



## **„Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“.**

**Ein Kooperationsprojekt des Selbsthilfzentrums München mit SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung**

Endbericht

Februar 2019

*Vorgelegt von:*

Dr. Andreas Sagner

SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung

Postfach 40 16 20

80716 München

Tel.: (089) 725 63 29

E-Mail: [andreas.sagner@sim-sozialplanung.de](mailto:andreas.sagner@sim-sozialplanung.de)

Web: [www.sim-sozialplanung.de](http://www.sim-sozialplanung.de)

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>3</b>
1.1 Projekthintergrund.....	3
1.1.1 Projektanlass .....	3
1.1.2 Zielsetzungen des Projektes.....	4
1.2 Anmerkungen zum methodischen Verständnis und zur Vorgehensweise.....	5
1.3 Zur Zielgruppe „Menschen mit Migrationshintergrund“ .....	6
1.3.1 Grundlegende Anmerkungen .....	6
1.3.2 Unterschiede in der sozialen und gesundheitlichen Lage nach Migrationshintergrund ....	7
<b>2. (Gesundheitsbezogene) Selbsthilfe im Kontext .....</b>	<b>10</b>
2.1 <i>Exkurs</i> : Selbsthilfe in fremdkulturellen Zusammenhängen .....	10
2.2 Alternative Selbsthilfeformate (in München).....	14
2.2.1 Migrantenselbstorganisationen .....	14
2.2.2 Niederschwellige Einrichtungen.....	16
2.2.3 Weitere Selbsthilfegruppenformate.....	17
2.2.4 Diskussion .....	18
2.3 (Gesundheitsbezogene) Selbsthilfegruppen: Faktoren des Nutzungsverhaltens .....	20
2.3.1 Sprachliche Faktoren .....	20
2.3.2 Gesellschaftliche bzw. soziale Faktoren.....	23
2.3.3 Kulturelle Faktoren .....	26
2.3.4 Diskussion .....	30
2.4 Fazit .....	34
<b>3. Bausteine / Strategien interkultureller Öffnung .....</b>	<b>38</b>
3.1 Informationsstrategien entwickeln.....	38
3.1.1 Bewerbungs- und Informationsmaterialien.....	39
3.1.2 Zugehende Ansprache und Netzwerkarbeit .....	40
3.2 Sprachliche Verständigung sichern .....	43
3.3 Strukturen gestalten.....	45
3.3.1 Einbinden von Experten- / Fachwissen.....	45
3.3.2 Qualifizierung / Stützung von Gruppenleitungen.....	48
3.3.3 Flexibleres Zeitmanagement .....	49
3.3.4 Kultursensibler Sprachgebrauch / „Tabu-Sensibilität“ .....	51
3.3.5 Weitere Bausteine .....	51
3.4 Erfahrungs- / Gelegenheitsräume ermöglichen.....	53
3.5 Selbsthilfezentrum als Unterstützer interkultureller Öffnungsprozesse .....	55
3.5.1 Interne Herausforderungen (Selbsthilfezentrum als Binnenorganisation).....	55
3.5.2 Unterstützende Angebote für Dritte (Selbsthilfezentrum als Dienstleister) .....	58
<b>4. Zitierte Literatur .....</b>	<b>60</b>
<b>5. Anhang.....</b>	<b>65</b>

## 1. Einleitung

### 1.1 Projekthintergrund

#### 1.1.1 Projektanlass

**Allgemein.** Menschen mit Migrationshintergrund<sup>1</sup> stellen die Selbsthilfeszene und die darin beschäftigten Fachleute vor etliche Herausforderungen. Trotz vielfältiger konzeptioneller und praktischer Ansatzpunkte, die in den letzten Jahren entwickelt worden sind, ist – bundesweit – eine umfassende Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund in die Selbsthilfe noch nicht erreicht. Dies gilt insbesondere für die gesundheitsbezogene Selbsthilfe. Dies ist umso bedauerlicher als die gesundheitsbezogene Selbsthilfe – nicht zuletzt in ihrer Funktion als Ergänzung zur ärztlichen Behandlung – „in vielfältiger Weise zur stetigen Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von chronisch und schwer erkrankten Menschen bei[trägt, SIM] und hilft, Krisen und Belastungen besser zu bewältigen.“<sup>2</sup> Als Vierte Säule des Gesundheitssystems besitzt gesundheitliche Selbsthilfe zudem eine wichtige Brückenfunktion in das Gesundheitssystem.<sup>3</sup>

#### **Geringes Engagement von Migrantinnen und Migranten in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe.**

Obwohl das Selbsthilfezentrum München seit Jahren bemüht ist, Migrantinnen und Migranten den Zugang in die Selbsthilfe zu erleichtern,<sup>4</sup> gilt der obige Befund auch für die Landeshauptstadt München: Von den rund 900 Gesundheitsgruppen, die in der Datenbank des Selbsthilfezentrums gelistet sind, handelt es sich bei nur zwölf um migrantische Gruppen. Zudem wird gemeinhin davon ausgegangen, dass in deutschsprachigen Gesundheitsgruppen nur wenige Migrantinnen und Migranten mit schlechteren Deutschkenntnissen zu finden sind.

**Mangelnde Vernetzung.** Handlungsbedarf besteht aber noch auf einer zweiten Ebene: Wie wir wissen, besitzen (Migranten-)Selbstorganisationen für andere Zuwanderer und Zuwanderinnen eine wichtige Brückenfunktion in die Gesellschaften vor Ort. Diese (potenzielle) Brückenfunktion kommt auch und gerade mit Blick auf die gesundheitliche Regelversorgung eine große Bedeutung zu.<sup>5</sup> Vor diesem Hintergrund ist es sehr bedauerlich, dass die rund 180 Migrantenorganisationen, die in der Datenbank des Münchner Selbsthilfezentrums geführt werden, nur wenig, bis gar keinen Austausch mit den bestehenden Gesundheitsgruppen pflegen – und umgekehrt. Unabhängig davon, inwieweit Migrantenselbstorganisationen sich bereits mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzen,<sup>6</sup> dürfte offensichtlich sein, dass eine stärkere Kooperation mit den Gesundheitsgruppen für alle Beteiligten (Migrantenselbstorganisationen, Gesundheitsgruppe und Betroffene) einen unmittelbaren Mehrwert bedeuten würde bzw. erwarten ließe.

---

<sup>1</sup> Im Folgenden werden die Begriffe „Menschen mit Migrationshintergrund“, Migrantinnen / Migranten“ und „Personen mit Migrationsgeschichte“ synonym verwendet.

<sup>2</sup> Szmids (2014b: 5).

<sup>3</sup> Umso überraschender ist es, dass die Herausforderungen, die sich für die (gesundheitsbezogene) Selbsthilfe aus dem Faktum der seit Jahrzehnten zu beobachtenden Zuwanderung nach Deutschland ergeben, noch immer nicht allumfassend reflektiert werden. Als Beispiel sei hier nur auf das 2015 herausgegebene Buch „Gesundheitsselbsthilfe im Wandel“ verwiesen, in dem das Thema Migration nur ganz am Rande behandelt wird.

<sup>4</sup> Die hohe Anzahl von migrantischen Gruppen in der sozialen Selbsthilfe legen hiervon ein beredtes Zeugnis ab.

<sup>5</sup> Projekte wie das derzeit von der Caritas getragene Projekte „IntegrationsBrücke“ belegen, dass Migrantinnen und Migranten weiterhin oft beträchtliche Probleme haben, Zugänge in die gesundheitliche Regelversorgung zu finden. Und zwar nicht nur, weil das Regelsystem immer noch nicht im gebotenen Maße interkulturell geöffnet ist (z.B. Fehlen muttersprachlicher Therapeutinnen/Therapeuten; Unverständnis fremdkultureller Krankheitskonzepte), sondern auch aufgrund mangelnder Informiertheit und kultureller Barrieren seitens der Betroffenen (z.B. Tabuisierung bestimmter gesundheitlicher Probleme).

<sup>6</sup> Siehe hierzu Kapitel 2.2.1.

Beide Beobachtungen veranlassten das Selbsthilfezentrum München 2017 bei den Krankenkassen Mittel für das Projekt „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“ einzuwerben.

### 1.1.2 Zielsetzungen des Projektes

**Aktionsforschungsprojekt.** Im Sinne der im letzten Abschnitt skizzierten Ausgangsbedingungen versteht sich das Projekt „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“ ausdrücklich als Aktionsforschungsprojekt. Das heißt, neben der übergeordneten Forschungsfrage, wie das derzeit geringe (quantitative) Engagement von Migrantinnen und Migranten in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe zu verstehen bzw. zu bewerten ist und welche Konsequenzen sich hieraus für das Selbsthilfezentrum (und andere Selbsthilfeunterstützer) ableiten lassen, sollte im Rahmen des Projektes der Zugang von Migrantinnen und Migranten in die Gesundheitsselbsthilfe unmittelbar verbessert werden – vor allem durch Informations- und Vernetzungstreffen für die einzelnen Akteursgruppen (Migrantenselbstorganisationen, Gesundheitsgruppen, professionelle Akteure an der Schnittschnelle Migration / Gesundheit).

**Forschungsaspekt.** Die Beantwortung der Forschungsfrage erforderte Analysen auf verschiedenen Ebenen:

- (1) Wie gestaltet sich das derzeitige Engagement von Migrantinnen und Migranten mit Blick auf die Gesundheitsselbsthilfe? Genauer:
  - Welche Formen des gesundheitsbezogenen Engagements gibt es in „migrantischen Communities“ bzw. welche werden von Migrantinnen und Migranten bevorzugt? Welche Bedeutung kommt hierbei dem Gedanken der Selbstorganisation (Selbsthilfe) überhaupt zu?
  - Inwieweit verweist das (quantitativ) geringere Engagement von Migrantinnen und Migranten in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe vor diesem Hintergrund auf einen Handlungsbedarf, genauer: Inwieweit lässt sich aus der derzeit geringen Nachfrage ein (ungedeckter) Bedarf an gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen ableiten?
- (2) Inwieweit ist das Thema „Migration und Gesundheit“ in Initiativen der (nicht-migrantischen) Gesundheitsselbsthilfe überhaupt von Relevanz? Genauer:
  - Inwieweit setzen sich diese Initiativen mit der genannten Thematik aktiv auseinander?
  - Inwieweit wird in den Initiativen überhaupt auf ein Engagement von Migrantinnen und Migranten gesetzt? Welche Strategien werden hierbei eingesetzt?
- (3) Mit Blick auf das SHZ (und anderer professioneller Selbsthilfeunterstützer) standen damit zwei Fragestellungen im Vordergrund:
  - Was könnte *gegebenenfalls* getan werden, um die Zielgruppe für ein (stärkeres) Engagement im Bereich der Gesundheitsselbsthilfe zu motivieren – sei es im Rahmen von Neugründungen oder sei im Rahmen der Mitarbeit in bestehenden Initiativen der Gesundheitsselbsthilfe?
  - Was könnte getan werden, um der Zielgruppe gegebenenfalls den Zugang in diese Initiativen zu ebnet (interkulturelle Öffnung)? Welche Unterstützung bräuchten die Initiativen hierfür?

**Gemeinschaftliche (Reflexions-)Aktionen.** Im Rahmen des Projektes führte das Selbsthilfezentrum eine Reihe von Veranstaltungen durch, um über das Projekt „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“ zu informieren bzw. um Austauschprozesse und Vernetzungen zwischen den einzelnen Akteursgruppen voranzutreiben. Im Einzelnen sind zu nennen:<sup>7</sup>

- Informationsabend „Migration und Gesundheit“ mit Vorstellung kultursensibler Gesundheitsangebote in München und Diskussion der Arbeitshypothesen des Projekts (November 2017)
- Stammtisch im Selbsthilfezentrum zum Thema „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“ (März 2018)
- Workshop „Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsselfhilfe“ im Rahmen des Gesamttreffens, einschließlich Diskussion der Zwischenergebnisse mit den Initiativen und dem Fachinstitut „SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung“ (Juni 2018)
- Fachtag mit World-Café, Diskussion, Best-Practice Beispielen und Infoständen: interdisziplinärer Austausch zwischen Migrantenorganisationen, Selbsthilfegruppen, Fachkräften und Kontaktstellenmitarbeitenden (November 2018)

Die Einladungen zu diesen Veranstaltungen finden sich im Anhang.

**Zusammenfassung.** Ziel des Projektes war es nicht nur, Forschungsfragen zu beantworten, sondern es sollten im Sinne von Praxis- und Aktionsforschung auch konkrete Bausteine bzw. Maßnahmen entwickelt werden, die helfen, die interkulturelle Öffnung der Gesundheitsselfhilfe zu unterstützen. Die Befragungen und Diskussionen mit Professionellen, Selbsthilfeengagierten und Mitgliedern von Migrantenorganisationen sollten zudem eine informierende und aktivierende Funktion haben. Für die Beantwortung der Forschungsfragen war das Fachinstitut „SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung“ verantwortlich. Konzeption und Durchführung der Informations- und Vernetzungstreffen lagen in Verantwortung des Selbsthilfezentrums. Beide Partner – das Selbsthilfezentrum München und das Fachinstitut SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung – stimmten sich eng miteinander ab.

## 1.2 Anmerkungen zum methodischen Verständnis und zur Vorgehensweise

Das Projekt war, wie eben dargelegt, ausdrücklich als Kooperationsprojekt mit dem Selbsthilfezentrum angelegt. Die vom Fachinstitut SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung übernommenen Arbeitspakete wurden in enger Abstimmung miteinander geplant und durchgeführt. Hierbei standen drei Bausteine im Vordergrund:

- (1) **Aufarbeitung des aktuellen Forschungsstandes** zum Thema „Selbsthilfe – Migration – Gesundheit“, einschließlich einer Praxissammlung etwaig vorhandener Methoden / Instrumente zur Stärkung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe von Migrantinnen und Migranten. Methodisch wurde dies durch eine Internetrecherche, Sichtung von Materialien sowie durch Interviews mit anderen Selbsthilfekontaktstellen geleistet.
- (2) **Leitfadeninterviews.** Entsprechende Interviews wurden mit
  - Professionellen aus dem (migrantischen) Gesundheitsbereich
  - in der Migrationsarbeit tätigen Organisationen außerhalb des Gesundheitsbereichs und außerhalb der Selbsthilfelandschaft
  - Selbsthilfegruppen (aus dem sozialen und gesundheitlichen Bereich)
  - gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen und

---

<sup>7</sup> Zwei geplante Gruppendiskussionen mit Engagierten aus der Gesundheitsselfhilfe einerseits und aus Migrantenorganisationen andererseits mussten aufgrund eines zu geringen Interesses am Format abgesagt werden.

- Migrantenselbstorganisationen

geführt. Die Auswahl erfolgte in enger Absprache mit dem auftraggebenden Selbsthilfezentrum. Insgesamt wurden 30 Interviews geführt.<sup>8</sup> Die Gespräche wurden zwischen November 2017 und Juli 2018 durchgeführt. Soweit die Beteiligten ihr Einverständnis erklärten (was stets der Fall war), wurden die Gespräche aufgezeichnet und inhaltsanalytisch ausgewertet.

- (3) **Präsentation und Diskussion der (Zwischen-)Ergebnisse und der Schlussfolgerungen** – auf dem Gesamttreffen sowie auf dem Fachtag „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“ (siehe oben). Trotz dieses methodischen Zwischenschritts kann die vorliegende Untersuchung angesichts der insgesamt geringen Anzahl von Leitfadeninterviews nur explorativen Charakter beanspruchen.

### 1.3 Zur Zielgruppe „Menschen mit Migrationshintergrund“

#### 1.3.1 Grundlegende Anmerkungen

**Definition.** Der Personenkreis der Menschen mit Migrationshintergrund ist bundesweit nicht eindeutig definiert und nicht verbindlich von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund abgegrenzt: Es gibt unterschiedliche Ansätze, bei denen einzelne Personengruppen manchmal einbezogen sind und dann wieder nicht. Im Sinne der Münchner Definition umfasst der Personenkreis „Menschen mit Migrationshintergrund“ zum einen all jene, die nach 1955 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind sowie alle in Deutschland geborenen Ausländerinnen und Ausländer und zum anderen alle in Deutschland als Deutsche geborene Personen mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.

**Heterogenität.** Dies zeigt bereits, dass die „Gruppe“ der Menschen mit Migrationshintergrund sehr heterogen ist. Der Personenkreis lässt sich – neben Alter und Geschlecht – entlang verschiedener Dimensionen differenzieren, vor allem nach

- dem sozioökonomischen Status;
- der Aufenthaltsdauer im Einwanderungsland bzw. nach dem Vorliegen einer direkten oder indirekten Migrationserfahrung (sog. erste, zweite oder dritte Generation);
- dem kulturellen bzw. nationalstaatlichen Hintergrund;
- den Migrationsmotiven (z.B. Arbeitsmarkt, Familienzusammenführung, Vertreibung, ungeplante Flucht, vorbereitete Flucht);
- dem rechtlichen Aufenthaltsstatus (z.B. Aufenthaltsgenehmigung, Duldung, „Illegalität“).

Bedenkt man, dass in der Landeshauptstadt München mittlerweile (Stand: 31.12.2017) fast die Hälfte (43,1%) der Stadtbevölkerung einen Migrationshintergrund hat<sup>9</sup> und allein der ausländische Bevölkerungsteil fast 200 unterschiedliche Staatsbürgerschaften aufweist, wird der extrem heterogene Charakter dieser „Gruppe“ offensichtlich. Sie ist deutlicher vielfältiger als die Gruppe der in Deutschland geborenen (Herkunfts-)Deutschen. Die Differenzierung zwischen „deutscher“ Mehrheitsgesellschaft und der Migrationsbevölkerung ist empirisch kaum mehr aufrechtzuerhalten – abgesehen davon, dass viele Personen mit Migrationsgeschichte natürlich längst die deutsche

<sup>8</sup> Auf eine Auflistung unserer Gesprächspartner wird an dieser Stelle bewusst verzichtet. Diese liegt unserem Auftraggeber, dem Selbsthilfezentrum München, aber vor. Damit soll die von uns stets zugesicherte Anonymität gewährleistet werden: Etliche der im Bericht wiedergegebenen Gesprächsausschnitte könnten (bei Kenntnis unserer Gesprächspartner) oftmals ohne große Mühe auf einzelne Akteure zurückgeführt werden.

<sup>9</sup> Zum Stichtag 31.12.2017 waren in München 1.526.056 Personen gemeldet. Davon hatten 658.379 einen Migrationshintergrund; 421.832 Männer und Frauen hatten eine ausländische Staatsbürgerschaft (27,6%) (Statistisches Amt München 2018).

Staatsbürgerschaft haben bzw. Deutsche sind.<sup>10</sup> All dies deutet schon darauf hin, dass der Begriff „Migrantinnen/Migranten“ ohne Eingrenzung auf spezifische soziale Lagen bzw. Kompetenzniveaus – in sprachlicher, sozialer und gesundheitlicher Hinsicht – „zur Zielgruppendefinition für mögliche Maßnahmen zur Selbsthilfeaktivierung [kaum, SIM] brauchbar“<sup>11</sup> ist.

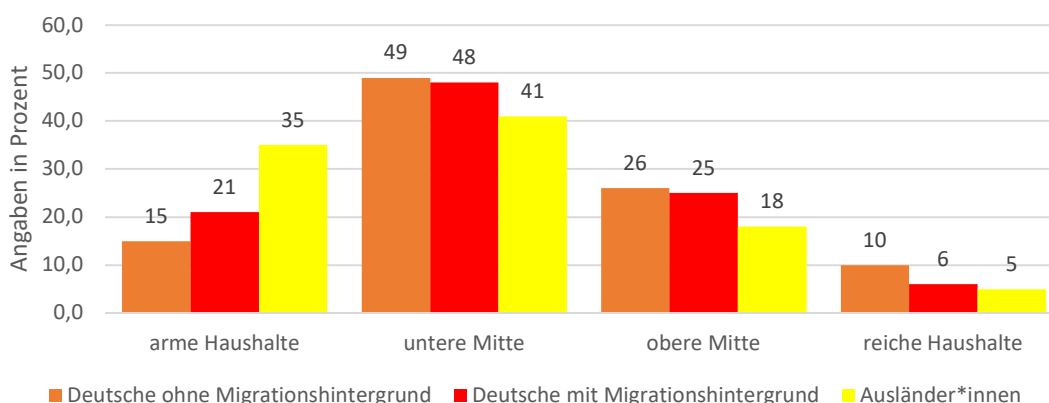
### 1.3.2 Unterschiede in der sozialen und gesundheitlichen Lage nach Migrationshintergrund

Differenzierte Aussagen zur sozialen Lage der in München lebenden Migrantinnen und Migranten sind nur in Ansätzen möglich. Einzelne Hinweise liefert die 2016 durchgeführte Schwerpunktbefragung der Münchner Bürgerinnen und Bürger zur sozialen und gesundheitlichen Lage.

#### Relative Einkommenssituation der Münchner Bürgerinnen und Bürger nach Migrationshintergrund.

Vor dem Hintergrund der immer wieder ins Feld geführten Mittelschichtorientierung der (bundesdeutschen) Selbsthilfe,<sup>12</sup> ist die relative Einkommenssituation von Migrantinnen und Migranten durchaus von Belang. Nachfolgende Abbildung zeigt, dass Befragte mit Migrationshintergrund deutlich stärker von Armut betroffen sind als Befragte ohne einen solchen: 15% der befragten Deutsche ohne Migrationshintergrund, 21% der Deutschen mit Migrationshintergrund und 35% der Personen mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft leben in armen Haushalten.

Abbildung 1: Relative Einkommensposition nach Migrationshintergrund (Angaben in Prozent)<sup>13</sup>



<sup>10</sup> Ende 2017 waren dies in München 236.547 Personen. Gesellschaftspolitisch gesprochen geht es daher schon lange nicht mehr um die Integration von Migrantinnen und Migranten in die hiesige Gesellschaft, sondern um das Management der empirischen Vielfalt mit dem Ziel eines (möglichst) gelingenden Zusammenlebens bzw. fruchtbaren Miteinanders aller (Interkultur).

<sup>11</sup> Kofahl (2007a: 23).

<sup>12</sup> Allerdings sind die Befunde keineswegs eindeutig. Während der 2004 vorgelegte repräsentative Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts keinen Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und Teilnahme an gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen feststellen konnte RKI (Robert-Koch-Institut) (2004: 16-17), finden sich „in einigen regionalen Studien (...) Hinweise auf eine Tendenz zum Mittelschichtsüberhang oder sogar auf einen linearen sozialen Gradienten in der Teilnehmerstruktur.“ (Kolba & Borgetto 2007: 17.e1). Manches deutet darauf hin, dass der Mittelschichtsbias kein generelles Phänomen darstellt, sondern sich auf bestimmte Krankheits- oder Problembereiche bzw. bestimmte Gruppenarten (gesprächsorientiert versus geselligkeitsorientiert) zurückführen lässt. Allerdings sei darauf hingewiesen, dass in der Forschung zu gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen in anderen westlichen Ländern immer wieder ein grundsätzlicher Mittelschichtsbias geltend gemacht worden ist (z.B. für die USA siehe: Gidron, Chesler & Chesney (1991: 670-671)).

<sup>13</sup> Quelle: Zeller (2016: 48).

**Gesundheitliche Lage.** In der Gesundheitsberichterstattung hat sich der subjektive, also der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand als aussagekräftiger und valider Indikator für den objektiven Gesundheitszustand bewährt. Folgt man der Münchner Befragung von 2016, ergeben sich nach Migrationshintergrund diesbezüglich „kaum statistisch signifikante Unterschiede.“<sup>14</sup> Hierbei ist allerdings die deutlich jüngere Alterszusammensetzung der Migrationsbevölkerung zu bedenken: Leider lässt die Schwerpunktbefragung offen, ob die fehlende statistische Signifikanz auch für die einzelnen Altersgruppen nach Migrationshintergrund gilt.<sup>15</sup>

Unabhängig davon kann als sicher gelten, dass Personen mit Migrationshintergrund gegenüber der deutschen Bevölkerung deutlich mehr Risikozustände und Gesundheitsbelastungen aufweisen. Diese höhere Belastung lässt sich auch in der zweiten und dritten Generation noch nachweisen.<sup>16</sup> Generell werden etwa immer wieder höhere Prävalenzraten bei Depressionen, psychosomatischen Beschwerden und posttraumatischen Belastungsstörungen berichtet – aber auch bei einzelnen somatoformen Erkrankungen wie Gastritis, Magenkrebs oder Adipositas.<sup>17</sup> Dies muss seinerseits vor dem Hintergrund gesehen werden, dass gerade bei psychischen Störungen Menschen mit Migrationshintergrund das professionelle Dienstleistungsangebot in geringerem Maße annehmen bzw. nutzen als Nicht-Migranten. Dass diese Unterschiede in vielen Fällen primär sozialstrukturell begründet sind, also in erster Linie vom Sozialstatus und dem Bildungsniveau sowie von der mangelnden interkulturellen Öffnung der Dienstleister abhängen, ändert hieran nichts.<sup>18</sup>

Insgesamt betrachtet deuten die gesundheitliche Lage bzw. das Inanspruchnahme-Verhalten professioneller Dienste – von außen betrachtet – eher auf einen höheren als einen geringeren Bedarf an gesundheitsbezogener Selbsthilfe für „die“ Gruppe der Migrantinnen und Migranten hin. Ausdrücklich sei betont, dass dies auch für die Gruppe der jüngst Geflüchteten gilt: Selbsthilfe in Form einer *ergänzenden* trauma-informierten Peer-Beratung besitzt hier sicherlich eine potentiell hohe Bedeutung.<sup>19</sup>

**Soziale Einbettung.** Wenngleich die Heterogenität der „migrantischen Bevölkerung“ umfassende Aussagen eigentlich verbietet, ist doch davon auszugehen, dass die meisten Zuwanderer aus Kulturen stamm(t)en, „in denen die erweiterte Familie einen hohen Stellenwert hat und in der deswegen auch die Netzwerke sehr familienzentriert sind. Dies trifft sowohl auf Familien mit türkischem oder arabischem Hintergrund zu als auch auf Familien mit ost- und südeuropäischen Wurzeln und ebenso auf solche aus Asien und Afrika. (...) Der Familie wird in der Regel ein höherer Stellenwert eingeräumt als der Autonomie des Einzelnen. Diese (...) Familienzentriertheit der sozialen Netzwerke geht mit hohen Solidarpotenzialen einher.“<sup>20</sup> Diese starke *normative* Familienzentriertheit darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele Migrantinnen und Migranten *de facto* nicht auf starke verwandtschaftliche Bande zurückgreifen können – sei es, weil die entsprechenden Bande im Zuge des Aufenthalts in Deutschland schwächer geworden sind oder sei es, weil viele (ehemals) Geflüchtete sich

---

<sup>14</sup> Zeller (2016: 9).

<sup>15</sup> Dies könnte insofern zentral sein, als der subjektive Gesundheitszustand eng mit dem Alter korreliert.

<sup>16</sup> Netzwerk SH (Netzwerk Selbsthilfe Bremen-Nordniedersachsen e.V.) (2013: 7).

<sup>17</sup> Uslucan (2015: Folie 13-18). Einen grundlegenden Überblick geben z.B.: Brzoska & Razum (2016); Knipper & Bilgin (2009); RKI (Robert-Koch-Institut) (2015).

<sup>18</sup> Bermejo et al. (2012). Dieser strukturelle Zusammenhang verweist aber auf die Gefahr eines „ethnischen bzw. kulturalistischen Denkens“.

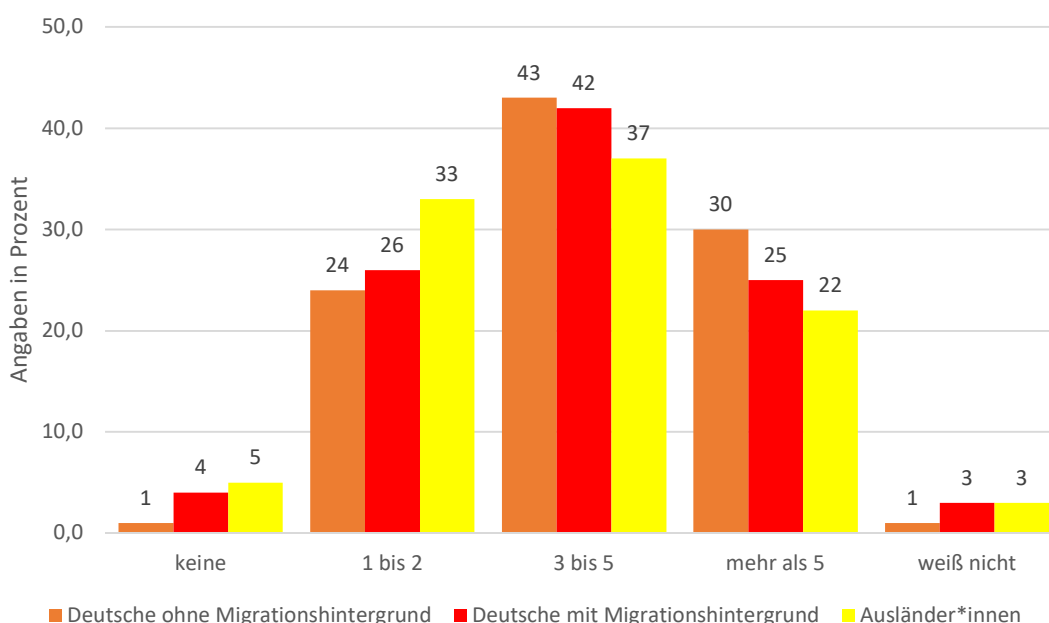
<sup>19</sup> Die ersten Forschungsberichte über diesen Ansatz sind in der Tat ermutigend (Wöller 2016). Die hohe Zahl der in den letzten Jahren Zuflucht suchenden Personen mit „Erfahrungen von Krieg, Flucht, Folter lässt eine entsprechend hohe Prävalenz an Traumafolgestörungen und einen noch nicht hinreichend überschaubaren psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgungsbedarf erwarten“ (Wöller 2016: 349).

<sup>20</sup> BMFSFJ (Bundesministerium für Familie (2016: 16-17).

(damals) alleine oder nur im engsten Familienkreis auf den Weg nach Deutschland machten. Obendrein sind Familienzusammenführungen in den letzten Jahren immer schwieriger zu realisieren.

In der Tat zeigt die Münchner Befragung von 2016, dass es für Befragte mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit schwieriger ist, bei persönlichen Problemen Unterstützung aus ihren sozialen Netzwerken zu erhalten als für deutsche Befragte mit Migrationshintergrund; am einfachsten scheint es diesbezüglich für deutsche Befragte ohne Migrationshintergrund zu sein. Nachfolgende Abbildung zeigt die Antworten auf die Frage „Wie viele Menschen gibt es, auf die Sie sich verlassen können, wenn Sie persönliche Probleme haben?“

Abbildung 2: „Wie viele Personen gibt es, auf die Sie sich verlassen können, wenn Sie persönliche Probleme haben?“ (Angaben in Prozent)<sup>21</sup>



Eine ähnliche Verteilung ergab sich auch bei den Antworten auf die Frage „Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von anderen Personen zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?“

Insofern kann das eingangs erwähnte geringere (quantitative) Engagement von Migrantinnen und Migranten nur (sehr) bedingt mit der stärkeren familiären Einbettung „der“ migrantischen Bevölkerung erklärt werden kann. Man könnte umgekehrt sogar argumentieren, dass die (gesundheitsbezogene) Selbsthilfe verlorene gegangene soziale Ressourcen kompensieren kann:

*„Dass aber auch auf der anderen Seite Selbsthilfe wieder etwas Positives bieten kann ..., weil die Familienzusammenhänge sind ja in vielen Fällen einfach zerstört. Dieses Eingebunden-Sein in die Familie oder auch das Eingebunden-Sein arabischer Frauen in Frauengruppen, in denen sie zu Hause alles ausgetauscht haben, was sie bewegt, das fehlt hier. Und dafür Ersatz bieten, einen Forum bieten .... Weil die Frauen empfinden ihre Isolation schon sehr sehr stark.“ (I 14<sup>22</sup>).*

<sup>21</sup> Quelle: Zeller (2016: 51).

<sup>22</sup> „I“ steht für Interview. Die jeweilige Ziffer (hier: 14) verweist auf die Nummer des durchgeführten Interviews (gemäß einer vom Auftragnehmer intern geführten Liste).

## 2. (Gesundheitsbezogene) Selbsthilfe im Kontext

### 2.1 Exkurs: Selbsthilfe in fremdkulturellen Zusammenhängen

**Institutionalisierte Selbsthilfe als kulturübergreifende Institution.** Selbsthilfe, verstanden als gegenseitige Unterstützung Gleichbetroffener in Problem-/ Notsituationen, ist in einer Vielzahl von Ländern und Kulturen anzutreffen<sup>23</sup> – allerdings wird sie begrifflich / konzeptionell anders gefasst (siehe unten). Sicherlich spielen verwandtschaftliche Beziehungsnetze hierbei oftmals eine zentrale Rolle. Aber Selbsthilfe ist auch außerhalb der westlichen Industriegesellschaften keineswegs (nur) an verwandtschaftliche Netzwerke gebunden.<sup>24</sup> Im Gegenteil. Da eine systematische Untersuchung dieses Sachverhalts bislang noch aussteht<sup>25</sup> bzw. eine vertiefte Erörterung dieses Aspektes den vorliegenden Bericht sprengen würde, müssen hier einzelne Beispiele als Beleg für diese These genügen:

- In vielen afrikanischen Ländern hat Selbsthilfe als gegenseitige Unterstützung bei der Bewältigung alltäglicher Probleme eine lange Tradition.<sup>26</sup> Das gilt nicht nur für die gerne zitierten (informellen) Gruppenversammlungen unter freiem Himmel,<sup>27</sup> bei denen alltägliche Probleme besprochen werden (können). Formalisierte gruppenbezogene Selbsthilfe ist durchaus ebenso weit verbreitet – in ländlichen wie in städtischen Regionen. Genannt seien hier etwa die so genannten Begräbnisgesellschaften (*funeral societies*) oder Spar- und Kreditgesellschaften (*rotating savings and credit associations*), bei denen die gegenseitige ökonomische Absicherung armer Menschen im Sinne einer Risikominimierung im Vordergrund steht (ökonomische Selbsthilfe).<sup>28</sup> Die Gruppen sind generell durch eine gewisse Homogenität gekennzeichnet – hinsichtlich des ökonomischen Status der Teilnehmenden, aber auch hinsichtlich des Geschlechts.
- In asiatischen Ländern, allen voran in Indien und Bangladesh, spielen (ökonomische) Selbsthilfegruppen mittlerweile ebenfalls eine zentrale Rolle in lokalen und regionalen Strategien der Armutsbekämpfung und des Empowerments. In Indien erstmalig Mitte der 80er Jahre auf Initiative einer Nichtregierungsorganisation entwickelt, handelt es sich bei diesen Zusammenschlüssen in der Regel um kleine Gruppen von zehn bis 20 armen Frauen, die sich für ihre wöchentlichen oder monatlichen Treffen freiwillig zusammenschließen, ihre Ersparnisse „poolen“ und so versuchen, ihre Kreditwürdigkeit gegenüber potentiellen Kreditgebern zu erhöhen.<sup>29</sup> Obwohl diese *credit management groups* primär eine ökonomische Ausrichtung haben, werden soziale Themen und häusliche Probleme in den regelmäßigen Treffen nicht

---

<sup>23</sup> Inwieweit diese Handlungspraxen auch Transformationsprozesse im Zuge von Kolonialisierung, weltweiter Industrialisierung und Globalisierung widerspiegeln, lässt sich ohne detaillierte Forschungen nicht beantworten. Für den hier diskutierten Zusammenhang spielt dies aber auch keine Rolle. Entscheidend ist, dass in vielen Gegenwartskulturen bzw. Ländern, aus denen die bei uns lebenden Migrantinnen „ursprünglich“ stammen, entsprechende Institutionen bekannt sind.

<sup>24</sup> Aus ethnologischer Sicht ist zudem generell anzumerken, dass Verwandtschaftsverhältnissen in vielen Kulturen / Gesellschaften keineswegs stabil sind. So konnte der Autor der vorliegenden Studie im Rahmen seiner Feldforschungen im südlichen Afrika selbst erleben, wie Verwandtschaftsverhältnisse in Abhängigkeit vom praktischen Unterstützungsleistungen „aufgehoben“ bzw. „erfunden“ werden konnten (Sagner 2002). Unser Verständnis von Verwandtschaft als etwas (biologisch) Gegebenes wird der Komplexität der Wirkungsweise verwandtschaftlicher Zusammenhänge nicht gerecht.

<sup>25</sup> Erste Ansatzpunkte für eine (kultur-)vergleichende Selbsthilfeforschung finden sich in: Munn-Giddings et al. (2016).

<sup>26</sup> Wilkinso-Maposa et al. (2005).

<sup>27</sup> Szmids (2014b: 39).

<sup>28</sup> Die Literatur zu diesen (und anderen) gegenseitigen Unterstützungsformaten – im Englischen in der Regel als „self-help groups“ oder „mutual aid groups“ bezeichnet – ist durchaus beeindruckend; einen ersten Überblick bieten etwa: Munn-Giddings et al. (2016: 397-400; Wilkinso-Maposa et al. (2005).

<sup>29</sup> Jyothi (2016).

ausgespart. Dies gilt auch für gesundheitliche Aspekte.<sup>30</sup> Der Ansatz ist mittlerweile auch in Ländern wie Afghanistan (in modifizierter Form) erfolgreich umgesetzt worden.<sup>31</sup> Nichtregierungsorganisation spielen als Initiatoren, Begleiter und fachliche Berater der Selbsthilfegruppen auch hier eine zentrale Rolle; Gesundheitsfragen nehmen auch in der Agenda afghanischer Gruppen oft eine wesentliche Rolle ein.<sup>32</sup>

Hingegen waren institutionalisierte Selbsthilfegruppen als freiwillige Zusammenschlüsse Betroffener in den (ehemaligen) sozialistischen Staaten Osteuropas mehr oder weniger unbekannt bzw. konnten allenfalls im Schutz der Kirchen realisiert werden.<sup>33</sup> Staat und Politik standen Gruppenbildungen außerhalb von Partei und/oder Arbeitsstätten aus naheliegenden Gründen kritisch gegenüber. Hinzu kam – spiegelbildlich – das oft mangelnde Vertrauen der Bevölkerung in Menschen außerhalb der engeren sozialen bzw. verwandtschaftlichen Netze: Menschen in den damaligen kommunistischen Regimen waren tendenziell bestrebt, sich in relativen kleinen Netzwerken „abzukapseln“ bzw. sich von ihnen unbekanntem Menschen (und Institutionen) möglichst fernzuhalten.<sup>34</sup> Im Falle der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe kam die praktische und ideologische Dominanz des staatlichen Gesundheitswesens und der dort arbeitenden professionellen Fachkräfte hinzu.

Auch in arabischen Ländern bzw. arabischsprachigen Communities sind Selbsthilfegruppen (nach unserem westlichen Verständnis) eine relativ neue Entwicklung. Eine Mitte der neunziger Jahre in Israel durchgeführte Erhebung ergab, dass in den dort lebenden arabischsprachigen Communities Selbsthilfe primär als individuelle Angelegenheit im Sinne von „Anderen helfen“ bzw. den „armen und Bedürftigen“ helfen verstanden wurde.<sup>35</sup> Arabischsprachige Fachkräfte bewerteten das Konzept der „klassischen“ Selbsthilfegruppe allerdings durchaus positiv und sahen es als anschlussfähig an die „traditionelle“ Vorstellung der Gemeinschaft bzw. des kollektiven Handelns als etwas, das die Menschen stärkt (Empowerment).<sup>36</sup>

*„... it seems that the Arab culture, which is based on collectivistic and informal support networks, can also incorporate the basic concepts of self-help groups. Professionals, being aware of the dialectic between the conservative nature of the Arab culture, on the one hand, and the new western concept of self-help, on the other, can serve as agents of change in the introduction of self-help groups to the Arab population living in Israel.“<sup>37</sup>*

Die kulturelle Anschlussfähigkeit zeigt(e) sich empirisch darin, dass Mitte der neunziger Jahre allein in Ostjerusalem 14 palästinensische Selbsthilfegruppen aktiv waren (vor allem im Bereich der Gesundheitsselbsthilfe).<sup>38</sup>

**Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen.** Außerhalb Nordamerikas und Westeuropas hat die gesundheitsbezogene Selbsthilfe vor allem im Bereich der psychischen Gesundheit in den letzten

---

<sup>30</sup> In der Tat erwähnt Jyothi (2016: 17) ein erhöhtes Bewusstsein um „health related issues – personal hygiene, communicable diseases, effects of malnutrition and sanitation“ als einen der Effekte der Beteiligung an solchen Gruppen.

<sup>31</sup> Für Afghanistan siehe: Schmeding (2018). In Afghanistan wurde die Übertragung des Konzeptes dadurch erleichtert, dass die Idee von „Sparzusammenzuschüssen“ innerhalb der erweiterten Familienverbände eine lange Tradition hat (Schmeding 2018: 12).

<sup>32</sup> Schmeding (2018: 38, 56).

<sup>33</sup> Borkman (2008: 214).

<sup>34</sup> Völker & Flap (1995).

<sup>35</sup> Azaiza & Ben-Ari (1998: 426)

<sup>36</sup> Trotz dieser positiven Bewertung kommen die Autoren der Studie allerdings zu dem Ergebnis, dass arabischsprachige Fachkräfte noch in den neunziger Jahren die (potenzielle) Bedeutung von Selbsthilfegruppen eher eng fassten – zum Beispiel im Kontext von Drogenmissbrauch oder häuslicher Gewalt – bzw. sie die Gruppen primär als Mittel begriffen, um Probleme anzugehen, die innerhalb der Familie nicht (mehr) gelöst werden konnten (Azaiza & Ben-Ari 1998: 427-428).

<sup>37</sup> Azaiza & Ben-Ari (1998: 428).

<sup>38</sup> Ben-Ari (1998: 132, 144).

Jahrzehnten beträchtlich an Boden gewonnen.<sup>39</sup> Dies gilt auch und gerade für Länder bzw. Regionen, in denen psychische Erkrankungen und Störungen (weiterhin) stigmatisiert sind. Als Beispiel sei hier etwa auf Südafrika verwiesen, wo sich die Zahl der einschlägigen Selbsthilfegruppen seit Mitte der neunziger Jahre mehr als verzehnfacht hat – auch und gerade außerhalb der städtischen Zentren in benachteiligten ländlichen Gebieten bzw. Communities. Private Organisationen wie die „South African Depression and Anxiety Group (SADAG)“ spielten hierbei eine zentrale Rolle.<sup>40</sup>

Vor dem Hintergrund, dass selbst in Südafrika die (sozial-)psychiatrische und medizinische Infrastruktur sehr lückenhaft ist, sehen sich viele dieser Gruppen weniger als Ergänzung zum „biomedizinischen System“, sondern als benötigte und sinnvolle Alternative zur unterentwickelten Dienstleistungslandschaft – eine Einschätzung, die sich auch in anderen Weltregionen findet.<sup>41</sup> Insofern ist die Position, dass mit dem Konzept der westlichen Selbsthilfe Betroffene nur erreicht werden können, wenn sie „mit dem Notwendigsten an Hilfe, Beratung, Akutbehandlung o.Ä. versorgt sind,“<sup>42</sup> durchaus zu hinterfragen.

Seit Jahrzehnten weitverbreitet sind auch Selbsthilfegruppen in der Tradition der Anonymen Alkoholiker mit ihrem Zwölf-Schritte-Programm. 2013/14 gab es weltweit über 115.000 AA-Gruppen in über 180 Ländern.<sup>43</sup> In Lateinamerika etwa entstanden bereits ab Ende der sechziger Jahre entsprechende Gruppen. Heute zählen die Anonymen Alkoholiker allein in Mexiko 250.000 und in Brasilien 100.000 Mitglieder.<sup>44</sup> AA-Gruppen sind aber auch ein gutes Beispiel dafür, wie die Modifizierung angestammter Gruppenprinzipien die kulturelle Anschlussfähigkeit erleichtert: Unter den *Latinos* Mexikos und Nordamerikas sind neben den „klassischen“ AA-Gruppen mittlerweile Gruppen des sogenannten Vierten oder Fünften Schrittes (*Grupos des Cuarto y Quinto Paso (CQ)*) weit verbreitet. Der Erfolg dieser Gruppen, die auf der „klassischen“ AA-Philosophie aufsetzen, verdankt sich primär der Übernahme kulturell angepasster Formen der Spiritualität und der Einbindung volksmedizinischer Krankheits-/ Suchtverständnisse und Therapieverfahren. Ihre Mitglieder suchen in der Gruppe nicht nur Hilfe, um ihren Alkoholismus (oder andere Suchtkrankheiten) – die CQ-Gruppen sind diesbezüglich deutlich offener als AA-Gruppen – zu überwinden, sondern um ihre „gestörten Gefühlshaushalte“ wieder ins Lot zu bringen, etwa durch nächtliche Gebete, die Erfahrung trance-ähnlicher Zustände, oder mehrtägige therapeutische Klausuren.<sup>45</sup>

**Diskussion.** Zweifelsohne ist Selbsthilfe (zumindest mittlerweile) in vielen Teilen der Welt und in unterschiedlichsten Kulturen verbreitet. Aber im Unterschied zu „unserem“ Verständnis von Selbsthilfe wird institutionalisierte Selbsthilfe andernorts oft weniger als *Selbsthilfe* denn als *gegenseitige* Unterstützung verstanden – auch und gerade mit dem Ziel der persönlichen *Absicherung*.<sup>46</sup> Wenngleich hier oft eher die praktische Lösung von Problemen als die emotionale Unterstützung im Vordergrund steht, ist die Mitarbeit in diesen Gruppen doch auch *moralisch* motiviert bzw. kann dies sein – und sei

---

<sup>39</sup> Eaton & Radtke (2010).

<sup>40</sup> SADAG (South African Depression and Anxiety Group)). Ein ähnlicher Erfolg ist auch aus Ghana berichtet worden: Cohen et al. (2012).

<sup>41</sup> Siehe zum Beispiel: Ben-Ari (1998: 145, 146)

<sup>42</sup> FDR (Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.) (2011: 82).

<sup>43</sup> Kurtz (2017: 156, 161).

<sup>44</sup> Arantes & dos Santos Oliveira (n.d.: 2).

<sup>45</sup> Garcia, Anderson & Humphreys (2015; Anderson & Garcia (2015)). Entsprechend breit sind die Themen, die in den Gruppen diskutiert werden: „Commonly discussed topics include struggles with alcohol and drug use; familial issues; mental health problems, especially depression, anxiety and trauma; sexual abuse; physical health concerns; religion and spirituality; and economic and social stressors, including struggles around housing and access to resources.“ (Garcia, Anderson & Humphreys 2015: 239).

<sup>46</sup> Siehe etwa: Ben-Ari (1998: 135-136, 145).

es nur aus dem einfachen Grund, dass die ökonomische Absicherung die Erfüllung der an die Personen gestellten normativen und moralischen Rollenerwartungen erleichtert oder gar erst ermöglicht.<sup>47</sup>

Ein wesentlicher Grund für diesen spezifischen Charakter der hier diskutierten Selbsthilfe liegt neben den generell höheren Gefährdungs- und Risikolagen der Menschen auch im unterschiedlichen Verständnis von personaler Identität. Plakativ formuliert: In vielen nicht-westlichen Gesellschaften ist die Identität als Person nicht in erster Linie eine Funktion eines autonomen, abgeschlossenen und selbstgesteuerten Selbst, sondern sie ergibt sich in erster Linie aus den von einer Person besetzten Koordinaten im *sozialen* Raum.<sup>48</sup> Kurz gesagt: Person-Sein heißt, in ein *soziales* Netz eingebunden zu sein. Hierin wurzeln im Übrigen auch Vorstellungen, dass Krankheiten und Behinderungen auf äußere Wirkkräfte zurückzuführen sind, seien sie sozialer oder übernatürlicher Natur (siehe Kapitel 2.3.3).

Wenngleich diese Vorstellungswelten nicht eins-zu-eins auf die hier lebenden Migrantinnen und Migranten übertragen werden können,<sup>49</sup> zeigen sie doch die Herausforderungen, die mit fremdkulturellen Vorstellungs- und Deutungswelten für die Selbsthilfe verbunden sein können. Allerdings sollten wir diese Herausforderungen auch nicht überzeichnen. Die obigen Beispiele zeigen, dass das Konzept gesundheitsbezogener Selbsthilfegruppen auch in fremdkulturellen Kontexten anschlussfähig ist, dass viele der oft geltend gemachten Barrieren (z.B. Familienorientierung, Fremdheit des Selbsthilfekzeptes) in ihren Auswirkungen nicht überzeichnet werden sollten. *Insofern* lässt sich die in der Literatur immer wieder zu findende Frage, ob das westliche Modell der Selbsthilfe überhaupt „mit dem kulturell Verständnis verschiedener Migrantengruppen in Einklang“ gebracht werden könne,<sup>50</sup> durchaus bejahen.

Allerdings muss offenbleiben, ob bzw. inwieweit der Austausch innerhalb dieser Gruppen in anderen kulturellen Kontexten ein spezifisches Gepräge aufweist. Dass dies mitunter der Fall ist, zeigen das Beispiel der oben erwähnten CQ-Gruppen. Auch hat Borkman<sup>51</sup> betont, dass neugründete (gesundheitsbezogene) Selbsthilfegruppen in ostasiatischen Ländern wie Hongkong oder Japan insofern einen anderen Charakter besaßen (und wohl auch noch besitzen), als die Teilnehmenden es im Rahmen ihrer kultureller Traditionen nicht gewöhnt waren (sind), ihre persönlichen Ansichten, Einstellungen und Gefühle gegenüber Dritten zu äußern; der Gruppenaustausch erweist sich unter solchen Bedingungen notgedrungen als weniger effektiv als in westlichen Ländern. Ähnlich verwies Ben-Ari darauf, dass in arabischsprachigen gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen Gefühle und Emotionen eine untergeordnete Rolle spielen und entsprechende Entlastungswirkungen nicht thematisiert werden.<sup>52</sup> Und Cohen<sup>53</sup> lässt mit Blick auf Ghana die Frage anklingen, ob der dortige Erfolg von Selbsthilfegruppen im Bereich der psychischen Gesundheit nicht auch damit zu tun hat, dass diese neben Information, Austausch und gesprächsbasierter Unterstützung und Empowerment auch weitere Funktionen übernahmen, wie Unterstützung im Alltag oder finanzielle Hilfen in Notsituationen.

---

<sup>47</sup> Wilkinso-Maposa et al. (2005).

<sup>48</sup> Dies Aspekt kann hier leider nur angerissen werden. Ethnologische Forschungen der letzten Jahrzehnte haben die kulturelle Plastizität der Vorstellungen, was eine „Person“ ausmacht (*personhood*) jedoch hinlänglich gezeigt. Um Missverständnisse zu vermeiden, sei hier ausdrücklich angemerkt, dass relationale Personen-Konzepte nicht bedeuten, dass die Vorstellung eines individuellen, reflexiven und handlungsbegründenden Selbst ausgeschlossen ist; sie relativieren aber dessen Bedeutung für die soziale Identitäts- und Personenbildung.

<sup>49</sup> Dies ergibt sich bereits aus der Dynamik kultureller Deutungsschemata (siehe Kapitel 2.3.3).

<sup>50</sup> Kofahl (2009: 59). Siehe auch: Kofahl (2007a: 23).

<sup>51</sup> Borkman (2008: 214-215).

<sup>52</sup> Die Ursache sieht er zum einen darin, dass in der arabischen Kultur das Sprechen über die eigenen Gefühle eher verpönt ist. Und zum anderen darin, dass emotionale Bedürfnisse nicht als ernsthafte Probleme begriffen werden, die angegangen werden sollten („emotional needs are not a survival issue and [are, AS] therefore not perceived as real problems for which an intervention is required.“ (Ben-Ari 1998: 145).

<sup>53</sup> Cohen et al. (2012).

Unabhängig hiervon ist sicher, dass in vielen Selbsthilfegruppen außerhalb Nordamerikas und Westeuropas, seien sie ökonomisch-sozial ausgerichtet oder gesundheitsbezogen, (professionelle) Dritte eine wesentliche größere Rolle spielen als in „unseren“ Konzepten vorgesehen ist – sei es als In-Gang-Setzer, Begleiter oder fachlich Unterstützer. Diese Erfahrung machte man nach der Wende auch in den ostdeutschen Bundesländern als man ansetzte, dort „westdeutsche“ Selbsthilfestrukturen aufzubauen – professionelle In-Gang-Setzer spielten bei Gruppenaufbau in den ersten Jahren eine zentrale Rolle.<sup>54</sup>

## 2.2 Alternative Selbsthilfeformate (in München)

Jenseits von Familie einerseits und gesundheitsbezogener Selbsthilfe andererseits findet der Austausch über gesundheitsbezogene Themen empirisch in einer Vielzahl anderer Formate statt bzw. kann dort stattfinden. Hier sind an erster Stelle Migrantenselbstorganisationen zu nennen. Insbesondere für Migrantinnen und Migranten mit geringen Deutschkenntnissen stellen sie erfahrungsgemäß „die wichtigste Form des sorgenden Netzes außerhalb der Familie dar,“ eines Netzes, in denen sich Menschen gemeinsamer Herkunft begegnen, „um sich gegenseitig zu helfen und zu unterstützen.“<sup>55</sup> Besondere Bedeutung kommt aber auch niederschwelligen Sozialeinrichtungen wie Frauencafés oder Alltagsinstitutionen wie muttersprachlichen Cafés oder Läden zu. Und letztlich sind natürlich auch andere „klassische“ Selbsthilfeformate (soziale Selbsthilfe bzw. angeleitete Selbsthilfegruppen) zu nennen.

### 2.2.1 Migrantenselbstorganisationen

**Beratung, Information und Aufklärung.** Migrantenselbstorganisationen (MSOen) bestechen durch ihre Vielfältigkeit.<sup>56</sup> MSOen besitzen für Zugewanderte zweifelsohne eine wichtige Brückenfunktion in die Mehrheitsgesellschaft: Sie informieren, beraten, unterstützen und sind eine wichtige Anlaufstelle, um die mit dem Prozess der Einwanderung bzw. mit dem Leben in einer keineswegs diskriminierungsfreien Gesellschaft verbundenen Schwierigkeiten bewältigen und die Zugänge zu zentralen gesellschaftlichen Ressourcen absichern zu helfen.<sup>57</sup> Roth spricht in diesem Zusammenhang auch von einem „zweiten System der Sozialbetreuung“ durch Migrantenvereine und -initiativen.<sup>58</sup> Diese Informations-, Beratungs- und Verweisungsfunktion gilt natürlich auch für den Bereich Gesundheit. Wie es Szmids formulierte: „Im Hinblick auf die Gesundheitsförderung von Migrantinnen und Migranten bieten Migrantenselbstorganisationen einen Ort, an dem Migrantinnen und Migranten von vertrauten Personen Arztempfehlungen oder Kenntnisse über das Gesundheitssystem erhalten.“<sup>59</sup> Wenngleich es

---

<sup>54</sup> Borkman (2008: 214). Siehe auch: von Appen (1994).

<sup>55</sup> NAKOS (2012: 20).

<sup>56</sup> Empirisch zeigen sich etwa Unterschiede hinsichtlich der Größe, der formalrechtlichen Anerkennung, den Organisationszwecken, dem regionalen Fokus, dem Herkunftskontext, der Struktur ihrer Mitglieder oder den internen Organisations- und Entscheidungsstrukturen. Der Heterogenität entspricht, dass es bislang keine allgemeingültige Definition dessen gibt, was unter MSOen genau zu verstehen ist oder verstanden werden soll. Gemeinhin werden unter MSOs Organisationen verstanden, „(1) deren Ziele und Zwecke sich wesentlich aus der Situation und den Interessen von Menschen mit Migrationsgeschichte ergeben und (2) deren Mitglieder zu einem Großteil Personen mit Migrationshintergrund sind und (3) in deren internen Strukturen und Prozessen Personen mit Migrationshintergrund eine beachtliche Rolle spielen.“ (siehe: Bundeszentrale für politische Bildung vom 25.04.2013, abrufbar unter:<http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurz dossiers/158870/was-sind-migrantenselbstorganisationen>)

<sup>57</sup> BMFSFJ (Bundesministerium für Familie (2014: 9-10).

<sup>58</sup> Roth (2009: 202).

<sup>59</sup> Szmids (2014b: 45).

an systematischem und empirischen Wissen mangelt, in welchem Umfang und welcher Tiefe dies im Einzelnen geschieht, stellen solche gesundheitsbezogene Orientierungshilfen wohl kaum Einzelfälle dar.

Sicherlich spielen in der Selbstdarstellung der MSOen gesundheitliche Themen gegenüber Themen wie „Kultur“, „Politik“ und „Sport“ eine deutlich untergeordnete Rolle.<sup>60</sup> Kofahl weist jedoch zu Recht darauf hin, dass dies „nicht bedeuten muss, dass sie nicht behandelt werden“.<sup>61</sup> In der Tat kommt eine kürzliche durchgeführte Untersuchung zu Selbstorganisationen von Migrantinnen zu dem Ergebnis, dass in diesen Gesundheitsfragen oftmals eine große Rolle spielen.<sup>62</sup> Auch gibt es Migrantenselbstorganisationen, die dem Thema Gesundheit durchaus einen hohen Stellenwert einräumen. Mit Blick auf München sei hier der Verein der kongolesischen Deutschen e.V. genannt, der 2018 das Thema Gesundheit als Jahresthema gewählt hat. Ziel des Vereins, der sich auf dem Fachtag „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“ Ende 2018 vorstellte, ist es, Geflüchteten bzw. schon länger hier lebenden Migrantinnen / Migranten, die vorhandenen Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung näher zu bringen und sie zu bestärken, sie auch tatsächlich in Anspruch zu nehmen.<sup>63</sup>

**Gesundheitsbezogener Austausch.** In welchem Maße gesundheitsbezogene Selbsthilfeaktivitäten in den MSOen stattfinden, sei es bundesweit oder sei es „nur“ mit Blick auf München, lässt sich ohne weitergehende Untersuchungen natürlich nicht beantworten. Dass Gesundheit „häufig nicht als eigenständiges Thema auf der Tagesordnung [steht (SIM)], sondern eingebettet in andere soziale und kulturelle Themen“ ist,<sup>64</sup> sollte jedenfalls nicht verdecken, dass „im Rahmen der geselligen Aktivitäten sowie der Beratungsangebote von Migrantenvereinen ebenfalls problembezogene Gespräche und auf Krisenbewältigung ausgerichtete Interaktionsprozesse stattfinden“.<sup>65</sup> Manche Beobachter sind gar der Meinung, dass „in vielen Migranten(selbst)organisationen (...) Selbsthilfegruppen zu unterschiedlichen Themen vorhanden [sind, SIM], ohne dass die Beteiligten sich dessen bewusst sind.“<sup>66</sup> Beziehungsweise dass „es in Migrantencommunities auch traditionell gewachsene Selbsthilfegruppen [gibt, AS], die die Registrierung bei einer Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen überflüssig machen.“<sup>67</sup> Es wäre lohnenswert zu untersuchen, in welchem Umfang dies empirisch der Fall ist, welche Themen diese Gruppen haben und wie die Selbsthilfegruppen organisiert sind bzw. wie sie konkret funktionieren. Erstaunlicherweise wird in der Stellungnahme der Migrantenselbstorganisationen zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und Flüchtlinge, die diese 2015 auf dem Integrationsgipfel der Bundesregierung vorgelegt hatten, das Thema Selbsthilfe nicht explizit aufgegriffen.<sup>68</sup>

---

<sup>60</sup> NAKOS (2012: 20).

<sup>61</sup> Kofahl (2009: 57).

<sup>62</sup> BMFSFJ (Bundesministerium für Familie (2014: 23-24).

<sup>63</sup> Siehe hierzu die Präsentation des Vorsitzenden, Herrn Langa-Nkodi, auf dem Fachtag „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“. Abrufbar unter der Webseite des Selbsthilfezentrums.

<sup>64</sup> Löhlein (2007: 11).

<sup>65</sup> Günther (2014: 60).

<sup>66</sup> Szmids (2014a: 44).

<sup>67</sup> Szmids (2014a: 3).

<sup>68</sup> Siehe: <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/IB/Artikel/Integrationsgipfel/Integrationsgipfel-2015/2015-11-16-mo-papier-2015.html>

## 2.2.2 Niederschwellige Einrichtungen

**Institutionen des Alltags.** Die Bedeutung alltäglicher Institutionen wie muttersprachliche Cafés und Läden für den persönlichen Austausch wurde in unseren Gesprächen immer wieder betont. Auch mit Blick auf das Thema Gesundheit. Um aus einem unserer Gespräche mit einer der geistlichen Autoritäten einer südeuropäischen Community zu zitieren:

*„[Es gibt bei uns eben auch, SIM] andere soziale Strukturen (..) wo man eben über alles spricht und wo man sich informieren kann, nachfragen kann. Da gibt es den Popen, mit dem man über alles sprechen kann. Dann ... ob das hier (...) die Seniorengruppen sind, die sich sonntags treffen oder das Mutter-Kind-Café, wo sich die Mütter treffen. Dass man da das schafft. (...). Im Grunde sind diese Selbsthilfegruppen ja nur dann nötig, wenn andere Strukturen vorher versagt haben. Bzw., dass das Anliegen der deutschen Gesellschaft ist, das etwas in einen Rahmen zu stecken. Bei uns läuft es sehr pragmatisch und vieles informell. Also man braucht da keine klare Struktur dafür. Zumindest nicht eine so klare Struktur, dass man es Selbsthilfegruppe nennt – für dies oder jenes. Und dass man sich dann einmal pro Woche oder zwei wöchentlich trifft. Das läuft dann einfach und man trifft sich in kleineren Gesellschaften. Also ein integrierter Austausch im Alltag, in der Gesellschaft. (...) Und es gibt, Gott sei Dank diese Kanäle noch. Wir haben viele viele – und das mag ein bisschen banal klingen – viele viele muttersprachliche Cafés, Läden. Und natürlich unsere Gemeinden, unsere Vereine und all das.“ (I 28).*

**Niederschwellige Sozial- / Gesundheitstreffe.** In niederschweligen Einrichtungen wie Frauencafés, Mütterzentren oder Nachbarschaftstreffe findet ein reger Austausch zu allen möglichen Themen statt. Auch zu Gesundheitsfragen. Wie es die Leiterin eines Mütterzentrums formulierte: „Wir sind Selbsthilfe. Das ist unser Prinzip. Bei uns sind die Mütter Expertinnen, Lebensexpertinnen. Und hier können sie ihre Erfahrungen mit Kindern, mit Gesundheit oder was auch immer austauschen.“ (I 5). Die Frauencafés von Donna Mobile sind in München vermutlich eine der Einrichtungen, in denen – außerhalb der institutionalisierten gesundheitsbezogenen Selbsthilfe – das Thema Gesundheit von Migrantinnen am stärksten zum Zuge kommt.<sup>69</sup> Wie es die Leiterin eines solchen Cafés formulierte:

*„Bei uns leiden viele an Depressionen, haben gesundheitliche Probleme, Beschwerden körperliche, Familie, alles was so dazu gehört. (...) Die, die psychisch und körperlich belastet sind, erscheinen bei uns. Und da ist auch ein Austausch unter den Frauen. Und ich bin da, wenn Fragen sind.“ (I 26).*

Den Vorteil solcher niederschweligen Einrichtungen beschrieb eine unserer Gesprächspartnerinnen mit den Worten:

*„Aber das ist vielleicht auch noch etwas – diese fehlende Verbindlichkeit. Da kann ich einfach hingehen. Da muss ich mich nicht committen zu irgendeinem Thema. Da kann ich auch mal wegbleiben. Da muss ich nicht regelmäßig hingehen. Das ist alles viel offener. Und dadurch auch niederschwelliger.“ (I 14).*

Hinzu kommt, dass der Austausch über Gesundheit/Krankheit in den meisten Einrichtungen nicht nur in ein breites Themenfeld eingebunden ist,<sup>70</sup> sondern auch – entscheidend – in Aktivitäten. Wie es die Mitarbeiterin eines Müttertreffs formulierte:

*„Nicht nur reden. Was anderes muss man integrieren, z.B. Gymnastik oder kochen. So dass zwischen anderen Sachen der Rat, der Austausch [über schwierigere Themen, SIM] kommt. (...) Und das ist etwas, was mich zurückhält mit einer Selbsthilfegruppe [= selbst eine Gruppe zu gründen, SIM]. (...) Dort hörst du Vortrag und Vortrag. Und du denkst, warum muss ich gehen zwei Stunden das zu hören. Ich will das nicht. Es geht auch um Spaß haben, lachen.“ (I 5).*

---

<sup>69</sup> Ein anderes Beispiel sind etwa die Gesundheitscafés des Frauengesundheitszentrums, die im Rahmen des Projektes „Gesund leben in München“ entwickelt worden sind.

<sup>70</sup> Um eine Stimme aus einem Mütterzentrum zu zitieren: „Alles ist offen. Reden wir über die Kinder. die Feste. Reden wir über, egal, gute, schlechte Feste. Reden wir für die Männer. Reden wir über Krankheiten. Alles ist offen.“ (I 5).

**Diskussion.** Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Strukturen ist es natürlich schwierig, Vorteile / Nachteile dieser Formate gegenüber der „klassischen Selbsthilfe“ zu generalisieren. Was offensichtlich ist, ist ihre geringere Strukturiertheit und ihre größere thematische Offenheit. Wie es eine selbsthilfeerfahrene Fachkraft mit Migrationshintergrund formulierte:

*„Weil Selbsthilfegruppen haben schon immer ein bisschen Struktur. Vielleicht nicht so stark wie Vereine. Aber schon ein Minimum an Strukturen. Diese anderen Formen, die haben weniger Strukturen. Man trifft sich, unterhält sich. Mehr Unterhaltung. (...) Die wollen oft weniger Programme, sondern wollen, Kaffee trinken und sich unterhalten. (...) Auch ein bisschen unverbindlich. Etwas spontaner. Das ist eine andere Form, vielleicht nicht immer so ein Thema zu haben. Was eben gerade die Menschen beschäftigt.“ (I 3).*

Unsere Gesprächspersonen hatten gleichwohl wenig Zweifel, dass der Austausch in den Frauencafés (und anderen niederschweligen Treffs) die Nachfrage nach Selbsthilfegruppen obsolet werden lassen könne:

*„Ich glaube, da kommt keine Frage, ob Selbsthilfegruppen existieren. Weil, ich denke, das Thema Depressionen behandeln wir. Und viele haben dann einen Psychiater oder sind bei einem Psychologen. Die sind schon angebunden. (...) Ich glaube eher nicht, dass da ein Bedarf ist. Bei Depression eher nicht. Bei anderen Themen, z.B. Trauer ... da eventuell ja. Es kommt immer auch auf die Themen an. Das ist kann ich so pauschal nicht sagen. (...) Weil bei manchen Themen ist es auch in Tabu und bei anderen Themen sind sie sehr offen.“ (I 26)*

Umgekehrt gibt es Beispiele, dass so ein niederschwelliger Austausch auch zur Gründung von neuen Selbsthilfegruppen führen kann.

### 2.2.3 Weitere Selbsthilfegruppenformate

**Soziale Selbsthilfegruppen.** Die Erfahrung lehrt, dass Selbsthilfegruppen in der Praxis nicht immer eindeutig dem sozialen oder dem gesundheitlichen Bereich zuzuordnen sind.<sup>71</sup> Viele Gruppen sind *de facto* in beiden Bereichen tätig: Weder wird in diagnosebezogenen Gruppen nur über Krankheit gesprochen, noch wird in sozialen Gruppen das Thema Gesundheit ausgeklammert. Mit Blick auf soziale Selbsthilfegruppen meint Köllner etwa:

*„Aber auch in [nicht explizit gesundheitsbezogenen, SIM] Gruppen, beispielsweise in türkischen Frauengruppen, spielt das Thema Gesundheit natürlich eine wichtige Rolle, auch wenn das dann nicht indikationsspezifisch läuft. Das Thema interkulturelle gesundheitliche Selbsthilfe ist also in den Selbsthilfegruppen längst angekommen.“<sup>72</sup>*

Die Leiterin einer afrikanischen Selbsthilfegruppe für Frauen beschrieb es so:

*„Bei uns steht die gegenseitige Unterstützung vorne. Es geht um alles, was wir hier haben. Wir reden über das, was die Frauen beschäftigt. (...) Wir tauschen uns über Gesundheit aus in der Gruppe. Weil, wie gesagt, es ist eine vertraute Umgebung. Wenn ich mich nicht so wohl fühle, dann brauche ich jemanden, der vielleicht was weiß ... dann kommt vielleicht <Ich kenne das, ich hatte das. Und dann habe ich das und das gemacht>. (...) Wenn ich krank bin, Gruppe habe, dann haben wir das als Thema. Das Thema [Gesundheit, SIM] beschäftigt viele.“ (I 19).*

Es ist anzunehmen, dass in migrantischen sozialen Selbsthilfegruppen das Thema Gesundheit einen noch breiteren Raum einnimmt als in „deutschen“ Gruppen, das dort noch mehr Gesundheitsbezogenes (mit-)verhandelt wird. Dafür spricht bereits, dass sich Krankheit in etlichen fremdkulturellen Kontexten nur schwer von der sozialen Sphäre trennen lässt. Besonders deutlich wird dies im Fall von Migrantengruppen, die Krankheit oder Behinderung (auch) mit religiösen oder sozialen

---

<sup>71</sup> Volke (2008: 9).

<sup>72</sup> Köllner (2016: 15).

Mustern erklären (z.B. Krankheit / Behinderung als übernatürliche Strafe für religiöses Fehlverhalten oder als Sanktion für soziale Vergehungen) (siehe Kapitel 2.3.3).<sup>73</sup>

Das Verständnis von Krankheit bzw. Gesundheit als „Teilmenge“ des Sozialen bzw. die untrennbare Verwobenheit der beiden Bereiche werden durch die erhöhten sozioökonomischen Risikofaktoren und die immer wieder gemachten Ausgrenzungserfahrungen, denen sich Migrantinnen und Migranten in ihrem Alltagsleben gegenübersehen (siehe Kapitel 1.3.2), zusätzlich befördert.

## 2.2.4 Diskussion

**Zum Umfang gesundheitsbezogener Selbsthilfe.** Versteht man gesundheitsbezogene Selbsthilfe als Austausch Gleichbetroffener über Krankheit und/oder Behinderung existieren außerhalb der organisierten Selbsthilfe zweifelsohne zahlreiche Formen von gesundheitlicher Selbsthilfe in migrantischen Communities. Sei es in Migrantenselbstorganisationen, in niederschweligen Alltagskontexten oder in sozialen Selbsthilfegruppen.

*„Ich denke, dass im Rahmen der sozialen Selbsthilfe unglaublich viel gesundheitsbezogenes verhandelt wird. Oder auch da, was ich jetzt Nachbarschaftshilfe nennen würde – also quasi im nichtorganisierten Bereich. Da findet sehr viel Selbsthilfe statt. Sehr viel Austausch, sehr viel Wissensvermittlung. Und das findet dann in gewissen Maße ohne Förderung statt und ohne Anleitung. Aber ich habe nie organisierte Gruppen, die gesundheitsbezogen funktioniert haben und die dann einer bestimmten Community angehört haben, kennengelernt. Ich kenne MiMi, ich kenne Kulturgruppen oder ich kenne religiöse Gruppen (...). Ich kenne das schon alles, aber ich kenne keine ... Ausnahme sind vielleicht die Frauencafés von Donna Mobile, auch wenn die nicht das Label Gesundheit haben, aber wo über Gesundheit gesprochen wird. Aber da gibt es eben [mit Donna Mobile auch, SIM] eine Einrichtung, die das unterstützt.“ (I 13).*

Was Umfang und Wirkungen des Austausches (außerhalb der institutionalisierten gesundheitsbezogenen Selbsthilfe anbetrifft) anbetrifft, steckt die Forschung allerdings noch in ihren Kinderschuhen. Hier besteht akuter Forschungsbedarf.

Die in den Selbsthilfekontaktstellen gelisteten Gesundheitsgruppen bilden das gesundheitsbezogene Selbsthilfeengagement von Migrantinnen und Migranten aber nicht nur deshalb nur zum Teil ab. Hinzu kommt, dass sich migrantische gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen nicht unbedingt als solche verstehen bzw. sie nicht immer Kontakt zum Selbsthilfezentrum haben:

*„Am Anfang war uns übrigens überhaupt nicht bewusst, dass wir bereits eine Selbsthilfegruppe sind. Wir waren kein Verein, an keine Dachorganisation angeschlossen, sondern einfach eine Gruppe von Leuten mit einem gemeinsamen Anliegen.“<sup>74</sup>*

Um noch ein besonders niederschwelliges Beispiel zu nennen, auf das uns die Leiterin einer gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppe hinwies:

*„Es gibt da auch eine informelle Gruppe unter Senegalesen. Die sind um eine Mama organisiert, die schon lange in Deutschland lebt und hier arbeitet. Die scharft junge Frauen aus dem Senegal um sich. Die treffen sich regelmäßig, mindestens einmal die Woche. Aber auch darüber hinaus, wenn etwas ansteht. Und da ist ein Austausch über alles Mögliche, was es so gibt. Gesundheit, einfach alles. Und da ist das Zusammensein wichtig. Aber ich weiß nicht, was da genau passiert. Für eine geflüchtete Frau, die ich kenne, ist das ist so ihre Mama, zu der sie Vertrauen hat und wo sie alles loswerden kann. Die hat immer ein offenes Ohr – das ist toll.“ (I 21).*

Auch werden „gut integrierte“ oder „sprachmächtige“ Migrantinnen und Migranten in (gesundheitsbezogenen) Selbsthilfegruppen oft gar nicht als solche wahrgenommen. Zitate wie „sie bringen sich ein

<sup>73</sup> Für den Bereich „Behinderungen“ hat der Berichterstatter die Logik dieser Sichtweise an anderer Stelle näher dargelegt (Sagner 2001). Zu Krankheitsätiologien aus ethnologischer Sicht siehe etwa: Greifeld (2013).

<sup>74</sup> Karatas (2016: 13).

wie andere auch“ oder „das macht für uns kein Unterschied“, „da unterscheiden wir nicht“ belegen dies.

*„Unsere Migranten [lacht] sind schon seit Jahrzehnten hier, haben hier geheiratet. Die sind voll integriert und sprechen sehr gut Deutsch. Da gibt es keine Probleme.“ (I 21)*

*„[in einer unserer Gruppen, SIM] da sind jetzt schon türkische Frauen dabei, die hier geboren und aufgewachsen sind. Also da gibt es dann keinen Unterschied.“ (I 15)*

Diese „Unsichtbarkeit“ ist durchaus positiv zu bewerten: Sie zeigt, dass der Migrationsstatus oftmals nicht (mehr) als primäre Identität wahrgenommen wird. Indirekt verweist dieser Sachverhalt auch auf eine bereits 2003 vom Robert-Koch-Institut durchgeführten Erhebung, der zufolge sich Migrantinnen und Migranten, die mehr oder weniger gut Deutsch sprechen bzw. die einen „hohen Integrationsgrad“ aufweisen, in ihrem gesundheitsbezogenen Selbsthilfe-Engagement kaum von Nicht-Migranten unterscheiden.<sup>75</sup> Manche Migrantengruppen, z.B. solche mit französischer, amerikanischer oder österreichischer Staatsangehörigkeit, werden diesbezüglich sogar als überrepräsentiert beschrieben. Drei Organisation, die via Selbsteinschätzungen der Betroffenen den Migrationshintergrund ihrer Mitglieder abschätz(t)en, bezifferten deren Anteil auf rund zehn Prozent.

All dies zeigt, dass die Rückführung des Nicht-Engagements von Migrantinnen und Migranten in der „klassischen“ Selbsthilfe primär auf den Migrationsstatus der Realität nicht gerecht werden kann (siehe auch Kapitel 2.3.4). Konzentriert man sich bei der Erklärung auf den Migrationsstatus werden letztendlich falsche Antworten auf real existierende Herausforderungen nahegelegt bzw. werden andere Aspekte verdrängt z.B. die Frage nach sozialer Ungleichheit. Unbeschadet dessen, sollte bei der Frage der Engagement-Förderung primär auf jene abgestellt werden, die über mangelnde Sprachkompetenzen verfügen und/oder die an den Strukturen der Mehrheitsgesellschaft nur in geringem Maße teilhaben (können).

**Bewertung der alternativen Formate.** Unstrittig ist, dass der Aspekt der „Information und Wissensvermittlung“ in den hier skizzierten alternativen Formaten eine große Rolle spielt. Spezifische Fragestellungen rund um *diagnosespezifische* Behandlungsverfahren, Medikamente, Heil- und Hilfsmittelversorgung und andere indikationsspezifische Informationen werden allerdings kaum in *der* Tiefe beantwortet werden können, wie dies in der Regel in formalisierten gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen der Fall ist. Die Leiterin eines interkulturellen Müttertreffs formulierte dies so:

*„Weil wir können uns hier unterhalten. Viele Frauen sind betroffen von Krebs. Und sie können reden und wir können auch Rat geben, aber vielleicht gibt es spezifische Sachen, wo... [Satz nicht beendet, SIM] ich kann nur zuhören. Ich kann mich aber nicht austauschen, im richtigen Sinn mit ihr. Ich denke [deswegen, SIM], es ist gut, dass es Selbsthilfegruppen gibt, weil dort gibt es viel mehr Informationen, egal ob für Medikamente, für Möglichkeiten oder für Ratschläge. Und ich weiß nicht noch für was alles.“ [I 5]*

Ein Geistlicher einer südeuropäischen Community meinte mit Bezug auf den gesundheitsbezogenen Austausch in Alltagsinstitutionen:

*„Es gibt immer bei solchen Kreisen viel Mut zur Lücke. Also es wird unglaublich viel ausgelassen. (...) So was wird indirekt angesprochen. Aber man lässt vieles aus. Auch mir gegenüber wird das*

---

<sup>75</sup> Die Ergebnisse des Telefonsurveys sind über die Seite des Robert-Koch-Instituts leider nicht mehr abrufbar. Wir beziehen uns hier daher auf die Darstellungen von Kofahl (2007b: 6, 23), Kofahl (2009: 56) und Volke (2008: 21). Eine in der Migrationsarbeit sehr erfahrene Fachkraft meinte mit Blick auf den Zusammenhang zwischen Integration und Teilnahme an der „klassischen Selbsthilfe“: „Aber ich glaube schon..., dass [Migranten in den Selbsthilfegruppen, SIM] sind so die Menschen, die schon längere Zeit in Deutschland leben, die deutsche Sprache schon gut beherrschen, die hier integriert sind, die auch einen Teil der deutschen Kultur angenommen haben und für die ist es selbstverständlich, dass sie in so eine Selbsthilfegruppe hingehen (I 6).

*nur thematisiert, wenn es etwas mit dem geistlichen Leben zu tun hat. Also wenn es dann wirklich lebensgefährlich wird. Ansonsten hat man da... in der Beratung ... sehr sehr diskret damit [chronische Krankheiten, Behinderungen, SIM] umzugehen.“ (I 28)*

Wie in den obigen Zitaten deutlich wird, ist der Erfahrungsaustausch unter Gleichbetroffenen in diesen alternativen Formaten in der Regel weniger intensiv als in der „klassischen“ Selbsthilfe. Dafür spricht bereits das Setting der jeweiligen Formate. Der Effekt des Empowerments, der Selbststärkung, der mit dem *regelmäßigen* Austausch mit einer mehr oder weniger *festen* Gruppe von Gleichbetroffenen einhergeht, dürfte unter diesen Umständen nur bedingt wirksam werden können. *Insofern* kann von einem (noch ungedeckten) Bedarf (auch) an diagnosebasiertem Austausch zwischen gleichbetroffenen Migrantinnen und Migranten ausgegangen werden – vor allem mit Blick auf weniger sprachmächtige und/oder in die städtische Gesellschaft integrierte Personen.

Nichtsdestotrotz ist damit zu rechnen, dass die hier skizzierten alternativen Selbsthilfefomate die Aktivierung gerade dieser Gruppe für die formalisierte gesundheitsbezogene Selbsthilfe zusätzlich<sup>76</sup> erschweren. Auch dürften diese Formate die Erwartungen (mit)prägen, die viele Migrantinnen und Migranten an die „klassische“ Selbsthilfe stellen. Hier sind vor allem deren stärkere Lebensweltorientierung, ihre Thematisierung von Krankheit und Behinderung als integrale Aspekte der generellen Lebenslage und die enge Verwobenheit des Austausches mit geselligen Aspekten zu nennen. Man könnte thesenartig auch sagen: Will die „klassische“ Selbsthilfe alle Migrantinnen und Migranten erreichen oder zumindest besser erreichen, muss die „klassische“ Selbsthilfe sich den bestehenden Formaten bzw. deren Thematisierungsstrategien stärker öffnen.

## **2.3 (Gesundheitsbezogene) Selbsthilfegruppen: Faktoren des Nutzungsverhaltens**

Prinzipiell lassen sich mit Blick auf das Nutzungsverhalten drei Faktorenbündel unterscheiden: Sprache, soziale Lage und Kultur.

### **2.3.1 Sprachliche Faktoren**

Es ist sicherlich eine Banalität festzustellen, dass mangelnde deutsche Sprachkenntnisse bzw. umgekehrt: fehlende muttersprachliche Angebote den Weg in die (formalisierte) Selbsthilfe erschweren. Dies ändert aber nichts an der Relevanz der Aussage. Wie es der Vertreter einer Selbsthilfeorganisation formulierte:

*„Wir haben kaum Migranten in unseren Gruppen. Auf dem Land gar nicht. Bei den Münchner Gruppen taucht ab und zu einer auf. Aber das scheitert in 90% der Fälle, dass die Sprachbarriere nicht zu überwinden ist.“ (I 24)*

Die Leiterin einer gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppe beschrieb ihre Erfahrungen mit den Worten:

*„Und wenn dann eine Frau kommt, die nicht gut Deutsch spricht, dann müssen wir eine Gruppe haben, die das aushält. Und haben wir das oder haben wir das nicht? Wenn ich eine feste Gruppe habe, die sich eh immer trifft, kann ich das, glaube ich, besser verkraften als wenn immer zwei drei Neue dabei sind, die drängende Themen haben. Ich fand das sehr schwierig, da immer zur Geduld zu ermahnen. Dass man die auch ausreden lässt. Sich klar macht, was hat die jetzt wirklich gemeint. Und dann seine Sachen wieder in so ein Deutsch bringt, dass sie es verstehen kann. (...). Die sind zwar nicht früher gegangen, sondern sind bis zum Ende geblieben. Die kamen aber dann nicht mehr. Also zweimal war das so. Worüber ich, ehrlich gesagt, auch fast ein bisschen froh war, aber für die Frau tut es mir natürlich leid, weil die jetzt nix findet. Ich habe hinterher gesagt <Es ist schwierig. Alle haben ein Thema. Alle möchten reden>. Es ist schwierig,*

---

<sup>76</sup> Siehe Kapitel 2.3.

*wenn die Sprache nicht so gut geht. Ich habe dann angeboten, dass ich mich alleine mit ihr treffe.“ (...)“ (I 8)*

**Sprachkenntnisse.** Leider liegen uns über die deutschen Sprachkompetenzen der hier lebenden Personen mit Migrationshintergrund keine repräsentativen Daten vor. Generell sollte die deutsche Sprachkompetenz „der“ Migrantinnen und Migranten jedoch nicht unterschätzt werden. Folgt man dem Sozio-ökonomischen Panel, stufen – bundesweit – über drei Viertel aller Personen aus einem Haushalt, in dem zumindest einer der beiden Elternteile *nicht* Deutsch als Muttersprache spricht, ihre deutsche *Sprechkompetenz* als sehr gut oder gut ein.<sup>77</sup> Nach Expertenmeinung unterschätzen Selbstbewertungen die faktischen Kompetenzen zudem eher als sie diese überschätzten. All dies ändert aber natürlich nichts daran, dass bei vielen Zuwanderern der ersten Generation – oft auch nach Jahrzehnten – nicht selbstverständlich von einer Lese- und Schreibkompetenz ausgegangen werden kann.<sup>78</sup> So wird etwa bei türkischen Frauen der ersten Generation der Anteil an Analphabetinnen immer wieder als recht hoch eingeschätzt.<sup>79</sup>

**Sprachliche Diskriminierung und ihre Folgen.** Sicherlich wurzelt der Wunsch nach muttersprachlichem Ausdruck oft in schlechten Deutschkenntnissen bzw. spiegelt das subjektive Gefühl wider, sich nicht adäquat in dieser Sprache ausdrücken zu können (siehe unten). Aber mindestens genauso oft ist es einfach die alltägliche Erfahrung, dass deutsche Muttersprachler wenig Geduld und Einfühlungsvermögen gegenüber Menschen aufbringen, die die hiesige Verkehrssprache nicht so gut beherrschen. Kurzum: die Angst, aufgrund eingeschränkterer Kenntnisse nicht-ernst-genommen zu werden (Stichwort: sprachliche Diskriminierung).<sup>80</sup> Einer unserer Gesprächspartner, der eine türkischsprachigen Gesprächskreis zur Depression ins Leben gerufen hatte, fasste seine Erfahrungen mit den Worten zusammen:

*„Eine [der türkischsprachigen Teilnehmerinnen, SIM] hat auf meine Nachfrage [ob sie auch zu einer deutschsprachigen Veranstaltung gekommen wäre, SIM] sogar gesagt <Ich hätte mich dann doch nicht getraut, etwas zu sagen – wegen der Sprache>. Die haben Angst, dass sie gehänselt, ausgelacht oder nicht ernst genommen werden, weil sie nicht gut Deutsch können. Dabei können sie es. Aber die glauben halt. (...) Die Leiterin sagt auch, in einer gemischten Gruppe würden die nie so aus sich rausgehen. Garantiert nicht. Und letztes Mal – die letzte Veranstaltung war ja erst – habe ich die ketzerische Frage gestellt <Wärt ihr denn gekommen, wenn das eine gemischte Gruppe gewesen wäre?> <Nein>. Da waren sie ganz klar.“ (I 10)*

Dass die Erfahrung von bzw. die Angst vor sprachliche(r) Diskriminierung durch (Herkunfts-)Deutsche für die Suche nach muttersprachlichen Gruppen oft entscheidender ist als die Sprachkenntnisse *per se*, zeigt sich nicht zuletzt darin, dass mehrsprachige oder internationale Gruppen von Personen mit eingeschränkteren deutschen Sprachkenntnissen durchaus positiv gesehen werden (zumindest solange Deutsche nicht in der Mehrzahl sind). Um nochmals aus unserem Gespräch mit dem oberen Interviewpartner zu zitieren:

*„An unserem Angebot „Frühstück für Frauen“, das von einer Türkin betreut wird, nehmen Türkinnen und mittlerweile auch zwei Araberinnen teil. Umgangssprache zwischen den beiden*

---

<sup>77</sup> Auswertung des Berichterstatters.

<sup>78</sup> Dies gilt natürlich vor allem für frühere Zuwanderer und Zuwanderinnen, als Sprach- und Integrationskurse noch nicht verbindlich waren bzw. noch nicht flächendeckend angeboten worden waren.

<sup>79</sup> Kofahl (2007b: 6). Dies verweist im Übrigen natürlich bereits auf die Bedeutung mündlicher Aufklärung im Rahmen der „Selbsthilfebewerbung“ (siehe Abschnitt 3,1)

<sup>80</sup> Wenngleich eher wenig beachtet, werden (auch in Deutschland) Menschen nicht nur wegen ihrer Hautfarbe, ihrem Glauben oder ihrem Geschlecht benachteiligt, sondern auch aufgrund ihres Sprachgebrauchs. Dass eine solche sprachliche Diskriminierung viele Ursachen haben kann (z.B. Sprachfehler wie Stottern, Dialektverwendung), ändert nichts daran, dass sich Migrantinnen und Migranten hier besonderen Nachteilen ausgesetzt sehen – und sei es auch nur wegen ihres Akzentes. Siehe hierzu als Einstieg: Elspaß & Maitz (2011).

*Gruppen ist Deutsch. Die schalten dann auf Deutsch um; weil die können ja alle Deutsch, besser oder schlechter, aber das ist ja wurscht. Untereinander reden sie [die Türkinnen, SIM] natürlich Türkisch. Deutsche Frauen nehmen nicht teil.“ (I 10).*

**Sprachlicher Ausdruck von Gefühlen.** Aber selbst Personen mit guten Kenntnissen der deutschen Sprache bevorzugen oftmals muttersprachlicher Gruppen bzw. suchen diese gezielt nach, und zwar insbesondere dann, wenn es um sehr komplexe Themen oder Gefühle geht. Dies ist nachvollziehbar, setzt doch der differenzierte Ausdruck von Emotionen und Gefühlen sehr hohe Sprachkompetenzen voraus – ganz abgesehen davon, dass Sprachen unterschiedliche Möglichkeiten bieten, über Gefühle zu sprechen bzw. Sprachen Gefühle unterschiedlich „ordnen“. <sup>81</sup> Letzteres erhöht für Nicht-Muttersprachler die Hürden nochmals beträchtlich.

*„So wenden sich auch Menschen an uns, die in Deutschland aufgewachsen sind und eventuell inzwischen sogar besser Deutsch als Türkisch sprechen. Aber auch sie fragen gezielt nach türkischsprachigen Gruppen. Denn über Gefühle oder Familiensysteme kann man am Besten in der Muttersprache sprechen, um die Bedeutung und die Werte besser zu verdeutlichen.“<sup>82</sup>*

*„Wo bei uns gelegentlich ein Migrant unterkommt, ist, wenn der Betreffende und in der Gruppe ausreichend Englischkenntnisse vorhanden sind. Aber auch da haben wir ein Problem. Mein Schwiegersohn z.B. ist [nennt Nationalität, SIM]. Mit dem kann ich mich hervorragend über seine Geschäfte unterhalten, aber wenn es über Gefühle geht ... die drückt man in der Muttersprache aus. Und das ist auch nicht über den Umweg von Englisch zu machen. (...) Und das Hauptgeschäft unserer Gruppen ist zu sprechen. Die sprechen über ihre Gefühle, ihre Emotionen, ihre Empfindungen ... und wo das nicht läuft, läuft die Gruppe nicht gut.“ [I 24].*

*„Da ist diese ganz feinstoffliche sprachliche Barriere. Der müsste ja [um bei einer SHG teilzunehmen, SIM] ganz tief in sich tauchen ... Das ist so kaum machbar. Diese ganzen Ängste zu benennen. Da muss die deutsche Sprache sehr gut beherrscht sein. Das ist eine ganz tiefe Beschau. Und das könnte ich schon im Englischen nicht. Das ist sicher ein Punkt, warum Leute mit Migrationsgeschichte seltener in so eine Selbsthilfegruppe gehen.“ [I 22].*

**Beheimatung.** Der Wunsch nach muttersprachlichen Gruppen spiegelt aber auch den Wunsch nach Beheimatung wider: Die gleiche Sprache zu sprechen, schafft eben nicht nur Vertrauen, sondern erleichtert auch – damit verbunden – das Sich-Öffnen gegenüber Dritten. Szmids fasste den Sachverhalt mit Blick auf die Selbsthilfe wie folgt zusammen:

*„Muttersprachliche Selbsthilfegruppen (...) sind wichtig, weil – über Sprache und Kultur Zugangswege zu Betroffenen und Familien geschaffen werden – es in der Muttersprache deutlich einfacher ist, über Gefühle zu sprechen. Die eigene Migrationserfahrung wird als „Gleichbetroffenheit“ mit anderen Migrant/innen auch unabhängig von deren Herkunft wahrgenommen.“<sup>83</sup>*

Insbesondere für weniger sprachmächtige Migrantinnen und Migranten kann, so Szmids,<sup>84</sup> der muttersprachliche Ausdruck oder die kulturelle Zusammensetzung der Gruppe wichtiger sein als das genaue Thema der Selbsthilfegruppe.

**Selbsthilfe „ohne“ Sprache.** Sicherlich sind Selbsthilfegruppen über das Medium Sprache organisiert. Das „Gefühl des Aufgehoben-Seins“, das sich aus dem Zusammen-Sein mit anderen Gleichbetroffenen ergibt, bedarf aber nicht unbedingt des sprachlichen Austausches. Wenngleich dies Sondersituationen

---

<sup>81</sup> Swartz (1998: 28-29).

<sup>82</sup> Naz (2006: 2).

<sup>83</sup> Szmids (2014b: 36).

<sup>84</sup> Szmids (2014b: 53).

sein mögen, wurde dieser Aspekt in unseren Gesprächen immer wieder thematisiert. Um nur aus einem Interview zu zitieren:

*„[In einer unserer Gruppen hatten wir mal eine, SIM] Bosnierin, die des Deutschen nur sehr rudimentär mächtig war. Und da stellte sich immer so ein bisschen die Frage, inwieweit kann die überhaupt dem Gruppengeschehen folgen. Das sind ja Gesprächsgruppen und da wird sich eben im Gespräch ausgetauscht – über Lebensthemen, die Erkrankung. Und man hatte, wenn man sie so beobachtet, den Eindruck, dass sie ... sie weiß zu über 70% gar nicht worum es geht. Hat teilweise auch völlig deplazierte Dinge beigetragen, macht aber immer einen sehr zufriedenen Eindruck. Wir machen ja auch immer Blitzlicht, am Anfang und Ende der Gruppe. Und sie eigentlich immer berichtet, dass sie das gut fand und gerne wiederkommt. Sie war auch längere Zeit dabei, sicher ein paar Jahre. (...) Allen war klar, dass sie nur schwer folgen konnte, ihr auch. Sie fand es gut, in der Gruppe ein Teil zu sein. Wie auch immer sich über das Thema austauschen zu können. (...) Die anderen war schon etwas irritiert, manche, andere waren gleichgültig, aber es hat niemanden wirklich gestört. Und das ist und war das Kriterium. Wenn es jemand stören würde, müsste man das natürlich problematisieren. Aber das war nicht so, deshalb konnte sie relativ lange daran teilnehmen.“ (I 11).*

### 2.3.2 Gesellschaftliche bzw. soziale Faktoren

**Internationale Erfahrungen.** In Nordamerika und Großbritannien, wo (gesundheitsbezogene) Selbsthilfe ebenfalls eine lange Tradition besitzt, sind Schwarze wie auch ethnische Minderheiten in der Selbsthilfe seit jeher deutlich unterrepräsentiert. Dies gilt auch und gerade für die gesundheitsbezogene Selbsthilfe. Untersuchungen weisen dies etwa für die Bereiche psychische Gesundheit, Sucht oder die Krebsselfhilfe nach.<sup>85</sup> Sprachliche Barrieren können dies in aller Regel nur sehr bedingt erklären. Wenngleich (sub-)kulturelle Faktoren, wie differierende Selbsthilfverständnisse zwischen den Minderheitsgruppen und der Mehrheitsgesellschaft, oder das Vorhandensein alternativer Formate (z.B. Kirchengemeinden) empirisch hierbei eine gewichtige Rolle spielen, scheinen Diskriminierungserfahrungen, Angst vor Rassismus und – entscheidend – die im Alltag erlebte „Nicht-Passung“ der jeweiligen Erfahrungswelten (als Ausfluss unterschiedlicher Lebenslagen) doch eine ebenso große Rolle zu spielen – zumindest was die Teilnahme von Betroffenen aus ethnischen Minderheiten an Selbsthilfegruppen der Mehrheitsgesellschaft anbelangt.<sup>86</sup> Hamilton sieht das geringere Engagement von Schwarzen in den USA ganz generell darin begründet, dass bei ihnen der alltägliche Überlebenskampf und der Kampf um Würde im Vordergrund stehe.<sup>87</sup>

Die Erfahrungen, die man als Betroffener oder Angehöriger mit einer schweren Erkrankung oder Behinderung macht, die Coping-Strategien, die man entwickelt bzw. die einem überhaupt zur Verfügung stehen, werden eben auch durch gesellschaftlichen Status und sozioökonomische Lebenslagen (sowie Ethnizität) vermittelt. Plastisch ausgedrückt: Es ist ein Unterschied, ob man sich „nur“ wegen einer bestimmten Erkrankung oder Behinderung vor Herausforderungen gestellt sieht oder man sich im Alltag immer wieder weitergehenden Problemlagen und Benachteiligungen gegenüber sieht. Unter Umständen werden die Unterschiede zu groß, um in gemischten „Minderheits-Mehrheitsgruppen“ (ohne größere Anstrengungen) überbrückt werden zu können bzw. als dass die Minderheitsvertreter sich einen solchen Erfahrungsaustausch überhaupt noch als sinnvoll oder gar

---

<sup>85</sup> Powell & Perron (2010); Avis (2007: 27).

<sup>86</sup> Avis (2007: 26). Folgt man Hamilton (1990), ist diese geringere Institutionalisierung von Selbsthilfegruppen in den ethnischen Minderheiten ein generelles Phänomen.

<sup>87</sup> Hamilton (1990).

stärkend vorstellen könn(t)en.<sup>88</sup> Um eine britische Stimme aus den dortigen „Selbsthilfeszene“ zu zitieren:

*„People didn't necessarily always want to go to a self-help group particular for people of their ethnic community. Because having cancer to them was more important than where they were from. But equally there were people who felt that the only way someone could share their experience was to come from the same ethnic background. So you have to be an African-Caribbean with diabetes to understand how African-Caribbean with diabetes feel.“<sup>89</sup>*

Die Vertreterin einer gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen berichtete:

*„Wir hatten uns einmal sehr bemüht um einen junge Mann, ein begleiteter Flüchtling mit einer [nennt Erkrankung, SIM]. Und den haben wir monatelang begleitet und versucht, ihn das Näher zu bringen, auf was er achten muss. (...) Und den haben wir versucht, in die Gruppe der jungen [nennt Patientengruppe, SIM] zu integrieren, weil er in dem Alter war. Und der war dann auch ein paarmal dabei. Und da habe ich dann schon gemerkt... Die haben sich zwar einerseits bemüht. Aber die sind dann irgendwann auch mal an Grenzen gestoßen, weil die Probleme so unterschiedlich waren. Das sind ansonsten alle verwöhnte junge Menschen, die in der Ausbildung oder so sind... Und dieser junge Mann, der, weiß Gott, für eine Geschichte hinter sich hatte ... irgendwann ist er dann nicht mehr gekommen. Die sind schon auf ihn eingegangen, aber dann hat man gemerkt, sie gehen auch ein bisschen auf Distanz. (...) Er ist uns dann irgendwann mal verlorengegangen. (...) Er konnte auch ziemlich gut Deutsch für die kurze Zeit. (...) Da sind dann schon Barrieren da. Die sprechen in so einer Gruppe schon über die Erkrankung und wie sich das auf die verschiedenen Bereiche auswirkt und so. Und dann noch einmal etwas ganz Anderes mit zu integrieren, das schien nicht so leicht möglich.“ (I 15).*

Inwieweit diese Befunde zu generalisieren sind, lässt sich aufgrund mangelnder Forschungen leider nicht beantworten.<sup>90</sup> Es ist aber zu vermuten. Dies würde bedeuten, dass auch in Deutschland Selbsthilfeunterstützer – *unabhängig* von jeder Sprachproblematik – gefordert sind, stets eine doppelte Strategie zu „fahren“: Unterstützung bei der Gründung ethnisch homogener(er) Gruppen und Unterstützung bei der interkulturellen Öffnung bestehender Gruppen bzw. deren Weiterentwicklung in Richtung von Vielfaltsgruppen.

**Höhere Belastungslagen.** Migrantinnen und Migranten sehen sich insgesamt höheren Belastungen im Alltag gegenüber. Dies lässt sich unter anderem an ihrer stärkeren Armutsbetroffenheit, schlechteren gesundheitliche Lagen und größeren Schwierigkeiten ablesen, die vorhandene Dienstleistungslandschaft zu nutzen (siehe Kapitel 1.3.2). Dies dürfte für weniger sprachmächtige und/oder schlechter in Mehrheitsgesellschaft integrierten Personen in besonderen Maße gelten. Manche unserer Gesprächspartner sahen hier einen unmittelbaren Zusammenhang mit dem geringeren Selbsthilfeengagement der Zielgruppe: „Also was Selbsthilfe kann, ist etwas oberhalb der Grundbedürfnisse. Die müssen erst einmal gesichert sein, dass ich mir überlege <Wie geht es mir eigentlich?> und sich austauscht.“ (I 12)

*„Für viele [Migranten, SIM] ist es schon schwer, ihr Leben zu organisieren. Und wenn jetzt noch eine zusätzliche große Belastung hinzukommt, muss man das ja auch erst noch terminlich*

---

<sup>88</sup> Blume (2017: 98) fasst seine diesbezüglichen Erfahrungen mit Eltern gehörgeschädigter Kinder in Ecuador mit den Worten zusammen: „The gap in the experiences of these families was far too great to be encompassed by any coherent distillation or useful guidelines. It is not only that some experiences are accorded greater status, means of dissemination, representativeness – but families differ in their ability to draw on the experience of others. They may have no access to it, or they may lack the control of their lives that would allow them to develop experientially informed strategies.“

<sup>89</sup> Avis (2007: 28).

<sup>90</sup> Ausdrücklich sei bemerkt, dass diese grundlegende Problematik (Brüche in den Erfahrungswelten) interethnische oder interkulturelle Gruppen keineswegs ausschließt oder verunmöglicht. Sie verdeutlichtet aber die Herausforderungen, die in solchen Gruppen an die gruppeninterne Kommunikation gestellt werden („offenes, wertfreies Zuhören“, „Anerkennung unterschiedlicher Deutungsmuster“ etc.)

*organisieren. Z.B. wenn ein Kind krank ist. Wenn man dann in eine Kinder-Selbsthilfegruppe geht, muss man noch zusätzlich einen Babysitter organisieren. Das ist ja dann nochmal zusätzlich schwierig. Für Migranten gilt das noch mehr als für andere.“ (I 4)*

Stärkere alltagsweltliche Belastungen sind auch ein Grund, warum sich in Großbritannien ethnische Minderheiten eher um umfassendere Themen bzw. Aktivitäten herum selbst organisieren als um spezifische Problemlagen.<sup>91</sup>

**Ausgrenzungserfahrungen.** Dass Alltagsrassismus und Ausgrenzungserfahrungen auch hier in Deutschland eine Rolle spielen, zeigte sich jedoch auch in unseren Gesprächen immer wieder. Einige Interviews deuten darauf hin, dass derartige Diskriminierungen bei den Betroffenen zu Unlust bzw. zu einem bewussten Verzicht am Engagement in deutschsprachigen Selbsthilfegruppen führen können:

*„Egal wie gebildet sie sind – die Frauen haben das Gefühl, sie sind zweite Klasse in diesem Land. (...) Das ist eine „feine Luft“, die spürt man. Ich habe nach 30 Jahren immer noch dieses Gefühl und kann mich nicht befreien. (...) Und dann sollen die in eine Selbsthilfegruppe von Deutschen gehen und glauben, dass die sich für ihre Probleme interessieren?“ [1?].*

*„Und einer [der Teilnehmer an einem türkischsprachigen Gesprächskreis, SIM] hat gesagt <Ich bin jetzt seit 15 Jahren hier und fühle mich immer noch diskriminiert. Und dann bin ich hellhörig geworden und hab gesagt <Schildern Sie das doch mal genauer. in der Arbeit?> <Ja>. <Im Alltag?> <Ja>. Aber er konnte es nicht genau greifen. Er hat nur gesagt, er fühlt sich diskriminiert. (...) Deswegen gehen die in einer homogenen Gruppe [muttersprachlichen Gruppe, SIM] so aus sich heraus wie sie es sonst nicht machen würden. Wenn die überhaupt in eine deutsche Gruppe gehen würden.“ (I 10).*

**(Selbst-)Abgrenzung migrantischer Communities.** Eng mit der Ethnizität oder vielleicht besser: dem Zugehörigkeitsgefühl zu einer bestimmten migrantischen Community zusammenhängend, ist die an Migrantinnen und Migranten (seitens der Communities) immer wieder gerichtete Erwartung, ihre Probleme innerhalb ihrer jeweiligen „Gemeinden“ zu lösen. Dies kann den „Gang“ in die (formalisierte) Selbsthilfe beträchtlich erschweren – vor allem in kleinen „Communities“. Dass dies bei stigmatisierten Themen heißt, unter Umständen keinerlei Ansprache und Zuspruch zu finden, ändert hieran nichts.

**Geschlecht.** Orientiert man sich an deutschsprachigen Selbsthilfegruppen, engagieren sich Frauen wesentlich stärker in Selbsthilfegruppen als Männer. Dieses stärkere Interesse und die häufigere Beteiligung von Frauen im Bereich der kollektiven Selbsthilfe deckt sich mit ihrem Vorsorge- und Gesundheitsverhalten, bei dem Frauen im Vergleich zu Männern ebenfalls ein stärkeres Engagement zeigen.<sup>92</sup> Selbst wenn wir nicht wissen, ob bzw. inwieweit dieser Befund auch für die migrantische Bevölkerung gilt, dürfte das Geschlecht bzw. genauer: die geschlechtsspezifischen Machtverhältnisse in vielen migrantischen Communities doch den Zugang in die Selbsthilfe (mit)steuern. Mit Blick auf Geflüchtete aus Afghanistan merkte eine unserer Gesprächspartnerinnen aus einer Selbsthilfeorganisation etwa an:

*„Männer würden ihre Frauen niemals ohne Erlaubnis in eine solche Gruppe [Selbsthilfegruppe, SIM] gehen lassen. Das würde nicht gehen. Das wäre unmöglich. Gemischtgeschlechtliche Gruppe das geht gar nicht. Das ist ein Ding der Unmöglichkeit. Ohne Erlaubnis des Mannes darf gar nichts sein. Es ist ja schon ein Problem, wenn die etwas später aus der Schule [Sprachkurs, SIM] kommen. (...) Ich weiß gar nicht, wie man das deklarieren müsste, damit der Ehemann das akzeptiert [dass Frauen in eine Selbsthilfegruppe gehen dürfen, SIM].“ (I 21).*

Die Leiterin einer niederschweligen Sozialeinrichtung, die hauptsächlich von Migrantinnen aufgesucht wird, formulierte es so:

---

<sup>91</sup> Seebohm, Munn-Giddings & Brewer (2010).

<sup>92</sup> RKI (Robert-Koch-Institut) (2004: 17).

*„Wie erzählt eine Migrantin von Gründen der Depression? Bei vielen Migrantinnen kommt die Depression von Heimweh, häuslicher Gewalt – und manchmal ist die psychische Gewalt sehr viel stärker als dass er dir eine watscht. Psychische Gewalt, z.B. nicht erlauben, in die offene Gesellschaft zu gehen. Und darüber darfst du nicht reden. Wissen Sie, ich habe hier afghanische Frauen für mehr als 10 Jahre und sie kennen nicht die Stadt München. Glauben Sie, die gehen in eine Selbsthilfegruppe für Depressionen? Außer vielleicht wenn ... eine gut gebildete Migrantenfrau kommt und sie bringt diesen Kreis Frauen mit [= und motiviert diese, mit zu kommen, SIM].“ (I 5).*

Und insofern die Teilnahme an Selbsthilfegruppen Frauen selbstständiger und selbstsicherer werden lassen – ein Effekt, der gerade für migrantische Frauen immer wieder berichtet wird<sup>93</sup> –, kann sich (in patriarchalischen Strukturen) paradoxerweise gerade die Wirksamkeit von Selbsthilfe negativ auf deren Inanspruchnahme auswirken.<sup>94</sup>

### 2.3.3 Kulturelle Faktoren

**Vorbemerkung.** Unabhängig von der Heterogenität „der“ Migrationsbevölkerung ist der Begriff „Kultur“ generell weit zu fassen – und zwar nicht nur als ein Repertoire abstrakter zugrundeliegender Orientierungsschemata, die „unser Wahrnehmen, Bewerten und Handeln steuern“, sondern als „ein praktisches Wissen, ein Können, ein Know-how, ein Konglomerat von Alltagstechniken, ein praktisches Verstehen im Sinn von >sich auf etwas verstehen<.“<sup>95</sup> Damit geraten nicht nur Unterschiede entlang der Achsen Geschlecht, Generationszugehörigkeit, Religion und sozioökonomische Positionierung in das Blickfeld, sondern auch – entscheidend – die dynamische Qualität der kulturellen Überzeugungen und Handlungsmuster. Mit anderen Worten: Die Offenheit und Komplexität von „Kultur“ anzuerkennen, heißt zu sehen, dass das, was in einer Kultur (vermeintlich) allgemein üblich ist, für manche Person aufgrund ihrer eigenen Biografie und Entwicklung völlig unüblich sein kann. Es heißt auch anzuerkennen, dass sog. Migrantenkulturen keine statischen Gebilde darstellen, sondern sie sich in der Auseinandersetzung mit der Mehrheitskultur oder genauer: den Mehrheitskulturen entwickelt haben oder besser: sie sind in der Auseinandersetzung mit ihr / ihnen entstanden.<sup>96</sup> Insofern ist die Vorstellung, dass sich zwei getrennte Einheiten – die „einheimische Kultur“ und die „Migrantenkultur“ – gegenüberstehen, empirisch kaum (mehr) haltbar. Nicht nur in rechtlicher Hinsicht lösen sich die früher erkennbaren klaren Unterschiede zwischen „den Deutschen“ und „den Migrantinnen/Migranten“ mehr und mehr auf.

**Krankheitskonzepte.** Die Annahme über die Ursachen einer Erkrankung weisen wie auch die Identifizierung von Krankheitsbildern eine große kulturelle Plastizität auf<sup>97</sup> – ja selbst die Erfahrung von Schmerz ist kulturell geprägt.<sup>98</sup> So gibt es in fremdkulturellen Medizinsystemen immer wieder spezifische Symptomkonstellationen, für welche die westliche Schulmedizin keine Entsprechungen kennt. Umgekehrt gibt es auch Krankheitsbilder der Biomedizin, die in anderen Medizinsystemen keinen Krankheitswert besitzen (z.B. Sucht, Adipositas). Für das hier verhandelte Thema besonders

---

<sup>93</sup> Zum Beispiel: Tatarevic (2017: 12).

<sup>94</sup> Wie es Siller Siller, Renner & Juen (2017: 136) mit Blick auf eine türkischsprachige Selbsthilfegruppe für Depressionen beschrieb: „The women’s emancipation within marriage was also noticed by their husbands. The women described different reactions from their husbands. Some said that their husbands welcomed the change; others stated their husbands were adverse it. <My husband told me that I have changed. He doesn’t like me participating in the self-help group. He says I show too much resistance>.“

<sup>95</sup> Reckwitz (2008: 111).

<sup>96</sup> Diese Tendenz zur sog. Kreolisierung oder zur Hybridität findet sich dabei natürlich nicht nur in den kulturellen Zusammenhängen der Migrationsbevölkerungen, sondern auch in denen der Mehrheitsgesellschaft (Seitz 2005).

<sup>97</sup> Zur Einführung in diese Thematik siehe etwa: Greifeld (2013).

<sup>98</sup> Siehe etwa: Good, Brodwin & Kleinman (1994).

bedeutsam ist, dass in etlichen Kulturen – z.B. in Teilen Afrikas, des Vorderen Orients oder Lateinamerikas – Krankheit oder Behinderung als durch von außen auf die Person wirkende Kräfte verursacht angesehen wird.<sup>99</sup> Diese von außen einwirkenden Kräfte können dabei „übernatürlichen“ Ursprungs (z.B. göttlicher Einfluss, Geister oder Ahnen) oder durch übelwollende Mitmenschen verursacht sein. Die Lösung zugrundeliegender zwischenmenschlicher Konflikte nimmt in den Therapien daher einen großen Raum ein. Die Menschen werden oftmals als so eng mit der äußeren physischen bzw. sozialen Umwelt verwoben gesehen, dass man, aus der kulturellen Binnenlogik gesehen, oftmals kaum von Körper als autonomer, abgrenzbarer Einheit, als Entität *sui generis* sprechen kann. Entsprechend ist auch die uns im Westen so gebräuchliche Trennung von Körper und Geist bzw. Psyche kaum vorstellbar.<sup>100</sup> Durch Zufall verursachte Krankheiten sind in diesen Systemen mehr oder weniger unbekannt. Identische Krankheitsbilder oder Behinderungsformen können, je nach Diagnose der zugrundeliegenden Ursache(n), daher zu ganz unterschiedlichen Heilungs- bzw. Bewältigungsstrategien führen. Krankheit wird in solchen Kontexten oft, wie es Hinderling<sup>101</sup> ausdrückte, als „totale Befindlichkeit“ erlebt, die ein ganzheitliches Vorgehen erfordert.

Allerdings stehen solche volksmedizinischen Krankheitsvorstellungen selbst in entlegenen Gebieten heutzutage in der Regel neben den schulmedizinischen: So werden im Krankheitsfall nicht selten eben sowohl „traditionelle“ Heiler als auch Ärzte aufgesucht (Medizinpluralismus).<sup>102</sup> Oftmals finden sich auch „bikausale Krankheitstheorien“. <sup>103</sup>Auf nicht-biomedizinische Erklärungsmuster und Therapieformen wird vor allem bei psychischen, psychiatrischen oder psychosomatischen Beschwerden zurückgegriffen.

Sicherlich verändern sich im Zuge der Migrationserfahrung auch die herkunftskulturellen Krankheitskonzepte.<sup>104</sup> Dies darf aber nicht verdecken, dass in Teilen mancher migrantischen Communities die oben skizzierten volksmedizinischen Vorstellungswelten weiterhin wirken. Wie es Naz mit Blick auf türkischsprachige Frauen und Männer formulierte:

*„Obwohl die erste Generation der türkischsprachigen Migranten zum Teil bereits seit über 40 Jahren in Deutschland lebt, werden eigene kulturelle Lösungen angewandt. Psychische Erkrankungen z.B. werden gerne in die Hände eines Hodschas gegeben, der den „Fluch“ oder „Zauber“ wieder heilen soll.“<sup>105</sup>*

Es ist offensichtlich, dass äußere Ursachenzuschreibungen die Eigeninitiative behindern „und somit auch die Selbstwirksamkeitswahrscheinlichkeit.“<sup>106</sup> Denn insoweit Krankheit oder Behinderung als

<sup>99</sup> Siehe etwa: Bichmann (1995).

<sup>100</sup> Allerdings ist diese Trennung auch bei uns nicht durchgehend.

<sup>101</sup> Hinderling (1981: 222).

<sup>102</sup> Auch ist nicht zu vergessen, dass nicht-westliche Medizinsysteme auch aus biomedizinischer Sicht mitunter über beträchtliche Wissensbestände verfügen. In den „traditionellen“ Medizinsystemen Afrikas etwa gab (und gibt) es nur ein breites Wissen um die Wirkung von Heilpflanzen, sondern auch um die Krankheitsursachen vieler Infektionskrankheiten. Kutalek (2013: 103-104, 116).

<sup>103</sup> Kutalek (2013: 116)..

<sup>104</sup> Wie es Kizilhan (2011: 56) prägnant formulierte: „Es ist (...) davon auszugehen, dass weder psychogene Erkrankungen der Migranten noch deren Krankheitsverständnis und –verhalten „importiert“ sind. Vielmehr sind diese Ergebnisse sowohl der migrationsbestimmenden Ereignisse als auch der Wechselwirkung zwischen den Werten und Normen der Herkunftsgesellschaft und den mit großer Definitionsmacht ausgestatteten Bestimmungsfaktoren des Lebens in einer Einwanderungsgesellschaft. (...) Die Vergangenheit der Migranten sollte als ein Bestandteil der Gegenwart gesehen werden, in der vergangene und gegenwärtige Belastungen überwunden und neue interkulturelle Potentiale geschaffen werden können.“ Mit Blick auf die in Deutschland lebenden türkischstämmigen Migranten kam Siller (2017: 129) zu dem Schluss: „Turkish immigrants in Germany alter the description of symptoms, bringing the symptoms more in line with a more psychologically themed description of symptoms, as was found in German natives.“

<sup>105</sup> Naz (2006: 1).

<sup>106</sup> Dizdar-Yavuz (2011: 74), ähnlich: Ünal (2003: 5-6); Netzwerk SH (2013: 10). Wie es eine unserer Gesprächspartnerin mit viel Erfahrung in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe mit Migrantinnen formulierte: „Da stößt Selbsthilfe absolut an ihre Grenzen. Da wäre Selbsthilfe vielleicht mit aufgeklärten Menschen in der Community möglich. (...) Ich denke, dass eine

etwas „von außen kommendes“ wahrgenommen werden, können diese nur von Fachleuten behandelt werden, seien es „traditionelle“ Experten oder seien es Ärzte. In dem Maße, wie die Verantwortung für die eigene Gesundheit abgegeben wird, scheidet eine aktive Mitgestaltung im Gesundheitsprozess aus. Eigene „Gesundheitsressourcen“ rücken in den Hintergrund. Die Vorstellung, dass das Reden über Krankheiten etwas bringen kann, muss in solchen Systemen (zunächst) fremd erscheinen.

Zudem ist – durchaus erwartungsgemäß – die Figur des „kritischen Patienten“, der das fachmedizinische Wissen hinterfragt, vielen Menschen mit Migrationsgeschichte fremd:

*„Ich würde gefühlt mal sagen, dass in afrikanischen Kulturkreisen, z.T. auch in den arabischsprachigen, ... da ist der Experte der Arzt, der Mediziner. Und der ist ja auch der, der die Entscheidungen trifft. Und die sind eher überfordert von der Frage <Was möchten Sie? Was soll ... [Satz nicht beendet, SIM].> Da würde dann kommen <Wenn Sie das nicht wissen?>. Da ist schon ein bisschen das Denken, der Andere macht das Beste für mich.“ (I 4).*

Aber auch in vielen westlichen Gesellschaften wird dem Expertenwissen von Ärzten, Psychologen, Therapeuten und anderen Fachkräften oft ein deutlich höherer Stellenwert beigemessen als dies in Deutschland der Fall ist. Wie es eine unserer Gesprächspartnerinnen mit italienischem Migrationshintergrund mit Blick auf ihre eigene Community formulierte:

*„Man ist nicht gewohnt, sich selber damit [Krankheit, SIM] zu beschäftigen. Die Ärzte sind die Autoritätspersonen und die machen alles. Und die [die Ärzte, SIM] wollen auch nicht hören, dass jemand was macht. Das ist bei denen ein bisschen auch eine autoritäre Haltung. (..) Langsam ändert sich das aber: Die jungen Leute sagen <Wir wollen das selber in die Hand nehmen und uns um unsere Gesundheit kümmern>.“ (I 3).*

Die Unterschiede hinsichtlich der Zuständigkeiten reichen aber noch weiter. Statt die Selbstverantwortung des Kranken für seine Genesung zu propagieren, rücken andere Kulturen den Fokus auf die Familien.

*„Und dann ist die Frage, wer ist für Krankheit zuständig? Das ist dann natürlich auch kulturell unterschiedlich. Also gerade auch bei schweren und chronischen Erkrankungen. Da ist die Familie als Ansprechpartner viel mehr gefragt. Der Betroffene wird da eher in Ruhe gelassen. Der wird eher geschont. So von der Einstellung her und damit wäre natürlich auch die Frage bei einer Selbsthilfegruppe <Wer sollte da reingehen?> Das müsste man dann klären, wer dafür zuständig wäre, wer wird dabei einbezogen? Das ist in vielen Gruppen auch unterschiedlich, sag ich mal.“ (I 4).*

Aus medizinethnologischen Forschungen wissen wir, dass die Entscheidung über die Vorgehensweise oft in einer noch größeren Gruppe getroffen wird, in der neben Familienmitgliedern auch Freunde und Älteste vertreten sind (*therapy management group*).<sup>107</sup> Wenngleich unbekannt ist, wie Therapieentscheidungen im Allgemeinen und die Entscheidung zur Nutzung von Selbsthilfe im Besonderen in migrantischen Communities getroffen werden, wer hier wann eingebunden wird, könnte es bereits aufgrund dieser kulturellen Praxis angebracht sein, bei Selbsthilfeberatung und -beratung nicht nur die unmittelbar Betroffenen (Kranken) in den Fokus zu nehmen, sondern das größere soziale Umfeld. Hierfür sprechen natürlich auch Machtverhältnisse – insbesondere zwischen den Geschlechtern.

---

Frau, die ihre Krankheit auf einen Fluch zurückführt, den sie erst einmal abarbeiten muss und viel Geld bezahlen muss oder sonst was machen muss, um diese Krankheit zu bewältigen, die wird nicht in eine Selbsthilfegruppe gehen. (...).“ (I 14).

<sup>107</sup> Die zentrale Bedeutung solcher Gruppen wurde Mitte der siebziger Jahre erstmals für Afrika untersucht. Die Relevanz dieser Gruppen für den Therapieprozess ist mittlerweile aber auch für Länder wie die Philippinen oder Indien herausgearbeitet worden. Siehe: Nichter (2002).

**Stigmatisierung.** In vermutlich allen Kulturen bzw. Gesellschaften werden einzelne Krankheiten bzw. Syndrome stigmatisiert. In der westlichen Gesellschaft gilt dies etwa für Fettleibigkeit (Adipositas) oder bestimmte psychische Störungen (z.B. Schizophrenie).<sup>108</sup> In „nicht-westlichen“ Gesellschaften gilt dies tendenziell jedoch in größerem bzw. stärkerem Maße. Dies ist insofern wenig überraschend als Krankheiten oftmals normative Verfehlungen widerspiegeln und auch ein moralisches Gepräge aufweisen. Dies gilt insbesondere für psychische Störungen und manche chronische Krankheiten / Behinderungsarten (z.B. Epilepsie). Insofern „gesundheitliche oder psychosoziale Themen (...) als Makel gesehen [werden, SIM] bleiben [diese Themen, SIM] innerhalb der Familie bzw. (...) sogar innerhalb der Geschlechtergruppen“<sup>109</sup> – falls sie sich überhaupt thematisieren lassen. Kofahl ist der Überzeugung, dass z.B. Sucht und psychische Erkrankungen in vielen Fällen nicht einmal in der Familie angesprochen werden.<sup>110</sup>

*„Es gibt eben Kulturen, bei denen eine Behinderung ... ist etwas ganz Schlimmes. Das wird nicht akzeptiert in der jeweiligen Kultur. Und die Menschen sprechen nicht über die Probleme, sondern diese betroffenen Menschen werden versteckt – innerhalb der Familien. Und innerhalb der Familie ist die Versorgung. Ostasien, Irak, Iran, Afghanistan da ist Behinderung etwas ganz Schlimmes.“ (I 6)*

Eine unserer migrantischen Gesprächspartnerinnen meinte diesbezüglich:

*„Ich nehme an, dass man in manchen Kulturen nicht so über gesundheitliche Probleme mit anderen spricht. Im Gegenteil: Ich habe ... ich kenne das ein bisschen von den Südtalienern. In Süditalien ist es so, dass man (...) versucht, nicht so über Krankheiten zu sprechen. Weil das wäre, wie sagt man, etwas zuzugeben wie eine Schwäche. Also besonders Männer. Wenn man sagt, ich bin krank, dann ist es, wie zuzugeben, ich habe eine Schwäche. Jeder will das nicht zeigen. Man redet einfach nicht über gesundheitliche Probleme. Und erst recht nicht in einer Gruppe, dass man sich trifft und jeder trägt was dazu bei; und man muss sich dann auch ein bisschen outen. Zumindest muss man reden, wie es einem geht, wie man damit umgeht. Das ist der Hauptgrund. Weil nicht so üblich ist. Und wie wissen Sie, die Leute, die herkommen – jetzt ändert sich aber langsam - ... also die Leute, die schon länger hierleben, das waren nicht die so Emanzipierten. Die waren arbeitslos, brauchten Geld und dann kamen sie hierher. D.h. es sind auch diese sozialen Schichten. Und da ist es ungewöhnlich, dass man [über Krankheiten spricht, SIM]. Das ist ein Tabuthema.“ (I 3).*

Kurzum: Der Gang nach außen, sprich: in die Selbsthilfe wird durch Scham, Tabu, Angst vor Stigma und Ablehnung in der jeweiligen ethnischen Gemeinde (oder sogar Familie) beträchtlich erschwert. Nicht nur, weil man sich nicht mit der sozialen Identität, die mit der Erkrankung kulturell einhergeht, nicht identifizieren will<sup>111</sup> oder weil man Angst hat, dass die Erkrankung in der eigenen Community bekannt wird. Viele Betroffene werden auch nicht gewahr, dass eine Erkrankung zwar in der Außenwelt stigmatisiert werden mag, dass dies aber nicht für die Gruppe zutrifft.<sup>112</sup>

Allerdings sollte diese Hürde nicht überzeichnet werden. So machte man im Rahmen des MiMi-Projektes immer wieder die Erfahrung, dass in migrantischen Communities ein beträchtliches Interesse an gesundheitlichen Themen besteht – auch an der oftmals stigmatisierten seelischen Gesundheit.

*„(...) uns wurde (...) ganz stark zurückgemeldet <Wir möchten etwas wissen, wir möchten uns darüber [über seelische Gesundheit, SIM] informieren. Wir haben uns dann darauf eingelassen und es ist auch eines der beliebten Themen. Dieses vermeintlich <Darüber spricht man nicht> das*

---

<sup>108</sup> Zur Stigmatisierung von Adipositas siehe etwa: Pfeleiderer (1995: 189-191). Auch sei daran erinnert, dass bis vor kurzer Zeit auch Behinderungen, körperliche wie geistige, stigmatisiert wurden (Sagner 2001).

<sup>109</sup> Netzwerk SH (2013: 10, auch: 19, 26).

<sup>110</sup> Kofahl (2009: 59).

<sup>111</sup> Kurtz (1997).

<sup>112</sup> Borkman (2008: 221).

*stimmt auch nicht immer. ... Wobei es natürlich schon die Frage ist, ob Männer jetzt selbst was zu diesem Thema wissen wollen oder nur die Angehörigen.“ (I 4).*

Wie auch immer. Stigmatisierungen können den Austausch in interkulturellen Gruppen zusätzlich erschweren. Wie es einer unserer Gesprächspartner aus der Suchtselbsthilfe formulierte:

*„In südlichen Ländern sieht man eine Suchterkrankung erst einmal als Schwäche und nicht als Krankheit an. (...) Diese unterschiedlichen Bewertungen, die erzeugen Schamgefühle ... und die lassen es manchmal auch gar nicht zu, zu sagen <Ich war gestern betrunken. Ich lag da irgendwo auf der Parkbank>. Die Mitteilungen, die wir da bekommen, sind in neun von zehn 10 Fällen geschönt. In der Regel gehen die erst gar nicht in eine Gruppe. Zumindest dann, wenn die Gruppe nicht aus Männern besteht ... aus muttersprachlichen Männern. Also auf Kameradenebene (...) mag es klappen. Aber nicht wenn es eine gemischte Gruppe ist und nicht, wenn dieser kulturelle Abstand da ist.“ (I 24).*

**Familienorientierung.** Die ausgeprägte Familienorientierung in vielen migrantischen Communities erschwert den Gang in die Selbsthilfe insofern zusätzlich, als „es wichtig [ist, SIM], vor anderen das Gesicht zu wahren und nicht unehrenhaft zu handeln.“<sup>113</sup> (ggf. I 22). Die Vertreterin einer gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisation meinte:

*„Also ich habe auch den Eindruck, dass viele, die dann krank werden, dass dann in der eigenen Verwandtschaft besprechen oder sich zurückziehen oder aufgefangen werden und sich dann gar nicht so sehr... obwohl es ihnen wahrscheinlich auch guttun würde [in eine Gruppe zu gehen, SIM].“ (I 15)*

#### **2.3.4 Diskussion**

**Faktoren des Nutzungsverhaltens.** Die obigen Ausführungen lassen wenig keinen Zweifel, dass sich Migrantinnen und Migranten (weiterhin) beträchtlichen Zugangsbarrieren ins System der „klassischen“ (gesundheitsbezogenen) Selbsthilfe bzw. Nutzungsbarrieren gegenübersehen. Der Zugang zur „formalisierten“ Selbsthilfe bzw. ihre Inanspruchnahme wird durch eine Vielzahl von Faktoren in den Dimensionen Sprache – soziale Lage – Kultur geprägt. Nachfolgende Abbildung bildet die zentralen Einflussfaktoren überblicksartig ab. Deutlich wird, dass neben kulturellen und migrationsspezifischen auch primär sozialstrukturelle und – in vielerlei Hinsicht entscheidend – „versorgungstechnische“ Faktoren (Angebotslandschaft) sowie persönliche Ausgrenzungserfahrungen (Diskriminierung) eine zentrale Rolle spielen.

---

<sup>113</sup> Naz (2006: 2-3).

Abbildung 3: Faktoren, die den Zugang- und/oder die Nutzung von gesundheitsbezogener Selbsthilfe beeinträchtigen (können)



**Förderlogiken.** Sicherlich drehen sich die Gespräche in den meisten Selbsthilfegruppen nicht um ein einziges Thema – unabhängig davon, was der Namen der Gruppe suggeriert. Wenngleich dies für soziale wie gesundheitliche Gruppen sicherlich gleichermaßen gilt, hebt dies doch nicht den grundsätzlichen Unterschied zwischen sozialer und gesundheitsbezogener Selbsthilfe auf. Im Sinne des Leitfadens zur Selbsthilfeförderung der Gesetzlichen Krankenversicherung können Selbsthilfegruppe nur gefördert werden, wenn sie „sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, Krankheitsfolgen und/oder psychischen Problemen richten und mit dazu beitragen, die persönliche Lebensqualität zu verbessern.“<sup>114</sup> Wenngleich die Vorgaben der Krankenkassen sicherlich Spielräume lassen<sup>115</sup> und wir nicht wissen, wie die Vorgaben in der Praxis von den gesundheitsbezogenen Gruppen „gelebt“ werden, sind die Selbsthilfekontaktstellen doch gefordert, auf die Trennung von sozialer und gesundheitlicher Selbsthilfe zu verweisen und entsprechend zu beraten. Diese Trennung dürfte aber gerade für Migranten mit ihrem immer wieder „sozialeren oder ganzheitlicheren Krankheitsverständnis“, die sich in der Regel zudem noch größeren Alltags Herausforderungen als (Herkunfts-)Deutsche gegenübersehen, oft fremd sein (Motto: „Warum soll das jetzt da, diese Krankheit, eine eigene Gruppe sein?“). Dies senkt die Attraktivität der Selbsthilfe im Allgemeinen und die der gesundheitsbezogenen im Besonderen. Um aus einem unserer Gespräche zu zitieren:

<sup>114</sup> GKV (Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherer) (2018: 14).

<sup>115</sup> Wie es eine unserer Gesprächspartnerin formulierte: „Oft ist das klar, aber manchmal gibt es auch Mischformen, wo man sich streiten kann. [Es gibt zum Beispiel, SIM] eine Selbsthilfegruppe, da geht es um Frauen nach einer Geschlechtsumwandlung. Und da könnte man natürlich sagen, das ist auch soziale Selbsthilfe. Das geht oft ineinander über. Und ich denke da gibt es Fälle, da würde man heute bestimmt anders entscheiden als früher. Oder früher hätte man anders entschieden als heute.“ (I 13).

*„Und das Problem ist, glaube ich wirklich, dass es eben ein fließender Übergang ist und dass speziell Migranten und Migrantinnen dazu neigen, vieles auch sehr inklusiv zu sehen. Ich weiß es auch aus anderen Förderbereichen, dass es einfacher wäre – vor allem für Migranten – wenn man sagen würde <Wir fördern jetzt einfach mal ihr Zusammensein. Und wir sehen das es da um Gesundheit geht, um Soziales...> Es haben sich hier immer wieder auch mal Migrantinnen vorgestellt, (...), die sagen <Wir richten uns an unsere Landsmänner und Landsfrauen und sind erst einmal eine Anlaufstelle für die mit allen, was die so für Fragen mitbringen>. Und dann geht es halt wild durcheinander. Und ich denke, das ist halt ein Problem... In gewissen Sinne ist es schon die Fördersystematik, die sich halt auch in Zuständigkeiten sortiert, ... und dann müsste man es sich halt immer rauspicken. Und das passiert schon auch, denke ich, aber das führt, denke ich, ganz oft auch dazu, dass Selbsthilfe, wie sie bei uns gefördert wird, auch nicht attraktiv ist und auch nicht so gut zusammenpasst.“ (I 13).*

Dass eine solche Trennung auch aus dem Binnenverständnis von (Herkunfts-)Deutschen oft wenig Sinn macht, ändert nichts an der Problematik einer solchen Sektoralisierung:

*„[Das ist ein Problem, SIM], weil man ja eigentlich inzwischen mehr dahingehet, Gesundheit als ein durchdringendes Segment im Leben zu sehen. Im Sinne von Gesundheit als Grundvoraussetzung eines normalen Lebens. Vom kulturellen Standpunkt her ist diese Trennung natürlich sehr problematisch. In vielen Kulturen wird das nicht getrennt – Krankheit, Gesundheit und das soziale Gefüge. (...) Wir sehen bei uns ja, man kommt ja nicht mit einer Krankheit zu uns. Man kommt ja mit einem Problem zu uns. Und dieses Problem ist ja nicht gesundheitlich begrenzt. Wir erleben es als sehr schwierig, den Leuten zu sagen, trenne das mal auseinander. Einmal vom Verständnis her. Das ist problematisch. Und es ist umso problematischer zu sagen, da gibt es eine Hilfe, eine Unterstützung – aber diese Unterstützung ist rein krankheitsbezogen. Für Migranten ist das besonders schwierig.“ (I 7)*

Mögen Umetikettierungen von Gruppen im Sinne der Tabu-Sensibilität (siehe Kapitel 3.3.4) manche Zugänge auch erleichtern, können sie dieses grundlegende Problem doch nicht lösen. Um die Attraktivität der (gesundheitsbezogenen) Selbsthilfe für Migrantinnen und Migranten zu erhöhen, wäre eine grundlegende Überarbeitung der Förderlogiken wünschenswert. Es wäre aber schon etwas gewonnen, wenn erkannt werden würde, dass in sozialen („ganzheitlicheren“) Gruppen gesundheitliche Selbsthilfe (mit) betrieben wird (siehe Kapitel 2.2.3) bzw. dass gerade für Migrantinnen und Migranten soziale Gruppen oft das „Sprungbrett“ darstellen (können), um überhaupt die Gründung einer gesundheitsbezogenen Gruppe erwägen zu können.

**Krankheitskonzepte und Selbsthilfe.** Diagnosebasierte Selbsthilfegruppen sehen sich im Kontext differierender Krankheitskonzepte drei grundsätzlichen Herausforderungen gegenüber:

- Erstens spiegelt eine Fokussierung auf die (biomedizinische) Erkrankung bzw. auf den Körper *oder* die Psyche ganz generell ein Krankheitsverständnis wider, das einem Teil der Migrantinnen und Migranten fremd erscheinen muss.<sup>116</sup> Solange die soziale Dimension der Erkrankung bzw. des Krankheitsprozesses (augenscheinlich) ausgeklammert wird, solange die Selbsthilfe – aus Sicht der Betroffenen – den Kranken primär als Symptomträger und weniger als sozial eingebetteten Menschen behandelt (Krankheits- statt Personenorientierung), kann sie nur bedingt attraktiv sein. Kurzum: Um für Migrantinnen und Migranten attraktiver zu werden,

---

<sup>116</sup> Ausdrücklich sei an dieser Stelle betont, dass wir natürlich *nicht* wissen, in welchem *quantitativem* Umfang diese Sichtweise in den migrantischen Communities anzutreffen ist. Dies gilt auch für die beiden anderen hier genannten Herausforderungen.

sollte sozialen Themen der ihnen gebührende Stellenwert eingeräumt werden bzw. ist transparent zu machen, dass dies der Fall ist<sup>117</sup> (siehe Kapitel 3.1.1).

- Zum zweiten ist die Art und Weise wie Symptome zu Krankheiten „verdichtet“ oder als solche kategorisiert werden, zwischen Medizinsystemen mitunter sehr unterschiedlich. So finden „unsere“ biomedizinischen Kategorien, die auch diagnosebezogenen Gruppen als Label bzw. Rekrutierungskriterium gelten, in volksmedizinischen Systemen nicht immer eine Entsprechung – und umgekehrt. Abgesehen davon, dass auf manche Krankheitsbezeichnungen aufgrund ihrer stigmatisierenden Wirkung generell verzichtet werden sollte, spricht dies dafür, Gruppen nicht (primär) um einzelne Diagnosen zu organisieren, sondern einen breiteren Ansatz zu verfolgen – und zwar nicht nur mit Blick auf die Gruppenbezeichnung, sondern auch, entscheidender, mit Blick auf das Selbstverständnis der Gruppen (indikationsübergreifende Gruppen).
- Drittens. Sollten die Mitglieder einer gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppe unterschiedliche Krankheitsverständnisse haben, birgt dies *per se* ein gewisses Konfliktpotential. Auch steht die Art und Weise, wie Menschen Krankheit und Heilung erleben, sie erzählerisch verarbeiten (können), in einem „Spannungsfeld zwischen individueller Kreativität und gesellschaftlich vorgegebenen erzählerischen wie medizinischen Mustern und Themen.“<sup>118</sup> Die Narrative und Metaphern, die Betroffene nutzen, um ihr Erleben in Worte zu fassen, sind kulturell stark geprägt. Vor diesem Hintergrund dürfte die Kommunikation in interkulturellen Gruppen vor besondere Herausforderungen gestellt werden. Wie es eine Expertin der amerikanischen Selbsthilfeszene formulierte:

*„When asked why they [people from black and ethnic communities, SIM] weren't in peer programs, many expressed concerns about not feeling understood or accepted. Even those who do use peer support felt that peer programs are sometimes disrespectful toward their cultural beliefs and values, even though the membership is caring. Some people feared "rocking the boat" by openly expressing their cultural views and lifestyles in peer programs.“<sup>119</sup>*

Insofern auch im industrialisierten Westen medizinische Sichtweisen zu finden sind, die sich gar nicht oder nur teilweise biomedizinischen Wurzeln verdanken – wie z.B. die anthroposophische Medizin, die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) oder die Homöopathie<sup>120</sup> – sollte dieses Problem allerdings nicht auf das Thema Migration verengt werden, wenn es hier auch besonders deutlich wird.

Gegenseitige Wertschätzung, Offenheit bzw. gleichberechtigte Begegnung der Mitglieder setzt letztlich voraus, dass alle Beteiligten auch eine selbstreflexive Haltung gegenüber ihrer (jeweils) eigenen Kultur einnehmen (können) und Machtasymmetrien zwischen der Mehrheit und der Minderheit zum Thema gemacht werden (interkulturelle Orientierung). Auch wenn wir kein empirisch abgesichertes Wissen darüber haben, wie in Deutschland *interkulturelle* Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich funktionieren, verweist dies doch auf den Bedarf nach interkulturellen Schulungsangeboten für Selbsthilfegruppen. Zumindest sollte von den Selbsthilfeunterstützern ein entsprechendes Angebot zur Verfügung gestellt werden (können).

---

<sup>117</sup> Dass auch in diagnosebasierten Gruppen nicht nur über Krankheit, sondern über viele Themen gesprochen wird, ist nicht nur Personen mit Migrationshintergrund oft nicht bewusst. Dies ist vor allem mit Blick auf Migranten proaktiv herauszustellen.

<sup>118</sup> Eschenbruch (2013: 140).

<sup>119</sup> NAMI & UIC (National Alliance on Mental Illness & University of Illinois) (2010: 2).

<sup>120</sup> Hier zeigen sich durchaus Parallelen zu den oben skizzierten Krankheitsauffassungen. Etwa wenn die Homöopathie die Auffassung vertritt, „dass so etwas wie verallgemeinerbare körperliche Krankheiten gar nicht existiere, sondern jeder Kranke vollkommen individuell anhand seiner gesamten Lebenssituation und Persönlichkeit diagnostiziert und behandelt werden muss“ (Eschenbruch 2013: 144).

Folgt man Szmidt,<sup>121</sup> lässt sich dieser Bedarf bereits aus den unterschiedlichen Verhaltens- und Kommunikationsmustern bei Menschen mit Migrationshintergrund ableiten, können diese doch, in ihren Worten, „eine deutschsprachige Selbsthilfegruppe (...) überfordern.“ Mit Blick auf gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen gibt sie generell zu bedenken:

*„Häufig sind Selbsthilfegruppen eher in der Lage, diese Geduld aufzubringen, wenn die/der Neue aus dem gleichen Kulturkreis kommt, als wenn das neue Gruppenmitglied aus einer fremden Kultur stammt. Bei „schwer erreichbaren“ Migrant/innen funktionieren gesundheitsorientierte Selbsthilfegruppen eher mit Mitgliedern aus gleichen oder ähnlichen Kulturkreisen und gleicher Sprache. Kulturelle Aspekte im Umgang mit Gesundheitsthemen können in homogenen Selbsthilfegruppen dann leichter Berücksichtigung finden als bei Selbsthilfegruppen mit Teilnehmer/innen aus heterogenen Kulturkreisen.“<sup>122</sup>*

Wenngleich vielen fremdkulturellen Medizinsystemen die Vorstellung, dass das Reden über Krankheiten bzw. der Austausch mit Gleichbetroffenen etwas bringen kann, fremd ist, heißt dies doch *nicht*, dass Migranten, die eine solche volksmedizinische Weltsicht teilen, nicht für die gesundheitsbezogene Selbsthilfe gewonnen werden könnten – dies belegt bereits die Praxis. Die beste Zugangsbahnung besteht sicherlich darin, selber die Erfahrung machen zu können, dass Reden bzw. dass ein solcher Austausch wirklich helfen, bzw. dies von gleichbetroffenen und vertrauenswürdigen Migranten gespiegelt zu bekommen. Methodisch bedeutet dies zum einen, Möglichkeits- oder Erfahrungsräume zu schaffen und/oder muttersprachliche Lotsenmodelle zu entwickeln (siehe hierzu Kapitel 3.3.). Zum anderen ist in der Informationspolitik klar herauszuarbeiten, welche Vorteile ein *peer-to-peer*-Ansatz gegenüber dem Austausch mit Professionellen hat (siehe Kapitel 3.1).

Dass Patienten mit Migrationshintergrund den Ärzten tendenziell „eine wesentlich höhere Verantwortung für ihre Gesundheit und Krankheit zuschreiben als sich selbst“<sup>123</sup> bzw. als (Herkunfts-)Deutsche dies tun, wurzelt mit in den oben skizzierten Erkrankungskonzepten.<sup>124</sup> Will man diesen Personenkreis (noch stärker) für die gesundheitsbezogene Selbsthilfe gewinnen, empfiehlt es sich daher, diesem tief verankerten Wunsch nach Expertenwissen gerecht(er) zu werden, etwa durch stärkere Fokussierung auf fachliche Inputs (Vorträge etc.) oder durch die Möglichkeit professioneller Anleitungen (siehe Kapitel 3.3.1).

## 2.4 Fazit

**Weiterentwicklung der institutionalisierten Selbsthilfelandchaft.** Die Wirkungen, die gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen entfalten (können), können durch andere Formate nicht in Gänze kompensiert werden. Dies gilt insbesondere für den Aspekt des Empowerments. Von außen („objektiv“) betrachtet, lässt sich hieraus zweifelsohne ein Bedarf an gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen ableiten. Dass Menschen mit Migrationshintergrund mit ihren Gesundheitsanliegen eher selten bei einer Selbsthilfekontaktstelle um Unterstützung anfragen, bedeutet weniger, „dass Selbsthilfegruppen keine geeignete Möglichkeit für den Umgang mit gesundheitlichen (...) Problemen bei Menschen mit Migrationshintergrund sein könnten“<sup>125</sup> sondern dass die sprachlichen, kulturellen und sozialen Hürden zu hoch sind bzw. dass das Thema Gesundheit in anderen Formaten

---

<sup>121</sup> Szmidt (2014b: 53).

<sup>122</sup> Szmidt (2014b: 54).

<sup>123</sup> Kofahl (2007b: 7).

<sup>124</sup> Hier sind natürlich auch noch andere Faktoren bedeutsam. Hier ist nicht zuletzt die in den westlichen Industriegesellschaften in den 60er Jahren immer stärker werdende Hinterfragung der gesellschaftlichen Autoritätsverhältnisse zu nennen, in deren Zuge auch die bisherige Monopolstellung der Ärzte als (Allein-)Wissende hinterfragt wurde (Borkman 2008: 219).

<sup>125</sup> NAKOS (2012: 21),

kultursensibler bearbeitet wird. Interkulturelle Öffnung heißt eben auch, anzuerkennen, dass manche alternativen Formate potenziell hilfreiche Unterstützungsformen im Falle von Krankheit und Behinderung darstellen können. Eine in der Selbsthilfearbeit sehr erfahrene Fachkraft brachte dies so auf den Punkt:

*„Ich finde Selbsthilfe ist nicht was für jeden Menschen. Egal mit welchem Hintergrund. Und ich finde auch, warum ist es denn schlecht, diesen großen Nutzen der Familie ... Also wenn es klappt in Familien, die Sachen zu klären, warum lässt man ihnen das nicht? Warum muss man ihnen sagen <Es gibt, was Besseres>. Weil ich denke, so ein familiärer Zusammenhalt ist sehr anstrengend zum Teil, aber es gibt nicht mehr Verbindlichkeit und Bedingungslosigkeit als in einer Familie. Und es trägt ja auch sehr zu Gesundheit bei, diese Stütze zu haben. (...) Und das wird von manchen Selbsthilfeaktiven oft vergessen. Man sagt, dies müsst ihr machen, das...“ (I 29).*

Gleichwohl kann es keine „Patentrezepte“ für erfolgreiche Öffnungs- bzw. Rekrutierungsstrategien bzw. für die Weiterentwicklung der institutionalisierten Selbsthilfelandschaft geben. Dazu ist die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund bzw. sind die sprachlichen, kulturellen und sozialen Herausforderungen viel zu heterogen. Ein genereller Handlungsbedarf lässt sich allerdings postulieren: Der Aufbau muttersprachlicher Gruppen kann als unverzichtbar gelten – insbesondere im Bereich psychischer Erkrankungen und von Suchtproblematiken (siehe Kapitel 3.2). Im Falle kleinerer Sprachgruppen sollte der Aufbau internationaler/mehrsprachiger Gruppen ins Auge genommen werden, ein Weg, der in München etwa von Donna Mobile beispielhaft verfolgt wird.<sup>126</sup> Die Erwartung, dass Migrantinnen und Migranten, die weniger sprachmächtig und/oder weniger „integriert“ sind, *einzel*n in „deutsche“ Gruppen gehen, dürfte vor dem Hintergrund der verbreiteten (sprachlichen) Diskriminierungserfahrungen und kultureller Unterschiede eher die Ausnahme als die Regel sein – als Rekrutierungsstrategie scheidet ein solcher Ansatz aus.

Theoretisch lässt sich letzteres über das Konzept der „Gruppenpassung“ (*member-group fit*) fassen bzw. erklären.<sup>127</sup> Allerdings zeigen US-amerikanische Forschungen zur „Gruppenpassung“, dass eine entsprechende Gestaltung des allerersten Treffens manche Passungsprobleme obsolet werden lassen kann. Hier kommt der Gruppenleitung eine zentrale Bedeutung bzw. Verantwortung zu. Dies beginnt bereits im Vorfeld der Treffen.<sup>128</sup> Letztlich geht es darum, (neuen) migrantischen Mitgliedern ein Gefühl des Dazugehörens, des Verstanden-Werdens zu vermitteln. Wie es Löhlein<sup>129</sup> ausdrückte: „Eine Mitarbeit in auf den deutschen Kulturkreis ausgerichteten Gruppen scheitert häufig nicht nur an mangelnden Sprachkenntnissen, sondern daran, dass das Gefühl der Geborgenheit und Akzeptanz fehlt.“ Oder wie es eine unserer Gesprächspartnerinnen fasste: „Für Migranten sind zwei Fragen wichtig: Wer hört mich? Wer interessiert sich für mein Problem? Von deutschen Gruppen nimmt man das erstmal nicht an.“ (I 5)<sup>130</sup>

---

<sup>126</sup> Siehe hierzu die Präsentation von der Geschäftsführerin des Vereins, Frau Palacek, auf dem Fachtag „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“; abrufbar über die Webseite des Selbsthilfezentrums München.

<sup>127</sup> Luke, Roberts& Rappaport (1993).

<sup>128</sup> Auf Seiten der bestehenden Gruppen setzt dies eine beträchtliche Reflexionsbereitschaft voraus. Um nur zwei Aspekte zu nennen: „(1) Be aware of how your group appears to the newcomer and also how your group might react differently to different types of potential members. (2) Be clear about who your group is for. Every group is intended for certain types of people. Make sure that this clear to potential members.“ (Luke, Roberts& Rappaport 1993: 235). Dies verweist auf die große Bedeutung des Erstkontaktes. Die Strategie, die eine unserer Gesprächspartnerinnen entwickelt hatte, ist in dieser Hinsicht sicherlich nachahmenswert: „Ich fordere in einem Faltblatt auf, dass man sich anmelden soll – was natürlich nicht passiert, aber bei den Neuen schon. Wenn die schreiben oder anrufen, dann erkläre ich denen das [wie es abläuft, was wir machen etc. SIM]. Damit kann man im Vorfeld viel klären und man kann sich als Leitung auch besser vorbereiten“ (I 8).

<sup>129</sup> Löhlein (2007: 10).

<sup>130</sup> Dies muss vor dem Hintergrund gesehen werden, dass – wie es Eribon (2017: 50) kürzlich prägnant ausdrückte – „jede Begegnung zwischen zwei Personen (...) immer auch die gesamte Geschichte der sozialen Strukturen, der etablierten Hierarchien und der von diesen eingesetzten Herrschaftsweisen“ enthält. *Insofern* für Migrantinnen und Migranten Ausgrenzungen und Stigmatisierungen durch die Mehrheitsgesellschaft alltäglich sind und sich nicht-migrantische

Unbeschadet dessen sollte die (gesundheitsbezogene) Selbsthilfe die vielfältigen Thematisierungsstrategien und Gestaltungsprinzipien zur Kenntnis zu nehmen, die in anderen Selbsthilfeformaten praktiziert werden (siehe hierzu Kapitel 3). Denn es hat „wenig Sinn, den Migranten das im deutschen Kulturkreis bewährte System [der Selbsthilfe, SIM] einfach überstülpen.“<sup>131</sup> Oder wie es eine selbsthilfeeerfahrene Leiterin einer Fortbildungsstätte uns gegenüber formulierte:

*„Ich habe so den Eindruck, dass viele so Sachen werden so gemacht, wie sie für Deutsche gemacht werden. Die sind natürlich an alle gerichtet, aber es gibt keine anderen Programme oder so für Migranten. Wenn man mehr Menschen erreichen will, reicht es nicht, dass man sagt, die Leute können kommen – man muss wirklich so Brücken schaffen, Verbindungen. Das gilt auch die Selbsthilfe.“ (I 3).*

Der Fachverband für Drogen und Rauschmittel fasste seine diesbezüglichen Erkenntnisse in den Worten zusammen:

*„Selbsthilfegruppen müssen und können nicht so entstehen und funktionieren, wie es aus den hiesigen Gewohnheiten heraus erwartet wird. Sie können nur entstehen und funktionieren, wenn ein tatsächlich anderes Selbstverständnis, ein anderes Verständnis von Rauschmittelproblemen, von Hilfe und Selbsthilfe zugelassen wird und Spielräume zu einer autonomen Gestaltung und Entwicklung bestehen.“<sup>132</sup>*

Generell sollten – zumindest in einem ersten Schritt – offenere, ganzheitlichere Formate angeboten bzw. entwickelt werden (siehe Kapitel 3.4). Es ist anzuerkennen, dass gerade für Migrantinnen und Migranten selbst schwere Krankheiten unter Umständen erst einmal im Hintergrund stehen können. Kurzum: Die Migrantinnen und Migranten sind „da abzuholen, wo sie stehen – auch mit ihren gesundheitlichen Fragestellungen“ (I 14). Niederschwellige Einrichtungen wie die oben erwähnten Frauencafés, in denen neben einer Vielzahl gesundheitlicher Fragestellungen auch soziale Themen angesprochen und soziale Aktivitäten organisiert werden, weisen hier sicherlich einen Weg (siehe auch Kapitel 3.4). Hieraus können sich fokussiertere Gesundheitsgruppen im Sinne der „klassischen“ Selbsthilfe entwickeln.

Die Frage ist, wo gegebenenfalls Grenzen gezogen werden müssen, sprich: wo Erwartungshaltungen kaum zu erfüllen sind. So wirft die stärkere Erwartung nach praktischer Unterstützung (siehe Kapitel 2.1) diesbezüglich immer wieder Probleme auf. Wie es ein Vertreter einer gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisation formulierte:

*„Was auffällig ist, dass Leute kommen, die andere Formen der Hilfe erwarten als die Selbsthilfe. Die erwarten entweder therapeutische Leistungen oder aber auch finanzielle Unterstützung. Und beides können wir nicht liefern. Und das ist vielleicht die Hälfte [der Migranten, die kommen (SIM)]. Die andere Hälfte merkt, dass sie nicht verstanden wird. Diese Erwartungen gibt es natürlich auch bei Deutschen. Bei Migranten ist es aber stärker ausgeprägt. Bei Deutschen oder, wie soll man sagen, die können den Begriff Selbsthilfe besser einschätzen. Die wissen, dass dort nicht der Therapeut ist. Und da sind max. 10%, die sagen, sie brauchen finanzielle Unterstützung. Bei den ausländischen Damen und Herren ist das anders. Die kennen das Konzept, glaube ich, nicht.“ (I 24).*

---

Gruppenmitglieder diese Abwertungen (und die mit ihr einhergehende Verletzungen) nicht vorstellen können bzw. sie diese nicht wahrnehmen (wollen), besteht in der Tat ein unverrückbarer Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Das Gefühl des „Verstanden-Werdens“ zu vermitteln, ist unter diesen Voraussetzungen sehr anspruchsvoll und weist weit über die Notwendigkeit, (beidseitig) seine eigene *kulturelle* Gebundenheit zu reflektieren, hinaus. Es erfordert die Anerkennung des Leidens des („migrantischen) Anderen“ an der von der Mehrheitsgesellschaft aufrechterhaltenen *sozialen* Welt.

<sup>131</sup> Ünal (2007: 12).

<sup>132</sup> FDR (Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.) (2011: 87).

**Migration und Diversität.** Die derzeit mangelnde Migrationsgerechtigkeit der „klassischen“ (gesundheitsbezogenen) Selbsthilfelandchaft festzustellen, ändert aber nichts daran, dass wir von einem Denken lösen sollten, das Personen mit und ohne Migrationshintergrund als zwei klar abgrenzbare Gruppen bestimmt. Von *den* Problemen *der* Menschen *mit Migrationshintergrund* versus den Menschen ohne eine solchen zu sprechen heißt nicht nur die beträchtliche Heterogenität innerhalb der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund auszublenden (siehe Kapitel 1.3) bzw. diese gegenüber der Migrationserfahrung als sekundär zu erachten, sondern diese Probleme auch als (migrantische) Sonderfälle zu betrachten. Dies ist aber doppelt falsch: Zum einen haben nicht alle Personen mit Migrationshintergrund Probleme, Zugang zu gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen zu finden (siehe Kapitel 2.2.4). Zum anderen dürften auch viele Personen ohne Migrationshintergrund eine Reihe ähnlicher Probleme haben (z.B. Informationsmängel, geringe sprachliche Ausdrucksfähigkeit, Diskriminierungserfahrungen).

Damit soll nicht die Relevanz in der obigen Abbildung (Kapitel 2.3.4) summarisch aufgelisteten Zugangsbarrieren von Migrantinnen und Migranten zur „klassischen“ Selbsthilfe gelehrt werden, sondern sollen lediglich die Herausforderungen in einem größeren Zusammenhang verortet werden. Bei Menschen mit Migrationshintergrund zeigen sich manche der aufgelisteten Probleme eben in besonders zugespitzter Form.

**Interkulturelle Öffnung.** In diesem Sinne heißt interkulturelle Öffnung der Selbsthilfe nicht, dass Migrantinnen und Migranten im gleichen Umfang wie (Herkunfts-)Deutsche in der (gesundheitsbezogenen) Selbsthilfe engagiert sind. Sondern dass sie – unter Berücksichtigung / Anerkennung der bestehenden sprachlichen, kulturellen und sozialen Eigenheiten – die *gleichen* Zugangschancen haben wie die nicht-migrantischen Bevölkerungsmehrheit. Grundsätzlicher: Es geht um die Ausgestaltung der Selbsthilfelandchaft in einer Art und Weise, dass *alle* Bürgerinnen und Bürger ungeachtet ihrer Herkunft, ihres Geschlechtes, ihres Alters aber auch ungeachtet ihrer sozialen und ökonomischen Ressourcen *gleichberechtigt* Zugang zur institutionalisierten Selbsthilfe finden *können*. Dies entspricht nicht nur der Leitlinie Gesundheit<sup>133</sup> sondern dem *Diversity*-Ansatz im Allgemeinen, dem sich die Landeshauptstadt München seit Jahren verpflichtet fühlt.<sup>134</sup> Diversität heißt, die vorzufindende Vielfalt anzuerkennen und bezieht sich damit nicht nur auf die nationale, ethnische und kulturelle Zugehörigkeit sondern auch auf Kategorien wie Geschlecht/Gender, Alter, sexuelle Orientierung, körperliche Beeinträchtigung oder Weltanschauung.

---

<sup>133</sup> So findet sich etwa in Abschnitt 3.1 der Leitlinie Gesundheit folgende Selbstverpflichtung: „Die Landeshauptstadt München ermöglicht allen Menschen, die in München wohnen, den Zugang zu einer umfassenden und adäquaten gesundheitlichen Prävention und Versorgung, unabhängig von ihrem sozialen Status, ihren finanziellen Möglichkeiten sowie unabhängig von kultureller Zugehörigkeit, Minderheitenstatus, Alter, Geschlecht und sexueller Identität.“ (Landeshauptstadt München (Referat für Gesundheit und Umwelt), 2010).

<sup>134</sup> Genannt sei hier insbesondere die 2008 erfolgte Verabschiedung des Interkulturellen Integrationskonzepts (Landeshauptstadt München (Sozialreferat), 2008).

### 3. Bausteine / Strategien interkultureller Öffnung

#### 3.1 Informationsstrategien entwickeln

Insbesondere den weniger sprachmächtigen Migrantinnen und Migranten und/oder den wenig integrierten Einwanderern sind das Konzept der „klassischen“ Selbsthilfe und die verschiedenen Institutionen der Selbsthilfeunterstützung kaum bekannt. (Dass dies auch für große Teile der Mehrheitsgesellschaft gilt, ändert hieran nichts). Fast alle unsere Gesprächspartner waren sich darin einig, dass die „klassische Öffentlichkeitsarbeit“, die primär auf Auslegung von Flyern und auf Aushänge setzt, wenig geeignet ist, um Menschen mit Migrationserfahrung für die gesundheitsbezogene Selbsthilfe zu gewinnen; geschweige denn, sie zu motivieren, Gruppen zu gründen. Selbst muttersprachliche Flyer und Aushänge sind *für sich allein* wenig wirkungsvoll. Sofern sie Erwartungen auf die Möglichkeit einer muttersprachlichen Beratung wecken, *können* sie sogar – wird eine solche nicht angeboten – kontraproduktiv sein.

*„Mit der Sprache ist es eh schwierig. Wir haben zehn fremdsprachige Faltblätter kreiert. Aber das ist ein Schmarren – meines Erachtens. Wir müssen ... leichte Sprache wählen und andere Zugänge schaffen, persönliche Zugänge. Aber es ist sinnlos ein russischsprachiges Faltblatt anzubieten, wenn keine von uns Russisch kann. Wenn er sich auf Russisch meldet, können wir nur sagen <Tut mir leid, ich kann leider kein Wort Russisch.> Wenn ich ein russischsprachiges Faltblatt habe, dann muss ich... Sonst verspreche ich was, was ich nicht halten kann. Also leichte Sprache ist wichtig.“ (I 8).*

*„Und dann ruft jemand an, weil er denkt, hier ist jemand, der spricht Arabisch. Und dann? Das macht nur Sinn, wenn man muttersprachliche Mitarbeiter hat. Das, denke ich, macht ganz viel aus.“ (I 29).*

Zudem ist zu bedenken, dass nicht alle Menschen ihre Muttersprache in der Schrift beherrschen. Wenngleich dies für Migranten wie für Nicht-Migranten gilt,<sup>135</sup> dürfte der Anteil bei ersteren höher sein. Dies gilt insbesondere für die jüngst Geflüchteten<sup>136</sup> – und hier wiederum in besonderen Maße für die Frauen:

*„Bei der Sprache spielt nicht nur die verbale Sprachekompetenz eine große Rolle. Viele Frauen sind auch Analphabetinnen. Das gibt es ja auch immer wieder in den Communities. (...) Das wird manchmal vergessen. Viele der neu geflüchteten Frauen aus Afghanistan, Syrien, Irak sind oft gar nicht zur Schule gegangen oder nur zwei Jahre. D.h. sie beherrschen ihre Muttersprache auch nicht in der Schrift und die deutsche schon gar nicht. D.h. sie kommen nicht an Informationen. Wir erleben immer wieder, was das für ein Aufwand ist, auch wenn wir in die Unterkünfte gehen. Das dann zu vermitteln. Wie sollen die dann von solchen Angeboten erfahren?“ (I 14).*

Dies verweist nochmals auf die Bedeutung zugehender Arbeit. Temucin, die mit ihren Kollegen kürzlich versucht hatte, Personen mit russischen oder türkischem Hintergrund für Selbstmanagementkurse für Menschen mit chronischen Erkrankungen zu gewinnen, fasste ihre Erfahrungen mit den Worten zusammen:

*„Einfache Öffentlichkeitsarbeit (Auslegung von Flyern in Praxen, Kliniken etc.), auch mit übersetzten Materialien, erreicht die Menschen nicht, nur die direkte Ansprache durch Verantwortliche vor Ort hat sich als zielführend erwiesen, ebenso die Mund-zu-Mund-Propaganda in den kulturellen Netzwerken. Menschen mit Migrationshintergrund können durch*

---

<sup>135</sup> Eine 2011 vorgelegte Studie kam zu dem Ergebnis, dass in Deutschland rund 14,5% aller Personen funktionale Analphabeten sind, also allenfalls einzelne Sätze lesen oder schreiben können und schon mit kürzeren zusammenhängenden Texten überfordert sind (siehe: [https://www.kantartns.de/sofo/\\_pdf/ww1101\\_0600\\_news.pdf](https://www.kantartns.de/sofo/_pdf/ww1101_0600_news.pdf)).

<sup>136</sup> Geflüchtete, die zwischen 2013 und 2016 nach Deutschland gekommen sind, handelte es sich bei 15 Prozent um Erstschriftlernende (d. h. in keinem Schriftsystem alphabetisiert). Scheible (2018).

*gezielte Netzwerkarbeit vor Ort gewonnen werden. Die Netzwerkarbeit ist aufwendig, basiert auf Vertrauen und Beziehungen und Kontinuität.*<sup>137</sup>

Ähnlich formulierte es NAKOS, die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen<sup>138</sup>:

*„Flyer und anderes Informationsmaterial haben sich zur ersten Kontaktaufnahme nicht bewährt. Selten folgt jemand einer Einladung ausschließlich auf Grund eines Flyers. Hier ist persönlicher Kontakt notwendig“*

Einer unserer Gesprächspartner betonte mit Blick auf eine jährlich stattfindende mehrtägige Psychoedukationsveranstaltung für türkischsprachige Personen den hohen Stellenwert von Mund-zu-Mund-Propaganda:

*„Für die Veranstaltung haben wir 3.000-3.500 Flyer verschickt. Und wenn ich da am letzten Abend drinnen sitze und frage, wie seid Ihr denn jetzt draufgekommen, habt Ihr unseren Flyer gelesen, dann heißt es: <Flyer?> Das geht ins Leere. Und wenn ich dann frage <Wie seid Ihr denn auf uns gekommen?> dann heißt es: <Meine Nachbarin hat gesagt, dass ihre Schwägerin das letzte Mal... und das sei doch auch was> Und dann kommen die. Also es ist voll.“ (I 10).*

### 3.1.1 Bewerbungs- und Informationsmaterialien

**Inhaltliche Aspekte.** Bei der (Weiter-)Entwicklung von Flyern und anderen Materialien zur Bewerbung der Selbsthilfe ist – unabhängig davon, ob es sich um mutter- oder deutschsprachliche Materialien handelt – generell auf eine möglichst einfache Sprache und andere Merkmale der interkulturellen Öffentlichkeitsarbeit zu achten (z.B. kulturell unterschiedliche Bedeutungen von Symbolen und einzelnen Farben).<sup>139</sup> In inhaltlicher Hinsicht sollten neben einer kultursensiblen Erklärung des „westlichen“ Selbsthilfeansatzes möglichst auch Antworten auf folgende Frage gegeben werden:

- Was bringt der Austausch mit Gleichbetroffenen? Wie an anderer Stelle dargestellt, ist der potenzielle Mehrwert eines solchen Austausches gerade für Migrantinnen und Migranten oft nicht erkennbar (siehe Kapitel 2.3.3).<sup>140</sup> In dem Zusammenhang ist auch herauszuheben, was der Mehrwert von *peer-to-peer*-Gesprächen gegenüber dem Gespräch mit Ärzten oder anderen Fachleuten ist. In einem Leitfaden des Nationalen Bündnisses für psychischen Gesundheit der USA heißt es diesbezüglich:

*„Thus, your outreach efforts may be enhanced if you clearly describe what kinds of help are available from peers that aren't obtainable from professionals, peers can tell you which programs deliver poor services while professionals may hesitate to criticize other colleagues. As another example, peer may have better knowledge regarding free or low-cost resources in the community. You may need to “sell” the benefits of self-help to people who are familiar with formal, professional services.“<sup>141</sup>*

Grundsätzlich ist der Mehrwert des Formats Selbsthilfe klar(er) zu machen:

*„Und man muss auch sagen, was nutzt es? Die meisten Leute sind ja schon praktisch. Und wollen wissen, was bringt es? Wenn man z.B. sagt, wir wissen, dass, wenn jemand in so*

---

<sup>137</sup> Temucin et al. (2018).

<sup>138</sup> NAKOS (2012: 50).

<sup>139</sup> Landeshauptstadt München (Stelle für interkulturelle Arbeit) (2013: 6-16). So ist, um nur ein Beispiel zu nennen, etwa zu bedenken, dass Nationalflaggen für manche ethnische Gruppen nicht Vielfalt ausstrahlen, sondern ein Symbol für Repressalien sein können.

<sup>140</sup> Allerdings gilt dies keineswegs nur für Migrantinnen und Migranten. Wie eine unserer Gesprächspersonen selbstkritisch bemerkte: „Ich habe damals darin überhaupt keinen Sinn gesehen. Warum soll ich mit Leuten unterhalten, die das gleiche Problem haben? Weil bei Neurodermitis ist jeder Krankheitsverlauf anders. Das hat mich überhaupt nicht interessiert.“ (I 13).

<sup>141</sup> NAMI & UIC (National Alliance on Mental Illness & University of Illinois) (2010: 11)

*einer Gruppe ist, wird er vielleicht schneller gesund: Weniger Rückfälle in seiner Krankheit, das haben Studien nachgewiesen. Und daher denken wir, dass wäre sicherlich interessant.“ (I 3).*

- Kann man sich in Gruppen auch mal den Rat von Fachexpertinnen und -experten holen? Gibt es Fördermöglichkeiten, um sich als Gruppe professionellen Rat zu holen? (siehe Kapitel 3.3.1).
- Wird in gesundheitsbezogenen Gruppen nur über Krankheiten gesprochen? Gerade für Migranten ist es wichtig zu wissen, dass selbst in diagnosebezogenen Gruppen nicht nur über die Krankheit gesprochen wird. Dass mit der Selbsthilfe auch „andere Themen bearbeitet werden können“, kann vor diesem Hintergrund „eine freudige Erkenntnis“ darstellen.<sup>142</sup> Eine Aussage, wie sie etwa Bodur, die eine Depressionsgruppe für bosnische Frauen gegründet hat, formulierte, könnte helfen, „Eis zu brechen“: „Wir reden aber nicht nur über unsere gesundheitlichen Beschwerden, sondern über alles, was uns Sorgen macht und uns belastet.“<sup>143</sup>
- Wie wird Vertraulichkeit gesichert? Für Migrantinnen und Migranten ist dieser Punkt tendenziell noch wichtiger als für (Herkunfts-)Deutsche: Zum einen sind die ethnischen Netzwerke oft relativ klein („jeder kennt jeden“). Dies lässt – vor allem bei muttersprachlichen Gruppen – schnell Ängste entstehen, dass das Gesagte in der eigenen Community „die Runde machen könnte.“ Zum anderen sind aufgrund der stärkeren Stigmatisierung von bestimmten Krankheitsbildern und der ausgeprägteren Familienorientierung die Ängste stärker, in einem solchen Fall „das Gesicht zu verlieren“, sei es das eigene oder das der Familie.

Unabhängig hiervon ist zu bedenken, dass selbst in Ländern, in denen es gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen gibt, diese sehr unterschiedlich bewertet werden (können).<sup>144</sup> In entsprechenden muttersprachlichen Infomaterialien wäre hierauf einzugehen.

**Muttersprachliche Materialien.** Wenngleich die Bedeutung muttersprachlicher Materialien für eine erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit nicht überbewertet werden sollte (siehe oben), können sie doch wichtige Instrumente in der aufsuchenden Arbeit und in der Arbeit mit Multiplikatoren bzw. für deren Aufklärungsarbeit sein.

### 3.1.2 Zugehende Ansprache und Netzwerkarbeit

Grundsätzlich kann die zugehende Ansprache der Zielgruppe bzw. migrantischer Betroffener entweder über die Selbsthilfeunterstützer selbst (z.B. durch deren Präsenz bei Festen in Communities) oder durch Dritte erfolgen. Als besonders erfolgversprechend hat sich die indirekte Ansprache durch muttersprachliche Selbstorganisationen bzw. Multiplikatoren vor Ort, Respekt- / Vertrauenspersonen außerhalb der Communities, niederschwellige Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, in denen die Zielgruppe verkehrt, und (muttersprachliche) Menschen mit Migrationshintergrund erwiesen. Im Regelfall setzt dies natürlich eine intensive Netzwerkarbeit im Vorfeld voraus.

---

<sup>142</sup> Netzwerk SH (2013:28).

<sup>143</sup> Bodur (2007: 9).

<sup>144</sup> Um aus einem unserer Gespräche zu zitieren: „Ja, sie haben in Japan Selbsthilfegruppen, die haben aber für die Allgemeinbevölkerung ein ganz negatives Bild. Und zwar hat man den Eindruck, dass das etwas Sektiererisches ist – das geht eher in den Bereich „es ist ganz abgeschlossen“, „nicht öffentlich zugänglich“. Es gibt die Anonymen Alkoholiker und es gibt Selbsthilfegruppen für Suchtkranke. Die haben aber ein ganz negatives Image. (...) Das, was wir [hier in München, SIM] unter Selbsthilfe verstehen, hat in Japan einen eher negativen, sektiererischen Charakter.“ Japaner, denen unser Konzept unbekannt ist, würden daher niemals auf die Idee kommen, „bei gesundheitlichen Problemen eine Selbsthilfegruppe aufzusuchen.“ (I 14).

**Migrantenselbstorganisationen.** Wie oben dargestellt, stellen MSOen wichtige Ressourcen bereit, die Einwanderer in die Lage versetzen, sich in der Mehrheitsgesellschaft zurechtzufinden bzw. sich zu behaupten. Als zentrale Informations- und Beratungsinstanzen bilden sie *die* Brücke zwischen Selbsthilfe und der migrantischen Bevölkerung, vor allem mit Blick auf weniger sprachmächtige bzw. integrierte Migrantinnen und Migranten. *Insofern* sie von der „klassischen“ Selbsthilfe selber überzeugt sind und sie diese Überzeugung mit einschlägigen Informationen an Betroffene weitergeben, könn(t)en sie einen zentralen „Beitrag bei der Aufklärungsarbeit zum Thema Selbsthilfe leisten.“<sup>145</sup>

*„Mundpropaganda von Schlüsselpersonen aus den verschiedensten Communities, bzw. die Vermittlung der Idee durch Migrantenselbstorganisationen, das sind entscheidende Faktoren auf dem Weg, selbsthilfeunkundige Menschen mit der Selbsthilfe vertraut zu machen. Eine fortlaufende Informations- und Kommunikationsarbeit in den Migrantenselbstorganisationen ist wichtig bei der Sensibilisierung für das Thema Selbsthilfe.“<sup>146</sup>*

Und *insofern* in manchen Migrantenselbstorganisationen bereits (informelle) Selbsthilfegruppen zu unterschiedlichen Themen vorhanden sind (siehe Kapitel 2.2.1), stellen sie zudem wichtige Scharniere dar, um bereits bestehende migrantische Gruppen ins „offizielle“ Selbsthilfesystem mit seinen Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten einzubinden.

**Professionelle Dienste.** Sinnvoll ist auch die Kontaktaufnahme zu Institutionen, die bereits engen Kontakt mit Migrantinnen und Migranten haben bzw. diese in ihre alltägliche Arbeit einbeziehen, wie z.B. Fachberatungsstellen, Migrationsdienste, Begegnungsstätten wie Müttercafés, Akteure der quartierbezogenen Bewohnerarbeit oder Projekte wie MiMI und die IntegrationsBrücke. Ziel sollte es sein, dort die entsprechenden Informationen zu verbreiten und Mitarbeitende als Multiplikatoren (und Kooperationspartner) zu gewinnen.

**Respekt-/Vertrauenspersonen außerhalb der Communities.** Mit Blick auf die gesundheitsbezogene Selbsthilfe kommt der Ärzteschaft bzw. kommt den medizinischen Fachinstitutionen (v.a. Krankenhäuser, Ambulanzen) eine besondere Rolle zu. Dank des (sehr) hohen Respektes und des Vertrauens, den Ärztinnen und Ärzte unter Migrantinnen und Migranten genießen (siehe Kapitel 2.3.3), können sie wichtige unterstützende Multiplikatoren des Selbsthilfedankens sein. Dies gilt insbesondere (aber natürlich nicht nur) für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund (die oft einen Patientenstamm aus demselben Kulturkreis haben).<sup>147</sup> Aufgrund seiner eigenen Erfahrung in der Kölner Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen kommt Naz etwa zu der Schlussfolgerung:

*„Zum Schluss kann ich sagen, dass die Entwicklung der türkischsprachigen Selbsthilfegruppen [in Köln, SIM] dynamisch ist. Sie kann vor allem durch eine intensivere Zusammenarbeit mit professionellen Einrichtungen bzw. türkischsprachigen Ärzten und Therapeuten noch weiterbefördert werden.“<sup>148</sup>*

Wenngleich Naz und andere von einer positiven Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft berichten,<sup>149</sup> sollte deren Kooperationsbereitschaft allerdings nicht überbewertet werden. Eine kürzlich vorgelegte Untersuchung zu Selbsthilfeorganisationen zeigt, dass nur etwa die Hälfte von ihnen Ärzte (und Krankenhäuser) als kooperativ einschätzten. Bezüglich der niedergelassenen Arztpraxen schätzten

---

<sup>145</sup> Szmids (2014b: 44).

<sup>146</sup> Netzwerk SH (Netzwerk Selbsthilfe Bremen-Nordniedersachsen e.V.) (2013: 16).

<sup>147</sup> Dass nicht alle Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund einen solchen Patientenstamm haben (wollen), ändert hieran nichts. Entscheidender ist, dass auch „deutsche“ Ärzte und Ärztinnen, die einen „guten Ruf“ in den migrantischen Communities genießen mit einbezogen werden.

<sup>148</sup> Naz (2006: 4).

<sup>149</sup> So schreibt Ebcinoglu (2003), ebenfalls von KISS Köln, mit Blick auf türkische Ärzte: „Die Bereitschaft der Ärzte (...) mit mir zusammenzuarbeiten, ist da. Sie sind von dem Bedarf in diesem Bereich überzeugt.“ Siehe auch: Szmids (2014b: 52).

56,3% der Befragten das Verhältnis sogar als offen „unkooperativ“ ein.<sup>150</sup> In unseren Gesprächen wurde von einer ähnlichen Ambivalenz berichtet, ergänzt um die Aussage, dass viele Ärzte und Ärztinnen wenig bis nichts von der Selbsthilfe und ihren Wirkungsweisen wüssten.

*„Die Ärzte agieren völlig unterschiedlich – auch in Fällen, wo bei den Patienten auch ein sozialmedizinischer Handlungsbedarf offensichtlich sei. Das hat zum einen vermutlich damit zu tun, inwieweit sich Ärzte über das rein Medizinische engagieren können oder wollen. Dann hat es etwas damit zu tun – Stichwort: Selbsthilfe – ob der Arzt, die Ärztin der Meinung ist <Das will ich überhaupt>. Weil da kenne ich von Medizinern beide Meinungen. Die einen sagen, es ist eine wahnsinnige Bereicherung; die anderen <Da lernen die nur irgendeinen Schwachsinn kennen, alternative Heilungsmethoden...>. Das hat ganz viel mit der Haltung des einzelnen Arztes zu tun.“ (I 13).*

*„Zuweisungen vom Medizinbetrieb in die Selbsthilfe, eben um Patienten zu stabilisieren, das findet nicht wirklich statt - weder mit Migranten noch mit Nicht-Migranten.“ (I 12)*

Über die Ärzte und Ärztinnen sollte man aber die „medizinischen Fachangestellten nicht vergessen, die reden mit den Patienten ja noch mehr“ (I 29).<sup>151</sup>

**Menschen mit Migrationshintergrund als Vermittler.** Ideale Vermittelnde sind Menschen mit Migrationshintergrund, die selbst Mitglied in einer „klassischen“ (gesundheitsbezogenen) Selbsthilfegruppe sind und bereit sind, ihr Wissen weiterzugeben. Auf Grund der eigenen Selbsthilfeefahrung kennen sie die Arbeitsweise der Selbsthilfegruppen und können dadurch andere Migrantinnen und Migranten leichter vom Nutzen der Selbsthilfe überzeugen. Es lohnt sich deshalb in jedem Fall zu überlegen, ob Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Selbsthilfegruppen in der eigenen Selbsthilfekontaktstelle möglicherweise für die Rolle eines Multiplikators oder einer Multiplikatorin gewonnen werden könnten.<sup>152</sup>

Aber auch ohne persönliche Selbsthilfeefahrung ist eine effektive Vermittlungsarbeit durch Menschen mit Migrationshintergrund möglich. Dies setzt natürlich deren Wissen um das Konzept der Selbsthilfe und gruppenbezogene Selbsthilfeprozesse voraus. Ist dies gewährleistet, kann solch ein vermittelnder Ansatz sogar erfolversprechender sein als ein „aufsuchende Dialog“ durch Selbsthilfefachkräfte.

*„Wie kommt das bei den Leuten am besten an? Jemand, den Du magst, ist begeistert und erzählt davon. Der Bezugspunkt ist da einfach mehr da, weil man kennt die Person. (...) Wenn die eigenen Leute das in ihre Communities tragen, trägt das vielleicht besser Früchte als wenn jemand von der Kontaktstelle kommt und versucht, da ein Angebot drüber zu stülpen. (...) Es ist einfach am besten, wenn die Leute mit Migrationshintergrund Leute mit Migrationshintergrund ansprechen. Ich kenne das selber. Allein die Tatsache, dass ich hier nicht geboren bin, war da [in Arbeit mit Flüchtlingen, SIM] schon ein Vorteil.“ (I 29).<sup>153</sup>*

Genau hier setzt etwa die Initiative des Netzwerkes Selbsthilfe Bremen-Niedersachsen an, die auf die Ausbildung von gut integrierten Migrantinnen und Migranten als Vermittler setzt.<sup>154</sup> Ein solche Strategie ist natürlich nicht voraussetzungslos. Im Gegenteil. Netzwerkarbeit im Vorfeld sowie Schulung und Begleitung der migrantischen Vermittlungskräfte binden – zeitlich in schwankender Höhe – beträchtliche Ressourcen. Für die meisten Selbsthilfekontaktstelle dürfte eine Realisierung des

---

<sup>150</sup> Kofahl et al. (2010: 734).

<sup>151</sup> Aus dem gleichen Grund haben es sich manche Kontaktstellen zur Aufgabe gemacht, das Konzept der Selbsthilfe auch in Pflegefachschulen vorzustellen. KISS Nürnberg etwa bietet für Krankenpfleger im zweiten oder dritten Ausbildungsjahr sogar einen Selbsthilfefag an.

<sup>152</sup> NAKOS (2012: 34-35).

<sup>153</sup> Allerdings sollte man die beiden Ansätze nicht im Sinne von „entweder – oder“ oder „gut – besser“ gegeneinanderstellen. Beide Ansätze haben ihre Vor- und Nachteile. Sofern ehrenamtliche Migrantinnen und Migranten nicht als Experten wahrgenommen werden, kann ihr Einfluss nämlich sehr schnell sinken, eine Erfahrung, die man auch im migrantischen Selbsthilfeprojekt in Nürnberg gemacht hat.

<sup>154</sup> Netzwerk SH (2013).

Ansatzes im Tagesgeschäft, d.h. ohne gesonderte Projektmittel, nicht umzusetzen sein. Die Herausforderungen des Bremer Ansatzes verdeutlichen dies:

- Kontaktstellen nehmen Kontakt mit Migrantenselbstorganisationen auf (Informieren über Projekt, Unterstützung beim Finden von geeigneten Unterstützerinnen / Unterstützern)
- Suche nach / Rekrutierung von interessierten muttersprachlichen Unterstützerinnen / Unterstützern (nur gute Deutschkenntnisse als Voraussetzung / Ehrenamtlichkeit)
- Ausbildung der muttersprachlichen Personen durch Kontaktstellen (3 Module à 5 Stunden)
- Unterstützerinnen / Unterstützer identifizieren mögliche Themen für Selbsthilfegruppen in ihren Communities und entwickeln diese im Dialog mit den Kontaktstellen weiter.
- Muttersprachliche und persönliche Bewerbung der Gründungsideen durch Unterstützerinnen / Unterstützer (*ggf.* Modifizierung der Ideen; Aufgreifen neuer Vorschläge)
- Unterstützerinnen und Unterstützer begleiten neue Gruppen in der Gründungsphase und übernehmen zeitweilig die Gruppenleitung – bei Selbstbetroffenheit ist aber auch Verbleib in der Gruppe möglich.

Hier zeigen sich natürlich Ähnlichkeiten mit dem migrantischen „In-Gang-Setzer-Projekt“ des Paritätischen, bei dem allerdings – konzeptionell gesehen – die Begleitung neuer Gruppen bzw. die Unterstützung in der Anfangsphase im Vordergrund steht.<sup>155</sup>

### 3.2 Sprachliche Verständigung sichern

**Muttersprachliche Gruppen.** Wie oben dargestellt (siehe Kapitel 2.3.1), ist einer der „Königswege“ um mehr Migrantinnen und Migranten für die (gesundheitsbezogene) Selbsthilfe zu gewinnen, der Aufbau von muttersprachlichen Gruppen. Nicht nur für jüngst Geflüchtete, sondern auch für viele ältere Zuwanderer stellt dies angesichts ihrer oft fehlenden Sprachkompetenz, der verbreiteten Diskriminierungserfahrungen und der unterschiedlichen Erfahrungswelten von Migranten / Nicht-Migranten einen benötigten Ansatz dar. Muttersprachliche Gruppen können denen helfen, die außerhalb ihrer Communities „sonst keine anderen Möglichkeiten haben, sich zu informieren und auszutauschen.“<sup>156</sup>

Insofern migrantische Frauen tendenziell weniger Möglichkeit hatten (und immer noch haben) Deutsch zu lernen als Männer, ist die Förderung muttersprachlicher Gruppen auch aus Gründen der Gendergerechtigkeit geboten. Zudem sind die mit der Selbsthilfe verbundenen sozialen Mehrwerte (Information, soziale Unterstützung, Empowerment etc.) gerade für Frauen wichtig.

Dies heißt natürlich nicht, Migrantinnen und Migranten auf muttersprachliche Gruppen zu verpflichten. Es geht vielmehr darum, ihnen – im Sinne des Diversitäts-Ansatzes (siehe Kapitel 2.4) – auf diesem Wege gleichberechtigte Zugangschancen zur Selbsthilfe zu ermöglichen. Der Einsatz von Dolmetschern ist wohl „nur“ in Gruppen sinnvoll sein, in denen der Informationsaustausch (im Gegensatz zum „emotionalen Austausch“) im Vordergrund steht (siehe unten).

Von den ganz großen Sprachgruppen abgesehen, dürfte es zudem angezeigt sein, muttersprachliche Gruppen nicht auf indikationsspezifischer, sondern auf indikationsübergreifender Basis zu organisieren (selbst wenn dies den Verlust des Mehrwertes eines diagnosebasierten Austausches bedeutet).

---

<sup>155</sup> Siehe hierzu die Präsentation von Frau Darja Schneider auf dem Fachtag „Selbsthilfe – Migration – Gesundheit“; abrufbar über die Webseite des Selbsthilfezentrums München. Beim migrantischen In-Gang-Setzer-Projekt, wie es von KISS Nürnberg umgesetzt wurde, ist besonders erwähnenswert, dass die gewonnenen Migrantinnen und Migranten nicht auf die Begleitung migrantischer bzw. muttersprachlicher Gruppen verpflichtet wurden – entsprechende deutsche Sprachkenntnisse vorausgesetzt, stand (und steht) es ihnen offen, auch deutschsprachige Gruppen zu begleiten. Bislang (Stand November 2018) war dies zweimal der Fall.

<sup>156</sup> Kofahl (2007b: 7).

*„Ich denke, dass wenn man z.B. eine griechische Selbsthilfegruppe hat, dann tauschen die sich dann über ihre Problematiken aus. Weil wenn man das Thema irgendwie vorgegeben hat, dann ist es sehr speziell. Und die Wahrscheinlichkeit, dass man Griechen findet mit der gleichen Thematik, die keine anderen Probleme haben, das ist sehr unwahrscheinlich. Da ist eher so, dass man eine Gesprächsgruppe hat, z.B. über Gesundheit für Griechen statt das man sagt, wir machen eine spezielle Gruppe für Griechen, die Krebs haben, für Griechen, die Diabetes haben – weil die Leute sind dann sehr eingengt. (...) Dass man fünf Leute findet mit dem gleichen Schicksal und derselben Sprache das ist sehr unwahrscheinlich.“ (I 6).*

**Internationale Gruppen.** Idealerweise sollte natürlich die Möglichkeit bestehen, zwischen muttersprachlichen oder deutschsprachigen Gruppen zu wählen. Dies ist angesichts der sehr unterschiedlichen Größe der einzelnen Sprachgruppen natürlich nicht möglich. Vor dem Hintergrund der Probleme, denen sich Migrantinnen und Migranten in deutschsprachigen Gruppen oftmals gegenübersehen (siehe Kapitel 2.3.1 & 2.3.2), ist parallel zur Förderung muttersprachlicher Gruppen daher der Aufbau internationaler Gruppen (mit einer „internen Verkehrssprache“) als pragmatischer Weg zur Lösung sprachlicher Verständigungsprobleme ins Auge zu fassen, ein Ansatz, den zum Beispiel Donna Mobile seit Jahren erfolgreich verfolgt.

**Zwei-/Mehrsprachige Gruppen.** Zwei- oder sogar mehrsprachige Gruppen (ohne Übersetzung) können funktionieren, sind aber sehr voraussetzungsvoll (z.B. gutes passives Verständnis der jeweils anderen Sprache) bzw. hängen von der „Stärke der Gruppe“ ab.

*„Wir haben jetzt zweites Treffen gegründet, das zweisprachig ist. So dass jemand, der so schlecht in Englisch ist trotzdem an der Erfahrung teilhaben kann. (...) Das funktioniert nur, weil die Gesamtgruppe relativ stark ist. Und für ein Mitglied, das nur Englisch spricht, der erduldet einfach die deutschen Passagen und umgekehrt. Es ist nur für die attraktiv, die sagen <Da ist so viel Energie in der Gruppe... ich ertrage, dass ich das Englische nicht verstehe> oder umgekehrt, weil der Rest in der Gruppe gibt mir so viel, dass ich bleibe.“ [I 27].*

Allerdings bietet das Gruppensetting im konkreten Fall stets die Möglichkeit, dass man sich vor und nach dem gemeinsam Austausch mit anderen Mitgliedern in seiner Muttersprache unterhalten kann.

**Möglichkeit von Dolmetschereinsätzen.** Theoretisch stellt der Einsatz von Dolmetschern natürlich eine Möglichkeit dar, um gruppeninterne Sprachschwierigkeiten zu überwinden. Externe, d.h. gruppenfremde Dolmetscher verändern jedoch nachhaltig die Dynamik einer Gruppe und dürften in den meisten Gruppen daher keinen gangbaren Weg darstellen:

*„Mit Dolmetschern, das ist ein bisschen schwierig. Denn ist ja eine Selbsthilfegruppe. Und da ist der Wirkfaktor der ... ist Grundvoraussetzung, dass lauter Betroffene dasitzen. Kommt da jetzt ein externer Dolmetscher dazu, der nicht betroffen ist, ändert sich das komplette Gefüge. Man weiß gar nicht, wie sich das dann auf das Vertrauensverhältnis innerhalb der Gruppe und die Dynamik auswirken würde. Und dann ist es natürlich so, dass der ja permanent simultan übersetzen müsste, sowohl alles, was die anderen sagen, als auch das, was der, der des Deutschen nicht mächtig ist, sagen möchte. Das haben wir ein paarmal im Kopf durchgespielt und gesagt, das geht eigentlich nicht.“ (I 11).*

Ein Übersetzen durch ein anderes (betroffenes) Mitglied der Gruppe löst die Problematik nur zum Teil. In eher sozial ausgerichteten Selbsthilfegruppen scheint dieser Weg gleichwohl immer wieder beschritten zu werden. Nach unseren (wenigen) Gesprächen zu schließen, handelt es sich hierbei aber eher um Gruppen, bei denen der Informationsaustausch im Vordergrund steht, und nicht der emotional geprägte Erfahrungsaustausch der Mitglieder über ihre jeweiligen persönliche Belastungen. Aber es gibt auch Ausnahmen, wie folgendes Beispiel aus einer allerdings professionell angeleiteten Gesundheitsgruppe zeigt:

*„Also wir haben mehrere Afrikanerinnen dabei, eine Rumänin, die schon sehr lange hier lebt, und eine Slowenin; die können beide sehr gut Deutsch sprechen. Die Afrikanerinnen eigentlich*

*überhaupt noch nicht. Die sprechen ganz gut Englisch, wobei die Gruppe auf Englisch mehr oder wenig radebrecht. Und ich [professionelle Gruppenleitung, SIM] übersetze dann dazwischen immer wieder. Ich habe dann gemerkt, dass das eine unheimliche Bedeutung hatte für die Frauen. Denen ging es erst einmal darum zu erleben, dass Menschen mit dieser Krankheit leben können. Das war das Wichtigste überhaupt. Das Miterleben zu können. Dann ist es manchmal gar nicht so schlimm, wenn nicht ganz so tiefgehend über Gefühle gesprochen werden kann. Allein das Miteinander-Sein und das Sich-Erleben und gemeinsam etwas zu unternehmen oder auch über schwierige Themen etwas holprig zu sprechen – das tut den Frauen unglaublich gut.“ (I 14).*

### 3.3 Strukturen gestalten

#### 3.3.1 Einbinden von Experten- / Fachwissen

**Bewertung von Fach- und Laienwissen.** Gerade beim Thema Gesundheit und Krankheit scheinen, wie bereits skizziert, viele Migrantinnen und Migranten dem Expertenwissen von Ärzten, Psychologen, Therapeuten und anderen Fachkräften einen höheren Stellenwert beizumessen als dies die meisten (Herkunfts-)Deutschen tun. Die Figur des „kritischen Patienten“, der das fachmedizinische Wissen hinterfragt, ist vielen Menschen mit Migrationsgeschichte ebenso fremd wie die Vorstellung, dass der Austausch mit Gleichbetroffenen, sprich: Laien, irgendwie hilfreich sein kann (siehe auch Kapitel 2.3.3):

*„Der Austausch mit anderen Betroffenen, so genannten Laien, wird als unnötig und nicht hilfreich erachtet. Diese Einschätzung sehe ich während meiner Beratungen mit türkischsprachigen Kölner Bürger/innen zum Thema Selbsthilfe bestätigt. Den Satz <Ich habe genug eigene Probleme. Warum soll ich mir noch die Probleme anderer antun>? bekomme ich oft zu hören. (...) Sie präferieren eher die professionelle Hilfe wie therapeutisch oder ärztlich geleitete Gruppen. Dass die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe auch entlastet, selbstbewusstes und eigenverantwortliches Handeln ermöglicht und Alternativen aufzeigt, ist vielen nicht bekannt.“<sup>157</sup>*

*„[Der, SIM] mittelschichtorientierte Ansatz der Selbsthilfe, die ohne fachliche Leitung auf den Erfahrungsaustausch setzt, ist einer der Gründe dafür, dass so wenige Migranten beteiligt sind. (...) Obwohl die Migrantengruppen sehr heterogen sind und je nach Alterszusammensetzung und Nationalität individuell betrachtet werden sollten, können wir zumindest für türkischsprachige Migranten und Menschen aus dem arabischsprachigen Raum sagen, dass sie professionelle Hilfe von Ärzten, Therapeuten oder anderen Fachleuten bevorzugen. (...) Der Erfahrungsaustausch mit Laien, ohne dass ein Experte anwesend ist, wird als unnötig angesehen.“<sup>158</sup>*

Insofern spricht vieles dafür, Expertenwissen, sei es medizinischer Natur oder nicht, stärker in die „klassische“ Selbsthilfe einzubinden, um deren Attraktivität zu steigern. Hier bieten sich mehrere Möglichkeiten an:

- professionell angeleitete Gruppen
- professionell unterstützte Gruppen
- befristete externe Unterstützung (bei Gruppenneugründungen)
- Expertenvorträge.

An dieser Stelle sei auch erwähnt, dass der Wissenschaftliche Beirat für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in seinem 2016 vorgelegten Gutachten ausdrücklich die Bildung von Selbsthilfegruppen mit und ohne professionelle Begleitung gefordert hat.<sup>159</sup>

---

<sup>157</sup> Naz (2006: 1).

<sup>158</sup> Ünal (2007: 12).

<sup>159</sup> BMFSFJ (Bundesministerium für Familie (2016: 47). Allerdings bleibt offen, an welche Art der „Begleitung“ hierbei gedacht worden ist.

**Professionell angeleitete Gruppen.** Dass die Selbsthilfeförderung professionelle Gruppenleitungen – sei es durch Ärztinnen und Ärzte oder andere Gesundheits- und Sozialberufe – ausschließt, ändert nichts an der Attraktivität dieses Formats für viele Migrantinnen und Migranten. „Viele Migrantinnen und Migranten können sich nur schwer vorstellen, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen, in der sich nur Laien befinden. Der Wunsch nach einer professionellen Leitung wird immer wieder geäußert.“<sup>160</sup> Einige unserer Gesprächspartnerinnen und -partner vertraten ausdrücklich die Ansicht, dass gesundheitsbezogene Selbsthilfe von Migranten mitunter *nur* über solche angeleiteten Gruppen funktionieren bzw. realisierbar sei. Um nur eine Stimme zu nennen:

*„Ich sage Ihnen eines: Ohne professionelle und muttersprachliche Anleitung würde unser Gesprächskreis nicht funktionieren.“ [I 10].*

Natürlich sollte es das Ziel der Leitung sein, sich nach und nach aus den Gruppentreffen zurückzuziehen. Für die Startphase erscheint eine solche Anleitung allerdings in den meisten Fällen notwendig. Zudem lehrt die Erfahrung, dass im migrantischen Bereich solche professionelle Begleitungen länger als üblich gewährleistet sein sollten.<sup>161</sup> Für die Anleitung eignen sich vor allem Menschen, die dieselbe Sprache sprechen. Ob diese Personen stets ehrenamtlich gewonnen werden können, erscheint fraglich.<sup>162</sup> Solche Anleitungen schaffen gerade für Personen, die mit dem „klassischen Selbsthilfekonzepkt“ und dem Austausch mit Fremden über vertrauliche Angelegenheiten nicht vertraut sind, einen stützenden und stabilisierenden Rahmen.

*„Bei einer Gruppe, die angeleitet ist, da ist ein viel größerer Rückhalt da. Die Leute müssen sich überhaupt nicht mehr Gedanken machen <Sage ich jetzt was und zerrütte die Gruppe?> Weil da ist ja immer jemand da, der das auffangen und lenken kann.“ (I 29).*

Sofern es nicht darum gehen sollte, „unser“ Verständnis von Selbsthilfe zu verbreiten, sondern gesundheitsbezogene Selbsthilfe als Austausch Betroffener in migrantischen Communities zu stärken, sollten solche Anleitungen unter Umständen als dauerhafte Lösung akzeptiert werden – auch und gerade aus Sicht der gesundheitlichen Prävention und Rehabilitation. Für Migranten, die nicht bereit sind an einer Gruppe teilzunehmen, die nur aus Laien besteht, stellen sie zweifelsohne eine sinnvolle Lösung dar.<sup>163</sup>

*„Ich möchte das nicht überstülpen. Ich finde, angeleitete Gruppen haben genauso eine Berechtigung wie nicht angeleitete Selbsthilfegruppen. Und wenn jemand schon den Weg findet in eine angeleitete Gruppe, ist er ja schon viel weiter als 95% der anderen.“ (I 29).*

Dabei sollte allerdings nicht vergessen werden, dass professionelle Anleitungen (durch Nicht-Betroffene) die Dynamik der Selbsthilfegruppen nachhaltig beeinflussen können. So zeigen US-amerikanische Evaluationen in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe, dass derartige Leitungsstrukturen zwar einen positiven Effekt auf die Mitgliedergewinnung haben, dass sie aber unter

---

<sup>160</sup> NAKOS (2012: 31). Hingewiesen sei, dass es „auch in Bezug auf andere Zielgruppen (...) inzwischen von Professionellen geleitete Gruppen [gibt, SIM], weil die Zielgruppe ohne Leitung überfordert wäre“ (NAKOS 2012: 32)

<sup>161</sup> Siehe hierzu etwa die Erfahrungen von KISS Köln beim Aufbau einer türkischsprachigen Depressionsgruppe (Ebcinoglu 2003).

<sup>162</sup> Sicherlich engagieren sich Migrantinnen und Migranten stärker ehrenamtlich als manche Surveys erwarten lassen. Allerdings ist das Bürgerschaftliche Engagement oftmals stark ökonomisch motiviert, wird es doch als potenzielle Einnahmequelle verstanden (Schührer 2018: 741-742). Eine Erfahrung, die auch die Verantwortlichen des migrantische In-Gang-Setzer-Projektes in Nürnberg machen mussten. Die Verantwortliche einer afrikanischen Selbsthilfegruppe meinte diesbezüglich: „... im afrikanischen Kontext ist es noch nicht so weit, dass man ... man denkt immer anders, ja ... man denkt nicht, so etwas zu machen, jemanden zu helfen ... es ist immer so wie eine Arbeit. Ich muss Geld verdienen. In Afrika selber ist es normal [anderen zu helfen, SIM]. Man lebt in einer Community. Da sind Freunde, Familie. Wir machen alles gemeinsam. Aber hier ... wenn man sagt <Komm, wir machen das>, dann kommt <wie viel kostet das?> oder <wie viel bekomme ich?> (...) Sie wollen immer so eine Aufwandsentschädigung für irgendetwas. In Afrika ist es selbstverständlich [sich kostenlos einzubringen, SIM], hier nicht.“ (I 19).

<sup>163</sup> Volke (2008: 43); Kohler & Kofahl (2012: 31).

den Teilnehmenden nicht so viel Erfahrungswissen generieren und der inhaltliche Austausch thematisch beschränkter ist.<sup>164</sup> Insofern wäre es natürlich wünschenswert, wenn professionelle Anleiter ihre Rolle selbstkritischer reflektieren würden bzw. ihnen hierzu fachlicher Rat gegeben werden könnte:

*„Also das sind auch Fachkräfte, die das nur schwer abgeben können. Weil da wächst natürlich auch ein gemeinsamer Zusammenhalt. Und die sagen dann <Nee, das wird nicht laufen!>. Also da ist auch viel Skepsis von Fachkräften, die diese angeleiteten Gruppen leiten.“ (I 29).*

**Professionell unterstützte Gruppen.** Eine solche Unterstützung kann von mehr oder weniger regelmäßigen Vorträgen bis hin zu einer Art fachlichen Co-Leitung reichen. Der Ansatz hat sich in der Praxis in seinen verschiedenen Schattierungen bewährt. So berichtet etwa Tatarevic, die eine Selbsthilfegruppe für traumatisierte bosnische Frauen gründete, dass sie von Anbeginn gezielt auf die Hilfe und Unterstützung einer bosnischstämmigen Psychologin setzte: „Sie hält regelmäßig verschiedene Vorträge von Trauma bis Empowerment. Sie kommt auch zu unseren Gesprächen, um mir bei dem Umgang mit den schwierigen Themen zu helfen.“<sup>165</sup> Folgt man Tatarevic, war diese Einbindung für die Stabilisierung, wenn nicht gar das Überleben der Gruppen zentral.

Dizdar-Yaruz fasst die Bedeutung einer solchen professionellen Unterstützung wie folgt zusammen:

*„Der Einsatz einer türkischsprachigen Psychologin hatte den Zweck, durch ihre berufliche Expertise der Gruppe eine therapeutische bzw. psychosoziale Bedeutung beizumessen, Seriosität zu vermitteln, eine Atmosphäre unter den Teilnehmerinnen zum „Miteinander – Füreinander“ und „Für-sich-Selbst“ zu schaffen sowie die Tabuisierung von psychischen Störungen zu durchbrechen.“<sup>166</sup>*

**Professionelle In-Gang-Setzung / befristete professionelle Begleitung.** Damit ist in erster Linie eine intensivere fachliche Unterstützung bei Gruppenneugründungen einschließlich deren Begleitung in der Anfangsphase gemeint. Entsprechende Modelle sind in der Selbsthilfearbeit ja seit langem bekannt. Hier sei nur an die „In-Gang-Setzer-Projekte“ erinnert, in denen eine solche professionelle Begleitung von geschulten ehrenamtlichen Kräften übernommen wird. Der Aufbau von Gruppen über muttersprachliche Initiatoren spiegelt die Erfahrung wider, dass gerade weniger integrierte bzw. kaum deutsch sprechende Migrantinnen und Migranten von sich aus kaum entsprechende Selbsthilfebedarfe bei den Kontaktstellen anmelden und dass umgekehrt gut integrierte Menschen mit Migrationshintergrund als Türöffner in die jeweilige Gemeinschaft wirken können. Denn „...für Betroffene gibt es zunächst kaum Anlässe sich an eine Kontaktstelle für Selbsthilfe zu wenden. Selbsthilfe wird anders oder gar nicht verstanden. Der lang geübte Umgang mit deutschen Selbsthilfegruppen kann nach unserer Erfahrung bei dem Aufbau von neuen migrantischen Selbsthilfegruppen nicht übertragen werden. Eine abwartende Haltung – „Komm-Mentalität“ – wie in der Alltagspraxis von Selbsthilfestellen gelebt wird, funktioniert hier nicht.“<sup>167</sup> Ganz abgesehen davon, dass muttersprachliche Beratungen kaum möglich sind. Wer Menschen erreichen will, die vielleicht noch gar keine Vorstellung von Selbsthilfe haben, muss aktiv auf diese Menschen zugehen – dies geschieht am besten über Migranten und/oder Multiplikatoren.

**Expertenvorträge.** Für den Einstieg in eine Gruppengründung kann es sinnvoll sein, zunächst mit Informationsveranstaltungen oder Austauschtreffen zu bestimmten Themen (z.B. Krankheiten, Ernährung) zu beginnen, die von einer Fachkraft geleitet werden und eine entsprechende Rahmung

---

<sup>164</sup> Kurtz (2017: 157-158).

<sup>165</sup> Tatarevic (2017: 12). Zunächst rein ehrenamtlich eingebunden, wird die Fachkraft mittlerweile (auf Grundlage einer Pauschalförderung durch die AOK) auf Honorarbasis „entlohnt“.

<sup>166</sup> Dizdar-Yavuz (2011: 77).

<sup>167</sup> Netzwerk SH (2013: 16).

aufweisen (z.B. Kaffee und Kuchen). Dass solche Vorträge bei vielen belasteten Migrantinnen und Migranten auf ein großes Interesse stoßen, bestätigte die Leiterin eines muttersprachlichen Frauencafés mit den Worten:

*„Also die, die da sind, stellen Fragen ohne Ende. (...) Viele arbeiten auch sehr viel und sind... Ich sage jetzt nicht isoliert, aber man hat nicht die Freizeit und Zeit, die man gerne hätte. Und wenn Frauen mit den gleichen Problemen oder Schwierigkeiten darüber reden, dann ist eine Entlastung. (...) Die schreiben dann auch mit – manchmal. Entweder die fotografieren die Präsentationen ab oder schreiben halt mit. Weil viele sind eben nicht Akademiker. (...) Und sie möchten jetzt lernen. Ohne diese Vorträge wäre es halt nur ein Austausch unter sich, Kaffee, Klatsch. Es ist für sie eine Erweiterung. Das bringt sie schon weiter. Und wieder was gelernt.“ (I 26).*

Als kleine Reihe veranstaltet, bieten solche Veranstaltungen die Möglichkeit, sich kennenzulernen und die Erfahrung zu machen, dass das Reden über Krankheiten auch außerhalb von Familie und Verwandtschaft möglich ist und einen Mehrwert besitzt. Hat sich unter den Teilnehmenden eine Art fester Kern herausgebildet, könnte sich die moderierende Fachkraft nach und zurückziehen, „bis die Gruppe in der Lage ist, eigenständig als Selbsthilfegruppe zu arbeiten.“<sup>168</sup> Wenngleich ein solcher Ausgang natürlich nicht gewährleistet werden kann, scheint ein solches zweistufiges Vorgehen aufgrund seiner Niederschwelligkeit doch besonders erfolgversprechend.

*„Da viele Migranten nur an Veranstaltungen teilnehmen möchten, die von einem Experten geleitet werden, wäre z.B. die Durchführung einer Informationsveranstaltung zu einem bestimmten Thema eine gute Lösung. Daraus könnte sich später evtl. eine Gruppengründung ergeben.“<sup>169</sup>*

*„Du darfst nicht benennen im Sinne <Du machst eine Selbsthilfegruppe zu Diabetes>, sondern Austauschtreffen zu irgendwas. Und dann trifft man sich zwei- dreimal. Beim ersten Mal isst man vielleicht miteinander. Und dann kann was entstehen. (...) Es braucht oft einfach einen viel längeren Weg, bis [man sich öffnet, SIM]. Dem muss man Raum geben.“ (I 29).*

Solche Veranstaltung sind an niederschweligen Orten bzw. an Orten durchzuführen, die vertraut sind und die keine Schwellenängste auslösen (z.B. Mütterzentren, Begegnungstätten von Moscheen).

### 3.3.2 Qualifizierung / Stützung von Gruppenleitungen

**Rolle von Leitungen in migrantischen Gruppen.** Ob bzw. inwieweit Gruppenleitungen in migrantischen Selbsthilfegruppen eine stärkere Funktion haben bzw. ihnen eine größere Bedeutung zukommt als in nicht-migrantischen, lässt sich nicht abschließend beantworten. Insofern man annimmt, dass die Rolle der Gruppenleitung nicht zuletzt von Ressourcen der anderen Gruppenmitglieder abhängt (Eigenkompetenz, Selbstvertrauen, Zeit...), ist allerdings davon auszugehen. Folgt man unseren Interviewpartnern, ist es für Migrantinnen und Migranten tendenziell wichtiger, dass es in eine Person gibt, die, obwohl gleichbetroffenen wie alle anderen, eine Art *zugehende* Leitungsfunktion übernimmt – also jemand, der die Gruppenmitglieder persönlich an das nächste Treffen erinnert bzw. sie motiviert zu kommen, der die Treffen vorbereitet, die Gesprächsführung übernimmt und als Kontaktperson fungiert. Gerade im migrantischen Bereich scheinen Gruppen oft stark von der Leitungsfigur abzuhängen.

*„Die Funktion der Gruppenleitung [in einem Frauencafé, SIM] ist, dass sie die Frauen dazu motiviert bzw. anruft, wann Termin ist, welches Thema ist. Und sie nochmals zu erinnern. (...) Und dann spricht sie natürlich auch über ihre Probleme, ihre Schwierigkeiten. Und wenn sie mal anfängt, fangen auch die anderen Frauen zu sprechen an. (...) Das ist wichtig für die Gruppe, die Gruppendynamik. Die Leitung ist eine Person, die manchmal pushen muss. (...) Ich glaube, dass brauchen auch die [nennt Community, SIM]. Weil auch ... in Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit – nicht*

<sup>168</sup> NAKOS (2012: 31).

<sup>169</sup> Volke (2008: 35).

bei allen natürlich – dass da jemand ist, der pusht und sagt <He, das ist doch mal interessant>.“ (I 26).

Andere betonten, dass Gruppenleitungen im Migrationsbereich auch unter Beratungsgesichtspunkten stärker gefordert seien:

„[Die Gruppenleiter, SIM] haben eine starke Stellung bei uns. Er organisiert die Gruppenstunde. Er gratuliert zum Geburtstag. Er organisiert Ausflüge. Wir erwarten von unseren Gruppenleitungen eine Grundausbildung. (...) Im Migrationsbereich ist die Bedeutung noch größer. Ja. Und die Gruppenleitung muss gut ausgebildet sein. Und nicht nur im Hinblick auf das Thema, sondern die muss auch gut vernetzt sein. Denn aus dem Migrationsbereich erwarte ich – und das haben wir auch erlebt – mehr Fragen nach Hilfsmöglichkeiten <Wo gehe ich hin? Wo wende ich mich? Wo kann ich auch finanzielle Hilfe erwarten? Was mache ich, wenn jemand ein Schuldenproblem hat? Wenn Wohnungslosigkeit droht? Wenn Arbeitslosigkeit droht?> oder was weiß ich. Das sind Dinge, die auch in die Gruppen getragen werden. Also diese fromme Denkweise, dass in den Gruppen einmal die Woche nur über [ein gesundheitsbezogenes Thema, SIM] und so geredet wird, ist ja weltfremd. Ein Migrant wird vom Gruppenleiter mehr Lebensklugheit erwarten als ... [Satz nicht beendet]. Und gerade die Migranten brauchen im emotionalen Bereich eher mehr.“ (I 24).

Es finden sich auch in der Literatur immer wieder Fallbeispiele, dass – fällt die Leitung wegen Urlaub oder Krankheit aus – Gruppensitzungen entfallen. So berichtet Tatarevic,<sup>170</sup> Initiatorin einer migrantischen Selbsthilfegruppe für Frauen mit Ängsten und Depressionen, dass es fünf Jahre dauerte, bis andere Frauen sich überhaupt trautes, die Moderationsrolle zu übernehmen – allerdings weiterhin nur bei ihrer Anwesenheit. Treffen ohne sie waren auch Jahre später noch nicht möglich.

**Diskussion.** Alles in allem scheint bei migrantischen Gruppen die Gefahr der Überlastungen von Gruppenleitungen noch stärker ausgeprägt sein als für „gewöhnlich“. Dies spricht für die Bedeutung von professionellen Unterstützungsangeboten für die Leitungen durch die Selbsthilfekontaktstellen bzw. die Selbsthilfeunterstützer – in Form von Beratungen und fachlichen Fortbildungen. Hier wäre zu prüfen, ob die bestehenden Angebote inhaltlich, aber auch organisatorisch (zeitnahe und/oder muttersprachliche Beratung, sprachlich) aus Sicht der Betroffenen ausreichend sind. Gerade mit Blick auf migrantische Gruppen wäre ein proaktives Nachfragen nach den Bedarfen der Leitungen sinnvoll.

### 3.3.3 Flexibleres Zeitmanagement

**Zeit und Kultur.** Zeit und Kultur sind eng miteinander verbunden. Menschen unterschiedlicher Kulturen haben unterschiedliche Bewertungen der Zeit. Der große Wert, den wir in Deutschland zum Beispiel auf Pünktlichkeit oder die möglichst produktive Nutzung der Zeit legen („Zeit ist Geld“), ist, wie die meisten von uns aus eigener Erfahrung (Stichwort: Urlaube) wissen, nicht überall verbreitet. Deutschland zählt mit anderen westeuropäischen Ländern (und Japan) zu den Ländern mit dem höchsten Lebenstempo. Am anderen Ende der Skala liegen, folgt man Levine, die Länder Süd- und Mittelamerikas sowie des Nahen Ostens.<sup>171</sup> Die Unterschiede im Zeitverständnis sind beträchtlich: In Mexiko, so berichtet Levine, „erwartet man in jedem Fall, dass die Leute zu spät kommen. Wenn eine Konferenz oder eine Versammlung auf 11 Uhr anberaumt ist, dann heißt das nach *hora mexicana*, dass sie um 11.15, 11.30 oder sogar um 12 Uhr beginnt, je nach Umständen.“<sup>172</sup> Die Skepsis gegenüber einem starren Zeitrahmen ist in vielen fremdkulturellen Kontexten besonders ausgeprägt, wenn Treffen der Lösung von Problemen dienen (sollen). Zeitliche Formalien werden hier oftmals als kontraproduktiv erlebt.

---

<sup>170</sup> Tatarevic (2017: 11).

<sup>171</sup> Levine (1997: 177-189).

<sup>172</sup> Levine (1997: 188).

Naz<sup>173</sup> fasste seine diesbezüglichen Erfahrungen mit türkischsprachigen Selbsthilfegruppen wie folgt zusammen:

*„Die regelmäßige Teilnahme an den Gruppentreffen wird nicht so eng gesehen. Auch das Einhalten eines Zeitplans und die Verabredung zu einer festen Uhrzeit haben nicht eine so hohe Verbindlichkeit wie in deutschsprachigen Gruppen.“*

Ob dies die Stabilität der Gruppe gefährdet, wie Naz meint, sei dahingestellt. Aus Sicht des Berichterstatters ist zunächst entscheidend, dass sich Akteure der Selbsthilfe (Selbsthilfeunterstützer wie Gruppen) überhaupt der unterschiedlichen Deutungsmöglichkeiten von Zeit bewusst sind, sie erkennen, dass die Art und Weise wie wir als Europäer und Nordamerikaner die Zeit erleben und gestalten, kulturell geprägt ist und dass unser Verständnis eine Barriere darstellen kann:

*„Viele Regeln, wie das Vorschreiben eines strikten Zeitrahmens zur Nutzung von Selbsthilfegruppenräumen in Informations- und Kontaktstellen, können (...) bei vielen aus Afrika stammenden Menschen für Unverständnis sorgen und eine Barriere darstellen.“<sup>174</sup>*

**Diskussion.** Obiges heißt *nicht*, „unser“ Zeitmanagement „über Bord zu werfen“, sondern – im Rahmen des pragmatischen Möglichen – anderen Zeitverständnissen ihren legitimen Raum zu geben und damit die Selbsthilfe (weiter) interkulturell zu öffnen. Eine solche Öffnung kann / könnte auf unterschiedliche Weise geschehen:

- statt eines festen Beginns der Gruppensitzungen die „Definition“ eines breiteren Zeitkorridors, bei der „in der ersten halben Stunde Zeit fürs langsame Ankommen und Begrüßen ist, bevor es dann „richtig“ losgeht.“<sup>175</sup>
- ein Selbsthilfethema zunächst für einen überschaubaren Zeitraum von einigen Wochen anzubieten und danach abzuklären, ob bzw. inwieweit überhaupt noch Bereitschaft / Interesse besteht, zu den Treffen zu kommen – die Vorstellung, sich bereits zu Beginn eines Zusammenkommens auf ein unbefristetes Kommen verpflichten zu müssen, kann leicht abschreckend wirken;
- Möglichkeit eines „anlassbezogenen“ Kommens, d.h. Entbindung von der Pflicht bzw. von der Erwartung jedes Mal bzw. regelmäßig zu den Sitzungen zu kommen („offene Gruppen“). Entsprechende Modelle gibt es bereits. Kleinere Gruppen bestehen hierbei oft auf eine verbindliche Anmeldung im Vorfeld – „wenn sich [dann, SIM] nicht wenigstens zwei anmelden, findet die Gruppe nicht statt. Seitdem melden sich immer genug an.“ (I 14).

Es ist offensichtlich, dass vor allem letztere Strategie mit anderen Selbsthilfeformaten einhergehen müsste, z.B. thematisch offenere Gesundheitsgruppen mit inhaltlichen Inputs (siehe Kapitel 3.3), in denen je nach Thema unterschiedliche Leute kommen (können). In der Tat gingen die Erfahrungen eines unserer Gesprächspartner mit einem türkischsprachigen Gesprächskreis genau in diese Richtung:

*„Wir hatten damals die Idee, dass wir – im Sinne Selbsthilfegruppe – den Gesprächskreis [zur Depression, SIM] als monatliches Angebot machen. Aber das machen die nicht. Ich weiß nicht warum. (...) Dieses Regelmäßige und dann gehe ich morgen wieder dahin. Wohl eher anlassbezogenes Kommen – zum Schwerpunktthema.“ [Interview 10]*

Unabhängig von den obigen Flexibilisierungsstrategien ist bei der Planung von Gruppentreffen aber auch in der Arbeit der Selbsthilfeunterstützer (z.B. Selbsthilfetage) darauf zu achten, dass diese nicht mit religiösen Feiertagen kollidieren (Einsatz eines interreligiösen Kalenders).

---

<sup>173</sup> Naz (2006: 3).

<sup>174</sup> Szmidt (2014b: 48).

<sup>175</sup> Köllner (2016: 15).

### 3.3.4 Kultursensibler Sprachgebrauch / „Tabu-Sensibilität“

Die Alltagswirklichkeit einer Stadtgesellschaft mit vielen Kulturen muss sich auch in der Sprachverwendung innerhalb der Selbsthilfelandchaft widerspiegeln. Dazu gehört, die kulturelle Prägung des Selbsthilfebegriffs anzuerkennen. In vielen Sprachen findet dieser Begriff entweder keine Entsprechung (z.B. im Türkischen) oder wird mit „Anderen bzw. Bedürftigen helfen“ assoziiert (z.B. im Arabischen).<sup>176</sup> Statt den Begriff „Selbsthilfe“ wortwörtlich zu übersetzen, kann es daher zielführender sein, ihn bei der Bewerbung der Selbsthilfe oder bei der Bewerbung von Gruppen zu umschreiben („Solidaritätsgruppe“) oder ihn ganz wegzulassen („Diabetikergruppe“).<sup>177</sup>

Vor dem Hintergrund eines oftmals ganzheitlicheren Krankheitsverständnisse bzw. einer (noch stärkeren) Tabuisierung von bestimmten Krankheiten (siehe Kapitel 2.3.3), ist das Problem damit aber noch nicht zur Gänze gelöst:

*„Immer wieder machen Mitarbeiter von Selbsthilfekontaktstellen die Erfahrung, dass insbesondere Frauen mit Migrationshintergrund gesundheitliche Themen nicht ausdrücklich benennen (wollen), sondern z.B. nach der „Frauengruppe“ fragen, also der Gruppe, in der „Frauen so über alles sprechen.“ Das liegt auch daran, dass manche Themen, wie z.B. Depressionen und Gefühlsschwankungen zu schambesetzt sind, um öffentlich benannt zu werden. Das gilt im Übrigen auch für Menschen deutscher Herkunft.“<sup>178</sup>*

*„Entgegen unseren Erwartungen war sehr schnell klar, dass sich fast alle Zielgruppen [=Migrantenselbstorganisationen, Vermittler, Betroffene (SIM)] besser durch unspezifischere Themen als durch konkrete Benennung von Krankheiten oder Störungen angesprochen fühlen. Bedingt durch die bereits angesprochene Stigmatisierung vieler Themen sollten Begriffe und Ansprachen sehr sensibel gewählt werden. (...) Anstelle von Depression eignet sich zum Beispiel die Umschreibung „Heimweh“ oder auch „schlecht gelaunt sein“.<sup>179</sup>*

Wenngleich der von den Gesetzlichen Krankenkassen herausgegebene Leitfaden zur Selbsthilfeförderung keine Vorgaben bezüglich der Namensgebung (von gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen) enthält, sprechen manche Beobachter diesbezüglich doch von einem Spannungsverhältnis – bis hin zur Gefahr, durch eine „zu allgemeine“ Gruppenbezeichnung („Kochgruppe“) die Fördermöglichkeit der Gruppe nach SGB V zu gefährden.<sup>180</sup>

### 3.3.5 Weitere Bausteine

Analytisch lassen sich folgende Bausteine bzw. Vorgehensweisen unterscheiden:

- **Stärkere Berücksichtigung von Gender- und Altersaspekten** bei Gruppengründungen. Will man Migrantinnen und Migranten für Gruppen gewinnen, sind vor allem die Unterschiede zwischen den Geschlechtern stärker in den Blick zu nehmen als dies in (herkunfts-)deutschen Gruppen notwendig ist. Der Aufbau geschlechtshomogener Gruppen ist im migrantischen Bereich als Strategie im Auge zu behalten. Um noch einmal Naz zu zitieren:

*„Viele [türkische, SIM] Frauen schämen sich in Gegenwart eines Mannes Persönliches zu besprechen. Man redet nicht mit anderen über familiäre oder gesundheitliche Probleme; erst recht nicht mit fremden Männern.“<sup>181</sup>*

---

<sup>176</sup> Ben-Ari (1998: 136).

<sup>177</sup> Kofahl (2009: 59).

<sup>178</sup> NAKOS (2012: 31).

<sup>179</sup> Netzwerk SH (2013: 34).

<sup>180</sup> Kofahl (2009: 59)

<sup>181</sup> Naz (2006:2). Ähnlich: Ünal (2007: 12).

- **Stärkung des Geselligkeitsmoments.** Geselligkeit und der Wunsch nach ihr spielen nicht nur in den Migrationsselbstorganisationen oftmals eine große Rolle. In zahlreichen fremdkulturellen Kontexten ist die Geselligkeit, sei es der themenoffene Austausch oder seien es Aktivitäten „traditionelle Voraussetzungen für erfolgreiche Gruppentreffen. (...) Für viele Menschen mit Migrationshintergrund ist der gemeinsame Austausch untrennbar mit dem gemeinsamen Essen verknüpft.<sup>182</sup> Wie es eine in der Selbsthilfe erfahrene Fachkraft (Zitat 1) und die Leiterin eines Mütterzentrums (Zitat 2) formulierten:

*„Selbsthilfe ist für Migranten nicht um sich nur zu helfen, sondern um Spaß zu haben, um sich zu unterhalten. Geselligkeit. Diese Geselligkeit ist wichtig bei den Gruppen, die ich [hier, SIM] sehe.“ [I 3]*

*„Man darf nicht nur über Krankheit reden. Da kommt niemand. Man muss was anderes integrieren, z.B. Gymnastik oder wir kochen zusammen. So dass zwischen anderen Sachen der Rat kommt. Das fehlt oft. Das ist etwas, was mich zurückhält, in eine solche Gruppe zu gehen.“ [I 5]*

In dem Sinne wäre die (gesundheitsbezogene) Selbsthilfe gut beraten, in ihren Gruppen das „Geselligkeitsmoment“ so weit als möglich zu stärken (gemeinsame non-verbale Aktionen wie Tanzen, Singen, Essen neben gesprächsbasiertem Austausch) bzw. den „Geselligkeitsaspekt“ gegebenenfalls gezielt als integralen Bestandteil der Gruppen zu bewerben. Zudem helfen diese „non-verbale“ Aktivitäten gegenseitiges Vertrauen aufzubauen, ein Aspekt, der gerade mit Blick auf (neue migrantische) Mitglieder nicht zu unterschätzen ist.

- **Kommunikationskultur.** Dass die Art und Weise der Kommunikation eine große kulturelle Plastizität aufweist, ist sicherlich ein Gemeinplatz. Dies reicht von nonverbalen über paraverbale bis hin zu verbalen Kommunikationsformen. Erstere äußern sich etwa in der Frage des Augenkontaktes, der eingesetzten Gesten und der Mimik (nonverbale) oder in der Lautstärke und im Tonfall (paraverbal); verbale Unterschiede etwa in der kulturell geprägten Bereitschaft, über Gefühle zu sprechen (siehe Kapitel 2.1). Kommunikationsprobleme können die Folge sein. Für den vorliegenden Zusammenhang sind aber auch unterschiedliche Erwartungen bezüglich der Gestaltung des Erstkontaktes wichtig, der für Verbleib oder Nichtverbleib in einer Gruppe entscheidend sein kann. Die möglichen Herausforderungen machte einer unserer Gesprächspartner mit Bezug auf seine eigene Beratungspraxis mit folgenden Worten deutlich:

*„Bevor der [ein Russland-Deutscher, SIM] zum Punkt gekommen ist, hat er erst einmal zehn Minuten über seine Familie und anderes gesprochen. Ich bin zunehmend unruhig geworden. <Ich erzähle das ja alles, damit sie mich kennenlernen, damit sie mich verstehen, damit sie in gewisser Weise auf meiner Seite sind. Dass Sie mich mögen, dass ich mich angenommen fühle. Weil... > Er hat das natürlich nicht so formuliert... <Ich habe das Konzept, dass, nur wenn Sie mich mögen und es da eine Loyalität gibt, Sie alles dafür tun, dass es mir besser geht>. Also das ist ein ganz anderes Konzept, wie man in eine Beratung geht. (...) Und in dem Sinne würde ich sagen, auch mit Blick auf die Selbsthilfe, dass die eine andere Bedürfnislage haben, wie sie angenommen werden wollen, was sie in so einer Begegnung eigentlich haben wollen und was sie u.U. in den vorhandenen Gruppen vielleicht auch schwer finden können. Sondern, dass sie diese Form der Selbsthilfe eher im eigenen sprachlichen und kulturellen Raum finden. (I 7)*

Ansonsten geht es um eine offene, „Fremdes“ wertschätzende und einbindende Kommunikationskultur, sprich: die Bereitschaft, das Vertraute zu hinterfragen – bis hin zur Anerkennung des Leidens des „(migrantischen) Anderen“ an der sozialen Welt (siehe Kapitel 2.4).

---

<sup>182</sup> NAKOS (2012: 31).

### 3.4 Erfahrungs- / Gelegenheitsräume ermöglichen

„Erst wenn die Betroffenen positive Erfahrungen mit der Selbsthilfe gesammelt haben, besteht eine realistische Chance für die stärkere Verbreitung des Selbsthilfegedankens in den unterschiedlichen Kulturkreisen.“<sup>183</sup> Kofahls Formulierung ist sicherlich überspitzt. Gleichwohl verweist er damit auf einen zentralen Aspekt: Gerade für Migrantinnen und Migranten wird der Zugang in die gesundheitsbezogene Selbsthilfe beträchtlich erleichtert, wenn sie *persönlich* die Erfahrung machen können, dass man über Krankheiten, auch über stigmatisierte, reden kann bzw. darf und dass ein solcher Austausch beträchtlich erleichternd bzw. stärkend wirken kann – und zwar ohne sich zuvor, als Betroffener „outen“ zu müssen. Wie es eine unserer Gesprächspartnerinnen formulierte:

*„Inhaltlich geht es auch darum klarzumachen, dass man darüber [bestimmte Krankheiten, SIM] sprechen darf. Und dass man das auch nicht geheim halten muss. Dass viele das Problem haben und man dranbleiben muss. Diese Sache <Lasst Euch helfen>. Daraus ergibt sich dann was. Ich glaube, dass sich auch viele Nicht-Migranten erst einmal abschrecken lassen. Die wollen sich schon gerne informieren, aber hinzugehen und zu sagen <Ich bin betroffen> ... das ist ein komisches Gefühl.“ [I 4]*

In diesem Sinne sind Formate zu entwickeln, die dies ermöglichen. Zwei bieten sich an.

**Gesundheitsbezogene Informationsveranstaltungen /-reihen.** Der niederschwelligste Weg sind sicherlich kürzere Informationsreihen, auf denen Experten und Expertinnen über bestimmte Gesundheitsthemen referieren, sei es muttersprachlich oder zweisprachig (siehe Kapitel 3.3.1). Nach dem „Learning-by-Doing-Prinzip“ können die Teilnehmenden so persönliche Erfahrungen in einem geschützten Rahmen sammeln und merken, welche Vorteile ein derartiges Gruppensetting hat. Das fremde Gefühl, mit und vor anderen über persönliche Probleme zu sprechen, kann durch eine migrantische muttersprachliche Leitung und Impulsreferate effektiv abgebaut werden.<sup>184</sup> Entscheidend ist, solche Veranstaltungen nicht unter der Rubrik Selbsthilfe zu bewerben, sondern als Info-Veranstaltung zu einem kulturell unverfänglichem Thema (vgl. Stigmatisierung). Eine Kinderbetreuung sollte gewährleistet sein.

*„Dass man ein paar Veranstaltungen macht, zwei- oder dreimal oder so, damit klar ist, dass man unerkannt bleiben kann. Das ist ja heikel. Wenn ich zu einer Gruppe gehe, muss ich schon durch eine Tür gehen, in ein Haus, das ich nicht kenne, in einen Raum, den ich kenne nicht kenne und dann schauen mich alle an. Gerade für Migrantinnen, die sich auch sprachlich unsicher fühlen, ist dies schnell zu viel.“ [I 8]*

*„Was vielleicht Sinn macht... bevor man sagt, die Leute sprechen über ihre Probleme, dass man erst einmal Informationen gibt. Z.B. in der Muttersprache ein Infoabend zum Thema <Wie kann man Herzkrankheiten reduzieren?> So was. Und das hat schon an sich eine Bedeutung. Aber es kann sein, dass im Rahmen eines solchen Abends... [Satz nicht beendet, SIM]. Und man sagt <Man hat auch festgestellt, dass wenn die Menschen sich treffen, sich über die Krankheit unterhalten, dass das gut tut...> Am besten wäre es, wenn ein Muttersprachler, der in einer Selbsthilfegruppe ist, diesen Mehrwert [hervorhebt, SIM]. (I 3).*

Besonders niederschwellig ist ein solches Angebot natürlich, wenn es in einem offenen Treff, der bereits intensiv von Migrantinnen und Migranten genutzt wird (z.B. Mütterzentrum, Frauencafé), stattfindet – als (ergänzender) Teil des *normalen* Programms.

*„Weil es ist niederschwelliger, weil sie kommen zum Gespräch nicht unter Druck. Sie kommen zum Frühstück und man redet über ein Thema. Was ich mir vorstellen kann, wenn man einmal im Monat so eine Gesprächsgruppe für irgendwelche Sprachgruppen anbietet und dass man sagt <es gibt hier Vorträge>, z.B. über Diabetes in der jeweiligen Sprache. Man muss nicht hin, man kann*

<sup>183</sup> Kofahl (2007b: 7).

<sup>184</sup> Wir folgen hier Dizdar-Yavuz (2011: 76-79), die diesen Ansatz am konkreten Beispiel beschreibt.

*es sich aber anhören. Und man muss nicht zugeben, dass man gefährdet ist. Also dass man kommt und sagt <Ich bin wegen dem Frühstück gekommen, das Thema finde ich interessant und ich höre es mir mal an>. (...) Und daraus kann sich dann was entwickeln, vielleicht auch eine mehr oder weniger feste Gruppe.“ (I 6)*

**„Rahmengruppen“.** Damit sind (Selbsthilfe-)Gruppen gemeint, die ein breites Themenspektrum anbieten – von sozialen über gesundheitliche Themen bis hin zu Vorträgen, gemeinsamen Freizeitaktivitäten und praktischer gegenseitiger Hilfe der Mitglieder. Das Gruppenselbstverständnis orientiert sich an den Bedürfnissen der Mitglieder und nicht am „klassischen“ Selbstverhältnis. Ziel ist nicht, dass alle Mitglieder alle Angebote nutzen oder regelmäßig zusammenkommen, sondern dass alle Mitglieder die *gemeinsam* entwickelten Angebote nutzen *können*. Orientiert man sich an den in Kapitel 3.3 genannten Punkten, entspricht ein solches Gruppenformat dem „migrantischen Selbsthilfeverständnis“ wohl am besten. Sicherlich entsprechen solche Gruppen nicht der Förderlogik der Krankenkassen (siehe Kapitel 2.3.4). Sie bieten aber eine hervorragende Rahmung für den gesundheitsbezogenen Austausch unter Migranten (und Nicht-Migranten).

Es ist offensichtlich, dass solche Gruppen nur in Kooperation mit etablierten und im interkulturellen Bereich aktiven Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen aufgebaut werden können. Ein gutes Beispiel hierfür ist die bei Donna Mobile angesiedelte internationale Selbsthilfegruppe „Kreativ und selbstbewusst“. Obwohl formal zweisprachig (arabisch und deutsch) sind unter den rund 400 Frauen, die im Verteiler gelistet sind, auch andere Nationalitäten vertreten. Gesundheitliche Themen nehmen einen breiten Raum ein. Manche der Frauen nehmen auch einer gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppe im engeren Sinne teil und umgekehrt. Abgesehen davon kann es, bei Bedarf, auch zu informellen Austauschrunden zu gesundheitlichen Themen kommen.

### 3.5 Selbsthilfezentrum als Unterstützer interkultureller Öffnungsprozesse

Dem Münchner Selbsthilfezentrum kommt bei der interkulturellen Öffnung der hiesigen Selbsthilfelandchaft eine zentrale Rolle zu. Um die Dienstleisterrolle gegenüber Dritten in der notwendigen Qualität erfüllen zu können, ist das Selbsthilfezentrum natürlich selber gefordert, die Haltung der interkulturellen Orientierung im Rahmen einer integrativen Strategie auf Personal-, Organisations- und Qualitätsentwicklungsebene umzusetzen. Mit der Entscheidung, ab Ende 2019 am IQE-Prozess aktiv teilzunehmen, hat sich das Selbsthilfezentrum dieser Verpflichtung bereits gestellt.

#### 3.5.1 Interne Herausforderungen (Selbsthilfezentrum als Binnenorganisation)

Unabhängig von der Entscheidung, am IQE-Prozess teilzunehmen, sei an dieser Stelle kurz auf einige Handlungsfelder verwiesen, denen sich das Selbsthilfezentrum – auch aus Sicht mancher unserer Gesprächspartner – diesbezüglich stellen muss:<sup>185</sup>

- (1) **Überprüfung / Weiterentwicklung des hauseigenen Informationsmaterials.** Die Informationsmaterialien des Selbsthilfezentrums, allen voran die Faltblätter, sind unter interkulturellen Gesichtspunkten auf ihr visuelles Erscheinungsbild und ihre inhaltliche Passung zu überprüfen und *gegebenenfalls* weiterzuentwickeln. Was das visuelle Erscheinungsbild anbetrifft, könnte zur Analyse etwa auf den städtischen Leitfaden „Interkulturelle Öffentlichkeitsarbeit“<sup>186</sup> zurückgegriffen werden. Hinweise zu inhaltlichen Aspekten finden sich in Kapitel 3.1.1 des vorliegenden Berichtes. Generell sollte bei der Bewertung und Überarbeitung der Materialien auf die Expertise von in der Migrationsarbeit tätigen Fachleuten bzw. Migrantenselbstorganisationen zurückgegriffen werden. Flyer sind, wie bereits geschehen, in den wichtigsten Sprachen vorzuhalten. Grundlage der muttersprachlichen Flyer sollte ein deutscher Flyer in einfacher Sprache sein, der in einem ersten Schritt zu entwickeln ist.<sup>187</sup>
- (2) **Gezielte Nutzung von Ethnomedien.** In den letzten Jahren sank das Interesse an der Nutzung deutschsprachiger Medien in manchen Communities deutlich, z.B. der türkischsprachigen.<sup>188</sup> Wenngleich Printmedien gegenüber Fernsehen, Radio und Internet wohl immer nur einen kleineren Teil der migrantischen Communities erreichen, sollten sie als Werbeträger nicht außer Acht gelassen werden.<sup>189</sup> „Auch in München haben sich in den vergangenen Jahren neben den traditionellen lokalen Printmedien einige migrantische Medien etabliert, die die Möglichkeit bieten, sich im Sinne der Öffentlichkeitsarbeit, wirksam zu platzieren.“<sup>190</sup> Die Alternative, der „aufsuchende“ Dialog vor Ort ist deutlich aufwendiger.
- (3) **Überprüfung der Weiterentwicklung der SHZ-Datenbank / SHZ-Webseite.** In der SHZ-Datenbank sind alle dem SHZ bekannten Selbsthilfegruppen und selbstorganisierten Initiativen im Raum München alphabetisch gelistet. Über eine Suchfunktion kann nach (vorgegebenen) Themenbereichen bzw. Stichworten (Volltextsuche) gesucht werden. Komplexere Nachfragen

---

<sup>185</sup> Diese Herausforderungen gelten natürlich auch für andere Selbsthilfeunterstützer (Selbsthilfeorganisationen).

<sup>186</sup> Landeshauptstadt München (Stelle für interkulturelle Arbeit) (2013).

<sup>187</sup> Insofern sich einzelne „Communities“ unterschiedlichen gesundheitlichen Herausforderungen gegenübersehen, ist zu überlegen, ob in den muttersprachlichen Flyern nicht jeweils Bezug auf diese genommen werden sollte. Einer unserer Gesprächspartner meinte etwa, dass in einem „Flyer in Dari/Farsi die Angebote in den Bereichen Depression, Spielsucht und Drogen – aber auch Diabetes“ (I 21) besonders herausgehoben werden sollten.

<sup>188</sup> Siehe etwa: <https://www.tagesspiegel.de/medien/mediennutzung-tuerkischer-migranten-erdogan-der-tut-was/23117478.html>

<sup>189</sup> „Vor einigen Jahren habe ich in der türkischsprachigen Zeitung Hürriyet gelesen, dass die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe in Köln türkische Frauen sucht, die bei einer Selbsthilfegruppe mitmachen wollen. Also bin ich da hingegangen, weil ich gehofft habe, dort Frauen zu treffen, denen es so ähnlich geht wie mir.“ (Bodur 2007: 9).

<sup>190</sup> Landeshauptstadt München (Stelle für interkulturelle Arbeit) (2013: 23-24).

(z.B. alle migrantischen Gesundheitsgruppen; alle afrikanischen Gruppen; russischsprachige Diabetesgruppe) werfen trotzdem Probleme auf. Das Potential der SHZ-Datenbank als Informationsportal erscheint noch ausbaufähig – auch und gerade aus Sicht von (migrantischen) Selbsthilfeinteressierten. Unabhängig hiervon wäre es wünschenswert, wenn zentrale Inhalte der SHZ-Homepage in anderen Sprachen zur Verfügung stehen würden und das Thema „Migration / kulturelle Vielfalt“ im visuellen Erscheinungsbild ganz generell einen höheren Stellenwert bekommen würde (v.a. auf der Startseite).

- (4) **Institutionelle Absicherung des Themas „Interkulturelle Öffnung“.** Als tiefgreifende Veränderungsstrategie setzt interkulturelle Öffnung nicht nur eine entsprechende Führungsverantwortung und –selbstverpflichtung voraus („top-down-Prozess“), sondern auch eine institutionelle Absicherung (z.B. durch eine Stabsstelle bzw. durch Benennung einer verantwortlichen Person).
- (5) **Interkulturelle Personalentwicklung.** Interkulturelle Personalentwicklung nimmt gleichermaßen die Sensibilisierung und Qualifizierung des (bestehenden) Personals wie die Gewinnung von Personal unterschiedlicher Hintergründe in den Blick. Dem ersten Punkt wird mit der geplanten Teilnahme am IQE-Prozess Genüge getan. Der zweite Aspekt (Aufbau eines Mitarbeiterstamms mit Migrationserfahrung) sollte bei zukünftigen Einstellungen (neben der Fachlichkeit) stets mitbedacht werden.
- (6) **Vernetzung mit Migrantenselbstorganisationen.** Interkulturelle Öffnung kann nur gelingen, wenn nicht nur alle in der Organisation tätigen Personen in die Umsetzung mit einbezogen werden (*bottom-up-Prozess*), sondern auch „organisationsexterne“ Migrantinnen und Migranten und ihre Organisationen beteiligt werden (interne / externe Partizipation). Diese Vernetzung dient mehreren Zwecken:
  - Unterstützung bei der Weiterentwicklung der Informationsmaterialien (siehe Pkt. 1 oben).
  - Sicherung zugehender / aufsuchender Informationsarbeit in den migrantischen Communities (siehe Pkt. 7 unten), einschließlich Identifizierung von Multiplikatoren sowie von migrantischen Einzelpersonen, die gegebenenfalls als „Botschafter“ / Vermittler für die gruppenbezogene Selbsthilfe vor Ort tätig werden könnten (siehe Kapitel 3.1.2).
  - Nutzung von Synergieeffekten. Diese sind vor allem (aber nicht nur) durch eine engere Zusammenarbeit mit den MiMi-Mediatorinnen und Mediatoren<sup>191</sup> einerseits und Donna Mobile andererseits zu erwarten. Wengleich das MiMi-Projekt primär einen präventiven Ansatz verfolgt, könnte eine (noch) stärkere Sensibilisierung der Mediatorinnen und Mediatoren für das Thema Selbsthilfe doch selbsthilfefördernd wirksam sein. Die Möglichkeit einer engeren Zusammenarbeit zwischen dem SHZ und MiMi sollte daher abgeklärt werden. Letzteres gilt auch für die Zusammenarbeit mit Donna Mobile und dem Psychologischen Dienst für Ausländer („IntegrationsBrücke“).
- (7) **Zugehende / aufsuchenden Informations- und Sensibilisierungsarbeit.** Damit sind drei Aspekte angesprochen:
  - Vorstellung der Arbeit des Selbsthilfezentrums und des Konzeptes der gruppenbezogenen Selbsthilfe in den migrantischen Communities bzw. in deren Treffpunkten (z.B. afrikanische Begegnungszentrum, Moscheen). Solche Vorstellungen sollten möglichst nicht als

---

<sup>191</sup> Das MiMi-Projekt („Mit Migranten für Migranten“) schult Muttersprachlerinnen und Muttersprachler als Lotsenkräfte oder Gesundheitsmediatoren. Ihre Aufgabe ist es, nach ihrer Ausbildung kultursensible und muttersprachliche gesundheitsfördernde Angebote (Infoveranstaltungen) in den Lebenswelten der Menschen mit Migrationshintergrund durchzuführen.

- einmalige Veranstaltungen konzipiert werden, sondern – sofern dies die Personalressourcen zulassen – regelmäßig durchgeführt werden, z.B. einmal im Jahr.<sup>192</sup>
- Präsenz bei Festen und Veranstaltungen in den migrantischen Communities vor Ort (mit Stand und Infomaterialien).
  - Zugehende Informationsarbeit bei relevanten Multiplikatoren. D.h. bei Personen / Institutionen, bei denen die Zielgruppe (Migrantinnen und Migranten mit gesundheitlichen Problemen bzw. deren Angehörige) auftaucht und die bei den betroffenen Menschen eine Vertrauensbasis genießen. Damit sind nicht nur migrantische Multiplikatoren wie Geistliche (muttersprachliche Missionen) gemeint, sondern auch Akteure wie Ärzte, Migrationsberatungsstellen, Anbieter von Integrationskursen, soziale Dienste wie Frühe Hilfen oder die ambulante Erziehungsberatung.<sup>193</sup> Ein Auslegen von Flyern allein reicht erfahrungsgemäß nicht aus (siehe Kapitel 3.1).
- (8) **Migrantische Selbsthilfeaktive als „Brückenbauer“ nutzen.** Das migrantische In-Gang-Setzer-Projekt der Selbsthilfekontaktstelle in Nürnberg und andere Projekte (siehe Kapitel 3.1.2) belegen, dass die Arbeit mit muttersprachlichen Lotsenkräften, die in die Communities gehen und dort über Selbsthilfe informieren, ein erfolgversprechender Weg ist, um das (gesundheitsbezogene) Selbsthilfeengagement von Migrantinnen und Migranten zu erhöhen. Vor diesem Hintergrund sollte das Selbsthilfezentrum unter den bereits in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe aktiven Migranten nachfragen, ob diese hierfür zur Verfügung stehen. Ein entsprechendes Engagement könnte im Rahmen der zugehenden Informationsarbeit des Selbsthilfezentrums (siehe Pkt. 7 oben) und/oder im Rahmen eines individuellen Vor-Ort-Gehens der betreffenden Personen erfolgen. Inwieweit das Selbsthilfezentrum finanzielle Anreize bieten kann, wäre zu prüfen.
- (9) **Offene Treffmöglichkeiten im Selbsthilfezentrum schaffen.** Das Selbsthilfezentrum ist sicherlich keine hochschwellige Einrichtung. Gleichwohl steht auch hier ein spezifisches Anliegen im Mittelpunkt der Interaktion zwischen Fachkräften und den vorsprechenden Bürgerinnen / Bürgern (z.B. Information über Selbsthilfegruppen, Fördermöglichkeiten). Ein „einfaches“ In-Kontakt-Kommen mit den *potenziellen* Nutzerinnen und Nutzern der (gesundheitsbezogenen) Selbsthilfe ist – abgesehen von Veranstaltungen wie dem Selbsthilfetag – nicht vorgesehen. Eine Heranführung an die Selbsthilfe, wie sie in niederschweligen Einrichtungen wie Mütterzentren oder Frauencafés möglich ist (siehe Kapitel 2.2.2), scheidet aus. Im Rahmen der räumlichen und zeitlichen Gegebenheiten sollte geprüft werden, ob niederschwellige Austauschformate (z.B. ein offener Cafétreff einmal im Monat) realisiert werden könnten.<sup>194</sup> Bei der Bewerbung wäre gezielt auch die migrantische Bevölkerung anzusprechen.

---

<sup>192</sup> Um eine Stimme aus unseren Interviews zu zitieren: „Wir würden uns wünschen, dass das Selbsthilfezentrum das Selbsthilfe-Konzept als Vortrag bei uns in den Gruppen mal vorstellt und wir verstehen, was das ist. Und nicht nur einmal. Es kann einmal im Jahr sein. Weil es kommen auch immer unterschiedliche Leute.“ (I 19).

<sup>193</sup> Religiösen Führern und Ärzten dürfte hier eine besondere Rolle zukommen. Wie auch immer. Bereits aus Zeitgründen scheidet eine Kontaktierung der einzelnen Personen / Institutionen natürlich aus. Hier wäre zu prüfen, inwieweit es jeweils Netzwerke, Zusammenschlüsse oder Standesorganisationen gibt, über die man zentral an die Zielgruppe herankommt. Nicht zu vergessen ist auch die Möglichkeit zielgruppenspezifischer Publikationen – so könnten etwa die Münchner Ärzte über die „Münchner Ärztlichen Anzeigen“ erreicht werden.

<sup>194</sup> Wie es einer unserer Gesprächspartner formulierte: „Die [Selbsthilfezentrum. SIM] sollten einfach offene Veranstaltungen in den eigenen Räumlichkeiten machen. Einfach als Angebot. Wollt ihr nicht mal bei uns treffen? Wir haben Räume, eine Küche... Oder macht ein Fest bei uns. Und dann mal zu schauen, was passiert.“ (I 7).

### 3.5.2 Unterstützende Angebote für Dritte (Selbsthilfezentrum als Dienstleister)

- (1) **Konzipierung und Durchführung von Vernetzungstreffen** (Migrantenselbstorganisationen und gesundheitsbezogene Selbsthilfe). Die Vernetzung zwischen gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen einerseits und Migrantenselbstorganisationen andererseits steckt auch in München noch in ihren „Kinderschuhen“. Aus Organisationsicht sind dies häufig noch getrennte Welten. Konkret geht es zum einen darum, Informationsdefizite über die gesundheitliche Selbsthilfe bei Migranten bzw. bei professionellen Migrationsdiensten zu beseitigen – und zum anderen darum, das Wissen um Migration und kulturelle Vielfalt in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe voranzutreiben. Dass auch seitens der Akteure der Wunsch nach bzw. der Bedarf an einer solchen Vernetzung besteht, zeigten die positiven Reaktionen auf den Fachtag „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“. In diesem Sinne sind geeignete Vernetzungsformate zu entwickeln. Es wäre zu überlegen, ob – abgesehen von Einzelveranstaltungen – ein Runder Tisch zur interkulturellen Öffnung der Selbsthilfe ins Leben gerufen werden könnte (Ausgangsbasis könnten die Teilnehmenden am Fachtag sein). Bei den Vernetzungstreffen ist darauf zu achten, dass gerade bei Migrationsgruppen eine persönlichere und kurzfristigere Art der Einladung geboten ist.
- (2) **Sensibilisierung für das Thema der interkulturellen Öffnung.** Mit Blick auf die Hansestadt Hamburg vertrat Szmidt<sup>195</sup> kürzlich die Ansicht, dass sich „die meisten Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen (...) in ihren Angeboten (Flyer, Informationsblätter, Treffpunkte) nach den Anliegen der Mehrheitsgesellschaft“ richten. Unabhängig davon, ob dieses Diktum auch für die Landeshauptstadt München zutrifft – im Rahmen des Aktionsforschungsprojektes war dies nicht systematisch überprüfbar – wurde in unseren Gesprächen doch ein grundlegender Sensibilisierungsbedarf für das Thema sichtbar. Im Rahmen von Fachveranstaltungen (z.B. Workshop auf Gesamttreffen) und im Austausch mit Migrantenselbstorganisationen sollten Selbsthilfesusammenschlüsse daher für dieses Thema sensibilisiert werden (Was ist interkulturelle Öffnung überhaupt? Was bringt das?<sup>196</sup> Wie geht man vor? etc.). Wünschenswert wäre es, für diese Veranstaltungen auch Selbsthilfegruppen / -organisationen zu gewinnen, die sich mit dieser Thematik bereits systematisch auseinandergesetzt haben und ihre *konkreten* Erfahrungen und den Mehrwert entsprechender Strategien vorstellen können.
- (3) **Vertiefende Fortbildungs-/Beratungsangebote zur interkulturellen Öffnung.** Gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit der Stelle für interkulturelle Arbeit der Landeshauptstadt München sollte ein vertiefendes interkulturelles Fortbildungsangebot für Selbsthilfesusammenschlüsse entwickelt werden.<sup>197</sup> Die Qualifizierung von Leitungen multikultureller Gruppen im Sinne inter- bzw. transkultureller Kompetenz<sup>198</sup> (z.B. im Bereich Kommunikation) ist hierbei angemessen zu berücksichtigen. Ergänzend ist ein niederschwelligeres Beratungsangebot für (gesundheitsbezogene) Selbsthilfegruppen und -organisationen vorzuhalten, im Sinne einer

---

<sup>195</sup> Szmidt (2014b: 13).

<sup>196</sup> Das hier ein mitunter beträchtlicher Sensibilisierungsbedarf besteht, zeigte sich auch auf dem Fachtag „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“. Die auf einem der World Café-Tische gestellte Frage „Was ist der besondere Wert von Selbsthilfegruppen, in denen Menschen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund zusammenarbeiten?“ brachte nur wenige Ergebnisse („Perspektive ändern“, „Kulturelle Vielfalt macht Respekt für alle möglich“).

<sup>197</sup> Ein solches Angebot könnte u.U. im Rahmen des IQE-Prozesses konzipiert werden.

<sup>198</sup> Interkulturelle Qualifizierung heißt nicht, kulturspezifisches Fachwissen zu vermitteln. Vor dem Hintergrund der vielfältigen Herkunftskulturen, aus denen die Münchner Bürgerinnen und Bürger stammen, wäre dies auch gar nicht leistbar. Sie beruht vielmehr auf der grundlegenden Fähigkeit, anderen Menschen in ihrer jeweils *individuellen* Lebens- und Gesundheitssituation vorurteilsfrei begegnen zu können (inter- bzw. transkulturelle Kompetenz). Dies heißt wiederum, „kulturelle Fremdheit“ nicht über zu bewerten, sondern sie als eine – wenngleich eine zentrale – Achse gesellschaftlicher Vielfalt zu begreifen (Diversitäts-Ansatz). Hierbei ist es zentral, auch die Diskriminierungserfahrungen, die für viele Menschen mit Migrationshintergrund alltäglich sind, in den Blick zu nehmen.

Unterstützung bei der Umsetzung konkreter interkultureller Bausteine (z.B. interkulturelle Gestaltung von Flyern, Integration von non-verbale Aktivitäten in Gruppen).<sup>199</sup>

- (4) **Unterstützung der Leitungen migrantischer Gruppen.** Bei migrantischen (gesundheitsbezogenen) Gruppen scheint die Gefahr der Überlastungen der Leitungen noch stärker ausgeprägt zu sein als in (herkunfts-)deutschen Gruppen. Dies spricht für die Bedeutung von entsprechenden professionellen Unterstützungsangeboten durch die Selbsthilfekontaktstellen bzw. die Selbsthilfeunterstützer – in Form von Beratungen und fachlichen Fortbildungen. Hier wäre zu prüfen, ob die bestehenden Angebote inhaltlich, aber auch organisatorisch (zeitliche Nähe, sprachliche Form) aus Sicht der migrantischen Leitungen ausreichend sind. Gerade mit Blick auf migrantische Gruppen wäre ein proaktives Nachfragen nach den Bedarfen der Leitungen sinnvoll. Je nach artikuliertem Bedarf könnte auch ein festes Austauschtreffen zwischen den migrantischen Gruppenleitungen ins Auge gefasst werden.
- (5) **Muttersprachliche Beratung.** Die im Rahmen eines Modellprojektes bei der Kölner Selbsthilfe-Kontaktstelle etablierte muttersprachliche Sprechstunde für türkischsprachige Mitbürgerinnen und Mitbürger belegt den hohen Mehrwert eines entsprechenden Angebots. Ein besonderer Bedarf besteht aus Sicht des Berichtstatters diesbezüglich vor allem für Türkisch, Arabisch und Farsi.<sup>200</sup> Ob dies über feste Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter realisiert wird – was natürlich eine entsprechende Personalpolitik voraussetzen würde – oder etwa über 450 Euro-Kräfte ist erst einmal zweitrangig. Die Realisierungsmöglichkeiten eines muttersprachlichen Beratungsangebots sollten auf jeden Fall abgeklärt werden.

---

<sup>199</sup> Zu möglichen Bausteinen siehe Kapitel 3.

<sup>200</sup> Der Bedarf für die beiden letzteren Gruppen ergibt sich aus den jüngsten „Zuwanderungswellen“. In der türkischsprachigen „Community“ scheint der ethnische Rückbezug wiederum stärker ausgeprägt zu sein als etwa bei Personen aus dem „serbokratischen Sprachraum“, die die größte ausländische „Sprachgruppe“ stellt.

#### 4. Zitierte Literatur

- Anderson, B. T. & Garcia, A.** 2015. 'Spirituality' and 'cultural adaptation' in a Latino mutual aid group for substance misuse and mental health. IN: BJPsych Bulletin 39 (4): S.191-195.
- Arantes, J. C. M. & dos Santos Oliveira, L. F. L.** n.d. Grupos de autoajuda no Brasil: um recurso terapêutico, uma rede disponível. Online-Publikation: <http://www.existeumasolucao.com.br/pdf/grupos-auto-ajuda-brasil.pdf>.
- Avis, M.** 2007. Self-help and black and ethnic communities. IN: Ninth European Expert Meeting on Self-Help Support: Thinking Outside the Box - Expanding the Boundaries of Self-help Support in a Changing World, S.25-29.
- Azaiza, F. & Ben-Ari, A. T.** 1998. The self-help concept among Arab professionals in Israel. IN: International Social Work 41 (4): S.417-430.
- Ben-Ari, A. T.** 1998. Understanding of and Atitudes Towards Self-Help: Views from Palestinian and Israeli Members of Self-Help Groups. IN: Journal of Social Service Research 24 (1/2): S.131-148.
- Bermejo, I., Frank, F., Maier, I. & Hölzel, L.** 2012. Gesundheitsbezogenes Inanspruchnahmeverhalten von Personen mit Migrationshintergrund und einer psychischen Störung im Vergleich zu Deutschen. IN: Psychiatrische Praxis 39: S.64-70.
- Bichmann, W.** 1995. Medizinische Systeme Afrikas. IN: Ritual und Heilung: Eine Einführung in die Ethnomedizin, Hrsg. Pfeleiderer, B., Greifeld, K. & Bichmann, W. Berlin: Reimer: S.33-65.
- Blume, S.** 2017. In search of experiential knowledge IN: European Journal of Social Science Research 30 (1): S.91-103.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, S., Frauen und Jugend),** Hrsg. 2014. Migrantinnenorganisationen in Deutschland. Abschlussbericht (Kurzbericht). Berlin: BMFSFJ.
- Hrsg. 2016. Migration und Familie: Kindheit mit Zuwanderungshintergrund (Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Kurzfassung). Berlin: BMFSFJ.
- Bodur, L.** 2007. "Ich habe Halt und Geborgenheit gefunden". IN: Gesundheit und Gesellschaft (AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft) Spezial 11/2007: S.9.
- Borkman, T.** 2008. Self-Help Groups as Participatory Action. IN: Handbook of Community Movements and Local Organiations, Hrsg. Cnaan, R. A. & Milofsky, C. New York: Springer: S.211-226.
- Brzoska, P. & Razum, O.** 2016. Die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund aus sozialepidemiologischer Sicht. IN: Handbuch Gesundheitssoziologie (Springer Reference Live), Hrsg. Jungbauer-Gans, M. & Kriwy, P. Wiesbaden: Springer: S.1-17.
- Cohen, A., Raja, S., Underhill, C., Yaro, B. P., Dokurugu, A. Y., de Silva, M. & Patel, V.** 2012. Sitting with others: mental health self-help groups in northern Ghana. IN: International Journal of Mental Health Systems 6: S.1-8.
- Dizdar-Yavuz, E.** 2011. Anleitung einer Selbsthilfegruppe für türkische Migrantinnen mit psychischer Belastung IN: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2011, Hrsg. DAG SHG (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.). Gießen: DAG SHG: S.71-80.
- Eaton, J. & Radtke, B.** 2010. Community Mental Health Implementation Guidelines. Bernsheim: CBM.
- Ebcinoglu, N.** 2003. Selbsthilfe braucht Unterstützung. IN: Im Blickpunkt: Selbsthilfe - Brücke zwischen Gesundheit und Migration, Hrsg. KOSKON NRW (Koordination für Selbsthilfekontaktstellen in Nordrhein-Westfalen). Mönchengladbach: KOSKON: S.ohne Seitenzahlen.
- Elspaß, S. & Maitz, P.** Hrsg. 2011. Sprache und Diskriminierung (Der Deutschunterricht 63.6). Seelze: Friedrich Verlag.
- Eribon, D.** 2017. Gesellschaft als Urteil. Berlin: Suhrkamp.

- Eschenbruch, N.** 2013. Medizinethnologie in Europa - ethnologische Perspektiven auf Biomedizin und andere Heilsysteme. IN: Medizinethnologie: Eine Einführung, Hrsg. Greifeld, K. Berlin: Reimer: S.131-148.
- FDR (Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.)** Hrsg. 2011. Kompetenznetzwerk Suchtselbsthilfe für Migranten aus dem Osten (KOSMOS) & Aufbau eines neuen internetgestützten Selbsthilfeportals für junge Drogenuser (Exjuse). Bericht der wissenschaftlichen Begleitung. Hannover: FDR.
- Garcia, A., Anderson, B. & Humphreys, K.** 2015. Fourth and Fifth Step Groups: A New and Growing Self-Help Organization for Underserved Latinos with Substance Use Disorders. IN: Alcoholism Treatment Quarterly 33 (2): S.235-243.
- Gidron, B., Chesler, M. A. & Chesney, B. K.** 1991. Cross-Cultural Perspectives on Self-Help Groups: Comparison between Participants and Nonparticipants in Israel and the United States. IN: American Journal of Community Psychology 19 (5): S.667-681.
- GKV (Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherer).** 2018. Leitfaden zur Selbsthilfeförderung (Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 20. August 2018). Berlin: GKV.
- Good, M.-J. D., Brodwin, P. E. G., Byron J. & Kleinman, A.** Hrsg. 1994. Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective. Berkeley: University of Berkeley Press.
- Greifeld, K.** 2013. Medizinethnologie: Eine Einführung (*Ethnologische Paperbacks*). Berlin: Reimer.
- Günther, F.** 2014. Gesundheitsförderung mit Migrantenselbstorganisationen im Kontext netzwerkorientierter Gemeinwesenarbeit. München: Akademische Verlagsanstalt.
- Hamilton, A.** 1990. Self-help and mutual aid in ethnic minority communities. IN: Self-help groups in a changing world, Hrsg. Katz, A. & Bender, E. I. Oakland: Third Party Publishing.
- Hinderling, P.** 1981. Kranksein in "primitiven" und traditionellen Kulturen. Norderstedt: Verlag für Ethnologie.
- Jyothi, H.** 2016. Self-help groups: Empowerment through participation (An impact Assessment study). IN: International Journal of Advanced Education and Research 1 (7): S.15-18.
- Karatas, D.** 2016. Kraft tanken für die Pflege. IN: G+G - Gesundheit und Gesellschaft (Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft) Spezial 12/2016.
- Kizilhan, I.** 2011. Potentiale und Belastungen psychosozialer Netzwerke in der Migration. IN: *Migration und psychische Gesundheit: Belastungen und Potentiale*, , Hrsg. Borde, T. & David, M. Frankfurt am Main: Mabuse: S.53-67.
- Knipper, M. & Bilgin, Y.** 2009. Migration und Gesundheit. Sankt Augustin / Berlin: Konrad Adenauer Stiftung.
- Kofahl, C.** 2007a. Gesundheitliche Selbsthilfe bei Menschen mit Migrationshintergrund. IN: Public Health Forum 15 (2): S.23-25.
- . 2007b. Neue Heimat in der Gruppe. IN: Gesundheit und Gesellschaft (AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft), Spezial 11/2007: S.4-7.
- . 2009. Gesundheitsbezogene Selbsthilfe bei Menschen mit Migrationshintergrund. IN: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 52: S.55-63.
- Kofahl, C., Mnich, E., Staszczukova, P., Hollmann, J., Trojan, A. & Kohler, S.** 2010. Mitgliedergewinnung und -aktivierung in Selbsthilfeorganisationen: Ergebnisse einer Befragung von Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene. IN: Gesundheitswesen 72: S.729-738.
- Kohler, S. & Kofahl, C.** 2012. Selbsthilfe bei Migrantinnen und Migranten fördern und unterstützen. Anregungen und Beispiele für Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen (*NAKOS Konzepte und Praxis 2*). Berlin: NAKOS.
- Kolba, N. & Borgetto, B.** 2007. Gesundheitsbezogene Selbsthilfe und soziale Ungleichheit. IN: Public Health Forum 15 (55): S.17.e1-17.e2.

- Köllner, D.** 2016. >Wir brauchen kreative Lösungen<. IN: G+G - Gesundheit und Gesellschaft (Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft) Spezial 12/2016: S.15.
- Kurtz, L.** 1997. Self-Help and Support Groups: A Handbook for Practitioners. Thousand Oaks: Sage.
- Kurtz, L. F.** 2017. Support and Self-Help Groups. IN: Handbook of Social Work with Groups (2nd edition), Hrsg. Garvin, C. D. & Gutierrez, L. M. New York: Guilford: S.155-170.
- Kutalek, R.** 2013. Krankheit und Gesundheit in Afrika: Aspekte an der Schnittstelle von Anthropologie und Medizin. IN: Medizinethnologie: Eine Einführung, Hrsg. Greifeld, K. Berlin: Reimer: S.101-129.
- Landeshauptstadt München (Referat für Gesundheit und Umwelt).** 2010. Rundum gesund. Leitlinie Gesundheit: Herausforderungen begegnen, Perspektiven schaffen, Lebensqualität fördern. München: Referat für Gesundheit und Umwelt.
- Landeshauptstadt München (Sozialreferat).** 2008. Interkulturelles Integrationskonzept: Grundsätze und Strukturen der Integrationspolitik der Landeshauptstadt München. München: Stelle für Interkulturelle Arbeit (Sozialreferat).
- Landeshauptstadt München (Stelle für interkulturelle Arbeit)** Hrsg. 2013. Interkulturelle Öffentlichkeitsarbeit: Ein Leitfaden. München: Landeshauptstadt München.
- Levine, R.** 1997. Eine Landkarte der Zeit: Wie Kulturen mit Zeit umgehen. München / Zürich: Piper.
- Löhlein, H.** 2007. Das Mitmachen erleichtern. IN: Gesundheit und Gesellschaft (AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft) Spezial 11/2007: S.10-11.
- Luke, D. A., Roberts, L. & Rappaport, J.** 1993. Individual, Group Context, and Individual Group Fit Predictors of Self-Help Group Attendance IN: Journal of Applied Behavioral Science 29 (2): S.216-238.
- Munn-Giddings, C., Oka, T., Borkman, T., Chikoto, G., Matzat, J. & Montaña-Fraire, R.** 2016. Self-Help and Mutual Aid Group Volunteering. IN: The Palgrave Handbook of Volunteering, Civic Participation, and Nonprofit Associations, Hrsg. Smith, D. H. Basingstoke: Palgrave Macmillan: S.393-416.
- NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen)** Hrsg. 2012. Selbsthilfe bei Migrantinnen und Migranten fördern und unterstützen. Anregungen und Beispiele für Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen (*NAKOS Konzepte und Praxis 2*). Berlin: NAKOS.
- NAMI & UIC (National Alliance on Mental Illness & University of Illinois).** 2010. Cultural Competence in Mental Health Pre-run Programs and Self-help Groups: A Tool to Assess and Enhance Your Services Arlington & Chicago: NAMI & UIC.
- Naz, Ö.** 2006. Sind türkischsprachige Mitbürgerinnen und Mitbürger schwieriger zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe zu motivieren? IN: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2006, Hrsg. DAG SHG (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.). Gießen: Focus Verlag: S.72-75.
- Netzwerk SH (Netzwerk Selbsthilfe Bremen-Nordniedersachsen e.V.)** Hrsg. 2013. Migration und Selbsthilfe: Wie funktionieren neue Gruppengründungen? Ein Leitfaden für Selbsthilfegründungen von MigrantInnen für MigrantInnen. Bremen: Netzwerk DH.
- Nichter, M.** 2002. The social relations of therapy management. IN: New Horizons in Medical Anthropology, Hrsg. Lock, M. & Nichter, M. London/New York: Routledge: S.81-110.
- Pfleiderer, B.** 1995. Der Blick nach Drinnen: zur kulturellen Konstruktion medizinischen Tuns und Wissens. IN: Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin, Hrsg. Pfleiderer, B., Greifeld, K. & Bichmann, W. Berlin: Reimer: S.163-198.
- Powell, T. & Perron, B.** 2010. The Contribution of Self-Help Groups to the Mental Health/Substance Use Service System. IN: Mental Health - Self-Help: Consumer and Family Initiatives, Hrsg. Brown, L. D. & Wituk, S. New York: Springer: S.335-353.
- Reckwitz, A.** 2008. Unscharfe Grenzen. Bielefeld: Transkript.

- RKI (Robert-Koch-Institut).** 2004. Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 23. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Hrsg. 2015. Gesundheit in Deutschland (*Gesundheitsberichterstattung des Bundes*). Berlin: RKI.
- Roth, R.** 2009. Integration durch politische Partizipation und bürgerschaftliches Engagement. IN: Lokale Integrationspolitik in der Einwanderungsgesellschaft: Migration und Integration als Herausforderung von Kommunen, Hrsg. Gesemann, F. & Roth, R. Wiesbaden: VS: S.195-215.
- SADAG (South African Depression and Anxiety Group).** The role of support groups in the Third World: South Africa as a Case Study. Johannesburg: SADAG.
- Sagner, A.** 2001. Behinderung und Kultur. IN: Zeitschrift für Ethnologie 125: S.175-297.
- . 2002. Identity Management and Old Age Construction among Xhosa-speakers in Urban South Africa: Complaint Discourse Revisited. IN: Ageing in Africa: Sociolinguistic and Anthropological Approaches, Hrsg. Makoni, S. & Stroeken, K. London: Routledge: S.43-66.
- Scheible, J. A.** 2018. Alphabetisierung und Deutscherwerb von Geflüchteten: Deutschlernerkenntnisse und Förderbedarfe von Erst- und Zweitschriftlernenden in Integrationskursen. IN: BAMF-Kurzanalyse 01/2018.
- Schmeding, A.** 2018. Self-help group approach in Afghanistan. Prague: PIN (People in Need).
- Schührer, A.-K.** 2018. Migrantinnen engagieren sich (doch): Bürgerschaftliches Engagement im Kontext von Migration und Sozialer Ungleichheit. IN: Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft: Grundlagen - Konzepte - Handlungsfelder, Hrsg. Blank, B., Gögercin, S., Sauer, K. E. & Schramkowski, B. Wiesbaden: Springer VS: S.735-747.
- Seebom, P., Munn-Giddings, C. & Brewer, P.** 2010. What's in a name? A discussion paper on the labels and location of self-organising community groups, with particular reference to mental health and Black groups. IN: Mental Health and Social Inclusion 14 (3): S.23-29.
- Seitz, K.** 2005. Verhängnisvolle Mythen. Nationale Identität und kulturelle Vielfalt. IN: *Transkulturalität und Identität. Bildungsprozesse zwischen Exklusion und Inklusion*, Hrsg. Datta, A. Frankfurt am Main: IKO-Verlag: S.263-269
- Siller, H., Renner, W. & Juen, B.** 2017. Turkish Migrant Women with Recurrent Depression: Results from Community-based Self-help Groups. IN: Behavioral Medicine 43 (2): S.129-141.
- Statistisches Amt München.** 2018. Die Bevölkerung nach Altersgruppen und Migrationshintergrund am 31.12.2017. München: Statistisches Amt.
- Swartz, L.** 1998. Culture and Mental Health: A Southern African View. Cape Town: Oxford University Press.
- Szmidt, M.** 2014a. Interkulturelle Öffnung der Selbsthilfe: Aufgaben und Schwierigkeiten. Ergebnisse unserer Befragung 2013. Hamburg: KISS.
- . 2014b. Kultursensible Selbsthilfe: Wege zur Interkulturellen Öffnung der Selbsthilfe am Beispiel des Hamburger Praxisprojektes. Hamburg: KISS.
- Tatarevic, A.** 2017. Aus einem Trauma ist durch Selbsthilfe ein Traum wahr geworden. IN: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2017, Hrsg. DAG SHG (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.). Gießen: DAG SHG: S.10-13.
- Temucin, G., Haack, M., Seidel, G. & Dierks, M.-L.** 2018. Rekrutierung von Menschen mit Migrationshintergrund für Selbstmanagementkurse - Erfahrungen aus der Initiative für Selbstmanagement und aktives Leben (INSEA). (Meeting Abstract, 54. Jahrestagung der DGSM in Dresden). IN: Gesundheitswesen 80 (08/09): S.773.
- Ünal, A.** 2003. Ein "anderes" Verständnis. Struktur und Zusammensetzung der Migranten. IN: Im Blickpunkt: Selbsthilfe - Brücke zwischen Gesundheit und Migration?, Hrsg. KOSKON NRW. Mönchengladbach: KOSKON NRW: S.35-43.
- . 2007. Eine Frage des Vertrauens. IN: Gesundheit + Gesellschaft (Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft), Spezial 11/2007: S.12.

- Uslucan, H.-H.** 2015. Psychosoziale Belastungen von Migrantenfamilien und die Bedeutung der Selbsthilfe: Vortrag am 25.03.2015 in Dortmund im Rahmen der Fachveranstaltung "Migration - Gesundheit - Selbsthilfe".
- Volke, A.** 2008. Aktivierung von Migranten zur Teilnahme an gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen am Beispiel von Empowerment. Bachelorarbeit vorgelegt an der Universität Bremen, SS 2208.
- Völker, B. & Flap, H.** 1995. The effects of institutional transformation on personal networks: East Germany, four years later. IN: Netherlands Journal of Social Sciences 31 (2): S.87-110.
- von Appen, U.** 1994. The development of self-help in Germany's new provinces (former East Germany): The case of Schwerin. IN: Self-Help and Mutual Aid Groups: International and Multicultural Perspectives Hrsg. Lavoie, F., Borkman, T. & Gidron, B. Binghamton, NY: Haworth: S.97-116.
- Wilkinso-Maposa, S., Fowler, A., Oliver-Evans, C. & Mulenga, C. F. N.** 2005. The Poor Philanthropist: How and Why the Poor Help Each Other. Cape Town: University of Cape Town.
- Wöller, W.** 2016. Trauma-informierte Peer-Beratung in der Versorgung von Flüchtlingen mit Traumafolgestörungen. IN: Psychotherapie, Psychosomatik & Medizinische Psychologie 66: S.349-355.
- Zeller, M.** 2016. Schwerpunkt-Befragung zur sozialen und gesundheitlichen Lage. IN: Münchner Statistik (Statistisches Amt der Landeshauptstadt München) 2016/III.

## 5. Anhang

Selbsthilfezentrum München • Westendstraße 68 • 80339 München

Westendstraße 68  
80339 München

Tel. 089/53 29 56 - 0  
Fax 089/53 29 56 - 49

info@shz-muenchen.de  
www.shz-muenchen.de

Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN DE63 7002 0500 0008  
8902 03  
BIC BFSWDE33MUE

Kontakt zum Absender:

**Ina Plambeck**  
Tel. 089/53 29 56 - 22  
Mail ina.plambeck@  
shz-muenchen.de

München, den 15.05.2018

### Einladung zur Gruppendiskussion „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“ der Gesundheitsselbsthilfe

Sehr geehrter Herr,

aktuell arbeitet das Team des Selbsthilfezentrums an einem Projekt zum Thema „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“. Es wird zusammen mit dem Institut SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (Dr. Andreas Sagner) durchgeführt und von den Krankenkassen finanziert. Das Projekt untersucht, wie Migrantinnen und Migranten derzeit in der Gesundheitsselbsthilfe engagiert sind und welche Bedeutung das Thema Migration innerhalb der bestehenden Gesundheitsselbsthilfegruppen hat. Ziel des Projekts ist es unter anderem, die Angebote der Gesundheitsselbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund besser zugänglich zu machen.

Um die Sichtweisen der Engagierten direkt einzubeziehen, führt Herr Dr. Andreas Sagner Einzelgespräche und zwei Gruppendiskussionen mit Selbsthilfe-Aktiven durch. Wir würden uns daher sehr freuen, wenn Sie Ihre Erfahrungen und Anregungen im Rahmen einer Gruppendiskussion mit uns teilen würden: Welche Erfahrungen mit diesem Thema haben Sie als Engagierte aus der Gesundheitsselbsthilfe? Erzählen Sie von Ihren Eindrücken, tauschen Sie sich mit anderen Engagierten aus und sagen Sie uns, was Sie sich in diesem Bereich an Unterstützung wünschen!

### Gruppendiskussion zum Thema „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“

**Welche Erfahrungen hat die Gesundheitsselbsthilfe und welche Unterstützung wünscht sie sich?**

**Ort: Selbsthilfezentrum München, Westendstraße 68, 80339 München, Gruppenraum 3, 2. Stock**

**Zeit: Mittwoch, 6. Juni 2018, 18 Uhr bis 20 Uhr**

**Moderation: Dr. Andreas Sagner, SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung**

Wir freuen uns auf einen angeregten Austausch mit Ihnen bei Getränken und einem kleinen Buffet!

Bitte geben Sie **bis Mittwoch, den 1. Juni 2018** Bescheid, ob Sie an der Diskussion teilnehmen möchten. (Rückfragen und **Anmeldung: erich.eisenstecken@shz-muenchen.de, Tel: 089 – 532956-16**)

Mit freundlichen Grüßen,



Ina Plambeck und Erich Eisenstecken

Selbsthilfezentrum München • Westendstraße 68 • 80339 München

Westendstraße 68  
80339 München

Tel. 089/53 29 56 - 0  
Fax 089/53 29 56 - 49

info@shz-muenchen.de  
www.shz-muenchen.de

Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN DE63 7002 0500 0008  
8902 03  
BIC BFSWDE33MUE

Kontakt zum Absender:

**Ina Plambeck**  
Tel. 089/53 29 56 - 22  
Mail ina.plambeck@  
shz-muenchen.de

München, den 15.05.2018

### **Einladung zur Gruppendiskussion „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“ der Migrantenorganisationen**

Sehr geehrte Frau,

aktuell arbeitet das Team des Selbsthilfezentrums an einem Projekt zum Thema „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“. Es wird zusammen mit dem Institut SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (Dr. Andreas Sagner) durchgeführt und von den Krankenkassen finanziert. Das Projekt untersucht, wie Migrantinnen und Migranten derzeit in der Gesundheitsselbsthilfe engagiert sind und welche Bedeutung das Thema Migration innerhalb der bestehenden Gesundheitsselbsthilfegruppen hat. Ziel des Projekts ist es unter anderem, die Angebote der Gesundheitsselbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund besser zugänglich zu machen.

Um die Sichtweisen der Engagierten direkt einzubeziehen, führt Herr Dr. Andreas Sagner Einzelgespräche und zwei Gruppendiskussionen mit Selbsthilfe-Aktiven durch. Wir würden uns daher sehr freuen, wenn Sie Ihre Erfahrungen und Anregungen im Rahmen einer Gruppendiskussion mit uns teilen würden: Welche Erfahrungen mit diesem Thema haben Sie als Engagierte aus den Migrantenorganisationen? Erzählen Sie von Ihren Eindrücken, tauschen Sie sich mit anderen Engagierten aus und sagen Sie uns, was Sie sich in diesem Bereich an Unterstützung wünschen!

### **Gruppendiskussion zum Thema „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“**

**Welche Erfahrungen haben die Migrantenorganisationen und welche Unterstützung wünschen sie sich?**

**Ort: Selbsthilfezentrum München, Westendstraße 68, 80339 München, Veranstaltungsraum EG**

**Zeit: Mittwoch, 20. Juni 2018, 18 Uhr bis 20 Uhr**

**Moderation: Dr. Andreas Sagner, SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung**

Wir freuen uns auf einen angeregten Austausch mit Ihnen bei Getränken und einem kleinen Buffet!

Bitte geben Sie **bis Mittwoch, den 1. Juni 2018** Bescheid, ob Sie an der Diskussion teilnehmen möchten. (Rückfragen und **Anmeldung: erich.eisenstecken@shz-muenchen.de, Tel: 089 – 532956-16**)

Mit freundlichen Grüßen,



Ina Plambeck und Erich Eisenstecken

Die Teilnahme ist kostenlos.

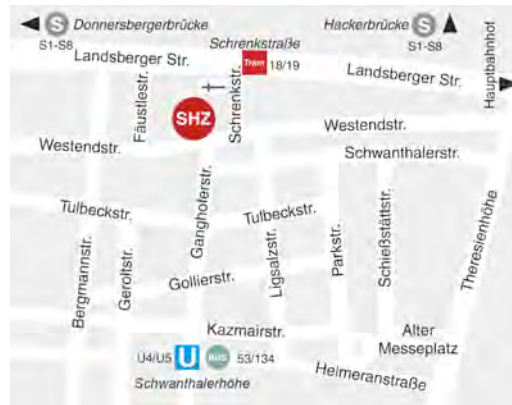
Für unsere Planung ist Ihre  
Anmeldung notwendig:

Selbsthilfezentrum München  
Westendstraße 68  
80339 München  
Tel.: 089/53 29 56-0  
Fax.: 089/53 29 56-49  
E-Mail:  
ingrid.mayerhofer@shz-muenchen.de

Weitere Informationen zum Projekt:

Ina Plambeck  
Tel.: 089/53 29 56-22  
E-Mail:  
ina.plambeck@shz-muenchen.de

## Lageplan und Anfahrt Selbsthilfezentrum München



### S-Bahn alle Linien:

Donnersberger Brücke oder  
Hackerbrücke (ca. 15 Min. Fußweg)

### U-Bahn Linien 4 u. 5:

Schwantalerhöhe  
(ca. 8 Min. Fußweg)

### Trambahn Linien 18 u. 19:

Schrenkstraße  
(ca. 4 Min. Fußweg)



## Gesundheit und Migration

### Gesundheitsangebote für Menschen mit Migrationserfahrung



am 23. November 2017  
von 18 Uhr bis 20.30 Uhr

im Selbsthilfezentrum München

Mit freundlicher Unterstützung von  
FöBE (Förderung Bürgerschaftlichen  
Engagements) und MORGEN e.V. (Netzwerk  
Münchner Migrantenorganisationen)

V.i.S.d.P.: Klaus Grothe-Bortlik, Selbsthilfezentrum  
München, Westendstraße 68, 80339  
www.shz-muenchen.de  
Bild: Thommy Weiss, pixelio.de



## **Was ist eine Gesundheitsselbsthilfegruppe?**

Menschen schließen sich freiwillig zu Gruppen zusammen, wenn sie selbst oder Menschen in ihrer Familie sich in schwierigen Lebenssituationen befinden oder von Krankheiten betroffen sind.

In diesen herausfordernden Lebenslagen unterstützen sich die betroffenen Menschen, indem sie sich mit Verständnis begegnen und ihre Erfahrungen austauschen.

Durch die gemeinsamen Aktivitäten helfen sie sich gegenseitig und finden oft nützliche und individuelle Lösungen für ihre gesundheitlichen oder alltäglichen Probleme.

Selbsthilfe findet ehrenamtlich statt und ist daher meistens kostenfrei.

## **Gesundheitsselbsthilfe und Migration**

Die Idee der Selbsthilfe ist in Amerika und Europa entstanden und ist daher in vielen Ländern in dieser Form nicht bekannt.

Für Menschen mit Migrationserfahrung kann es dennoch sehr hilfreich sein, sich mit anderen Menschen anonym und vertraulich über ähnliche Erfahrungen, Schwierigkeiten und Lösungen im Bereich Gesundheit auszutauschen.

Es gibt auch Selbsthilfegruppen zu unterschiedlichen Erkrankungen, die in der Muttersprache der Teilnehmenden stattfinden.

## **Programm**

### **18.00 Beginn**

Begrüßung durch das Team des SHZ

### **18.15 Uhr: Projektvorstellung und Diskussion**

Was ist das Projekt „Selbsthilfe-Gesundheit-Migration“?

(Referent: Dr. Andreas Sagner, SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung)

### **19.00 Uhr: Einrichtungen stellen sich vor**

Was bieten kultursensible Dienste für Migrantinnen und Migranten an?

Was bietet das Selbsthilfezentrum an?

- Donna Mobile
- MIMI-Projekt
- Malteser Migranten Medizin
- Psychologischer Dienst für Ausländer Caritas
- Selbsthilfezentrum München

### **19.50 Pause mit kleinem Imbiß**

### **20.00 Uhr: Marktplatz der Gesundheitsangebote**

Rückfragen und persönlicher Austausch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheitsdienste und des Selbsthilfezentrums München

### **20.30 Ende**

## **Projekt**

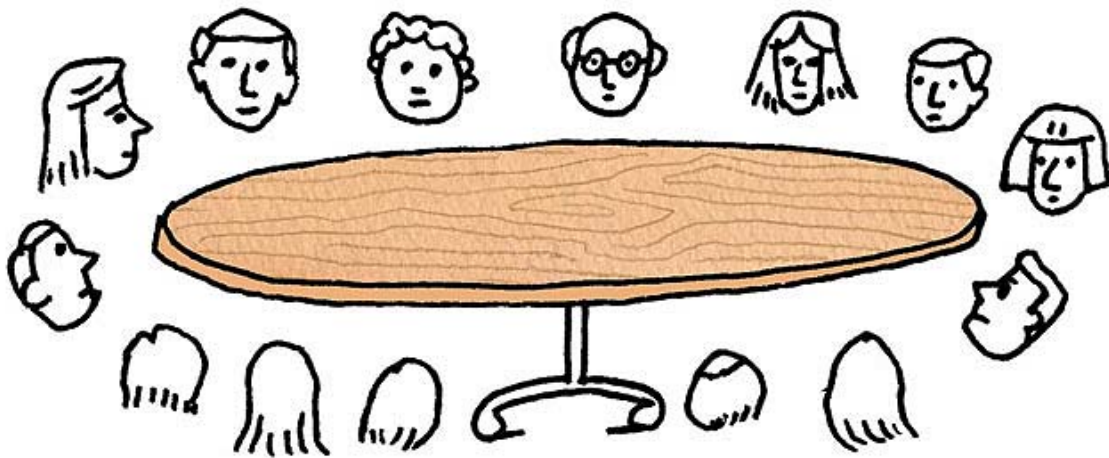
### **„Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“ im Selbsthilfezentrum München**

Seit Jahresbeginn arbeitet das Team des Selbsthilfezentrums an einem neuen Projekt zum Themenfeld Selbsthilfe-Gesundheit-Migration in Kooperation mit dem Institut SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung.

Das Projekt geht den Fragen nach, wie Migrantinnen und Migranten derzeit im Bereich der Gesundheitsselbsthilfe engagiert sind und welche Bedeutung das Thema Migration innerhalb der bestehenden Gesundheitsselbsthilfegruppen einnimmt. Neben der Klärung dieser Fragen sind auch Information und Vernetzung wichtige Zielsetzungen des Projekts.

Der Abend informiert sowohl über das neue Projekt als auch über Gesundheitsangebote für Menschen mit Migrationserfahrung in München.

# Selbsthilfe- Stammtisch



zum Thema:

## "Selbsthilfe – Gesundheit – Migration"

Wie können sich die Angebote von Gesundheitsselfhilfe und  
Migrantenselbstorganisationen ergänzen?

Zu Gast: Dr. Andreas Sagner (SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung)  
stellt das Projekt "Selbsthilfe – Gesundheit – Migration" vor

**Vernetzung und Austausch bei gemütlicher Brotzeit**  
**Keine Anmeldung nötig**

Am Donnerstag, 22. März 2018, 18:30-21:00 Uhr  
im Veranstaltungsraum des Selbsthilfezentrums München (SHZ)

Veranstaltet vom:

**SHZ**   
Selbsthilfezentrum  
München

# Anmeldung:

## Selbsthilfezentrum München

Ingrid Mayerhofer

Tel: 089 / 53 29 56 – 19

E-Mail: [ingrid.mayerhofer@shz-muenchen.de](mailto:ingrid.mayerhofer@shz-muenchen.de)

Pro Gruppe können maximal zwei Personen teilnehmen.

Bitte geben Sie bei der Anmeldung an, welchen Workshop Sie besuchen möchten und ob Sie eine körperliche Einschränkung haben, die wir berücksichtigen können.

Teilnahme nach Eingang der Anmeldung.

## Selbsthilfezentrum München

Westendstraße 68, 80339 München



Tel.: 089/53 29 56 - 0

Fax: 089/53 29 56 - 49

E-Mail: [info@shz-muenchen.de](mailto:info@shz-muenchen.de)

Website: [www.shz-muenchen.de](http://www.shz-muenchen.de)

### Träger:

„Verein zur Förderung der Selbsthilfe und Selbstorganisation (FöSS) e.V.“

### Gefördert von der

Fördergemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassenverbände in Bayern

### Gefördert von der



Landeshauptstadt  
München

# GESAMTREFFEN

ALLER SELBSTHILFEGRUPPEN  
UND INITIATIVEN AUS MÜNCHEN  
UND UMGEBUNG

Samstag,  
16. Juni 2018  
10:00 bis 16:00 Uhr

Selbsthilfezentrum München, Westendstr. 68  
& Multikulturelles Jugendzentrum, Westendstr. 66a

- Austausch mit anderen Engagierten
- Kontakte knüpfen und fachsimpeln
- Aktuelle Themen der Selbsthilfe-Szene diskutieren
- Kreative Anregungen für dies und das

## Zweites Gesamttreffen aller Selbsthilfegruppen und Initiativen in München!

Das Selbsthilfezentrum München lädt hiermit Engagierte aus allen Selbsthilfegruppen und Initiativen aus München und der Umgebung zu einem großen Gesamttreffen am Samstag, 16. Juni 2018 ein.

Das Gesamttreffen ist für die „Selbsthilfeszene“ die Gelegenheit, um über aktuelle Themen und Herausforderungen ins Gespräch zu kommen, untereinander zu fachsimpeln und noch dazu einfach eine gute Zeit miteinander zu haben. Der Tag soll allen Beteiligten Anregungen und Impulse für die jeweilige Arbeit in der Gruppe oder als Selbsthilfeunterstützer geben.

**Datum:** Samstag 16. Juni 2018  
**Uhrzeit:** 10:00 bis 16:00 Uhr  
**Eröffnung:** Multikulturelles Jugendzentrum Westendstr. 66a  
**Workshops:** Selbsthilfezentrum München Westendstr. 68

Geplant ist wieder ein vielfältiges Programm, das Sie in Ihrem Engagement bestärken und bereichern soll. Neben viel Zeit zur Begegnung haben Sie die Möglichkeit, einen von vier sehr unterschiedlichen Workshops zu besuchen und zudem auch einem Fachvortrag zu lauschen. Frau Prof. Dr. Gabriela Zink von der Hochschule München, die auch im Vorstand unseres Trägervereins tätig ist, wird über die gesellschaftliche Relevanz von Selbsthilfe referieren und uns so in den Tag einstimmen.

Für das leibliche Wohl ist gesorgt.

**Diskutieren – Nachdenken – Fachsimpeln!**  
Workshop 1 & 2 haben den Fokus auf einen inhaltlichen Austausch zu aktuellen Themen der Selbsthilfe.

### Workshop 1:

Thema: Interkulturelle Öffnung – Interkultureller Austausch in Selbsthilfe und Selbstorganisation. Wie können sich die Angebote von Gesundheitsselfhilfe und Migrantenselbstorganisationen ergänzen?

### Workshop 2:

Thema: Die vielen Gesichter von Selbsthilfe und Selbstorganisation: Kaffeeklatsch, Internetforum, Referentenabend, Gymnastikgruppe... Was verstehen Sie eigentlich unter einer Selbsthilfegruppe oder einer selbstorganisierten Initiative?

### Gemeinsam Lachen und Singen!

In den Workshops 3 & 4 gibt es die Möglichkeit, sich auf andere Weise zu begegnen und gemeinsam kreativ zu werden.

### Workshop 3: „Das wäre doch gelacht!“

Mit Lachyoga eine positive innere Haltung trainieren. Schnupperworkshop mit einer professionellen Lachtrainerin – Lächeln hilft immer, auch wenn es gerade nicht viel zu Lachen gibt.

### Workshop 4: „Selbsthilfe swingt!“

Wir lassen uns von der Musik inspirieren und wagen etwas Neues: Wir werden gemeinsam ein Selbsthilfelied entwickeln...lassen Sie sich überraschen, wir sind gespannt. Bringen Sie gerne eigene Instrumente mit – natürlich auch Rasseln, Trommeln, Zimbeln und was es so alles gibt.

## Kosten

Für Fachkräfte beträgt die Teilnahmegebühr 40,00 €.

Bitte mit der Anmeldung überweisen an:  
Selbsthilfezentrum München  
Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE63 7002 0500 0008 8902 03  
BIC: BFSWDE33MUE

Für ehrenamtliche Engagierte aus Selbsthilfegruppen und Migrantenselbstorganisationen ist die Teilnahme kostenfrei.

## Anmeldung

Für unsere Planung bitten wir Sie um eine verbindliche Anmeldung im SHZ:

Angelika Pfeiffer: 089/53 29 56 - 29  
angelika.pfeiffer@shz-muenchen.de

**Anmeldeschluss ist der 15. November 2018.**

## Anmeldung für einen Infostand

Wenn sie als Gesundheitsselbsthilfegruppe oder als Migrantenselbstorganisation mit einem Infostand beim Fachtag mitwirken möchten, geben Sie dies bitte bei Ihrer Anmeldung an. Wir werden uns dann mit Ihnen in Verbindung setzen.

Angelika Pfeiffer: 089/53 29 56 - 29  
angelika.pfeiffer@shz-muenchen.de

**Anmeldeschluss ist der 26. Oktober 2018.**

## Lageplan und Anfahrt

Das Kulturhaus Milbertshofen befindet sich im gleichnamigen Stadtteil Milbertshofen, am Curt-Mezger-Platz 1, 80809 München.

Sie erreichen das Kulturhaus mit der U-Bahnlinie U2, Haltestelle: Milbertshofen oder mit der Buslinie 177, Haltestelle: Curt-Mezger-Platz.



### Eine Veranstaltung des Selbsthilfezentrum München

Gefördert von der Fördergemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassenverbände in Bayern

V.i.S.d.P.: Klaus Grothe-Bortlik, Selbsthilfezentrum  
München, Westendstraße 68, 80339 München

www.shz-muenchen.de

Bild: istock

## Einladung zum Fachtag

## Selbsthilfe, Gesundheit und Migration



**Freitag, 23. November 2018**

**Kulturhaus Milbertshofen**

**14 Uhr bis 19 Uhr**



## Projekt „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“

Das Selbsthilfezentrum München arbeitet seit 2017 in Kooperation mit dem Sozialwissenschaftlichen Institut München, SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung an einem Projekt zum Themenfeld „Selbsthilfe-Gesundheit-Migration“. Zielsetzungen des Projekts sind u.a. eine bessere Vernetzung von Migrantenorganisationen und Gesundheitsselbsthilfe sowie die Förderung von Kultursensibilität im Bereich Selbsthilfe und Gesundheit.

## Fachtag

Zum Abschluss des Projekts möchten wir Sie zur Diskussion der Ergebnisse und der gemeinsamen Entwicklung weiterer Perspektiven herzlich einladen. Wir freuen uns dabei auf Ihre Erfahrungen und Erkenntnisse zu den konkreten Handlungsempfehlungen, die im Rahmen des Projekts entwickelt wurden.

## Zielgruppe des Fachtages

Eingeladen sind Engagierte aus Selbsthilfegruppen und aus Migrantenorganisationen, Fachkräfte und Verwaltung aus dem Gesundheits- und Sozialwesen sowie professionelle Selbsthilfeunterstützerinnen und Selbsthilfeunterstützer.

## Programm

<b>13.30</b>	<b>Ankommen</b> bei Kaffee und Getränken	<b>16.15</b>	<b>World-Café</b> Offene Diskussion an drei wechselnden Thementischen zwischen Engagierten aus Migrantenorganisationen und der Gesundheitsselbsthilfe, Fachkräften aus dem Gesundheits- und Sozialbereich und Fachkräften aus der professionellen Selbsthilfeunterstützung.
<b>14.00</b>	<b>Begrüßung</b> Projektgruppe „Selbsthilfe – Migration – Gesundheit“ im Selbsthilfezentrum München	<b>17.15</b>	<b>Diskussion und Gallery Walk</b> Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse aus dem Worldcafé im Plenum und auf Stellwänden im anschließenden Gallery Walk.
<b>14.15</b>	<b>Vortrag</b> Vorstellung der Ergebnisse des Aktionsforschungsprojektes zur interkulturellen Öffnung der Gesundheitsselbsthilfe in Zusammenarbeit dem Selbsthilfezentrum München Referent: Dr. Andreas Sagner, Sozialwissenschaftliches Institut München, SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung	<b>18.00</b>	<b>Ausklang mit Buffet und Musik</b> Vernetzung beim gemeinsamen Essen, Trinken, Tanzen sowie Austausch an den Infoständen.
<b>15.00</b>	<b>Best-Practice Beispiele</b> Wie sieht interkulturelle Öffnung an der Schnittstelle zwischen Gesundheit und Selbsthilfe aus? Präsentation und Diskussion von Beispielen aus der Praxis.	<b>19.00</b>	<b>Ende der Veranstaltung</b>
<b>15.45 bis 16.15</b>	<b>Pause mit Infoständen</b> Münchner Migrantenorganisationen und Gesundheitsselbsthilfegruppen stellen sich und ihre Angebote vor. (Fortsetzung ab 18 Uhr)		