

Zur Migrantenorientierung in der Selbsthilfeunterstützung durch Selbsthilfekontaktstellen

Einleitung

Allen in Deutschland lebenden Menschen eine möglichst gleiche Chance zur Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit zu ermöglichen bzw. bei bestehender Erkrankung und/oder Behinderung gesellschaftliche Teilhabe zu erhalten oder herzustellen ist ein wichtiges Ziel sozial- und gesundheitspolitischer Steuerung. Dazu zählt im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere auch die Information und Beratung von Bürgerinnen und Bürgern zu Möglichkeiten der Inanspruchnahme sozialer und gesundheitlicher Leistungen. Zentrales Problem hierbei ist die schlechte Erreichbarkeit bestimmter Personengruppen aufgrund ihrer schlechten sozialen Lage und ihrer geringen materiellen wie immateriellen Ressourcen. Es sind also genau diejenigen besonders betroffen, bei denen ein hoher Bedarf an Unterstützung vermutet werden muss.

Auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen gilt die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen bei schwer erreichbaren Betroffenen als eine zentrale Herausforderung. Als schwer Erreichbare wurden hier in einer 2005 durchgeführten Befragung von 95 Selbsthilfekontaktstellen genannt: Langzeitarbeitslose, sozial Benachteiligte, psychisch Erkrankte oder Belastete, Wohnungslose sowie Migrantinnen und Migranten – und in allen Untergruppen insbesondere Männer (Trojan, Nickel 2006). In Abgrenzung zu einer mehrheitlich sprachkompetenten Mittelschicht werden insbesondere desintegrierte Migrantinnen und Migranten als ein Personenkreis beschrieben, der sich auszeichnet durch geringe Sprach- und Gesundheitskompetenz sowie schwach ausgeprägtes Selbstmanagement, aber mit vermutlich hohem potenziellen Gewinn an Gesundheitskompetenz durch Selbsthilfegruppen-Beteiligung (ebd.). Die Fokussierung auf diese Problemlagen verdeutlicht, dass in der Selbsthilfeunterstützung Wege erst noch entwickelt werden müssen, den in Deutschland lebenden, sozial benachteiligten Migrantinnen und Migranten die gleiche Chance auf Maßnahmen der Selbsthilfeunterstützung zu geben, wie den sozial Integrierten (vgl. Hundertmark-Mayser et al 2004, S. 31). Dies führt zu der Frage, wie der derzeitige Wissensstand zum Thema „gesundheitsbezogene Selbsthilfe bei Migrantinnen und Migranten“ bestellt ist.

Stand der Literatur

Um das Ergebnis der im Folgenden dargestellten Recherche gleich vorwegzunehmen: eine wissenschaftliche Aufbereitung des Themas „gesundheitsbezogene Selbsthilfe bei Migrantinnen und Migranten“ existiert im nennenswer-

ten Umfang weder national noch international. Um diese Aussage nachvollziehbar zu machen, insbesondere auch wegen der vielen unterschiedlichen Anwendungen und Operationalisierungen der relevanten Begriffe, erscheint es sinnvoll und erforderlich, das Suchvorgehen etwas näher zu beschreiben. Zur Orientierung und Annäherung an das Thema „Selbsthilfe, Gesundheit und Migration“ wurden die ersten Recherchen mit Google™ durchgeführt. Die Abfrage <selbsthilfe migration gesundheit> ergab 156.000 Treffer, für <selbsthilfe migranten gesundheit> warf Google™ 230.000 Treffer aus. Bei der Begrenzung auf ausschließlich aus Deutschland stammende Seiten blieben immer noch 204.000 Einträge (Stand: Januar 2007). Derart hohe Trefferquoten lassen vielfältiges Material zu diesem Thema vermuten, doch bereits der erste Blick auf die höchsten Rangplätze verdeutlicht schnell zwei zentrale Probleme:

1. Die Begriffe „Selbsthilfe“, „Migranten/Migration“ und „Gesundheit“ treten selten in einem geschlossenen Zusammenhang oder in einem zusammenhängenden Text auf. In der Regel sind die Begriffe für sich stehende Unterkategorien von Internetportalen öffentlicher oder Wohlfahrtsdienste, Länder, Kommunen oder Behörden, Wegweiserdienste und/oder mancher Nichtregierungsorganisationen.
2. Das Bedürfnis nach wissenschaftlichen oder Meta-Informationen zum Thema „gesundheitliche Selbsthilfe für Migrantinnen und Migranten“ lässt sich auf diese Weise nicht befriedigen, zu viele der Suchergebnisse sind zu allgemein und unspezifisch. Als Beispiele hierfür seien genannt: Seminarankündigungen, persönliche Stellungnahmen oder Arbeitsbereichsbeschreibungen der städtischen Gesundheitsämter etc.

Erst die Spezifizierung auf den Ausdruck „Gesundheitsbezogene Selbsthilfe“ (analog SGB V § 20, Abs. 4) sowie der sinnverwandten Begriffskombinationen führt zu einer sinnvollen Eingrenzung. Der in wissenschaftlichen Datenbanken übliche Einsatz von Operatoren ist auch in Google™ in gewissem Umfang möglich¹: (*migrant OR migranten OR migrantin OR migrantinnen OR ausländer OR zuwanderer OR übersiedler*) (*gesundheitliche selbsthilfe* OR *gesundheitsbezogene selbsthilfe* OR *gesundheitsselfhilfe* OR *krankheitsselfhilfe* OR *indikationsbezogene selbsthilfe* OR *diagnosebezogene selbsthilfe*). Diese Suchkombination ergibt bei Google™ 196 nicht-redundante² Treffer (14.2.2007). Das ist eine überschaubare Größenordnung mit einer dennoch hohen inhaltlichen Sättigung. Auf den ersten Blick schon zu erkennen, reihen sich „die üblichen Verdächtigen“ aneinander (wie z.B. NAKOS, DAG SHG e.V., SHZ München, der Paritätische NRW, Aktion Courage, Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement, ...), und man erhält eine Übersicht der Selbsthilfe-Community sowie der relevanten kommunalen Dienste und Wohlfahrtsverbände. Google Scholar™ generiert mit dem gleichen Suchbefehl 24 Treffer. Die Abfrage der wissenschaftlichen Datenbanken führt allerdings zu ernüchternden Ergebnissen: Die über infoconnex angesteuerten pädagogischen, sozialwissenschaftlichen und psychologischen Datenbanken (u.a. PSYNDX, SOLIS, FORIS) ergaben für die begrifflich sogar weiter gefasste Suche <selbsthilfe+migr*+gesundheit*> insgesamt nur 16 Treffer, die sich zudem als inhaltlich irrelevant herausstellten (18.2.2007).

Neben der Abfrage von Datenbanken besteht auch die Möglichkeit einer gezielten Durchsuchung von themenspezifisch bedeutsamen Domains. So ergab z.B. eine Tiefensuche zu <selbsthilfe+migr*> auf einer dokumentenindexierten Kopie des GESIS-Server³ 30 von 5.996 Dokumenten, von denen aber nur zwei bis drei von inhaltlicher Relevanz waren. Mehr zu finden war auf einer indexierten Kopie des NAKOS-Server: 23 Dokumente (von 161 nicht-redundanten), davon relevant ca. 6 (Bobzien 2002, 2005, Bauer 2005, Naz 2006, Bleckmann 2006 und angelehnt auch Fehren und Hinte 2006).

Wie ist nun der Dokumentationsstand in anderen Ländern? Nach Sichtung der internationalen Datenlage kann im Prinzip nur der Schluss gezogen werden, dass die gesundheitsbezogene Selbsthilfe eine deutsche Spezialität ist. Analog zur deutschen detaillierten Suchabfrage⁴ produziert GoogleTM nur 65 nicht-redundante Treffer und Google ScholarTM gar nur 19, davon etwa ein Drittel deutschen Ursprungs oder mit deutscher Beteiligung. Eine weitere, tiefere Suche in den medizinischen, sozialwissenschaftlichen und pädagogischen Literaturdatenbanken förderte gar keine relevanten Ergebnisse zu Tage, zumindest wenn mit Reintext nach „health related self-help“, „health oriented self care“ oder ähnlichem gesucht wird.

Der kürzlich erschienene systematische Review zum Thema „clinical effectiveness of self care support networks in health and social care“ (Woolacott et al 2006) beinhaltet eine extensive weltweite Suche mit allen erdenklichen Abfragekombinationen auf höchstem wissenschaftlichen Niveau; doch bezogen auf unsere Fragestellung zeigt aber auch dieses 300-Seiten-Dokument keine Ergebnisse.

Migrantenorientierung in den Selbsthilfekontaktstellen

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Selbsthilfekontaktstellen stehen demnach bislang nicht viele dokumentierte Modelle, Konzepte oder Empfehlungen zur Verfügung, von denen sie Elemente in ihre Arbeit integrieren könnten⁵. Immer häufiger stellt sich ihnen aber die Frage, ob und wie sie eine Selbsthilfeunterstützung bei Migrantinnen und Migranten vermitteln sollen und können (vgl. Bobzien 2005). Dies wird nicht zuletzt auch durch die aktuelle sozialpolitische Diskussion um die Situation der Bürgerinnen und Bürger mit Migrationshintergrund forciert, die manche kommunalen Träger und Fachabteilungen veranlasst, von den Selbsthilfekontaktstellen eine stärkere Migrantenorientierung zu fordern. Dazu ist bereits im Vorfeld eine Reihe von Aspekten zu klären. So bereiten schon die Definition der Zielgruppe und insbesondere die Bedeutung des Kriteriums „Migration(s)hintergrund“ erhebliche Schwierigkeiten. „Am besten wird dies immer wieder an dem Beispiel deutlich, dass sich wahrscheinlich ein deutscher Müllfahrer mit seinem türkischen Kollegen besser versteht und mehr Gemeinsamkeiten hat, als z.B. derselbe Müllfahrer mit einem deutschen Professor für Physik.“ (Schüle-Wolfzellner 2006, S. 1).

Bis vor Kurzem existierte in den amtlichen Statistiken hinsichtlich des Migrationsstatus nur die Unterscheidung „Deutsche“ und „Ausländer“ (vgl. Razum,

Geiger 2003, S. 686-688). Eine Binnendifferenzierung der Ausländer erfolgte im Wesentlichen mit der Unterscheidung zwischen der großen Gruppe der Gastarbeiter und der deutlich kleineren Gruppe der Asylbewerber und Asylanter. Von beiden Gruppen wurde ausgegangen, dass sie nur vorübergehend in Deutschland weilen würden. So wurden in den Bevölkerungsstatistiken herkunftsbiographische Faktoren außer Acht gelassen und nur die Staatsbürgerschaften gezählt und der Ausländerstatus für die soziodemografischen Berechnungen zugrunde gelegt. Selbst in einem aktuellen Lehrbuch der Gesundheitsförderung und Prävention werden Migrantinnen und Migranten noch als Ausländer definiert und mit ihnen gleichgesetzt (Hornung 2004, S. 329). Eine solche Verkürzung wird jedoch der gesellschaftlichen Realität nicht gerecht, weshalb konsequenterweise ab 2005 der Migrationshintergrund auch unabhängig von der Staatsbürgerschaft in die Mikrozensus-Erhebungen aufgenommen wurde (vgl. MZG 2004), nachdem allenfalls das bereits seit 1984 laufende sozioökonomische Panel (SOEP) zusätzliche Fragen zum Migrationshintergrund beinhaltete.

Etwa ab 2006 erfuhr der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ eine plötzliche, starke Verbreitung (vgl. Integrationsbeauftragte der Bundesregierung 2006). Er unterscheidet im Sinne der Mikrozensus-Operationalisierung in erster Linie die in Deutschland geborenen deutschstämmigen Bürger von den 15,3 Millionen (deutsch- und nicht-deutschstämmigen) zugewanderten Bürgern und ihren Nachkommen der 2. und ggf. der 3. Generation (Statistisches Bundesamt 2006, S. 73-79). Diese Gruppe ist im Sinne einer klassifikatorischen Ordnung noch deutlich heterogener als die der in Deutschland geborenen Deutschstämmigen.

Der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ ist in dieser definitorischen Weite zur Zielgruppenbestimmung für mögliche Maßnahmen zur Selbsthilfeaktivierung nicht brauchbar. Eine bedarfs-, situations- oder regionsgerechte Eingrenzung auf spezifische soziale und kulturelle Lagen, den Grad der Integration, Akkulturation und Assimilation erscheint für verschiedene Konzepte und Vorgehensweisen jeweils notwendig. Zu den schwer Erreichbaren zählen in der Regel nicht diejenigen, die sich sprachlich und kulturell assimiliert haben, sondern diejenigen, die Sprachbarrieren überwinden müssen, die eine nur niedrige soziale, gesundheitliche und System-Kompetenz besitzen, und die ein kulturell anders geprägtes Verständnis von Gesundheit und Krankheit haben (vgl. Naz 2006, Schüle-Wolfzellner 2006). Als Beleg hierfür mag der telefonische Gesundheitssurvey 2003 des RKI (Kohler, Ziese 2004) gelten, der interessanterweise bei Menschen mit Migrationshintergrund eine nur unwesentlich geringere Beteiligung an Selbsthilfegruppen herausfand als bei gebürtigen Deutschen. Allerdings wurden hier – bedingt durch die Methodik der Befragung – nur Deutschsprachige mit Festnetzanschluss eingeschlossen (Schenk, Neuhauser 2005). Die hier befragten Personen mit Migrationshintergrund stellen also keine repräsentative Gruppe dar, sondern vermutlich diejenigen, die wesentlich integrierter und akkulturierter sind als diejenigen, die gar nicht erst erreicht oder wegen Sprachbarrieren ausgeschlossen wurden.

Die professionelle Selbsthilfeunterstützung in Deutschland mit ihren zurzeit 282 Selbsthilfekontaktstellen ist überwiegend auf den deutschen Kulturkreis ausgerichtet. „Die Unterstützung von Selbsthilfe, wie sie von Selbsthilfe-Kontaktstellen ausgeht, ist bisher wenig auf die Belange von Migrant/Innen zugeschnitten und kann deshalb von einem größeren Teil der Bevölkerung zur Bewältigung ihrer Probleme nicht wahrgenommen werden.“ (Bobzien 2005, S. 57) Viele Mitarbeiter/innen der Selbsthilfekontaktstellen stellen sich demzufolge die Frage, mit welchen Maßnahmen sie eine Migrantenorientierung in ihre Arbeit aufnehmen und umsetzen sollen und können bzw. wieweit die Bemühungen und Maßnahmen reichen sollen – oder fragen noch grundsätzlicher: „Warum ist es der professionellen Seite eigentlich ein Anliegen „deutsche“ Selbsthilfegruppen für Migranten zu öffnen?“ (Schüle-Wolfsfellner 2006, S. 1) Zentral berührt sind hier die Kriterien „Relevanz“, „interkulturelle Kompetenz“ und „Machbarkeit“. Kontrovers wird auch die Frage diskutiert, ob das „abendländische“ Modell der Selbsthilfe überhaupt mit dem kulturellen Verständnis verschiedener Migrantengruppen in Einklang zu bringen ist (Bobzien et al 2002).

Es besteht zudem ein Mangel an Wissen darüber, ob und in welchem Ausmaß Menschen mit Migrationshintergrund gesundheitliche Selbsthilfe untereinander und in ihrem Verständnis leisten, denn Selbsthilfenetzwerke gibt es durchaus: in Form von informellen nachbarschaftlichen Netzwerken sowie einigen tausend mehr oder weniger stark organisierten Migrantenselbstorganisationen (MSO) (vgl. Gaitanides 2003). Allerdings mangelt es auch hier an systematischem und empirischem Wissen um Verbreitung, Nutzung und Funktionalität dieser ethnischen Selbsthilfenetze (Thränhardt 2005). In der Selbstdarstellung der MSO spielen gesundheitliche Themen gegenüber religiösen, ethnisch-kulturellen, sozialen, schulischen Sport- und Freizeitaktivitäten eine deutlich untergeordnete Rolle (was nicht ausschließen muss, dass sie nicht doch behandelt werden). Der Nordrhein-Westfälische MSO-Wegweiser (www.mso-online.de) zeigt allerdings zum Stichwort „Gesundheit“ nur 19 Treffer bei insgesamt 2.264 in der NRW-Datenbank erfassten MSO (5.2.2007). Jede andere der insgesamt 13 Suchkategorien führt zu deutlich mehr Ergebnissen.

Eine Verknüpfung der MSO mit der etablierten und gesetzlich verankerten gesundheitsbezogenen Selbsthilfeunterstützung über eine der vielen Selbsthilfekontaktstellen scheint kaum zu existieren. Vielen Menschen mit Migrationshintergrund ist der Zugangsweg zur Selbsthilfeunterstützung über die Kontaktstellen unbekannt, und in den Fällen, in denen es eine Sprachbarriere zu überwinden gilt, ist die Vermittlung in Selbsthilfegruppen von beiden Seiten – den Selbsthilfekontaktstellen-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern wie den betroffenen Migrantinnen und Migranten – erschwert.

Ausblick: Entwicklung von Handlungs- und Klärungshilfen für die Selbsthilfeunterstützung für Menschen mit Migrationshintergrund

Mögliche Wege zu einer Migrantenorientierung in der Selbsthilfeunterstützung durch Selbsthilfekontaktstellen sind derzeit Gegenstand einer bundesweiten Projektgruppe von ca. 20 Selbsthilfekontaktstellen-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern im Rahmen des vom BKK Bundesverband geförderten Entwicklungsprojekts „Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen“ (www.uke.uni-hamburg.de/extern/asp/). In zwei Workshops im April 2006 und im Februar 2007 in Hamburg ist deutlich geworden, dass Klärungsbedarf besteht, wie mit dem Anliegen „(Gesundheitsbezogene) Selbsthilfe bei Migrantinnen und Migranten“ umgegangen werden soll:

- Was wissen wir zum Thema „Migranten-Selbsthilfe“?
- Wieweit sind wir eigentlich zuständig? Wie sind meine Aufgaben bzgl. der Selbsthilfeunterstützung bei Migrantinnen und Migranten definiert? Wo sind unsere Grenzen? Was sind Kriterien für die Zielgruppe, für die ich besondere Anstrengungen und alternative Vorgehensweisen entwickeln muss?
- Wo erreichen wir welche Migrantinnen und Migranten, und wo können wir sie „abholen“? Bleibe ich bei der „Komm-Struktur“ oder verstärke ich meine aufsuchende Arbeit?
- Wer sind meine strategischen Partner und Kooperanden in dem Feld? Wer und wo sind andere relevante Netzwerke?
- Wie grenze ich Selbsthilfeunterstützung von bürgerschaftlichem Engagement ab?
- Wie gehe ich mit besonderen kulturspezifischen Anliegen um?
- ...

Zu diesen Themen werden gemeinschaftlich Ideen, Erfahrungen und Praxisbeispiele gesammelt und aufbereitet. Sie sollen in einer Handlungs- und Klärungshilfe veröffentlicht werden. Dieser Prozess ist offen, und alle Mitglieder von Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen sowie Selbsthilfeinteressierte und -engagierte können ihre Ideen dazu beisteuern, z.B. in Beiträgen zu gelungenen Kooperationen oder Projekten. Für eine mögliche Aktivierung gesundheitsbezogener Selbsthilfe bei benachteiligten Menschen mit Migrationshintergrund im Rahmen der örtlichen Selbsthilfekontaktstellen, aber auch der Selbsthilfeorganisationen, könnten in einer ersten Idee die Ausarbeitung der folgenden möglichen Schritte und Voraussetzungen hilfreich sein:

1. Klärung der Relevanz durch regionale Bedarfsanalysen (welche ethnischen Gruppen gibt es in meiner Region?).
2. Schulung und Beratung der Selbsthilfekontaktstellen-Mitarbeiter/innen zur Förderung ihrer interkulturellen Kompetenz.
3. Kontaktierung von mutter- und deutschsprachigen Mitgliedern der örtlichen MSO, ggf. mit Unterstützung durch kompetente Sprach- und Kulturmittler.
4. Kontaktierung von mutter- und deutschsprachigen Mitgliedern der örtlichen Kirchen/Glaubensgemeinschaften.

5. Gewinnung von kulturspezifischen Multiplikatoren oder „Selbsthilfegruppen-In-Gang-Setzern“.

Weitere wichtige Aspekte sind Informationen von, über und zu potenziellen Kooperationspartnern und Institutionen sowie der Vernetzung mit ihnen, um einer bestmöglichen Vermittlung auch sozio-kulturell spezifischer Anliegen eine Chance zu geben. Dazu sind seitens der Kontaktstellenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter Sicherheit und Selbstvertrauen im Kontakt mit Personen anderer kultureller Herkunft und Identität sowie im Umgang mit unterschiedlichem Verständnis von Krankheit, Gesundheit und Tod erforderlich. Je nach Bedarf sollten sie auf unterstützende Maßnahmen zur Förderung ihrer interkulturellen Kompetenz zurückgreifen können.

Somit zielen die Überlegungen grundsätzlich in drei Richtungen:

- *Zielgruppenorientierte Aktivitäten* (mögliche Maßnahmen, die auf Bedürfnisse der jeweiligen Betroffenenengruppe eingehen),
- *Selbsthilfekontaktstellen orientierte Maßnahmen* (mögliche Maßnahmen der internen Personal- und Organisationsentwicklung),
- *Vernetzung* (Entwicklung von Kooperationsbeziehungen der Kontaktstelle zu anderen Schlüsselpersonen und -organisationen, Gewinnung strategischer Partner und Multiplikatoren).

Fazit

Die Datenlage und der Stand der Literatur zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe von Menschen mit Migrationshintergrund sind zwar schlecht, es existiert aber Expertise und Erfahrung in der Selbsthilfeszene. Es lohnt sich sicherlich, diese zusammenzutragen und einem größeren Kreis verfügbar zu machen, um voneinander zu lernen. Dennoch wird es keine Kochbuchrezepte und keine harte Evidenz geben können, sondern allenfalls Impulse oder Anregungen, die einem die eigenen Überlegungen und Planungen in der eigenen Kontaktstelle und in der eigenen Region, im Bezirk, Stadtteil oder Quartier erleichtern, aber die eigentliche sozialkreative Arbeit natürlich nicht abnehmen können.

Anmerkungen

- 1 Die Verwendung von wild cards funktioniert leider nicht, so dass die Suchbefehle erhebliche Längen erreichen können. Ein in Datenbanken üblicher wild card Operator oder „Joker“ ist z.B. „*“ (migr* = migrant, migrantin, migration, migrieren ...)
- 2 Google™ zählt in der Regel auch die Treffer, bei denen es sich um im Prinzip gleiche Ergebnisse handelt, z.B. Nebenverzeichnisse innerhalb einer Domain etc. Erst am Ende der Treffer-Auflistung ist die eigentliche Zahl der relevanten Treffer zu erfahren.
- 3 Dazu wurde der komplette Server mit dem Download-Tracker WinHTTrack kopiert und daraufhin alle enthaltenen Dokumente mit der Desktop-Suchmaschine X1™ vollständig indiziert.
- 4 <("health related self-help" OR „health oriented self-help“ OR "health related self care" OR „health oriented self care“) (migration OR migrant OR migrants OR immigrant OR immigrants OR emigrant OR emigrants OR race OR "ethnic minority" OR "ethnic minorities" OR "ethnic origin" OR denizen OR alien)> Die Ergänzung von „health related support“ OR „health oriented support“ führt zu 429 Treffern
- 5 Mit dieser Aussage soll keineswegs die fruchtbare Arbeit der gegenseitigen Information durch Newsletter und Informationsbriefe wie z.B. der „einBlick“ des SHZ München, NAKOS-INFO, das

Selbsthilfegruppen-Jahrbuch oder Internetinformationen wie z.B. www.selbsthilfenetz.de aus-
geblendet werden. Sie sind allerdings relativ verstreut und punktuell.

Literatur

- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Berlin 2006
- Bauer, U.: VAMV-Projekt „Heute weiss ich, ich bin stark. Allein erziehende Migrantinnen und deutsche Frauen im Dialog.“ In: NAKOS-INFO 83 (2005), S. 37-39
- Bleckmann, A.: Angehörigenverband informiert über psychische Erkrankungen in türkischer Sprache. In: NAKOS-INFO 87 (2006), S. 38
- Bobzien, M./ Hönigschmid, C./ Stark, W.: Entwicklungen und Trends in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. Handlungsempfehlungen für die Zukunft der Selbsthilfe. Essen und München 2002
- Bobzien, M.: Das Interkulturelle in der Selbsthilfeunterstützung. Wie kann ein „selbsthilfefreundliches“ Klima für Migrantinnen und Migranten angeregt werden? – ein Beispiel aus München. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2005, Gießen 2005, S. 57-68
- Fehren, O./Hinte, W.: Professionelle Selbsthilfeunterstützung und Gemeinwesenarbeit – zwei Seiten derselben Medaille? In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2006, Gießen 2006, S. 139-146
- Gaitanides, S.: Selbsthilfepotenzial von Familien ausländischer Herkunft, freiwilliges Engagement und Selbstorganisation von Migranten – Struktur, Funktion, Förder- und Anerkennungsdefizite. In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit 2 (2003) S. 21-29
- Gesetz zur Durchführung einer Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt sowie die Wohnsituation der Haushalte (Mikrozensusgesetz 2005 – MZG 2005) Bonn BGBl. I S. 1350, 30.06.2004
- Hundertmark-Mayser, J./Möller, B./Balke, K./Thiel, W.: Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. In: RKI (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 23, Berlin 2004
- Hornung, R.: Prävention und Gesundheitsförderung bei Migranten. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern 2004, S. 329-337
- Kohler, M./Ziese, T.: Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Deskriptiver Ergebnisbericht. Berlin 2004
- Naz, Ö.: Sind türkischsprachige Mitbürgerinnen und Mitbürger schwieriger zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe zu motivieren? In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2006, Gießen 2006, S. 72-75
- Razum, O./Geiger, I.: Migranten. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J./Walter, U. (Hrsg.): Das Public Health Buch. München 2003, S. 686-692
- Schenk, L., Neuhauser, H.: Beteiligung von Migranten im Telefonischen Gesundheitssurvey: Möglichkeiten und Grenzen. In: Gesundheitswesen 2005, 67, S. 719-725
- Schüle-Wolfsfellner, D.: Steter Tropfen höhlt den Stein. In: einBlick. Münchner Rundbrief für Selbsthilfe und Bürgerschaftliches Engagement, Nr. 11, 07/2006, S. 1-2
- Trojan, A./Nickel, S.: Ergebnisse der Literatur-Recherche. In: Nickel, S./Werner, S./Kofahl, C./Trojan, A. (Hrsg.): Aktivierung zur Selbsthilfe. Chancen und Barrieren beim Zugang zu schwer erreichbaren Betroffenen. Bremerhaven 2006. S. 67-80.
- Weiss, K./Thränhardt, D.: Selbsthilfe, Netzwerke und soziales Kapital in der pluralistischen Gesellschaft. In: Weiss, K./Thränhardt, D. (Hrsg.): Selbsthilfe. Wie Migranten Netzwerke knüpfen und soziales Kapital schaffen. Freiburg 2005, S. 8-26
- Woolacott, N./Orton, L./Beynon, S./Myers, L./Forbes, C.: Systematic review of the clinical effectiveness of self care support networks in health and social care. York 2006

Christopher Kofahl ist Diplom-Psychologe und wissenschaftlicher Mitarbeiter und Leiter der AG Patientenorientierung und Selbsthilfe im Institut für Medizin-Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.