können, sollten zielgruppenspezifische Konzepte und Strategien entwickeln werden (Quenzel et al. 2016). Damit dies gut gelingen kann, ist es notwendig, sich über die Begriffe „Kultur“ und „interkulturelle Kompetenz“ Gedanken zu machen.

# Kultur und kulturelle Kompetenz – eine Begriffsannäherung

Das Leben in Deutschland ist zunehmend durch verschiedene Kulturen, Vielfalt und Vielsprachigkeit geprägt. Der Umgang und das Zusammenspiel der verschiedenen Kulturen, die Interaktion in einer Gesellschaft, ist ein vielschichtiges Phänomen, das sich nicht global und standardisiert regeln oder erschließen lässt. Wir sehen Kulturen meist durch ihre Phänomene, zum Beispiel durch materielle Aspekte (Kleidungsstil, Essgewohnheiten, Lebensweise, Architektur), aber auch durch Sprachen, Dialekte, Traditionen und Rituale sowie Einstellungen Weltanschauungen und Wertvorstellungen. Der analytische Begriff „Kultur“ hilft Denk- und Handlungsmuster und Interaktionsprozesse von Menschen besser zu beschreiben und zu verstehen. Zu bedenken ist, dass alle Menschen in einer Gesellschaft eine gewisse „Kultur“ leben, die durchaus in einer Ethnie unterschiedlich sein kann. Vor diesem Hintergrund sollte man seine eigenen Vorannahmen zu Kultur und Ethnizität immer reflektieren (Knipper 2015). Dies alles kann eine interkulturelle Interaktionssituation beeinflussen. Hierbei spielen Kommunikationsstile, Verhalten und Handlungen genauso eine große Rolle wie zum Beispiel Vorannahmen, Zuschreibungen oder die Angst vor der Fremde.

*„Kulturen kann man verstehen als offene, durchlässige, diffuse, widersprüchliche und fluide Konstrukte, die diskursiv produziert werden, abhängig von den Hierarchien und den vorhandenen Machtstrukturen, aber auch innewohnenden Faktoren wie Genderrollen, Bildungsniveau, Generationen, Religion, Status etc.“* (Hiller 2011). Man kann davon ausgehen, dass das Phänomen Kultur komplex und dynamisch ist und einen offenen und instabilen Prozess des Aushandelns von Bedeutungen darstellt (Grützmann et al. 2012). Dieser Prozess unterliegt ständigen Veränderungen und schafft neue Beziehungen.

Hiller ist der Ansicht, dass *„interkulturelle Begegnungen Situationen [sind], in denen Individuen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen neue Standards für ihre Interaktion aushandeln“* (Hiller 2011). Es geht also nicht darum, den jeweils anderen in seinen eigenen Kulturkreis zu integrieren, sondern darum, einen neuen Zusammenhang zu schaffen.

Es geht um ein Aufeinander zugehen, um das Abklären von unterschiedlichen Erwartungen, um das Ausbalancieren von Deutungen einer Situation und die Bewältigung von potentiellen Konflikten und Missverständnissen, ohne dass der jeweils andere einen Gesichtsverlust dabei erleidet. Es geht um kommunikative und interaktive Aushandlungsprozesse, wie sie die Beteiligten miteinander durchführen, mit dem Ziel miteinander zu leben und zu wirken. Migration ist dabei ein komplexes Thema, das neben der Sprachzugehörigkeit auch Elemente der kulturellen Identität und Zugehörigkeit beinhaltet. Ferner sind die persönlichen Migrationserfahrungen, die Lebenswelten und die kulturell bedingten Werte und Normen der Personen mit Migrationshintergrund wesentliche Faktoren, deren Berücksichtigung für positive Lebenserfahrungen entscheidend sind.

Für diese interkulturellen Begegnungen benötigen Menschen die sogenannte interkulturelle Kompetenz. Allerdings gibt es unterschiedliche Definitionen und Modelle von interkultureller Kompetenz, die je nach Kulturverständnis der Verfasser unterschiedlich formuliert sind (Bertelsmann-Stiftung 2006). Die Bertelsmann Stiftung und Fondazione Caripio haben 2008-2009 ein gemeinsames Projekt durchgeführt, und darin Thesen für ein breites Verständnis interkultureller Kompetenz aufgestellt, auch, um die Diskussion um diesen Themenbereich weiter anzuregen. Diese Thesen können für SHO in der Auseinandersetzung um Art und Weise einer interkulturellen Öffnung konstruktiv genutzt werden (Bertelsmann Stiftung und Fondazione Cariplo 2009). Festgestellt wird u.a.:

* Ein konstruktiver Umgang mit kultureller Vielfalt wird immer wichtiger.
* Interkulturelle Kompetenz findet immer in einem gesellschaftspolitischen Rahmen statt. Das bedeutet, dass Begegnungen und Gespräche immer in einem gesellschaftlichen Rahmen oder System stattfindet, die durch Ziele, soziale Normen, Gesetze oder andere Regeln bestimmt sind, die es zu berücksichtigen gilt.
* Interkulturelle Kompetenz beruht auf einer prozessualen Definition von Kultur und entwickelt sich in unterschiedlichen Bereichen dynamisch.

Ein globales Verständnis für interkulturelle Kompetenz besteht zurzeit noch nicht (Bertelsmann Stiftung und Fondazione Cariplo 2009), dennoch sind im Folgenden einige Definitionen von „interkultureller Kompetenz“ aufgeführt, um einen kleinen Einblick zu geben. Im Prinzip geht es in allen Definitionen um eine bestimmte Form der menschenlichen Interaktion:

Interkulturelle Kompetenz *„... ist die allgemeine Fähigkeit, in verschiedenen kulturellen Überschneidungssituationen und Kontexten aufgrund bestimmter Wissensbestände, Fertigkeiten und Einstellungen angemessen zu interagieren*“ (Deardorff 2006).

*„Interkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit in interkulturellen Situationen effektiv und angemessen zu agieren; sie wird durch bestimmte Einstellungen, emotionale Aspekte,   
(inter-)kulturelles Wissen, spezielle Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie allgemeine Reflexionskompetenz befördert“* (Bertelsmann Stiftung und Fondazione Cariplo 2009).

*„Interkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit zur Interaktion mit Menschen aus unterschiedlichen Lebenwelten. Sie wächst durch Selbstreflexivität, Empathie für die Zielgruppe, Fähigkeit zum Perspektivenwechsel und den Erwerb von Hintergrundwissen über und Erfahrung mit Migrantinnen und Migranten“* (Kohler und Kofahl 2012).

Interkultureller Kompetenz basiert auf Wissen (länderspezifisches Wissen, Ethnozentrismus, Wissen um Migrationsprozesse, kulturspezifisches Wissen, Sprachkenntnisse etc.), Fähigkeiten (Beobachtung, Wahrnehmung, Anerkennung und Wertschätzung, Selbstreflexion, Perspektivwechsel, Empathiefähigkeit, Offenheit, Flexibilität etc.) und Fertigkeiten (Kommunikationskompetenz, Stressmanagement, Ambiguitätstoleranz, Entwicklung von (alternativen) Lösungsstrategien) (Bertelsmann Stiftung und Fondazione Cariplo 2009).

Interkulturelle Kompetenz meint auch die persönlichen und fachlichen Voraussetzungen, die notwendig sind, um Veränderungs­prozesse in Richtung Offenheit, Vielfalt und Respekt gezielt mitgestalten zu können. Dabei ist interkulturelle Kompetenz keine Naturbegabung, sondern muss gelernt und gelebt werden – unabhängig davon, ob jemand Migrations­erfahrungen hat oder nicht. Notwendig sind dafür u.a. Empathie, Flexibilität, Unvorein­genommenheit, Sensibilität für die eigene und für andere Kulturen, Fremdsprachen­kenntnisse und interkul­turelle Erfahrungen.

Es geht im Prinzip um soziale, kommunikative Fähigkeiten und um Handlungskompetenz. Es geht auch darum, sich selbst über die eigenen Werte bewußt zu sein, die eigenen Handlungen zu reflektieren und ggfs. einen Perspektivwechsel vornehmen zu können. Das heißt, die Welt oder die jeweilige Situaton auch aus den Augen des jeweils Anderen betrachten und verstehen zu können.

# Wie kann sich die Selbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund öffnen?

Es gibt kein Patentrezept zur interkulturellen Öffnung von SHO und SHG. Wie das Konzept für eine interkulturelle Öffnung aussehen kann, ist abhängig von internen und externen Faktoren, die von SHO zu SHO oder von SHG zu SHG verschieden sein können. Grundsätzlich geht es um eine interkulturelle Öffnung der Selbsthilfe, damit Menschen mit Migrationshintergrund niedrigschwellig Zugang erhalten. Neben Sprachbarrieren und Verständnisschwierigkeiten können auch kulturelle Barrieren die Kommunikation behindern Es geht um die Weiterentwicklung von Strukturen und Angeboten.

*„Interkulturelle Öffnung ist ein bewusst gestalteter Prozess, der Menschen aus unterschiedlichen Kulturen und Religionen einen gleichberechtigten Zugang zu den von den Regeldiensten bereitgestellten Versorgungsleistun­gen ermöglicht und für eine gleichwertige Qualität in Behandlung, Bera­tung und Betreuung sorgt“* (Erim 2007 in (Droste et al. 2015)).

Bei einer interkulturelle Öffnung einer SHO oder SHG geht es eigentlich immer darum, Toleranz, Integration und einen Kulturdialog zu implementieren. Auch um damit auf die wachsende ethnischen, religiösen und kulturellen Heterogenität unserer Gesellschaft zu antworten. Es geht darum, mit der Diversität gut umgehen zu können.

Ziele interkultureller Öffnung können sein:

* Bedarfs- und zielgruppenorientierte Gestaltung der Angebote,
* Abbau bestehender Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrations­geschichte,
* Herstellen eines chancengleichen Zugangs zu den Leistungen, Diens­ten und Hilfen für alle hier lebenden Menschen und
* Entwicklung einer offenen Haltung bei jedem Einzelnen.

Nicht alle Ideen und Maßnahmen zur Zielerreichung müssen gleichzeitig umgesetzt werden. Auch kleine Schritte führen langfristig zum Erfolg. Interkulturelle Öffnung ist ein bewusst gestalteter kontinuierlicher Veränderungsprozess, der auf verschiedenen Ebenen stattfindet (Menschen, Strukturen und Organisationen). Grundvoraussetzung zur Erreichung dieser Ziele sind Akzeptanz und Be­jahung von Vielfalt und Verschiedenheit bei allen Beteiligten, auch inner­halb der eigenen Organisation. Es geht darum, die positiven Aspekte von Verschiedenheit in unserer Gesellschaft zu erkennen und Zuwanderung als Bereicherung und Gewinn für unser Land und für die eigene Organisa­tion zu sehen und akzeptieren.

Interkulturelle Erfahrungen einzelner Mitglieder (ohne und mit Migrationshintergrund) von SHO und SHG senken die Hemmschwellen und können den Zugang zu Migrantinnen und Migranten deutlich erleichtern: z.B. eigene Migrationserfahrung, Auslandserfahrungen, Sprachkenntnisse, persönliche Kontakte zu Menschen mit Migrationshintergrund (Kohler und Kofahl 2012). Menschen mit Migrationshintergrund können meist nur durch gezielte Netzwerkarbeit vor Ort gewonnen werden. Netzwerkarbeit ist aufwendig, basiert auf kooperativen Beziehungen und sollte kontinuierlich gepflegt werden. Über Netzwerkpartner, die über sogenannte muttersprachliche „Schlüsselpersonen“ verfügen, kann der Zugang zu Communities und MSO gut gelingen und eine interkulturelle Öffnung unterstützen, um den Zugang zu SHO zu ebnen (Schultze und Thränhardt 2013; Yilmaz et al. 2009; Johner-Kobi und Gehrig 2017).

# Migrantenselbstorganisationen

Es gibt keine allgemeingültige Definition von MSO. Ganz allgemein kann man sagen, *„Migrantenselbstorganisationen sind die von Zuwandererrinnen und Zuwanderern gegründeten Zusammenschlüsse bzw. Vereine. Ihr Ziel ist es, eigene Interessen durchzusetzen, Selbsthilfepotenziale zu bündeln und Brücken in die Gesellschaft zu bauen*“, in (Kohler und Kofahl 2012). MSO sind dabei mit dem Prozess der Migration selbst, aber auch mit den damit zusammenhängenden Themengebieten beschäftigt, um die gesellschaftliche Teilhabe der Menschen mit Migrationshintergrund zu fördern. Laut der Bundeszentrale für politische Bildung gibt es 10.360 Ausländervereine (synonym für MSO). Wobei diese Zahl nicht statisch ist, da neue Vereinsanmeldungen und Löschung von Vereinen kontinuierlich durchgeführt werden. MSO sind heterogen und haben unterschiedliche Schwerpunkte: Kultur, Begegnung, Religion, Sport, Beratung, Betreuung, Politik, Bildung, humanitäres und Freizeit (Pries 2013b). MSO übernehmen vielfältige Aufgaben für ihre Mitglieder, vorwiegend jedoch in der sozialen Selbsthilfe (Kofahl et al. 2009), z.B. Interessensvertretung, Schutzfunktion, Dienstleistungsfunktion, Brückenfunktion, Kommunikatorfunktion, Dolmetscherfunktion und Unterstützung im Alltag.

Nach den Ergebnissen des Freiwilligensurveys 2014 sind Migrantinnen und Migranten zwar nicht so wie Personen ohne Migrationshintergrund, aber doch im hohen Maße bürger­schaftlich aktiv (60,1% vs. 72,9%) (Simonson et al. 2016). Anzunehmen ist, dass dieses Engagement hauptsächlich in MSO stattfindet. Diese stellen einen Anlaufpunkt im Stadtteil dar und tragen zur Bewältigung von Alltagsproblemen bei. Sie werden oft als Orte der Begegnung von Menschen aus demselben Herkunftsland oder Kulturkreis gesehen. Dies hat für viele Menschen mit Migrationshintergrund große Bedeutung (Schäfer et al. 2015). Allerdings gibt es auch Daten darüber, dass Migrantinnen und Migranten in der zweiten Lebenshälfte seltener ein Ehrenamt ausüben als gleichaltrige Personen ohne Migrations­hintergrund, sie sind auch seltener Mitglied in einem Verein oder einer Organisation. Der Anteil ehrenamtlich tätiger Menschen in der zweiten Lebenshälfte ohne Migrationshintergrund ist dreimal so hoch wie bei den Migrantinnen und Migranten in der zweiten Lebenshälfte (21% zu 7 %) (Nowossadeck et al. 2017).

MSO und andere Multiplikatoren können dennoch eine wertvolle Unterstützung für die Gründung gesundheitsbezogener Selbsthilfegruppen sein. Im Jahr 2008 führte die NAKOS eine umfassende Analyse von bundesweiten familien-, gesundheitsbezogenen und sozialen MSO durch. Nach umfangreichen Recherchen wurden 184 MSO identifiziert. 90 % der MSO beschäftigen sich mit sozialen Themen, wie zum Beispiel Bürgerrechte, Integration, Brauchtum, Rechten von Minderheiten und der Verbesserung der Schul-, Bildung- und Berufsbildungssituation von Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Keine der Organisationen beschäftigt sich mit psychosozialen Themen, bei 13 Organisationen war keine eindeutige Zuordnung möglich, nur vier Organisationen beschäftigen sich mit dem Thema Gesundheit (NAKOS 2009).

# Förderliche Rahmenbedingungen für eine interkulturelle Öffnung der Selbsthilfe

Verschiedene Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigen sich seit mehreren Jahren mit der „Interkulturellen Öffnung“ von Institutionen und haben dazu Leitfäden entwickelt (Der PARITÄTISCHE Niedersachsen 2013; Fager und Güvenc 2010; Droste et al. 2015). Es geht ihnen darum, gesellschaftliche Vielfalt als Einrichtung für die Mitarbeitenden und für die jeweiligen Zielgruppen (Menschen mit Migrationshintergrund) aktiv mit zu gestalten. Diese Leitfäden könnten auch von der Selbsthilfe genutzt werden, um gelingende Prozesse der interkulturellen Öffnung für die eigene Organisation zu entwickeln.

Die Leitfäden bieten Anleitung und Tipps zum Thema interkulturelle Öffnung und der Berücksichtigung kultureller Diversität. Es werden verschiedene Aspekte der Öffnung behandelt: Hinweise zur konkreten Ausgestaltung der Angebote und Maßnahmen, Aspekte der Organisationsentwicklung mit Zielvereinbarungen zur interkulturellen Öffnung, mehrsprachige Öffentlichkeitsarbeit und Außendarstellung, Kooperation und Netzwerke mit MSO, muttersprachliche Mitglieder, Zielgruppenorientierung etc. (Der PARITÄTISCHE Niedersachsen 2013).

Auch in Österreich wurde 2016 ein Leitfaden entwickelt, um Menschen mit Migrationshintergrund besser zu erreichen, denn auch in Österreich werden Angebote und Maßnahmen im Gesundheitsbereich von sozioökonomisch benachteiligten Personen mit Migrationshintergrund seltener in Anspruch genommen. Der Leitfaden verdeutlicht, welche Aspekte für Menschen mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen sind. Er könnte SHO und SHG darin unterstützen, sich gezielt für diese Personengruppe zu öffnen oder zu prüfen, wo in ihrer Organisation Optimierungspotential besteht (Anzenberger und Gaiswinkler 2016). Der Leitfaden ist praxisorientiert und stellt Fragen zu den Bereichen:

* „Werthaltungen“ (Akzeptanz auf Augenhöhe, Stigmatisierung vermeiden, potentiale sehen und stärken, Vielfalt sehen und nutzen)
* Projektmanagement
* Ansprechen, kommunizieren und informieren (Einsatz einer einfacher Sprache, Mehrsprachigkeit, optische Gestaltung, schriftliche oder mündliches Material, Dolmetscher usw.)
* Vernetzung
* Schlüsselperson / Multiplikator
* Partizipation der Migranten
* Niederschwelligkeit
* Interkulturelle Kompetenz (Werte, Normen, Regeln, Traditionen, Tabuthemen, Schamgefühle, Genderfragen)

Die folgenden förderliche Rahmenbedingungen unterstreichen auch Kalvelage und Kofahl (Kalvelage und Kofahl 2011) (Kofahl et al. 2009):

* Gewinnung von Multiplikatoren, die die Muttersprache der Migranten sprechen, zweisprachige Mitarbeiter, dolmetschende erwachsene Familienangehörige (Kotherapeuten)
* Vernetzung
  + Kooperationen mit MSO,
  + Kooperation und Kommunikation der Professionellen im Gesundheitssystem,
  + Kooperationen mit dem Ethnomedizinisches Zentrum und MiMi: Mit Migranten für Migranten,
  + Kooperationen mit Kirchengemeinden,
  + Kooperationen mit Integrationsrat oder Migrationsbeauftragten.
* Aufklärung, Lernen lehren, Erfolge bekräftigen, Wertschätzung, vormachen statt vortragen,
* Verhältnisprävention; (Schule, Arbeitsplatz, Moschee als Informationsstellen),
* Förderung der interkulturellen Kompetenz,
* Migrantenspezifische Angebote entwickeln,
* Einfache Terminabsprachen, freundlicher Empfang, Dolmetscherfrage im Voraus klären,
* Kostenfreie Angebote, keine finanziellen Anforderungen.

Unterstützend kann auch die von Schmidt-Kaehler und Kollegen erstellte Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz „GESUNDHEITSKOMPETENZ - Verständlich informieren und beraten“ für die Selbsthilfe sein. Zwar ist die Materialsammlung nicht explizit auf Menschen mit Migrationshintergrund ausgerichtet, bietet jedoch viele Hinweise und Tipps, wie Informationen und Beratung leicht verständlich übermittelt werden können (Schmidt-Kaehler et al. 2017). Auch die Handreichung „Praktische Tipps für die Beratung von Kundinnen und Kunden mit Deutsch als Zweitsprache“ (La Mura Flores und Scheerer-Papp 2014), die im Rahmen des Förderprogramms „Integration durch Qualifizierung“ durch das Bundes­ministerium für Arbeit und Soziales und dem europäischen Sozialfond gefördert wurde, könnte im Rahmen der Zusammenarbeit und des Zusammenwirkens mit Menschen mit Migrationshintergrund und der Selbsthilfe interessante Hinweise geben (Tab. 1).

Tabelle 2: Hinweise für eine sprachsensible Kommunikation, in (La Mura Flores und Scheerer-Papp 2014)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PERSÖNLICH KLAR ALLTAGSBEZOGEN RESPEKTVOLL | | | | |
| eine entspannte Atmosphäre schaffen | die Sprache zielgruppen-adäquat gestalten | das Verständnis sichern | Visualisierungen einsetzen | Mehrsprachigkeit nutzen |
| Fokus auf „was“ (Inhalt) und nicht auf „wie“ (Form) | Langsam & deutlich sprechen | Gestik & Mimik einsetzen | Symbole & Bilder benutzen | Internationale Fachwörter benutzen |
| Interesse zeigen | kurze Sätze | Fragen zulassen | Markierungs-hilfen einsetzen | gemeinsame Fremdsprachen nutzen |
| Respekt erweisen | Hochdeutsch sprechen | zu Nachfragen auffordern | Gegenstände beschriften | mehrsprachiges Informations-material |
| Empathische Haltung einnehmen | Korrekt sprechen | offene Fragen stellen |  | Leichtsprachiges Informations-material |
| Anerkennung geben | Erklärungs-schleifen einbauen | Gehörtes in eigenen Worten wiedergeben |  | Dolmetscherinnen/ Dolmetscher anbieten |
|  | Wörter & Strukturen in der Alltagssprache |  |  |  |

Dennoch, bei allen Bemühungen Diversität in SHO und SHG aktiv zu fördern, muss man bedenken, dass Vernetzungs­arbeit mitunter mühsam sowie zeitintensiv ist und personelle Ressourcen knapp sind. Es sollte für alle Seiten, d.h. für SHO, SHG, MSO und andere Multiplikatoren bei ihrem Engagement ein unmittelbarer Nutzen für die eigene Arbeit deutlich werden, damit die Motivation über einen längeren Zeitraum erhalten bleibt (Kohler und Kofahl 2012).

Literaturverzeichnis

Anzenberger, Judith; Gaiswinkler, Sylvia (2016): Menschen mit Migrationshintergrund besser erreichen. Leitfaden zur Maßnahmengestaltung in Gesund-heitsförderung und -versorgung. Anregungen und Tipps zu den Themen Ernährung/Bewegung und Adipositas/Diabetes. Wien. Online verfügbar unter https://media.arbeiterkammer.at/wien/PDF/studien/Menschen\_mit\_Migrationshintergrund\_besser\_erreichen.pdf, zuletzt geprüft am 03.08.2018.

BAMF (2015): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2013: Berlin. Online verfügbar unter https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2013.pdf?\_\_blob=publicationFile.

Berger, Faize (2016): Migranten mit Diabetes mellitus kulturspezifisch betreuen. In: *MMW - Fortschritte der Medizin* 158 (20), S. 83–90. DOI: 10.1007/s15006-016-9017-z.

Bertelsmann Stiftung; Fondazione Cariplo (2009): Interkulturelle Kompetenz – Die Schlüsselkompetenz im 21. Jahrhundert? Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms\_bst\_dms\_30236\_30237\_2.pdf, zuletzt aktualisiert am 16.08.2018.

Buddeberg, Klaus; Heilmann, Lisanne M.; Grotlüschen, Anke (2017): Funktionaler Analphabetismus. Erwachsene mit geringer Lese- und Schreibkompetenz. Allgemeine Grundkompetenzen und Gesundheitskompetenz. In: *Zahnmedizin und Gesellschaft* 21 (2), S. 10–13, zuletzt geprüft am 07.08.2018.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (Hg.) (2016): Migrationsbericht 2015. Zentrale Ergebnisse.

Deardorff, Darla K. (2006): Identification and Assessment of Intercultural Competence as a Student Outcome of Internationalization. In: *Journal of Studies in International Education* 10 (3), S. 241–266. DOI: 10.1177/1028315306287002.

Der PARITÄTISCHE Niedersachsen (2013): Leitfaden: Interkulturelle Öffnung. Eine Arbeitshilfe zu interkulturellen Öffnungsprozessen in Mitgliedsorganisationen. Hg. v. Der PARITÄTISCHE Niedersachsen. Hannover. Online verfügbar unter https://www.paritaetischer.de/fileadmin/Aktuelles/Fluechtlingshilfe/Leitfaden\_Interkulturelle\_xffnung.pdf, zuletzt aktualisiert am 13.08.2018.

Droste, Maria; Gün, Ali Kemal; Kiefer, Hedwig; Koch, Eckhardt; Naimi, Ilknur; Reinecke, Heike et al. (2015): Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung. Hg. v. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Berlin. Online verfügbar unter https://m.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Das\_kultursensible\_Krankenhaus\_09-02-2015.pdf;jsessionid=B294687A222D945943C3DC451500BBA1.s2t1?\_\_blob=publicationFile&v=18, zuletzt aktualisiert am 16.08.2018.

Fager, Sangeeta; Güvenc, Deniz (2010): Interkulturelle Öffnung. Was ist das? Wem bringt es was? Wie geht das? Hg. v. Diakonisches Werk Hamburg und Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V. Online verfügbar unter https://www.fes-mup.de/files/mup/pdf/broschueren/Diakonie\_Fager.pdf, zuletzt aktualisiert am 16.08.2018.

Falge, Christiane; Schmidtke, Oliver (2015): Migration und Gesundheit: Deutschland, Kanada und Italien im Vergleich. In: *Forum Public Health* 23 (2), S. 1. DOI: 10.1515/pubhef-2015-0043.

Grotlüschen, Anke; Riekmann, Wibke (Hg.) (2012): Alphabetisierung und Grundbildung. Funktionaler Anaphabetismus in Deutschland - Ergebnisse der ersten leo. - Level-One Studie. Bundesverband Alphabetisierung und Grundbildung e.V. Band 10: Waxmann. Online verfügbar unter http://blogs.epb.uni-hamburg.de/leo/files/2014/01/9783830927754-openaccess.pdf.

Grützmann, Tatjana; Rose, Christina; Peters, Tim (2012): Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. In: *Ethik Med* 24 (4), S. 323–334. DOI: 10.1007/s00481-012-0223-7.

Hiller, Gundula Gwenn (2011): Schlüsselqualifikation Interkulturelle Kompetenz - ein Bildungsauftrag der deutschen Hochschulen? In: Wilfried Dreyer (Hg.): Perspektiven interkultureller Kompetenz. Mit 11 Tabellen ; [Beiträge und Erkenntnisse eines Symposiums …, das die Hochschule Regensburg zu Ehren des 70. Geburtstags von Prof. Dr. Alexander Thomas im November 2009 veranstaltete]. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 238–254.

Horn, Annett; Vogt, Dominique; Messer, Melanie; Schaeffer, Doris (2015): Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken. In: *Bundesgesundheitsbl.* 58 (6), S. 577–583. DOI: 10.1007/s00103-015-2147-0.

Johner-Kobi, S.; Gehrig, M. (2017): Ältere Migrantinnen und Migranten am Wohnort erreichen : Erfahrungen aus dem Schweizer Projekt „Vicino“. In: *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*. DOI: 10.1007/s00391-017-1195-5.

Kalvelage, B.; Kofahl, C. (2011): Aufklärung und Behandlung zuckerkranker Migranten. Die etwas andere Diabetesschulung. Hg. v. Fachkommission Diabetes in Bayern – Landesverband der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. Online verfügbar unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FBF03368153.pdf, zuletzt geprüft am 03.08.2018.

Knipper, Michael (2015): Verstehen oder Stigmatisieren? Die Krux mit der „Kultur“ in Medizin und Public Health. In: *Forum Public Health* 23 (2), S. 78. DOI: 10.1515/pubhef-2015-0036.

Kofahl, C.; Hollmann, J.; Möller-Bock, B. (2009): Gesundheitsbezogene Selbsthilfe bei Menschen mit Migrationshintergrund. Chancen, Barrieren, Potenziale. In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 52 (1), S. 55–63. DOI: 10.1007/s00103-009-0748-1.

Kofahl, Christopher; Schulz-Nieswandt, Frank; Dierks, Marie-Luise (Hg.) (2016): Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Berlin: Lit (Medizinsoziologie, Band 24).

Kohler, Susanne; Kofahl, Christopher (2012): Selbsthilfe bei Migrantinnen und Migranten fördern und unterstützen. Anregungen und Beispiele für Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen. 2. Aufl. Berlin-Charlottenburg: NAKOS (NAKOS Konzepte und Praxis, 2).

La Mura Flores, Tatiana; Scheerer-Papp, Johanna (2014): Sprachsensibel beraten. Praktische Tipps für Beraterinnen und Berater. Hg. v. passage gGmbH. Online verfügbar unter http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fileadmin/user\_upload/PDF/Handreichung\_Sprachsensibel\_beraten.pdf.

Machleidt, Wielant (2013): Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen. Stuttgart: Kohlhammer (Lindauer Beiträge zur Psychotherapie und Psychosomatik).

Messer, Melanie; Vogt, Dominique; Quenzel, Gudrun; Schaeffer, Doris (2015): Health Literacy bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: *Forum Public Health* 23 (2), S. 71. DOI: 10.1515/pubhef-2015-0044.

Mielck, Andrea; Lüngen, Markus; Siegel, Martin; Korber, Katharina (2012): Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Wirksame Bildungsinvestitionen. Bertelsmann Stiftung.

NAKOS (2009): Selbsthilfe im Überblick 2. Zahlen und Fakten 2008. Berlin (NAKOS Studien). Online verfügbar unter https://www.nakos.de/data/Fachpublikationen/2010/NAKOS-Studien-02.pdf, zuletzt geprüft am 13.08.2018.

NAKOS (2012): Gemeinschaftliche Gemeinschaftliche Selbsthilfe und Migration. Hg. v. DAG SHG. Online verfügbar unter https://www.nakos.de/data/Fachpublikationen/2012/NAKOS-Quellen-03.pdf, zuletzt geprüft am 03.08.2018.

Nowossadeck, Sonja; Klaus, Daniel; Romeu Gordo, Laura; Vogel, Claudia (2017): Report Altersdaten. Migrantinnen und Migranten in der zweiten Lebenshälfte. Hg. v. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA). Online verfügbar unter www.dza.de, zuletzt geprüft am 10.08.2018.

Pelikan, Jürgen M.; Ganahl, Kristin (2017): Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In: Doris Schaeffer, Jürgen Pelikan und Thomas Koch-Albrecht (Hg.): Health Literacy. Die zunehmende Bedeutung von Wissen und Kompetenzen für die Gesundheit. 1., Aufl, S. 93–125.

Pries, Ludger (2013a): Migrantenselbstorganisationen. Umfang, Strukturen, Bedeutung. Kurzdossier Nr. 21. Online verfügbar unter http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/158865/migrantenselbstorganisationen.

Pries, Ludger (2013b): Umfang und Struktur von Migrantenorganisationen in Deutschland. Zuwanderung, Flucht und Asyl: Aktuelle Themen. Hg. v. Bundeszentrale für politische Bildung. Online verfügbar unter http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/158871/umfang-und-struktur.

Quenzel, G.; Vogt, D.; Schaeffer, D. (2016): Unterschiede der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen mit niedriger Bildung, Älteren und Menschen mit Migrationshintergrund. In: *Gesundheitswesen* 78 (11), S. 708–710. DOI: 10.1055/s-0042-113605.

RKI (2017): Das IMIRA-Projekt. Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Berlin. Online verfügbar unter https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/5650/JoHM\_2018\_03S2\_IMIRA-Projekt.pdf?sequence=1, zuletzt geprüft am 10.08.2018.

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem statistischen Bundesamt (Hg.) (2008): Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI.

Salman, Ramazan (2015): Gesundheit mit Migranten für Migranten – die MiMi Präventionstechnologie als interkulturelles Health-Literacy-Programm. In: *Forum Public Health* 23 (2). DOI: 10.1515/pubhef-2015-0040.

Schaeffer, Doris; Vogt, Dominique; Berens, Eva-Maria; Hurrelmann, Klaus (2016): GESUNDHEITSKOMPETENZ der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Bielefeld.

Schäfer, G.; Brinkmann, D.; Freericks, R.; Kart, M. (2015): Gestaltung und Wahrnehmung niedrigschwelliger Angebote für ältere Migranten im Stadtteil. Chancen für eine soziale Teilhabe im Kontext des freiwilligen Engagements. In: *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie* 48 (5), S. 426–433. DOI: 10.1007/S00391-015-0913-0.

Schmidt-Kaehler, Sebastian; Vogt, Dominique; Berens, Eva-Maria; Horn, Annett; Schaeffer, Doris (2017): Gesundheitskompetenz - verständlich informieren und beraten: Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.

Schultze, Günther; Thränhardt, Dietrich (Hg.) (2013): Migrantenorganisationen. Engagement, Transnationalität und Integration. Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bad Godesberg. Online verfügbar unter http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10092.pdf.

Simonson, Julia; Vogel, Claudia; Tesch-Römer, Clemens (2016): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Zentrale Ergebnisse des Deutschen Freiwilligensurveys 2014. Hg. v. BMFSFJ. Online verfügbar unter https://www.bmfsfj.de/blob/93914/e8140b960f8030f3ca77e8bbb4cee97e/freiwilligensurvey-2014-kurzfassung-data.pdf, zuletzt aktualisiert am 13.08.2018.

Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Pelikan, Jürgen; Slonska, Zofia; Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC Public Health* 12 (1), S. 1. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.

Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2018): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220177004.pdf?\_\_blob=publicationFile.

Ulusoy, N.; Grässel, E. (2010): Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege - ein Überblick. In: *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie* 43 (5), S. 330–338. DOI: 10.1007/s00391-010-0105-x.

Walter, Ulla; Salman, Ramazan; Krauth, Christian; Machleidt, Wielant (2007): Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. In: *Psychiat Prax* 34 (7), S. 349–353. DOI: 10.1055/s-2007-986194.

Yilmaz, Yüce; Glodny, Susanne; Razum, Oliver (2009): Soziale Netzwerkarbeit als alternatives Konzept für die Rekrutierung türkischer Migranten zu wissenschaftlichen Studien am Beispiel des Projektes saba. Tagungsband 26.-28. März 2009, Halle (Saale). In: *Pflegebedürftig in der Gesundheitsgesellschaft*. Online verfügbar unter http://digital.bibliothek.uni-halle.de/pe/content/titleinfo/189469.

Yilmaz-Aslan, Yüce; Aksakal, Tugba; Razum, Oliver; Brzoska, Patrick (2018): Die Bedeutung subjektiver Krankheitsvorstellungen in der Gesundheitsversorgung am Beispiel von Menschen mit (türkischem) Migrationshintergrund. In: *Ethik Med* 25 (4), S. 73. DOI: 10.1007/s00481-018-0499-3.

1. <http://www.stzneukoelln.de/selbsthilfe-und-migration/> [↑](#footnote-ref-1)
2. <https://www.dorkas-gruppen.de/> [↑](#footnote-ref-2)
3. https://www.der-paritaetische.de/schwerpunkte/migration/projekte/bewusst-gesund-aktiv/ [↑](#footnote-ref-3)
4. https://www.selbsthilfenetz.de/de/selbsthilfe-allgemein/was-gibt-es-neues/detail/news/projekt-migration-und-selbsthilfe-aktivierung/ [↑](#footnote-ref-4)