

## „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“

Ein Projekt des Selbsthilfezentrums München (SHZ) in Kooperation  
mit SIM Sozialplanung & Quartiersentwicklung

Vorstellung ausgewählter Projektergebnisse im Rahmen des  
Fachtags „Selbsthilfe – Gesundheit – Migration“  
am 23. November 2018

Andreas Sagner  
Ethnologe & Sozialplaner

1

### Gliederung des Vortrags

- Vorbemerkungen (Fragestellung...)
- Allgemeine Thesen / Erkenntnisse zum Engagement von Migrant\*innen in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe
- Ausgewählte Bausteine der interkulturellen Öffnung:
  - Informieren
  - Bedarfe beantworten
  - Ermöglichen
  - Unterstützen
- Ausblick

2

## Fragestellungen

### 1) Gesundheitsselbsthilfe von Migrant\*innen:

- Wie ist die derzeit geringe (quantitative) Bedeutung von formalisierten gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen zu verstehen *und* zu bewerten? (Zugangsbarrieren / Bedarfslagen / Konsequenzen)

### 2) Organisierte Gesundheitsselbsthilfe im Allgemeinen:

- Inwieweit setzen Initiativen der (nicht-migrantischen) Gesundheitsselbsthilfe auf ein Engagement von Migrant\*innen in ihren Reihen? (Haltung / Strategien / Erfahrungen)

☞ **Praxisfrage:** Was könnte *ggf.* getan werden (v.a. seitens des SHZ),

- um Migrant\*innen für ein (stärkeres) Engagement im Bereich der (formalisierten) Gesundheitsselbsthilfe zu motivieren / zu unterstützen (Neugründungen oder Mitarbeit)
- um organisierte und bereits bestehende Initiativen stärker für die Belange von Migrant\*innen zu sensibilisieren bzw. sie bei der Öffnung für diese "Gruppe" zu unterstützen (Interkulturelle Öffnung)?

3

## Vorgehen

### ▪ Literaturanalyse

- wissenschaftliche Literatur (sehr lückenhaft; hauptsächlich Darstellung von „Barrieren“)
- Projektberichte („graue Literatur“) & Praxisleitfäden (z.B. Netzwerk SH Bremen, NAKOS, National Alliance on Mental Illness)

### ▪ Leitfadeninterviews (n≈35: Einzelpersonen; Kleingruppen bis drei Personen) – Auswahl der Organisationen in Abstimmung mit SHZ)

- Selbst(hilfe)organisationen im Gesundheitsbereich bzw. gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen
- Einrichtungen im Gesundheitsbereich
- Migranten-Selbstorganisationen bzw. migrantische soziale Selbsthilfegruppen
- Einrichtungen im Sozialbereich

### ▪ Teilnahme an Austausch- und Vernetzungstreffen (organisiert von SHZ)

- Diskussion zentraler Projektthemen
- ✗ geplante Gruppendiskussion von Migranten-Selbstorganisationen mit gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen kam wegen geringer Nachfrage nicht zustande (⇒ Einladungsstrategien? Interesse?)

⇒ Stark explorative Studie – qualitative Erfassung der Gründe für das faktische (Nicht-)Engagement in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe

⇒ Keine „Patentrezepte“ für Öffnungs- und Rekrutierungsstrategien (überhaupt möglich?), sondern Impulse und Anregungen, wo angesetzt werden könnte/sollte.

### und nun zu...

- Vorbemerkungen (Fragestellung...)
- Allgemeine Thesen / Erkenntnisse zum Engagement von Migrant\*innen in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe
- Ausgewählte Bausteine der interkulturellen Öffnung:
  - Informieren
  - Bedarfe beantworten
  - Ermöglichen
  - Unterstützen
- Ausblick

5

### Zum Umfang des Engagements I: Gesundheitliche Selbsthilfe

**These:** Das Engagement von Migrant\*innen in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe wird tendenziell unterschätzt (SHZ-Datenbank):

- Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen von Migrant\*innen verstehen sich nicht unbedingt als solche bzw. haben nicht immer Kontakt zum Selbsthilfezentrum:  
*„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.“* [Karatas 2016]  
*„In vielen Migranten(selbst)organisationen sind Selbsthilfegruppen zu unterschiedlichen Themen vorhanden, ohne dass die Beteiligten sich dessen bewusst sind.“* [Szmidi 2014]
- („Gut integrierte“ / „sprachmächtige“) Migrant\*innen werden in (gesundheitsbezogenen) Selbsthilfegruppen oft nicht als Migrant\*innen wahrgenommen („bringen sich ein wie Andere auch“, „das macht für uns kein Unterschied“)
- 👉 Robert-Koch-Institut (2003): Migranten, die mehr oder weniger gut Deutsch sprechen & „hohen Integrationsgrad“ aufweisen, unterscheiden sich in ihrem gesundheitsbezogenen Selbsthilfe-Engagement kaum von dem der Nicht-Migranten.
- ⇒ **Bei der Frage der Engagement-Förderung** ist primär auf jene abzustellen, die **über mangelnde Sprachkompetenzen** verfügen und/oder an den **Strukturen der Mehrheitsgesellschaft nur in geringem Maße teilhaben** (können).

6

## Zum Umfang des Engagements II: Alternative Formate

Zudem gibt es eine Vielzahl alternativer Formate, in denen (auch) muttersprachlicher Austausch über gesundheitliche Themen stattfindet (☞ Selbsthilfe als gegenseitige/ Unterstützung / Austausch nicht-verwandter Gleichbetroffener = kulturübergreifend)

- Angeleitete Selbsthilfegruppen (in Krankenhäusern, aber z.T. auch in sozialen Einrichtungen) – vermutlich aber eher randständiges Phänomen
- **Migrantenselbstorganisationen**  
*„Im Rahmen der geselligen Aktivitäten sowie der Beratungsangebote von Migrantenvereinen finden ebenfalls problembezogene Gespräche und auf Krisenbewältigung ausgerichtete Interaktionsprozesse statt“ [Günther 2014]*
- **Soziale Selbsthilfegruppen**  
*„Ich denke, dass im Rahmen der sozialen Selbsthilfe viel Gesundheitsbezogenes verhandelt wird. Oder auch da, was ich jetzt als Nachbarschaftshilfe bezeichnen würde – also quasi im nichtorganisierten Bereich. Da findet sehr viel gesundheitsbezogene Selbsthilfe statt. Sehr viel Austausch, sehr viel Wissensvermittlung.“ [13]*
- **Niederschwellige soziale und gesundheitliche Einrichtungen** (Müttercafés, Frauencafés, Nachbarschaftstreffs (Siehe: Best-Practice Beispiel 1)
- Treffpunkte / Einrichtungen des alltäglichen Lebens (Cafés, Läden...)
- Austausch in den Familien
- ☞ Umfang / Wirkungen des Austausches nicht verlässlich abschätzbar (Forschungsbedärf, v.a. mit Blick auf MSOen, soziale Selbsthilfe & niederschwellige Einrichtungen)

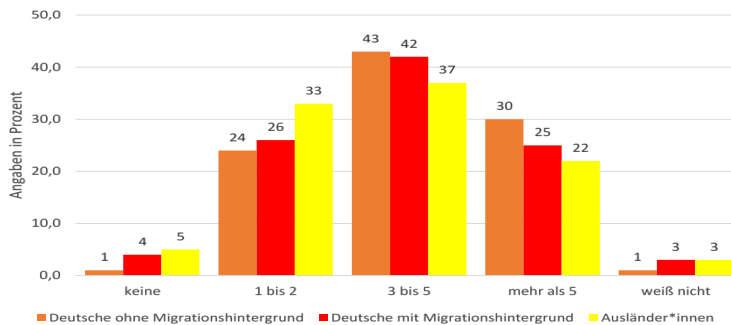
## Zum Umfang des Engagements III: Bewertung

**These:** Zum Teil bieten die alternativen Formate für Migrant\*innen „bedarfsgerechtere“ **Thematisierung** = Gesundheit ein Thema von vielen (Lebensweltorientierung); Krankheit als integraler Aspekt der generellen Lebenslage **plus Niederschwelligkeit** / leichte Zugänge; Austausch in **ganzheitlicheres Konzept** (Geselligkeit ...) eingebunden.

- ⇒ Formate können positive Wirkeffekte von gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen aber vermutlich nur zum Teil realisieren (z.B. Empowerment, aber auch Lotsenfunktion ...)
- ⇒ *Insofern* sicherlich (ungedekter) Bedarf an diagnosebasiertem Austausch zwischen gleichbetroffenen Migrant\*innen sichtbar:  
*„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 gibt Selbsthilfegruppen, weil dort gibt es viel mehr Informationen, egal ob für Medikamente, für Möglichkeiten oder für Ratschläge. Und ich weiß nicht noch für was alles.“ [5]*
- ⇒ Dieser (allerdings nicht quantifizierbare) Bedarf führt derzeit aber nur teilweise zur Nachfrage nach „klassischen“ gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen bzw. wird gegenüber Selbsthilfezentrum kaum vorgebracht – trotz höherer Gesundheitsbelastungen von Migrant\*innen

### ... liegt das vielleicht an der generell besseren sozialen Einbindung von Migrant\*innen?

„Wie viele Menschen gibt es, auf die Sie sich verlassen können, wenn Sie persönliche Probleme haben?“ (Angaben in Prozent)




Quelle: Schwerpunktbefragung der Münchner Bürger\*innen zur sozialen und gesundheitlichen Lage 2016

9

### ... aber was sind dann die Gründe für das geringere Engagement (Barrieren)?



- ⇒ Barrieren nur zum Teil migrationsspezifisch: Informationsdefizite, Ausgrenzungserfahrungen, Sprachkompetenzen ... teilweise auch bei Nicht-Migrant\*innen wirksam („Gefahr der Kulturalisierung“)
- ⇒ Das geringe(re) Engagement von Migrant\*innen kann über den „Migranten-Status“ *nur bedingt* erklärt werden.
- ⇒ Vom Migrationshintergrund allein lässt sich nicht auf Vorhandensein bestimmter Barrieren schließen (vgl. Deutung von / Umgang mit Krankheitsbildern = hohe kulturelle Plastizität)

 Keine Bewertung von (kulturellen / biographischen) Barrieren (=als zu überwindende „negative“ Hindernisse), sondern ihre Anerkennung als Ausgangspunkte 10

### .... und was ist zu tun? Grundverständnis

Nicht der/die Einzelne mit (oder ohne) Migrationshintergrund muss sich den vorhandenen Selbsthilfe-Strukturen anpassen, sondern die Strukturen / Angebote den vielfältigen Bedürfnissen / Sichtweisen der Einzelnen (= Inklusion statt Integration; Transformation statt Assimilation)

- ⇒ Kein „Überstülpen“ (Thiel) unseres **Selbsthilfeverständnisses**, sondern dessen **Weiterentwicklung**
- ⇒ Auch bisherige **Grundverständnisse** gehören auf den **Prüfstand** (Förderlogiken, konzeptioneller Ausschluss von angeleiteten Gruppen ...)

Interkulturelle Öffnung der Selbsthilfe in diesem Sinne heißt vor allem,

- die Frage nach der Weiterentwicklung der Selbsthilfe in engem **Austausch mit Migrant(en)selbstorganisationen) zu bearbeiten**
- **Offenheit für die Herangehensweisen** neuer (migrantischer) Gruppen (=Raum geben & Zeit lassen) / **bedarfsgerechte Unterstützung leisten**
- **Mehrsprachigkeit** innerhalb der Selbsthilfe anzuerkennen und zu unterstützen
- **alternative Austauschformate** als potenziell hilfreiche Unterstützungsformen für Betroffene **anzuerkennen** (Bewertung durch Betroffene)

Ziel der interkulturellen Öffnung: Jeder hat – unabhängig seines Hintergrundes – die **gleichen Zugangs-Teilhabechancen** zur Selbsthilfe.

11

### und nun zu...

- Vorbemerkungen (Fragestellung...)
- Allgemeine Thesen / Erkenntnisse zum Engagement von Migrant\*innen in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe
- **Ausgewählte Bausteine der interkulturellen Öffnung:**
  - **Informieren**
  - **Bedarfe beantworten**
  - **Ermöglichen**
  - **Unterstützen**
- Ausblick

12

## Informieren I

### Welche Strategien haben sich (nicht) bewährt?

- **“Klassische” Öffentlichkeitsarbeit** (Auslegung von Flyern in Beratungsstellen, Praxen, Kliniken etc.), auch mit übersetzten Materialien, erreicht die Zielgruppe nur sehr bedingt (wenn überhaupt).
- Zielführend(er) ist **zugehende Informationsarbeit** - vor allem ...
  - ✓ die direkte Ansprache der Betroffenen durch
    - muttersprachliche Organisationen (z.B. MSOen) bzw. Multiplikatoren vor Ort (z.B. Geistliche, MiMi-Mediator\*innen)
    - einschlägige Respektpersonen (z.B. Ärzte, fachmedizinisches Personal)
    - Mitglieder der Communities mit Erfahrungswissen
  - ✓ die Mund-zu-Mund-Propaganda in den kulturellen Netzwerken (über positive Erfahrungen mit der Selbsthilfe)
  - ✓ anlassbezogene Präsenz von Selbsthilfeakteuren in den Communities, ggf. mit Dolmetschern
- ☞ In diesen Kontexten können muttersprachliche Materialien sehr unterstützen.

13

## Informieren II

### Was heißt das für das SHZ (und größere SHOen)?

- **Auflegen muttersprachlicher Informationen** (v.a. als Unterstützung der Netzwerkarbeit, der aufsuchenden Arbeit vor Ort) bzw. Unterstützung hierbei
  - ✓ Zentrale inhaltliche Bausteine (neben kultursensible Erklärung des Selbsthilfeansatzes): Was macht man da eigentlich? Was bringt es, sich mit Gleichbetroffenen auszutauschen? Redet man da nur über Krankheiten? ...
- **Stärkung der aufsuchenden Arbeit beim SHZ** (SHZ als „Brückenbauer“; auch als Dienstleister für SHG/SHO)
  - ✓ gezielte Kontaktierung von & Vermittlung von „Selbsthilfe-Wissen“ an Vertrauenspersonen wie Ärzt\*innen, muttersprachliche Geistliche; MiMi-Mediator\*innen; MSOen... - bis hin zu Kooperationen
  - ✓ Zugehende Informationsarbeit in migrantischen Communities, ggf. mit Dolmetschern
  - ✓ Ggf. in Kooperation mit Selbsthilfeverbänden und/oder ausgewählten Selbsthilfegruppen (gemeinsame Veranstaltungen)
- **Schulung von muttersprachlichen Ehrenamtlichen** (möglichst mit eigener Selbsthilfefahrung) zur zugehenden Informationsarbeit in Communities (ggf. auch zur Initiierung / Begleitung von Gruppen; vgl. „In-Gang-Setzer®“ – Projekt; Best-Practice 2)

## Bedarfe beantworten I

### Wie könn(t)en Vorbehalte gegen gesundheitsbezogene Selbsthilfe abgebaut werden?

#### ▪ Sicherung der Muttersprachlichkeit

- ✓ *unverzichtbar* - für Migrant\*innen mit geringen Deutschkenntnissen
- ✓ *geboten* – für Migrant\*innen mit „mittleren“ Sprachkenntnissen („viele trauen sich einfach nicht, Deutsch zu sprechen, auch wenn sie die Sprache ganz gut können“)
- ✓ *wünschenswert* – auch für Migrant\*innen mit (sehr) guten Deutschkenntnissen (Ausdruck von Gefühlen)
- + erfüllt auch Wunsch nach Beheimatung, Identitätssicherung; Anerkennung
- + muttersprachliche Gruppen können als Einstieg in die Selbsthilfegruppenarbeit dienen (Erfahrungen mit Konzept im vertrauenswürdigerem Rahmen)
- ... durch Gründung muttersprachlicher Gruppen (siehe unten „Ermöglichen“)
- ... durch Gründung zwei- / mehrsprachiger Gruppen (oft hohe Anforderung an Gruppe)  
*„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 soviel, dass ich bleibe.“ [27].*

☞ **Einsatz von Dolmetschern** im Kontext Erfahrungsaustausch (i.G. zu Informationsaustausch) in der Regel eher kritisch gesehen 15

## Bedarfe beantworten II

- **Einbindung von / Unterstützung durch Expert\*innen** (☞ gerade beim Thema Krankheit tendenziell höherer Stellenwert von Expertenwissen unter Migrant\*innen)
  - ✓ (Anfänglich) enge Begleitung der Gruppensitzungen durch einen (professionellen / qualifizierten) Berater\*in (vgl. In-Gang-Setzer-Projekt)
  - ✓ Sicherung eines „professionellen inhaltlichen Inputs“ in Form von Fachvorträgen (vgl. Kursangebote in Selbsthilfeorganisation oft deutlich besser angenommen als dortige SHGen)
  - ✓ Zulassen angeleiteter Gruppen (✗ herkömmliches Selbsthilfeverständnis)
- **Sicherung starker / qualifizierter Gruppenleitungen** (☞ bei Migrant\*innen motivierende / zugehende Gruppenleitungen tendenziell wichtiger)
  - ✓ Entsprechende Personen sind an die Funktion „Gruppenleitung“ unter besonderer Berücksichtigung der Unbekanntheit „klassischer Selbsthilfe“ unter Migrant\*innen heranzuführen (Zusätzliche Ausbildungsbedarfe? Aufgabe: SHZ, SHO)
  - ✓ Enge Begleitung der Gruppenleitungen ermöglichen (Austauschmöglichkeiten untereinander)
  - ✓ Unterstützung der Gruppenleitungen bei Wunsch nach graduellem „Rückzug“ aus der Leitungsfunktion (potenzielle Gefahr der Überlastung)

16



### Bedarfe beantworten III

- Flexible(re)s **Zeitmanagement**
  - ✓ **Zeitkorridor** (statt festem Beginn) bis hin zur Möglichkeit eines „anlassbezogenen Kommens“  
*„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.“* [Naz 2006, bezüglich türkischsprachiger Gruppen].  
*„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.“* [10]
  - ✓ Gruppenneugründungen zunächst mit (formalen) **zeitlichen Befristungen** (mit „offenem Ausgang“)
- „Tabu-Sensibilität“ bei **Gruppenbezeichnungen** („Solidaritätsgruppe“, „Gesund leben“, „Kreativ und selbstbewusst“ statt „Frauen-Krebs-Gruppe“, „Depressionsgruppe“)
- Vermehrte Berücksichtigung von **Gender-** und Altersaspekten bei Gruppengründungen (geschlechtsspezifische /altershomogenere Gruppen)  
*„Viele [türkische] 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.“* [Naz 2006].<sup>17</sup>

### Bedarfe beantworten IV

- Stärkung des „**Geselligkeitsmoments**“ (gemeinsame Aktionen neben gesprächsbasiertem Austausch) & bewusste „Bewerbung“ der Geselligkeit als integralem Bestandteil der Gruppe  
*„Selbsthilfe ist für Migranten nicht um sich nur zu helfen, sondern um Spaß zu haben, um sich zu unterhalten. Geselligkeit. Diese Geselligkeit ist wichtig.“* [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.“* [5]
- ⇒ **Schaffung neutraler Anlässe für Treffen**, zum Beispiel „gemeinsames Schwimmen, Kochkurse, aus denen sich im Laufe der Zeit problembezogene Gruppentreffen entwickeln können.“ D.h. Treffen, wo es darum geht **„persönliche Kontakte / Vertrautheit herzustellen**, eine Atmosphäre zu schaffen, die den sozialen Nahraum und kulturelle Bedürfnisse spiegelt.“ [Dizdar-Yavuz, 2011].

## Ermöglichen I

### Wie könn(t)en gesundheitsbezogene Gruppengründungen gefördert werden?

- **Gründung eines „Offenen Treffs“:** ggf. Austausch zu Gesundheitsthemen; ggf. mit Fachvorträge (hoher Stellenwert); um sich kennen zu lernen, gegenseitig Vertrauen zu gewinnen
  - ✓ „Kinderbetreuung & muttersprachliche Leitungen vorteilhaft
  - ✓ Unterstützung bei etwaiger Ausgründung von Selbsthilfegruppen (2-Stufen-Prinzip)
- **Gründung thematisch relativ offener „Rahmengruppen“** (Unterstützung / Initiierung durch SHZ - im engen Austausch mit Migranten(selbst)organisationen)
  - ✓ Thematisch übergreifend; jenseits der Trennung von „sozial“ versus „gesundheitlich“ (≠ Förderlogik)  
*„Das Problem ist, glaube ich, (...) dass speziell Migranten und Migrantinnen dazu neigen, vieles auch sehr inklusiv zu sehen. (...) Es wäre einfacher – vor allem für Migranten – wenn man sagen würde <Wir fördern jetzt einfach mal ihr Zusammensein. Wir sehen, dass es da um Gesundheit geht, um Soziales...>“ [13]*
  - ✓ Unterstützung bei etwaigem Wunsch nach Ausgründung stärker diagnoseorientierter Gruppen

19

## Ermöglichen II

- **Gewinnung von potenziellen Mitgliedern über muttersprachliche Info-Veranstaltungen** mit Gesundheitsbezug, möglichst als kleine Reihe – Unterteilung der Veranstaltungen in Impulsreferate und offene Gesprächsrunden (in Kooperation mit Migranten(selbst)organisationen)
  - ✓ Über Krankheiten sprechen-lernen; Sammeln von Erfahrungswissen (Austausch von Gleichbetroffenen)  
*„Inhaltlich geht es auch darum klarzumachen, dass man darüber [bestimmte Krankheiten, SIM] sprechen darf. Uns dass man das auch nicht geheim halten muss. Dass viele das Problem haben und man dran bleiben muss. Diese Sachen <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.“ [4]*  
*„Dass man ein paar Veranstaltungen macht, zwei- oder dreimal oder so, damit klar ist, dass man unerkant 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.“ [8]*
- **Gezielte / aktive Initiierung von Gruppen über Einsatz von muttersprachlichen Unterstützer\*innen.** (Netzwerk Selbsthilfe Bremen-Niedersachsen; In-Gang-Setzer-Projekt; Best-Practice-Beispiel 2)

## Unterstützen

### Was könn(t)en Selbsthilfeunterstützer\*innen tun, um gesundheitsbezogene Selbsthilfe von Migrant\*innen zu stärken?

- **Zugehende Informations- / Sensibilisierungsarbeit** (in migrantischen Communities & bei Fachakteuren) (siehe „Informieren“)
- Entwicklung von **muttersprachlichen „Lotsenmodellen“** (möglichst mit Aufwandsentschädigung) (vgl. Projekt Bremen, In-Gang-Setzer)
- **Muttersprachliche Beratung / Sprechstunden** (vgl. KISS Köln)
- Etablierung eines **Austauschforums zwischen migrantischen Gruppen / engmaschige Unterstützung** von Gruppenleitungen von gesundheitsbezogenen migrantischen Gruppen
- **Sensibilisierung** bestehender Selbsthilfeszusammenschlüsse für das Thema „Interkulturelle Öffnung“ (Fachveranstaltungen)
- Entwicklung / Vorhaltung vertiefender **interkultureller Fortbildungsangebote** für (gesundheitsbezogene) Selbsthilfeszusammenschlüsse bzw. deren Leitungen (ggf. in Zusammenarbeit mit Stelle für interkulturelle Arbeit der LH München) – einschließlich von „Schnupperkursen“

21

...

## und nun zu...

- Vorbemerkungen (Fragestellung...)
- Allgemeine Thesen / Erkenntnisse zum Engagement von Migrant\*innen in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe
- Ausgewählte Bausteine der interkulturellen Öffnung:
  - Informieren
  - Bedarfe beantworten
  - Ermöglichen
- **Ausblick**

22

## Ausblick

- Endbericht mit Handlungsempfehlungen (samt Ergebnissen des heutigen Fachtages) gegen Ende des Jahres
- Austausch der Projektpartner (Selbsthilfezentrum und SIM Sozialplanung) über (Umsetzbarkeit) der Handlungsempfehlungen (Anfang 2019)
- Teilnahme des SHZ am Projekt „Interkulturelle Qualitätsentwicklung“ (IQE) mit Workshops, Fortbildungen ...

23

**Herzlichen Dank !**

Fragen, Anregungen jederzeit unter

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

Tel. +49 (0)89 – 725 63 29

24