



**Stiftung LEBENSNERV**

**Einstellungen und Erwartungen zu einem gesundheitsbezogenen,  
interkulturellen Informations- und Beratungszentrum am Beispiel  
von Menschen mit Multipler Sklerose und Migrationshintergrund**

**Eine Pilotstudie**

**Bearbeitung:**

**H.- Günter Heiden M.A. (verantw.), Christiane Srna, Katarina Franz**

Berlin, April 2009

**Erstellt mit finanzieller Förderung durch den AOK-Bundesverband**

1. Ausgangssituation .....	3
1.1 Projektdurchführung.....	4
1.2 Projektschritte .....	4
2. Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin.....	6
2.1 Behinderte Menschen mit Migrationshintergrund.....	8
3. Multiple Sklerose (MS).....	10
3.1 Medizinische Fakten zur Multiplen Sklerose .....	10
3.2 Prävalenz und Inzidenz.....	10
3.3 MS und Migrationshintergrund / Migrationsstudien .....	12
3.4 Behandlungsmöglichkeiten von MS .....	13
4. Internationale Betrachtungsweise von MS.....	14
4.1 MS-Atlas – Zusammenfassung der Ergebnisse .....	14
4.2 Zentrale Themen.....	16
5. Zusammenschau von MS und Migrationshintergrund .....	17
6. Culture based medicine als Ergänzung zur traditionellen Medizin.....	18
6.1 Zugangsbarrieren und Öffnung der Regeldienste .....	18
6.2 Ziele und Strategien einer interkulturellen Öffnung .....	19
6.3 Studien zur interkulturellen Öffnung.....	20
7. Interkulturelle Informations- und Beratungszentren .....	25
7.1 Beispiele von interkulturellen Zentren .....	25
7.2 Standards in der Arbeit eines interkulturellen Zentrums.....	28
8. Ergebnisse der Befragung zur Versorgungssituation .....	30
8.1 Kliniken – neurologische Abteilungen .....	30
8.2 neurologische Praxen mit „Praxisschwerpunkt MS“ in Berlin .....	31
8.3 MS-Organisationen – Selbsthilfegruppen (SHG) in Berlin.....	32
8.4 Zusammenfassung der Ergebnisse .....	34
9. Befragung von Menschen mit MS und Migrationshintergrund .....	36
9.1 Auswertung zum Fragebogen „Traumhaus“.....	38
9.2 Zusammenfassung der Ergebnisse .....	46
10. Empfehlungen .....	48
10.1 Angebotsverbesserung durch ein Beratungszentrum .....	48
10.2 Aufklärung und Bewusstseinsbildung.....	48
10.3 Forschung .....	49
11. Konsequenzen für andere Krankheitsbilder.....	50
12. Literatur .....	53
13. Anhang: Fragebögen.....	57

## 1. Ausgangssituation

Multiple Sklerose (MS) ist eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen und nicht heilbar. Die Zahl der Personen mit MS in Deutschland wird von der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft (DMSG) auf ca. 120.000 geschätzt<sup>1</sup>, das bedeutet, dass etwa 1-2 Menschen je tausend EinwohnerInnen mit der Diagnose MS leben. Etwa ein Drittel der Betroffenen ist männlich, zwei Drittel weiblich<sup>2</sup>.

Alle Menschen mit MS erfahren bei der Diagnosestellung eine tiefe Erschütterung der gesamten Identität. Im weiteren Verlauf der Erkrankung / des Lebens mit Behinderung müssen sie sich mit wechselnden, meist abnehmenden körperlichen Fähigkeiten auseinandersetzen und sich und ihr Leben entsprechend anpassen. Damit bleiben die Betroffenen weitgehend alleine und fühlen sich häufig minderwertig, manchmal sogar wertlos. Selbsthilfegruppen könnten in dieser Situation helfen, doch für die in Deutschland lebenden rund 15,3 Millionen Frauen und Männer mit Migrationshintergrund<sup>3</sup> ist das System der deutschen gesundheitsbezogenen Selbsthilfe noch nicht so hilfreich, wie es sein könnte<sup>4</sup>.

Neben sprachlichen Barrieren spielt auch die Bedeutungszuweisung von Krankheit und Behinderung in anderen Kulturkreisen eine Rolle. So wird eine Erkrankung oft zunächst versteckt und schamhaft verborgen. Wenn sich eine Behinderung nicht mehr übersehen lässt, kann Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben eine häufige Reaktionsweise sein.

Die Betroffenen fühlen sich häufig minderwertig und werden von ihren Familien zwar versorgt, aber gleichzeitig versteckt und nicht mehr als vollwertig akzeptiert. Davon betroffen sind insbesondere die Frauen mit Migrationshintergrund, die noch weniger als Männer die Chance haben, sich aus dem traditionellen Wertesystem ihrer Herkunftsfamilien zu lösen. Frauen mit Migrationshintergrund ohne eine chronische Krankheit wie MS können schon häufig kein selbstbestimmtes Leben führen – für Frauen mit Migrationshintergrund und MS erscheint es fast unmöglich.

Dementsprechend besteht ein großer Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Jedoch bestehen vielfältige Zugangsbarrieren und ein Angebot an interkultureller Unterstützung für Menschen mit Migrationshintergrund und MS wird bisher kaum vorgehalten. Dort, wo es vorhanden ist, erfolgt die Unterstützung vorwiegend durch nichtbetroffene Fachleute, meist ÄrztInnen, PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen oder SozialarbeiterInnen ohne Behinderung oder Migrationshintergrund<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> vgl. <http://www.kinder-und-ms.de/teens/multiple-sklerose/> (zuletzt geprüft am 3. März 2009)

<sup>2</sup> Eine detaillierte Beschreibung des Krankheitsbildes erfolgt in Abschnitt 3

<sup>3</sup> Statistisches Bundesamt: Leben in Deutschland - Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2006

<sup>4</sup> vgl. dazu: Zu Hause in der Fremde. Migranten und gesundheitliche Selbsthilfe, Ziele, Konzepte Erfahrungen. G + G Spezial 11/2007 ([www.aok-bv.de/service/medien/gg/spezial/index.html](http://www.aok-bv.de/service/medien/gg/spezial/index.html))

<sup>5</sup> Im Juli 2007 nahm das (u.a. vom BMG geförderte) Projekt GIB in Mainz seine Arbeit auf: Es richtet sich an behinderte und/oder chronisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund im Rhein/Main-Gebiet und wird von selbst behinderten MigrantInnen durchgeführt. Ziel ist vor allem die gesellschaftli-

Die bisherigen Erfahrungen<sup>6</sup> belegen, dass die Zielgruppe mit den klassischen Beratungsstellen und Beratungsangeboten nicht oder nur sehr schlecht zu erreichen ist, sodass neue und wirkungsvolle Angebote entwickelt werden müssen, die von den Betroffenen auch akzeptiert werden. Eine kürzlich von der Stiftung LEBENSNERV vorgelegte Studie hat dazu auch ganz konkrete Empfehlungen unterbreitet, wie ein solches Angebot aus Anbietersicht ausgestaltet werden sollte<sup>7</sup>.

Es wird dort empfohlen, niedrigschwellig und interkulturell ausgerichtete Angebote (etwa in Form eines Beratungszentrums) für und mit Menschen mit Migrationshintergrund und Behinderung oder chronischer Krankheit zu entwickeln, die auch ihren Lebenswelten entsprechen und ganzheitlich sowie ressourcenorientiert angelegt sind. Das Beratungsangebot sollte sowohl eine Komm- als auch eine Zugehstruktur aufweisen und das Beratungsteam sollte nach Diversity-Gesichtspunkten (etwa auch behinderte BeraterInnen, BeraterInnen mit Migrationshintergrund, etc.) zusammengesetzt sein.

Um ein solches Beratungszentrum, das auch für Menschen mit Migrationshintergrund und MS offen steht und gegebenenfalls in Kooperation mit mehreren Organisationen getragen werden könnte, nicht am Bedarf vorbei zu erstellen, ist vorher zu klären, welches Angebot bereits existiert und welche konkreten Erwartungen die Betroffenen an ein solches Beratungsangebot haben. Diesen Fragen will die vorliegende Studie nachgehen.

## 1.1 Projektdurchführung

Um die Einstellungen und Erwartungen an ein interkulturell ausgerichtetes Beratungszentrum der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe genauer herauszuarbeiten, wurden diese am Beispiel einer ausgewählten Gruppe (Menschen mit Migrationshintergrund sowie der Diagnose MS, die in Berlin leben) untersucht. Die (wahlweise mündliche) Form stellte sicher, dass auch Personen mit geringem Alphabetisierungsgrad einbezogen werden konnten. Parallel zur Befragung der Betroffenen wurde auch das vorhandene Beratungsangebot für Menschen mit Migrationshintergrund und MS in Berlin und Umgebung erforscht. Die Durchführung des Projektes erfolgte mit finanzieller Unterstützung des AOK-Bundesverbandes von Mai 2008 – April 2009.

## 1.2 Projektschritte

- **Erarbeitung der Grundlagen:** Es wurden die relevanten Daten, Studien und Berichte zum Thema gesichtet und aufbereitet (Abschnitte 2- 7). Dies umfasste die Bereiche „Migrationshintergrund“, „Multiple Sklerose“ und „interkulturelle Öffnung“. Es wurden ferner zwei Fragebögen (ein Fragebogen für Organisationen,

---

che Teilhabe, weniger die Gesundheitsberatung. - Ein Projekt „Mit Migranten für Migranten“ zu allgemeinen Gesundheitsfragen hat die BKK ab 2003 begonnen ([www.bkk-promig.de](http://www.bkk-promig.de)).

<sup>6</sup> vgl. dazu etwa „Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis“, hrsg. von der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin 2. Auflage 2007

<sup>7</sup> vgl. LEBENSNERV 2009b

ein Fragebogen für Einzelpersonen) entwickelt. Der Fragebogen für Einzelpersonen wurde bei Bedarf in erforderliche Sprachen (zum Beispiel ins Russische) übersetzt.

- **Befragung MS-Beratungsstellen:** Es wurden die existierenden MS-Beratungsstellen und MS-Selbsthilfegruppen, sowie MS-Zentren, Kliniken und NeurologInnen in Berlin kontaktiert und ihre Erfahrungen mit KlientInnen mit Migrationshintergrund erfragt (Abschnitt 8).
- **Befragung-MigrantInnen:** Es wurden über den Adressverteiler der Stiftung LEBENSNERV, die MS-Beratungsstellen und MS-Selbsthilfegruppen sowie die MigrantInnenorganisationen die teilnehmenden Berliner Personen aus möglichst unterschiedlichen Herkunftsländern gesucht. Die teilnehmenden Personen wurden befragt und (wenn möglich in ihrem gewohnten Umfeld) aufgesucht und interviewt (Abschnitt 9).
- **Auswertung / Empfehlungen:** Die Befragung der Personen mit MS und Migrationshintergrund und die Befragung der MS-Beratungsstellen und MS-Selbsthilfegruppen wurden ausgewertet und die Ergebnisse in Thesenform zusammengestellt (Abschnitt 10). Die Konsequenzen für andere Krankheitsbilder werden ebenfalls ausgeführt (Abschnitt 11). Die Ergebnisse der Pilotstudie werden in der Zeitschrift der Stiftung LEBENSNERV veröffentlicht und per Pressearbeit den Organisationen und Einrichtungen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe bekannt gemacht.

## 2. Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin<sup>8</sup>

Der Bereich „Migration“ war in der zahlenmäßigen Darstellung bis vor wenigen Jahren allein auf die Erfassung der Staatsangehörigkeit abgestellt. So gab es Ende 2004 ca. 6,7 Millionen Ausländer in der Gesamtbevölkerung Deutschlands, was einem Anteil von 8,1 Prozent entsprach<sup>9</sup>.

Eine neue Sichtweise auf Migration und die Menschen mit Zuwanderungsgeschichte<sup>10</sup>, die mit neuen Erfassungsgrundlagen auch neue Zahlen hervorbrachte, erfolgte erst vor wenigen Jahren durch den Mikrozensus 2005. Nach der Definition des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2005 hat eine Person demnach einen „Migrationshintergrund“, wenn

- „1. die Person nicht auf dem Gebiet der heutigen Bundesrepublik Deutschland geboren wurde und 1950 oder später zugewandert ist und/oder*
- 2. die Person keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt oder eingebürgert wurde.*
- 3. Darüber hinaus haben Deutsche einen Migrationshintergrund, wenn ein Elternteil der Person mindestens eine der unter (1.) oder (2.) genannten Bedingungen erfüllt.“<sup>11</sup>*

Der neue Begriff des "Migrationshintergrundes" führte dann folgerichtig auch zu einer neuen quantitativen Aussage: „Mit rund 15 Mio. stellen Personen mit Migrationshintergrund im Jahr 2005 fast ein Fünftel der Bevölkerung in Deutschland, darunter sind 8 Mio. Deutsche.“<sup>12</sup>

Quasi über Nacht hatten sich die Zahlen verdoppelt und bei der Präsentation des Mikrozensus im Juni 2006 wurde vom Präsident des Statistischen Bundesamtes, Johann Halen, deutlich gemacht, dass man bei einem Anteil von 19 Prozent von Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesellschaft durchaus von einer „Zuwanderungsgesellschaft“ sprechen könne<sup>13</sup>. Mit dieser neuen Sichtweise rückten auch die Probleme von Migrantinnen und Migranten mehr in das Zentrum der Politik, was nicht zuletzt durch den „Nationalen Integrationsplan“ aus dem Jahr 2007 dokumentiert wurde.

Für das **Land Berlin** hat sich mit dem Mikrozensus 2005 die Datenlage auch entsprechend geändert: Aus einem Ausländeranteil von 13,8 % wurde ein Bevölke-

<sup>8</sup> Die Darstellung in diesem Abschnitt entspricht den Ausführungen in LEBENSNERV 2009b, Abschnitt 5.1

<sup>9</sup> Deutscher Bundestag (Hg.): Migrationsbericht 2005, Drucksache 16/2000 vom 22.06.2006, S. 134

<sup>10</sup> Der Begriff „Zuwanderungsgeschichte“ wird in dieser Studie synonym mit „Migrationshintergrund“ verwendet.

<sup>11</sup> 7. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland: Berlin (Dezember 2007) S. 14/15

<sup>12</sup> 7. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland: Berlin (Dezember 2007) S. 14/15

<sup>13</sup> Online verfügbar unter [www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,419886,00.html](http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,419886,00.html) (zuletzt geprüft am 4. März 2009)

rungsanteil von 23,45 % der BerlinerInnen, die einen Migrationshintergrund haben. Dabei ist die Gruppe der unter 18-jährigen mit einem Migrationshintergrund mit 40,7 % am stärksten vertreten<sup>14</sup>.

Aus den Daten des nachfolgenden Mikrozensus 2006, der Anfang 2008 veröffentlicht wurde<sup>15</sup>, geht hervor, dass bei einer derzeitigen Einwohnerzahl von 82,369 Millionen in **Deutschland** 67,225 Millionen Menschen ohne Migrationshintergrund (=81,6 %) gibt und 15,143 Millionen mit Migrationshintergrund (=18,4 %). Dies verteilt sich nach Geschlecht wie folgt:

### Männer

40.306.000 EW (Gesamt)  
 32.612.000 ohne Migrationshintergrund (=80,9 %)  
 7.694.000 mit Migrationshintergrund (=19,1 %)

### Frauen

42.062.000 EW (gesamt)  
 34.613.000 ohne Migrationshintergrund (=82,3 %)  
 7.449.000 mit Migrationshintergrund (=17,7 %)

Es leben also mehr Männer als Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland.

Für das **Land Berlin** hält der Mikrozensus 2006 folgende Zahlen bereit<sup>16</sup>: Bei einer Gesamtzahl von 3,399 Millionen Einwohnern haben 2,620 Millionen keinen Migrationshintergrund (=77,08%)<sup>17</sup> und 779.000 haben einen Migrationshintergrund (=22,92 %). Bezogen auf das Geschlecht ist die Verteilung in Berlin:

### Männer

1.661.000 EW (Gesamt)  
 1.259.000 ohne Migrationshintergrund (=75,8 %)  
 402.000 mit Migrationshintergrund (=24,2 %)

### Frauen

1.738.000 EW (Gesamt)  
 1.361.000 ohne Migrationshintergrund (=78,3 %)  
 377.000 mit Migrationshintergrund (=21,7 %)

<sup>14</sup> Der Tagesspiegel vom 14. August 2006, S. 9

<sup>15</sup> Statistisches Bundesamt (Hg.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2006. Fachserie 1 Reihe 2.2, Wiesbaden 2008, Tabelle 1

<sup>16</sup> Statistisches Bundesamt (Hg.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2006. Fachserie 1 Reihe 2.2, Wiesbaden 2008, Tabelle 5

<sup>17</sup> Die prozentuale Berechnung erfolgte durch H.- Günter Heiden

Also auch in Berlin gibt es mehr Männer als Frauen mit Migrationshintergrund, wobei der absolute Anteil an der Bevölkerung höher ist als im Bundesgebiet. Nach der aktuellsten Statistik für das Land Berlin<sup>18</sup> vom Sommer 2008 ist der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund sogar auf 25,7 % (863.500 EW) angestiegen. Davon waren 393.500 Deutsche mit Migrationshintergrund und 470.00 Ausländer, was in etwa einem Verhältnis von 45 % zu 55 % entspricht.

Schaut man auf nur das Merkmal der „Staatsangehörigkeit“ (das nicht mit dem Merkmal „Migrationshintergrund“ zu verwechseln ist) der ZuwandererInnen und EinwohnerInnen in Berlin<sup>19</sup>, so ergibt sich eine Aufschlüsselung der sechs größten Gruppen von BürgerInnen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit:

116.665 (Türkei)

46.178 (Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Serbien und Montenegro)

42.889 (Polen)

22.882 (Libanon, Marokko, Algerien, Tunesien, Ägypten, Syrien, Irak, Iran)

20.270 (Russland, ehem. Sowjetunion, Weißrussland)

11.513 (Vietnam)

## 2.1 Behinderte Menschen mit Migrationshintergrund

Betrachtet man nun die Menschen mit Migrationshintergrund unter dem Aspekt von „Behinderung“, so ist die Datenlage im Land Berlin wie folgt: Im „Behindertenbericht 2006“ heißt es: „Am 31.12.2005 lebten in Berlin 543.487 behinderte und schwerbehinderte Menschen.“ Davon „hatten 170.034 einen Grad der Behinderung (GdB) von 20-40 (=31,2%) und 373.453 einen Grad der Behinderung von 50-100 (68,8%)“<sup>20</sup>. Es wird neben dem Grad der Behinderung auch noch nach Geschlecht, Ausweiskennzeichen und Herkunft unterschieden. So waren von den 373.453 anerkannten schwerbehinderten Menschen 24.809 (= 6,6 %) sogenannte „Nichtdeutsche“. Ihr Anteil ist von 2003 bis 2005 um 0,2 % angestiegen<sup>21</sup>. Zum Anteil der Nichtdeutschen bei den nicht Schwerbehinderten finden sich keine Angaben in diesem Bericht.

In einer aktuellen Mitteilung des Berliner Landesamtes für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) an die Stiftung LEBENSNERV<sup>22</sup> wird die Zahl der „nicht deutschen“ behinderten Menschen, die einen Antrag auf Anerkennung einer Behinderung nach Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) gestellt haben, auf insgesamt 39.280 (Stand vom 31. Januar 2009) beziffert. Wenn man jedoch in Betracht zieht, dass die ausländische

<sup>18</sup> Zeitschrift für amtliche Statistik Berlin Brandenburg, 3-08

<sup>19</sup> Der Beauftragte für Integration und Migration in Berlin (Hg.): Zuwanderer und Einwohner Berlins nach Staatsangehörigkeit (Stand: 30. Juni 2006) Online verfügbar unter: [http://www.berlin.de/lb/intmig/statistik/demografie/einwohner\\_staatsangehoerigkeit.html](http://www.berlin.de/lb/intmig/statistik/demografie/einwohner_staatsangehoerigkeit.html) (zuletzt geprüft am 21. März 2008)

<sup>20</sup> Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hg.): Bericht zur Lage der Menschen mit Behinderung und ihrer Teilhabe in Berlin – Behindertenbericht 2006, Mai 2006, S. 4

<sup>21</sup> Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hg.): Bericht zur Lage der Menschen mit Behinderung und ihrer Teilhabe in Berlin – Behindertenbericht 2006, Mai 2006, S. 5

<sup>22</sup> e-mail des LAGeSo vom 9. Februar 2009



Staatsangehörigkeit nur für 55 % der Gesamtheit der Menschen mit Migrationshintergrund zutrifft, so dürfte die wirkliche Zahl behinderter Personen mit Migrationshintergrund eher bei rund 70.000 Personen liegen.

Zur Zahl der Personen mit Migrationshintergrund, die an Multipler Sklerose erkrankt sind, gibt es denn auch keine Angaben, wie der Stiftung LEBENSNERV auf Anfrage vom LAGeSo bestätigt wurde. Dazu ist man auf grobe Schätzungen angewiesen, wie sie zum Beispiel im nachfolgenden Kapitel über Multiple Sklerose gemacht werden. In vielen Veröffentlichungen, die sich der Schnittstelle „Migration und chronische Krankheit / Behinderung widmen“ wird ein ähnlicher Datenmangel beklagt.

So heißt es etwa im letzten Bericht der Bundesregierung zur Lage behinderter Menschen aus dem Jahr 2004, in dem unter anderem auch kurz die Situation behinderter Menschen mit Migrationshintergrund bzw. behinderter MigrantInnen beschrieben wird:

*„Bis heute ist das Themenfeld Behinderung und Migration stark unterrepräsentiert, wenn es um die Erhebung und Erfassung valider Zahlen auf der Grundlage demographischer Daten geht. Rückschlüsse auf bestimmte Nationalitäten, Geschlechter-, Alters- oder Behinderungsgruppen sind selten möglich. Bundesweite Vergleichsdaten existieren nicht. Die Zahl der Forschungsarbeiten zum Thema Migration und Behinderung ist nach wie vor verschwindend gering“<sup>23</sup>.*

Um dieser überaus unbefriedigenden Datenlage für das Land Berlin abzuhelpfen, hat die Fraktion der CDU das Abgeordnetenhaus von Berlin im Jahr 2007 aufgefordert, einen „Spezialbericht über die Situation von Menschen mit Behinderungen und Migrationshintergrund im Land Berlin“ zu erstellen: „Es fehlen konkrete Aussagen über die Anzahl der Betroffenen, ihre spezifischen Probleme und Bedarfe sowie über die notwendigen kurz- und langfristigen Veränderungsmaßnahmen bei der Betreuung und Versorgung der Betroffenen“. Ebenfalls solle in diesem Bericht dargelegt werden, wie in Zukunft eine „umfassende statistische Dokumentation der von Behinderung betroffenen Migrantinnen und Migranten erfolgen soll, um die Gesundheitsberichterstattung in diesem Bereich weiter zu konkretisieren“<sup>24</sup>.

In der Diskussion des Antrages im Ausschuss für Integration, Arbeit, Berufliche Bildung und Soziales wurde ein solcher Spezialbericht von der SPD-Fraktion und der Staatssekretärin für Integration und Soziales für nicht notwendig erachtet, da die „Regelberichte insgesamt kulturell geöffnet werden sollten“ und der nächste Behindertenbericht des Senates ein gesondertes Kapitel „Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund“ erhalten solle<sup>25</sup>. Dieser Bericht ist jedoch erst für das Jahr 2010 geplant.

---

<sup>23</sup> Deutscher Bundestag, 15. Wahlperiode (Hg.): Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. Drucksache 15/4575 vom 16.12.2004, S. 154 f

<sup>24</sup> Abgeordnetenhaus von Berlin, 16. Wahlperiode: Drucksache 16/0202 vom 24.01.2007

<sup>25</sup> vgl. Inhaltsprotokoll des Ausschusses der 15. Sitzung vom 20. September 2007, Punkt 4 der Tagesordnung

### 3. Multiple Sklerose (MS)

#### 3.1 Medizinische Fakten zur Multiplen Sklerose

Die Multiple Sklerose (MS) ist nach Epilepsie die zweithäufigste neurologische Erkrankung<sup>26</sup> und trotz intensiver Forschung ist weder die Ursache der MS bekannt noch kann die Krankheit (wissenschaftlich auch „Encephalomyelitis disseminata“) geheilt werden. Von Multipler Sklerose spricht man, wenn sich das Zentralnervensystem an vielen Stellen (lateinisch „multi“ = viele) entzündet hat und diese Entzündungsherde anschließend vernarben (griechisch „skleros“ = hart). Dadurch kann es zu den unterschiedlichsten Symptomen kommen: Bewegungsstörungen, stellenweiser Sensibilitätsverlust, Gleichgewichtsstörungen, schnelle Ermüdbarkeit, Mastdarm-, Blasenstörungen etc. Hinzu kommen oftmals Sehstörungen und Behinderungen des Sprechens.

Die Symptome können je nach dem Ort des Befalls im Gehirn oder Rückenmark sehr unterschiedlich sein. Sie können bei dem einen mehr, bei dem anderen weniger ausgeprägt sein, anhalten oder bleiben, sich aber auch völlig oder nur teilweise wieder zurückbilden. Die alten Symptome können immer wieder auftreten. Es können neue hinzukommen, dann spricht man von einem „Schub“. Wenn Symptome sich zurückbilden, spricht man von „Remission“.

Der Verlauf der MS ist nicht vorhersehbar. Die Krankheit tritt zumeist zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr auf<sup>27</sup> und beginnt bei den meisten Betroffenen (zu ca. 80%) mit Schüben, deren Symptomatik sich anfangs zeitweilig zurückbildet, bei 20% der Betroffenen nehmen die Beschwerden gleichmäßig fortschreitend (progredienter Verlauf) zu<sup>28</sup>. Bei 30 – 40 Prozent der Betroffenen nimmt die Krankheit einen gutartigen Verlauf, so dass die Betroffenen ein weitgehend „normales“ Leben führen und auch berufstätig sein können<sup>29</sup>.

#### 3.2 Prävalenz und Inzidenz

Zur Krankheitshäufigkeit (**Prävalenz**): Wie bereits eingangs angedeutet, leben in der BRD nach Angaben der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft etwa 120.000 Menschen mit MS (ca. 150 pro 100.000 Einwohner), wobei Frauen doppelt so häufig wie Männer erkranken. Die Angaben zur Geschlechterverteilung schwanken jedoch zwischen 1,4:1 bis 3:1<sup>30</sup>. Hinsichtlich des Schweregrades gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, allerdings weisen Frauen doppelt so häufig wie Männer einen schubförmigen Verlauf auf, Männer häufiger einen chronisch-progredienten Verlauf<sup>31</sup>.

---

<sup>26</sup> vgl. Krämer / Besser, S.17

<sup>27</sup> vgl. DMSG 2009a

<sup>28</sup> vgl. Krämer / Besser, S. 98

<sup>29</sup> vgl. LEBENSNERV, o.J.

<sup>30</sup> vgl. Krämer / Besser, S.22

<sup>31</sup> ebd.

Betrachtet man die Prävalenz über Deutschland hinaus, so ist festzustellen, dass MS in sehr unterschiedlicher Häufigkeit auftritt bzw. festgestellt wird<sup>32</sup>. So gibt es etwa eine sehr hohe MS-Prävalenz (150 auf 100.000 Einwohner) in Ländern wie Norwegen, Schweden, Irland, Kanada. Eine mittlere Prävalenz (> 50/100.000) wird für Länder wie Italien, Luxemburg, Spanien oder Neuseeland angegeben, eine etwas geringere Prävalenz (< 50/100.000) für die Türkei, Zypern, Argentinien oder Malta und eine extrem niedrige Prävalenz (< 5/100.000) für Japan oder Südkorea.

Über die Ursachen dieser Unterschiede in der Krankheitshäufigkeit ist bislang wenig bekannt. Da MS in den europäischen Ländern, den USA und Kanada am häufigsten festgestellt wird, werden Wohlstandstheorien diskutiert, wie Fragen des Klimas, der Umwelt, der Ernährung oder der Bewegung<sup>33</sup>. Denkbare Faktoren könnten jedoch auch Untererfassungen durch unterschiedlich intensive medizinische Diagnostik sein. Dafür könnte auch die Tatsache sprechen, dass bei bis zu einem von 500 Verstorbenen bei einer mikroskopischen Untersuchung des Nervensystems typische Anzeichen einer MS erkannt wurden, ohne dass eine Diagnose zu Lebzeiten gestellt wurde<sup>34</sup>.

Für die These der statistischen Untererfassung sprechen auch neuere Daten des MS-Atlas der WHO und der Internationalen MS-Gesellschaft<sup>35</sup>:

- „Eine statistische Untererfassung in vielen tropischen/äquatornahen Ländern ist wahrscheinlich.“
- „In den medizinischen Veröffentlichungen (insbesondere in Afrika und Teilen Asiens, aus denen eine niedrige Prävalenz berichtet wird) besteht ein Defizit von verlässlichen, validen und robusten Daten aus Studien und Berichten, die sich mit den epidemiologischen/ökonomischen Auswirkungen befassen.“

Im MS-Atlas wird außerdem unmissverständlich festgestellt, dass MS eine global auftretende Erkrankung sei und nicht nur die „entwickelten“ oder „westlichen“ Länder betreffe, auch wenn die Prävalenzen und die Inzidenzen regional durchaus unterschiedlich verteilt seien. Der weltweite Durchschnitt der Prävalenz liegt demnach bei 30 Erkrankungen auf 100.000 Einwohner<sup>36</sup>.

Die Zahl der Neuerkrankungen im Verlauf eines Jahres (**Inzidenz**) wird nach Angaben der DMSG mit 2.500<sup>37</sup> beziffert, nach anderen Quellen wird sie mit 5-6/100.000 für Deutschland angegeben, dies bedeutet, dass es durchschnittlich rund 4.500 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland gäbe. Die Daten des MS-Atlas sprechen von

---

<sup>32</sup> vgl. dazu Wagener-Thiele, S. 195 ff

<sup>33</sup> vgl. Wagener-Thiele, S. 34 ff oder Krämer/Besser, S. 23 f

<sup>34</sup> vgl. MSWEB 2004

<sup>35</sup> vgl. WHO-MSIF: MS-Atlas 2008, S. 44 (Übersetzung durch H.- Günter Heiden)

<sup>36</sup> ebd. S. 14

<sup>37</sup> vgl. DMSG 2009a

einer durchschnittlichen Inzidenz von 3,8 pro 100.000 Einwohner in Europa<sup>38</sup>, was einem jährlichen Zuwachs von 3.800 MS-Erkrankten bedeuten würde.

### 3.3 MS und Migrationshintergrund / Migrationsstudien

Da es, wie bereits im vorigen Kapitel angedeutet wurde, leider keine exakten Angaben zur Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund mit MS gibt, sind wir in dieser Studie auf Schätzungen angewiesen<sup>39</sup>. Eine erste grobe Schätzung erhält man, wenn man die Zahlen des Mikrozensus 2006<sup>40</sup> und die Angaben zur Häufigkeit von MS in einen Zusammenhang bringt:

Insgesamt 779.000 Personen mit Migrationshintergrund lebten nach Angaben des Mikrozensus 2006 in Berlin, davon 402.000 Männer und 377.000 Frauen. Bei einer MS-Prävalenz von 150 pro 100.000 Einwohner müssten also etwa 1.168 Personen mit Migrationshintergrund und MS in Berlin leben. Bei einer Aufteilung von einem Drittel Männer zu zwei Dritteln Frauen bedeutete dies: 389 Männer und 779 Frauen.

Nimmt man die aktuellen Zahlen des Statistischen Landesamtes Berlin-Brandenburg aus dem Jahr 2008 zur Hand, die von 863.500 Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin ausgehen, so müsste man sogar mit 1.295 Menschen rechnen, die sowohl mit einem Migrationshintergrund, als auch mit der Diagnose MS in Berlin leben.

Da wir weiter vorne jedoch gesehen haben, dass die Häufigkeit des Auftretens von MS von geografischen Faktoren abhängen kann, ist auch die Herkunft der Personen mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen: Neben Personen aus den EU-Mitgliedsstaaten sind dies vor allem Personen mit Migrationshintergrund Türkei, Ex-Jugoslawien, Polen, Russland/Ukraine, Vietnam und Libanon<sup>41</sup>. Die reale Zahl könnte also etwas kleiner sein, wenn man die etwas niedrigen MS-Prävalenzen der südosteuropäischen Staaten bedenkt.

Andererseits haben die sogenannten „**Migrationsstudien**“ zu MS nachgewiesen, dass es bei EinwanderInnen der zweiten Generation, die von einem Land mit niedriger MS-Prävalenz in ein Land mit höherer MS-Prävalenz gezogen sind, zu einem deutlich höheren MS-Risiko als bei ihren Eltern kommt<sup>42</sup>. Und umgekehrt wurde bei der Migration von einem Land mit hoher MS-Prävalenz in ein Land mit niedriger MS-Prävalenz nachgewiesen, dass das MS-Risiko davon abhängig erscheint, wo man die ersten 14 Jahre seines Lebens verbringt bzw. verbracht hat<sup>43</sup>.

Für die Schätzung der Gesamtzahl könnte dies wiederum bedeuten, dass sich mit der Zunahme der Personen mit Migrationshintergrund der zweiten und dritten Gene-

<sup>38</sup> vgl. WHO-MSIF: MS-Atlas 2008, S. 14

<sup>39</sup> von Seiten des Landesverbandes DMSG LV Berlin konnte die Anfrage der AutorInnen zur Zahl der Personen mit MS und Migrationshintergrund nicht beantwortet werden (schriftliche Auskunft vom 14. April 2009)

<sup>40</sup> vgl. Statistisches Bundesamt 2008

<sup>41</sup> vgl. R.Ohlinger/U.Raiser: Integration und Migration in Berlin. Zahlen, Daten Fakten. Berlin 2005, S.13

<sup>42</sup> vgl. DMSG 1986

<sup>43</sup> vgl. Haas 2008

ration das MS-Risiko von „Deutschen“ und „Nicht-Deutschen“ Personen angleicht. In einem anschaulichen Beispiel ausgedrückt, ist die Wahrscheinlichkeit einer Diagnose MS bei einem vietnamesischen Mann, der im Jahr 1985 im Alter von 30 Jahren nach Berlin gekommen ist, deutlich kleiner als bei einer türkisch-stämmigen Frau, die 1985 in Berlin als Kind einer türkischer Einwandererfamilie geboren wurde.

### 3.4 Behandlungsmöglichkeiten von MS

Zur Behandlung der MS werden aus schulmedizinischer Sicht Medikamente eingesetzt: Bei der Schubtherapie wird in der Regel Kortison verabreicht, in der Langzeitbehandlung werden häufig immunmodulatorisch wirkende Medikamente eingesetzt<sup>44</sup>. Fakt ist jedoch<sup>45</sup>, dass es keine „Wundermittel“ gibt und in der Regel auch Nebenwirkungen auftreten, sodass jede Person mit der Diagnose MS immer vor einer (schweren) individuellen Entscheidung steht, ob sie ein Medikament und wenn ja, welches Medikament sie für welchen Zeitraum nehmen soll<sup>46</sup>.

Neben den schulmedizinischen Behandlungsformen werden komplementäre Therapien diskutiert. So werden Methoden empfohlen, die die seelischen Kräfte aktivieren und die „Selbsteilung“ fördern, Naturheilverfahren und Naturheilmittel können ergänzend zur Schulmedizin eingesetzt werden<sup>47</sup>. Eine wichtige Rolle spielen in diesem Zusammenhang (neben Fragen der Ernährung) auch „Wohltuende Lebensweisen“<sup>48</sup>, die durch Methoden wie etwa Yoga, Feldenkrais, Psychotherapie, etc. unterstützt werden können.

Neuere Forschungsergebnisse<sup>49</sup> sprechen dafür, dass es den Betroffenen zumindest psychisch besser geht, wenn sie selber die Verantwortung für die Gestaltung des Lebens mit der Krankheit übernehmen. Diejenigen, die selber aktiv werden, fühlen sich weniger hilflos und ausgeliefert. Sie entdecken beispielsweise, dass scheinbar gegebene Begrenzungen sich verschieben lassen und dass das Leben mehr ist als MS. Gleichzeitig kann MS dann trotz aller damit verbundenen Einschränkungen und Problemen unter Umständen auch als Bereicherung und Ressource wahrgenommen werden<sup>50</sup>.

---

<sup>44</sup> vgl. dazu auch die Behandlungsleitlinien der DMSG 2009b

<sup>45</sup> vgl. dazu auch Krämer/Besser S. 159

<sup>46</sup> vgl. dazu auch Maida, S. 154 ff

<sup>47</sup> vgl. Maida, S. 201

<sup>48</sup> vgl. Wagener-Thiele, S. 151 ff

<sup>49</sup> etwa SCHUBERT 1999

<sup>50</sup> vgl. LEBENSNERV o.J.

## 4. Internationale Betrachtungsweise von MS

Am 17. September 2008 haben die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Internationale Multiple Sklerose Federation (MSIF) anlässlich einer MS-Konferenz in Montreal/Kanada den „Atlas of MS“ veröffentlicht<sup>51</sup>. Nach Angabe der Herausgeber ist dies die umfassendste Studie, die je zum Auftreten von MS weltweit und der Verfügbarkeit von Ressourcen zur Unterstützung von Menschen mit MS erstellt wurde. Der MS-Atlas erstellt ein detailliertes globales Bild von MS, das schlüssig mit der Vorstellung aufräumt, dass MS nur Menschen in den stärker entwickelten „nördlichen“ und „westlichen“ Ländern betrifft – MS ist eine globale Erkrankung! Mehr als 100 Staaten, die etwa 88 Prozent der Weltbevölkerung repräsentieren, haben an der dreijährigen Untersuchung teilgenommen. Da eine globale Sichtweise der Erkrankung (Herkünfte aus vielen Nationalstaaten in Berlin) im Zusammenhang dieser Studie erforderlich ist, seien hier die wesentlichen Ergebnisse wiedergegeben<sup>52</sup>.

### 4.1 MS-Atlas – Zusammenfassung der Ergebnisse

#### a) MS-Organisationen

- In vielen Ländern der Welt gibt es keine Unterstützung für Menschen mit MS, die durch die Betroffenen selber angeleitet wird

#### b) Diagnose

- Die Verfügbarkeit von und der Zugang zur Magnetresonanztomographie (MRT) ist sehr unterschiedlich
- Der Zeitraum vom ersten Auftreten der Symptome bis hin zur Diagnosestellung ist sehr unterschiedlich – oft zieht er sich über Monate und Jahre hin
- Die Ungleichheiten in der Verteilung des Reichtums auf der Welt haben Auswirkung auf die Verfügbarkeit von diagnostischen Dienstleistungsangeboten

#### c) Information

- Es gibt Ungleichheiten in der Verfügbarkeit von Informationen – in vielen Fällen ist die Lücke zwischen der Information, die man braucht, und der, die man bekommt, gewaltig

---

<sup>51</sup> vgl. World Health Organization (WHO) / Multiple Sclerosis International Federation (MSIF) 2008 oder [www.atlasofms.org](http://www.atlasofms.org). Eine deutsche Fassung des Atlas liegt derzeit nicht vor. Die Übersetzung der „Summary“ aus dem Englischen erfolgte durch H.- Günter Heiden unter Mitarbeit von Martin Arnade

<sup>52</sup> Die Angaben zur Epidemiologie wurden weggelassen, da sie bereits im vorigen Kapitel ausführlich behandelt wurden.

#### **d) Unterstützung und Dienstleistungen**

- Die Bedürfnisse von Menschen mit MS fließen nicht in Entscheidungsfindungen ein. Wenn dies geschähe, würde es die Lebensqualität der Betroffenen bedeutend verbessern.
- Die Professionellen im Gesundheitswesen erhalten keine (oder ausreichende) Schulung, die ihnen hilft, Menschen mit MS zu erkennen und zu behandeln
- Es besteht ein Defizit in der öffentlichen und fachlichen Bewusstseinsbildung über MS und deren Auswirkungen
- Es gibt wenig Verständnis für die sozioökonomischen Kosten von MS in Bezug auf die einzelnen Personen, ihre Familien, die UnterstützerInnen und die Kommunen
- Ohne adäquate Aufklärung, Beratung und Unterstützung können Menschen mit MS nicht erkennen, wie sie am besten mit ihrer MS umgehen sollen und wie sie im Bildungswesen oder am Arbeitsplatz bleiben können
- In vielen Ländern sind keine Unterstützer-Gruppen von Betroffenen für Betroffene verfügbar
- In vielen Ländern sind aus keiner Bezugsquelle Hilfsmittel oder Anpassungen verfügbar
- Ein barrierefreier öffentlicher Verkehr ist vielfach nicht verfügbar oder nur schwer zu benutzen und es bestehen nur wenige alternative Beförderungsmöglichkeiten
- Es gibt nur wenige Angebote familienentlastender Kurzzeitpflege
- Es bedarf eines besseren Verständnisses dafür, wie der Transport und die Auslieferung von Medikamenten mit den Anforderungen der Pflege und der Behandlung zusammenhängen
- Es existieren erhebliche Einkommensungleichheiten im Umfeld der Behandlungsangebote
- Menschen mit MS suchen aktiv und gebrauchen eine große Bandbreite von nicht getesteten und nicht überprüften „ergänzenden“ oder „alternativen“ Heilmitteln, Therapien und Behandlungen
- Die Ergebnisse der Studie bestätigen die Schlüsselrolle der MS-Organisationen

#### **e) Personelle Ressourcen**

- In einigen Ländern behindert der Mangel an MS-kundigen Neurologen die Diagnose und die Bereitstellung von Behandlungen und Therapien
- Generell existiert ein Defizit an MS-Nurses
- Es besteht ein unzureichender Einsatz von interdisziplinär arbeitenden Teams im kommunalen Bereich
- MS wird nach einem medizinischen und nicht nach einem sozialen Modell von Betreuung gehandhabt

## **f) Ansprüche, Gesetzgebung und Versicherung bei Behinderung**

- Arbeitsgruppen für Gesundheit und Arbeit müssen stärker einbezogen werden, um die berufliche Rehabilitation zu verbessern
- Menschen mit MS sind oft abhängig von Behindertenpensionen und bedarfsgerechter finanzieller Unterstützung, um ihr Einkommen zu sichern
- Die Art der Anspruchsberechtigungen, die Höhe der Bezahlung und die Verwaltung der Behindertenpensionen und der finanziellen Unterstützungsleistungen haben direkten Einfluss auf die Lebensqualität von Menschen mit MS

## **4.2 Zentrale Themen**

### **Die zentralen Themen für Menschen mit MS sind:**

- Mangel an sozialer Unterstützung
- Mangel an Informationen bzw. Aufklärung der Öffentlichkeit über MS
- Die nicht vorhandene Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von krankheitsbeeinflussenden Behandlungen
- Themen, die mit Arbeit und Beruf verbunden sind
- Themen, die mit Krankenversicherung und sozialer Sicherheit verbunden sind

### **Die zentralen Themen für die Professionellen in der MS-Behandlung sind:**

- Mangel an Information bzw. Aufklärung der Professionellen im Gesundheitswesen über MS
- Themen, die mit der benötigten Zeit für die Diagnosestellung sowie mit dem dafür notwendigen Prozess beziehungsweise der erforderlichen Technologie verbunden sind
- Die nicht vorhandene Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von krankheitsbeeinflussenden Behandlungen
- Mangel an Forschung zu MS-bezogenen Themen
- Mangel an gesundheitlichen Dienstleistungen, einschließlich von MS-Zentren

### **Die wichtigsten Veränderungen, die notwendig sind, um die MS-Behandlung zu verbessern, sind:**

- Die Öffentlichkeit sowie die Professionellen im Gesundheitswesen über MS zu informieren und aufzuklären
- Die gesundheitlichen Dienstleistungen, einschließlich der MS-Zentren und der Rehabilitations-Einrichtungen zugänglich und verfügbar zu machen
- MS-Gesellschaften und unterstützende Gruppen für Menschen mit MS zu entwickeln
- Die Forschung zu MS-bezogenen Themen zu verbessern und auszuweiten



## 5. Zusammenschau von MS und Migrationshintergrund

Leider gibt es zum Thema „MS und Migrationshintergrund“ keinerlei verfügbare wissenschaftliche Literatur und keinerlei Studien in Deutschland, sodass sich die vorliegende Studie im wahrsten Sinne als Pilotstudie verstehen kann. Zwar ist das allgemeine Thema „Migration und Gesundheit“ mittlerweile auch bei der Gesundheitsberichterstattung des Bundes angekommen<sup>53</sup>, doch geht es hier vorwiegend um Fragen der Prävention, um Sexualaufklärung, Impfverhalten, gesunde Ernährung, Adipositas oder Suchterkrankungen. An chronischen Erkrankungen werden häufig Diabetes, Allergien oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen beschrieben. Die Thematisierung neurologischer Erkrankungen bleiben jedoch häufig nur auf Demenzerkrankungen oder Depressionen beschränkt. Epilepsie etwa, die häufigste chronische Erkrankung des Zentralnervensystems<sup>54</sup>, Parkinson oder Multiple Sklerose kommen kaum oder überhaupt nicht vor.

An fremdsprachigem Informationsmaterial für nicht-deutsche MS-Betroffene existiert lediglich eine eng bedruckte, 24-seitige Schrift „Informationsmaterial in türkischer Sprache“ aus dem Jahr 2003 über Multiple Sklerose, die vom DMSG-Bundesverband<sup>55</sup> herausgegeben wird und die von der Türkischen MS-Gesellschaft erstellt wurde. Ansonsten sind die Betroffenen zur Information auf das (allerdings sehr umfangreiche) Internetportal der Internationalen MS-Gesellschaft MSIF (Multiple Sclerosis International Federation)<sup>56</sup> angewiesen, das Informationen in 15 verschiedenen Sprachen bereit hält, darunter in Russisch, arabisch und polnisch, jedoch nicht auf Türkisch oder Serbokroatisch.

Auf dieser Homepage werden jeweils auch die „Profile des Monats“ von MS-Betroffenen aus unterschiedlichen Ländern dargestellt. Bei zwei zufällig ausgewählten Profilen<sup>57</sup> eines Mannes aus der Türkei und einer Frau aus China fiel auf, dass sie vom „Kampf gegen die MS“ sprechen, der hoffentlich bald gewonnen werde. Dies könnte ein Zeichen dafür sein, dass MS in anderen Ländern beziehungsweise Kulturen teilweise als „Gegner“ unter einem streng medizinischen Blickwinkel betrachtet wird. Ein Leben „mit“ der Krankheit, wie es etwa in Deutschland häufig als Copingstrategie empfohlen wird<sup>58</sup>, scheint weniger verbreitet zu sein und so sollte diese Sichtweise von MS auch in den hiesigen Beratungsstellen bekannt sein.

---

<sup>53</sup> vgl. Robert-Koch-Institut 2008

<sup>54</sup> vgl. dazu [www.epilepsie-online.de/index.php?docid=1752](http://www.epilepsie-online.de/index.php?docid=1752) (zuletzt geprüft am 4. März 2009)

<sup>55</sup> vgl. DMSG 2003

<sup>56</sup> vgl. [www.msif.org](http://www.msif.org)

<sup>57</sup> vgl. Profil Oktober 2008 (Kürsat Korkut) und Januar 2009 (Wendy Cheng) unter [www.msif.org](http://www.msif.org), Rubrik „Life with MS“

<sup>58</sup> vgl. dazu etwa Maida oder Wagener-Thiele

## 6. Culture based medicine als Ergänzung zur traditionellen Medizin

Die Erforschung der Situation von Menschen mit Migrationshintergrund im Bereich der Gesundheitsförderung ist maßgeblich geprägt durch die Veröffentlichungen von David/Borde. In einem aktuellen Zeitschriftenbeitrag stellen sie fest:

„Wenn MigrantInnen wegen einer Erkrankung die Arztpraxis oder das Krankenhaus aufsuchen, dann ist beim medizinischen Personal neben der medizinischen auch eine interkulturelle und kommunikative Kompetenz gefragt. Krankheits- und Behandlungsvorstellungen von PatientInnen sind unter Umständen andere, als die des behandelnden Arztes, der von einem naturwissenschaftlich ausgerichteten Studium und der europäischen Sicht- und Denkweise geprägt ist. Die Ergebnisse der Migrationsforschung der letzten zwei bis drei Jahrzehnte und die tägliche klinische Erfahrung zeigen, dass Krankheitsverständnis, Schmerzausdruck, Therapieerwartungen, die subjektive Krankheitstheorie und anderes mehr kulturabhängig zu sein scheinen. Das heißt, dass sowohl die Medizin selbst als auch Krankheiten beziehungsweise ihre Symptome in ein kulturelles System eingebunden sind. Es wäre denkbar, der allgemein anerkannten *evidence-based medicine* (Hv. i.O.) das Konzept einer *culture-based medicine* (Hv. i. O.) an die Seite – nicht gegenüber (!) – zu stellen, die jede diagnostische und therapeutische Maßnahme auf ihre Kulturabhängigkeit überprüft. Allerdings ist Kultur ein dynamischer Prozess und konstruiert sich je nach Kontext neu.“<sup>59</sup>

Diese Zusammenfassung gibt nach Ansicht der AutorInnen gut den Ist-Zustand in der Fachdiskussion wieder und daran sind die späteren Aussagen der Befragten Organisationen und Einzelpersonen zu messen und konkrete Empfehlungen auszusprechen.

### 6.1 Zugangsbarrieren und Öffnung der Regeldienste

In der Fachliteratur wird ferner auf häufige Zugangsbarrieren für Migrantinnen und Migranten verwiesen, die ihnen den gleichberechtigten Zugang zu sozialen Diensten oder Gesundheitsdienstleistungen erschweren oder sogar verwehren. Als eine wesentliche Strategie, diese Barrieren zu reduzieren, wird - analog zur Forderung einer „culture-based medicine“ - die Notwendigkeit der „interkulturellen“ oder „transkulturellen“ Öffnung der Regeldienste genannt. Da es in unserem Zusammenhang um „interkulturelle Informations- und Beratungszentren“ geht, soll in diesem Abschnitt kurz auf die wesentlichen Barrieren eingegangen werden. Die nachfolgende Darstellung geht auf Gaitanides<sup>60</sup> zurück.

<sup>59</sup> vgl. David/Borde 2009, S. 26

<sup>60</sup> vgl. Gaitanides, Stefan: Zugangsbarrieren für Migranten zu den Sozialen Diensten

Bei den Zugangsbarrieren stellt Gaitanides drei große Bereiche fest:

### **a) Zugangsbarrieren für MigrantInnen**

Hier sind es unter anderem die fehlenden Informationen (auch muttersprachlicher Art) über die komplexen Angebotsstrukturen; keine Identifikationsmöglichkeiten mit den nicht-migrantischen MitarbeiterInnen der Dienste; fehlendes Vertrauen in die Empathiefähigkeit der deutsche MitarbeiterInnen; kulturelle Hemmungen gegenüber psychosozialen Beratungsangeboten (Scham, Tabuisierung von Familieninterna, geringes Bewusstsein von inneren Anteilen und eigener Verantwortung gegenüber Erkrankungen, Heilerwartungen an Autoritäten); mittelschichtorientierte Beratungsansätze (nicht-direktive Gesprächsführung); christliche Betriebe als Barriere speziell für Muslime; unflexible Sprechstunden und Komm-Struktur; Angst vor Verlust des Aufenthaltstitels.

### **b) Zugangsbarrieren der deutschen MitarbeiterInnen**

Jedoch auch auf Seiten der deutschen MitarbeiterInnen stellt Gaitanides Zugangsbarrieren fest: nationalistische Verteidigung sozialstaatlicher Privilegien gegenüber „Ausländern“; Überbetonung und klischeehafte Verallgemeinerung der kulturellen Unterschiede; keine Auseinandersetzung der weiblichen Mitarbeiter mit dem „Machobild“ bei den ausländischen Männern; Angst vor dem Fremden; Furcht vor Mehrbelastung; Abwehr verdrängter Vorurteile.

### **c) Widerstände gegen die Beschäftigung migrantischer MitarbeiterInnen**

Hierzu zählt Gaitanides etwa Konkurrenzängste gegenüber nicht-deutschen MitarbeiterInnen beziehungsweise die Angst vor Wettbewerbsnachteilen gegenüber biculturell qualifizierten Mitarbeiterinnen; negative Kompetenzzuschreibung (Überbewertung sprachlicher Defizite); Einstellung von Nicht-Christen in christlichen Tendenzbetrieben findet nur als Ausnahme statt; Annahme, dass nicht-deutsche MitarbeiterInnen nur für ihre „Landsleute“ einsetzbar seien.

## **6.2 Ziele und Strategien einer interkulturellen Öffnung**

Zur interkulturellen Öffnung benennt Gaitanides sowohl Ziele und Strategien, verschweigt aber auch die „Stolpersteine“ nicht.

### **a) Ziele und Strategien**

Es muss sowohl eine „Top-down“ als auch eine „Bottom-up“ Strategie verfolgt werden. Es muss ein interkulturelles Leitbild verankert werden und das Veränderungsmanagement muss als Leitungsaufgabe mit Selbst- und Fremdevaluation verstanden werden. Im Bereich der Personalentwicklung muss es um die Einstellung von MigrantInnen gehen und interkulturelle Kompetenz muss bei allen Teammitgliedern vermittelt werden. Im Bereich der Organisationsentwicklung müssen Zugangs-

schwellen im Angebot abgebaut werden durch ganzheitliche, lebensnahe und kultursensible Angebote. Handreichungen für PraktikerInnen sollten entwickelt werden.

## b) Stolpersteine

Da es kaum ein effektives Controlling gibt, kann interkulturelle Öffnung auch als „Ettikettenschwindel“ daherkommen; die nicht-christliche Religionszugehörigkeit kann eine große Einstellungsbarriere sein; es kann Akzeptanzprobleme durch die Mitarbeiterschaft geben; durch die Krise der öffentlichen Finanzen kommt es eher zu Personaleinsparungen als zu Neueinstellungen, die MigrantInnen betreffen könnten.

Positive Akzente in Richtung „interkulturelle Öffnung“ sind in den letzten Jahren aber durch die verstärkte Rezeption des „Diversity-Gedankens“ gesetzt worden, der Vielfalt (auch) als (wirtschaftliche) Chance sieht<sup>61</sup> und bereits verstärkt in der Industrie Fuß gefasst hat. Im Bereich der sozialen Dienste oder der Gesundheitsdienste ist dieser Ansatz nach Auffassung der AutorInnen jedoch erst ansatzweise verbreitet. Ein anschauliches Beispiel dafür ist etwa die Handreichung der Caritas „Vielfalt bewegt Menschen“<sup>62</sup>, die für die innerverbandliche Arbeit erstellt wurde.

## 6.3 Studien zur interkulturellen Öffnung

In der Fachliteratur finden sich ferner zahlreiche Beiträge zur Frage der Gesundheitsförderung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Um diese Zusammenhänge zu verdeutlichen, seien nachstehend einige Beispiele angegeben:

### a) allgemeine Aufsätze und Studien

„*Migration und Gesundheit*“<sup>63</sup>: Dokumentation der Tagung „Migration und Gesundheit“ mit den Themenschwerpunkten Gynäkologie, Pädiatrie und Psychosomatik, interkultureller Pflege, Altern in der Fremde, Sprachlosigkeit und Kommunikationsstörungen.

„*Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*“<sup>64</sup> Beiträge eines Symposiums an der Charité mit den Schwerpunkten: Ambulante Versorgung, Stationäre Versorgung, Versorgung Illegalisierter, Kommunikation-Interaktion-Fortbildung und Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitspolitik.

„*Migration und Gesundheit*“<sup>65</sup>: Dieser Sammelband stellt die drei Gewinnerarbeiten des BKK-Innovationspreises 2003 zusammen: „Präventive Maßnahmen bei schwangeren Migrantinnen“, „Gesundheit und Versorgung von Migranten und Deutschen“ und „Alt werden in der Fremde“.

<sup>61</sup> vgl. dazu u.a. [www.vielfalt-als-chance.de](http://www.vielfalt-als-chance.de) (zuletzt geprüft am 6. März 2008)

<sup>62</sup> vgl. Deutscher Caritasverband 2006

<sup>63</sup> vgl. David/Borde/Kentenich (2001)

<sup>64</sup> vgl. Borde/David (2003)

<sup>65</sup> vgl. Hinz/Keller/Reith (2004)

„*Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis*“<sup>66</sup>: Standardwerk, das vom bundesweiten Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“ bei der Integrationsbeauftragten zusammengestellt wurde. Dort finden sich Grundlagen-texte, Texte zur gesundheitlichen Versorgung, zu Rechtsfragen, zu Gesundheitsförderung und Prävention, Frauengesundheit, nicht-somatische Erkrankungen, etc. Es werden viele Beispiele aus der Praxis aufgezeigt.

„*Migration, Gesundheitsversorgung und Integration*“<sup>67</sup>: Grundlagentext aus dem vorstehend erwähnten Handbuch, der konstatiert, dass bei MigrantInnen höhere Vorkommensraten von Unfällen, Adipositas, Diabetes, Hepatitis, Suchtkrankheiten, AIDA/HIV, Kariesprophylaxe und psychischer Erkrankungen auftreten. Als Handlungsempfehlungen werden gegeben: migrationssensible Gesundheitsberichterstattung - Abkehr vom Defizitblick hin zum Ressourcenansatz - Weiterentwicklung partizipatorischer Ansätze - Vernetzung mit Migranten-Communities - Arbeit mit Schlüsselpersonen - sprachärmere, kreative Verfahren bei der Erstellung von Informationsmaterialien – Nutzung kulturspezifischer Ansätze.

„*Gesundheitsfördernde Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund*“<sup>68</sup>: Bei diesem Aufsatz handelt es sich um eine Sonderauswertung der Projektdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Es wurden sechs Projekte im Bereich von Suchtprävention und Ernährung in Hinblick auf besonders geeignete Zugangswege und der Erreichbarkeit der Zielgruppe untersucht. Als erfolgreich haben sich herausgestellt: Vernetzung und Kooperationen im Stadtteil mit der Benutzung bestehender Strukturen, MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund und interkulturell arbeitende Projektteams, niedrighschwellige Angebote, Lebensweltbezug und integrative Ansätze.

„*Migration und Gesundheit*“<sup>69</sup>: Schwerpunktberichterstattung des Bundes mit den derzeit aktuellsten Aussagen und Daten. Themen: allgemeine gesundheitlich Lage, Kinder- und Jugendliche, ältere Menschen, Gesundheitsversorgung, Prävention, inkl. Fragen der Zugangsbarrieren und der Diskussion des „Healthy-Migrant“-Effektes. Der Bereich „Behinderung“ wird auch in kurzen Kapiteln gestreift (Behinderung und Frühinvalidität bzw. chronische Erkrankung, Behinderung und Krankheitshäufigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund)

## **b) Aufsätze und Studien zur interkulturellen Öffnung**

*Interkulturell orientiertes Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Migrationssozialarbeit*<sup>70</sup>: Umfassende Textsammlung zur Arbeit auf kommunaler Ebene im Bereich des interkulturellen Qualitätsmanagements, mit praktischen Beispielen zu Teamstan-

<sup>66</sup> Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.): *Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis*. 2. überarbeitete Auflage, Berlin, Juli 2007

<sup>67</sup> vgl. Grieger, Salman, Stickan-Verfürth (2007)

<sup>68</sup> vgl. Bunge, C. – Meyer-Nürnberg, M. – Kilian, H. (2006)

<sup>69</sup> vgl. Robert-Koch-Institut (2008)

<sup>70</sup> vgl. Landeshauptstadt München (2003)

dards. Erläuterung der Verbindung zu Gender Mainstreaming und Managing Diversity.

„Zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung von Migranten – Optimierung über interkulturelle Teamarbeit“<sup>71</sup>: Dissertation an der Universität Osnabrück, die die Voraussetzungen für eine effiziente interkulturelle Teamarbeit beschreibt sowie für Prävention mit Migranten (Hv. i.O.) plädiert.

„Sprachliche Verständigung im Gesundheitswesen als politische und professionelle Herausforderung“<sup>72</sup> Der Autor stellt den Gemeindedolmetschdienst vor, stellt aber auch heraus, dass es über die rein sprachliche Verständigung hinaus eine interkulturelle Verständigung geben muss. Er fordert die Erweiterung der interkulturellen Kompetenz der MitarbeiterInnen in Krankenhäusern (und anderen Einrichtungen).

„Interkulturelle Öffnung der Behindertenhilfe“<sup>73</sup>. Zwischenbericht des Projektes mit ausführlicher Darstellung der Arbeit (Tagungen, Beratungen, etc.)

„Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus“<sup>74</sup>: Dissertation zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und PatientInnen mit Migrationshintergrund. Vorschläge für die Praxis zur Lösung sprachlicher Schwierigkeiten, zur Lösung struktureller Probleme (Sichtbarkeit unterschiedlicher Kulturen, Arbeitsbedingungen des Personals) und Vorschläge zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Personal und PatientInnen mit Migrationshintergrund (z.B. neugieriges Nachfragen statt Anhäufen theoretischen Wissens).

„Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen“<sup>75</sup>: Die Beiträge dieses Sammelbandes gehen auf mehrere Tagungen zurück, die die Alice-Salomon-Fachhochschule zusammen mit der Friedrich-Ebert-Stiftung in Berlin durchgeführt hat. Gebündelt werden sie in drei Bereichen: Zuerst kommen die Analysen, etwa mit welchen „Visionen und Stolpersteinen“ die interkulturelle Öffnung verbunden ist. Zum Zweiten werden Konzepte diskutiert, etwa der niederländische Aktionsplan für eine interkulturelle psychosoziale Grundversorgung und zum Dritten werden Projekte vorgestellt, etwa die Erfahrungen der BOA Jugend- und Drogenberatung für „Spätaussiedler“ aus den ehemaligen GUS-Staaten.

„Eine transkulturelle Behindertenhilfe als gesellschaftliche und institutionelle Herausforderung für Deutschland“<sup>76</sup>: Beitrag von Kauczor in einem Tagungsband zum Thema „Migration, Flucht und Behinderung“ aus dem Jahr 2003 (Nachdruck 2008), der sich ausführlich mit den konkreten transkulturellen Anforderungen an die deutsche Behindertenhilfe befasst.

---

<sup>71</sup> vgl. Mackovic-Stegemann (2005)

<sup>72</sup> vgl. Salman (2009)

<sup>73</sup> vgl. Paritätisches Bildungswerk (2007)

<sup>74</sup> vgl. Dreißig (2005)

<sup>75</sup> vgl. Rommelspacher/Kollak 2008

<sup>76</sup> vgl. Kauczor (2008)

### c) Aufsätze und Studien zu Selbsthilfepotenzialen / Peer-Konzept

„*Ein ´anderes Gesundheitsverständnis`. Selbsthilfe und Migration*<sup>77</sup>: Vortrag auf einer Fachtagung zur Frage der Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen bei MigrantInnen. Thiel beschreibt zum einen Akzente, die Selbsthilfekontaktstellen setzen können, damit Selbsthilfegruppen stärker von MigrantInnen genutzt werden (Informationsdefizite abbauen, persönliche Kontakte herstellen, Ausstattung der Räume, neutrale Anlässe für Treffen schaffen, „Autoritäten“ im Lebensumfeld von MigrantInnen einbinden). Zum anderen geht er darauf ein, wie die Selbsthilfeförderung von MigrantInnen und kommunale Integrationspolitik verbunden werden können.

„*Gesundheitsbezogene Selbsthilfe bei Menschen mit Migrationshintergrund. Chancen, Barrieren, Potenziale*<sup>78</sup>: Umfassender Aufsatz unter anderem mit einer Übersicht zu den Barrieren der Selbsthilfegruppenbeteiligung (keine sprachlichen Entsprechungen, Schambesetzung gesundheitlicher Probleme, keine Anonymität, keine geschlechtsgetrennte Gruppenzusammensetzung, etc.) sowie Vorschlägen dazu, was Selbsthilfekontaktstellen tun können, um MigrantInnen zur Selbsthilfe zu aktivieren (regionale Bedarfsanalysen, Schulung in interkultureller Kompetenz, Gewinnung kulturspezifischer MultiplikatorInnen, etc.).

„*Selbsthilfeaktivierung von Diabetikern aus nicht-deutschen Kulturkreisen*<sup>79</sup>: Projektbeschreibung des Deutschen Diabetiker Bundes LV NRW zur nachhaltigen Förderung und Unterstützung des Selbsthilfemanagements von Diabetikern mit Migrationshintergrund.

„*Angebot schafft Nachfrage. Migranten den Zugang zur Gesundheits-selbsthilfe erleichtern*<sup>80</sup>: Zeitungsbericht über eine gemeinsame Tagung der AOK und des Paritätischen (s. dazu auch ausführlich die Veröffentlichung der AOK „*Migranten und gesundheitliche Selbsthilfe. Zu Hause in der Fremde*<sup>81</sup>). Darstellung der Probleme (z.B. Krankheiten kommen von außen – haben nichts mit mir zu tun) und Aufzeigen guter Beispiele (etwa das Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten in Köln).

„*Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen*<sup>82</sup>. Bericht zu einem Forschungsprojekt: Über den Ansatz muttersprachlicher Präventionsberater sollen niedrigschwellige „Komm“ - und „Zugeh“-Strukturen verbessert werden.

„*Von muttersprachlichen Präventionsberatern werden Migranten besser erreicht*<sup>83</sup>. Weiterer Bericht zum gerade erwähnten Forschungsprojekt zur Überwindung von Zugangsbarrieren mit dem Fazit: „Bei dem sensiblen Thema Suchtprävention sind

<sup>77</sup> vgl. Thiel (2007)

<sup>78</sup> vgl. Kofahl, C. et al. (2009)

<sup>79</sup> vgl. Deutscher Diabetiker Bund (2009)

<sup>80</sup> vgl. „Angebot schafft Nachfrage“ in: Der Paritätische 1/2008

<sup>81</sup> vgl. AOK (2007)

<sup>82</sup> vgl. Walter, U. (2007)

<sup>83</sup> vgl. Gerken, U. et al. (2008)

der persönliche Kontakt des Präventionsberaters und ein funktionierendes Netzwerk unerlässlich, um die Erreichbarkeit von Migranten zu gewährleisten.“

Als **Fazit** kann festgehalten werden, dass bereits eine Vielzahl von Studien zum Bereich der interkulturellen Öffnung im Gesundheitswesen vorliegen. Jedoch widmet sich bislang keine Studie der Erkrankung an Multipler Sklerose.



## 7. Interkulturelle Informations- und Beratungszentren

### 7.1 Beispiele von interkulturellen Zentren

Da es in der vorliegenden Studie um Einstellungen und Erwartungen an ein gesundheitsbezogenes interkulturelles Zentrum geht, werden hier einige Beispiele aus Berlin und dem Bundesgebiet skizziert, um die derzeit bereits erfolgte Arbeit darzustellen. Allerdings ist auch hier bei keinem dieser vorhandenen Angebote der Bereich „Multiple Sklerose“ vertreten.

#### **a) IdeM – Informationszentrum für dementiell und psychisch erkrankte sowie geistig behinderte Migranten und ihre Angehörigen (Rubensstr. 84, 12157 Berlin, [www.idem-berlin.de](http://www.idem-berlin.de))**

Das Projekt wird als Vermittlungsagentur nach § 45 SGB XI durch die Berliner Senatsverwaltung und die Pflegekassen finanziert und befindet sich in Trägerschaft des VdK Berlin Brandenburg. Das Leistungsspektrum reicht von allgemeinen Auskünften über spezielle Beratungen bis hin zu individueller Unterstützung. Inhaltlich geht es um interkulturelle Pflegedienste, Vermittlung von Betreuungsgruppen, Vermittlung von muttersprachlichen ÄrztInnen und PsychologInnen, muttersprachliche soziale Beratung, rechtliche Ansprüche auf Versorgungsleistungen, Finanzierungsmöglichkeiten für Pflege, Rehabilitation und andere Hilfen, Gruppenangebote für pflegende Angehörige, Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten. Regelmäßig werden auch Schulungen, Fortbildungen und Informationsveranstaltungen angeboten.

Die Beratung erfolgt per Telefon, in den Sprechstunden oder vor Ort bei einem Hausbesuch. Die Beratungssprachen sind: Türkisch, Arabisch, Polnisch, Serbisch, Kroatisch und Bosnisch. Bei Bedarf können DolmetscherInnen anderer Sprachen hinzugezogen werden.

#### **b) Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte (Paulstr. 4, 45889 Gelsenkirchen, [www.awo-ww.de](http://www.awo-ww.de))**

Träger ist der AWO-Bezirk Westliches Westfalen in Kooperation mit der AWO Unterbezirk Gelsenkirchen-Bottrop. Es ist hervorgegangen aus der „Fachstelle Demenz und Migration“ und ist seit 2007 Teil der Landesinitiative Demenz-Service NRW. Das Zentrum versteht sich als Anlauf-, Clearing-, Beratungs- und Vermittlungsstelle mit Sprachkompetenzen in Türkisch und Russisch. Aufgaben sind Beratung und Betreuung, Entwicklung von Materialien für die Betreuung von und die Arbeit mit den erkrankten MigrantInnen; Entwicklung von kulturell angepassten Informations- und Aufklärungsmaterialien; Vernetzung bestehender oder neu zu planender Angebote, Unterstützung anderer Servicezentren beim Aufbau niedrigschwelliger Angebote, Qualifikation ehrenamtlicher Betreuungskräfte.

**c) AWO- Begegnungszentrum Friedrichshain- Kreuzberg (Adalbertstrasse 23a, 10997 Berlin, [www.begegnungszentrum.org](http://www.begegnungszentrum.org))**

Das Begegnungszentrum wird in der Trägerschaft der Arbeiterwohlfahrt (AWO), LV Berlin geführt. Es bietet Beratung, kulturelle Aktivitäten und Kurse an. Ursprünglich (vor 30 Jahren!) als Einrichtung für türkischstämmige MigrantInnen gedacht, wird sie mittlerweile von Personen mit ganz unterschiedlichen Migrationshintergründen genutzt. Bei dem gesundheitsfördernden Angebot wird auf die WHO-Definition von Gesundheit Bezug genommen und das Angebot deshalb breit gefächert in: Informationsveranstaltungen, Kurse, Gruppenangebote und Netzwerkbildung. Die Veranstaltungen werden als muttersprachliches Angebot oder zweisprachig durchgeführt, häufig geht es dabei um Basisinformation wie Diabeteserkrankungen, Vorsorgeuntersuchungen, Wechseljahre, Depression oder Übergewicht.

Als erfolgsversprechende Prinzipien haben sich erwiesen: Verbindlichkeit (feste Erreichbarkeit, Transparenz des Angebotes), gastfreundliche Willkommensatmosphäre, interkulturelle Kompetenz der MitarbeiterInnen (Identifikationsmöglichkeiten für unterschiedliches Klientel), niedrighschwelliges Angebot (unter anderem allgemeine Sozialberatung), Angebote auch für Menschen mit niedrigem Bildungsstand nutzbar (etwa einfache Sprache), keine oder nur geringe Kosten, Vernetzung im Stadtteil mit anderen sozialen Einrichtungen oder anderen Migrantengemeinschaften.

**d) Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten (GfM, Marsilstein 6, 50676 Köln, [gesundheitszentrum@paritaet-nrw.org](mailto:gesundheitszentrum@paritaet-nrw.org))**

Das Gesundheitszentrum wurde 1995 als offene Beratungsstelle gegründet und im Rahmen von Projektarbeit zur Gesundheitssituation von MigrantInnen in Köln als Gesundheitszentrum im Paritätischen Wohlfahrtsverband ausgestaltet. Das GfM soll bundesweit das einzige Zentrum sein, in dem Menschen jüdischen und muslimischen Glaubens gemeinsam beraten werden.

Aufgabenschwerpunkte sind: psychologische, Erziehungs- und medizinische Beratung, Präventionsarbeit durch Informationsveranstaltungen (etwa zur Gesundheitsreform, Pflegeversicherung, gesunde Ernährung, Herz- und Kreislauferkrankungen, Depressionen, etc.), Aktivierung des Selbsthilfepotenzial bei türkischstämmigen MigrantInnen in Kooperation mit dem KISS (Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen), ambulantes Wohnen/ambulante Betreuung von psychisch behinderten Erwachsenen türkischer oder russischer Herkunft, Fortbildung für Fachkräfte (etwa interkulturelle Kompetenz und transkulturelle Diagnostik), Öffentlichkeitsarbeit (etwa regelmäßige Herausgabe des „Kölner Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten“).

**e) IBBC e.V. - Interkulturelles Beratungs- und Begegnungs-Centrum, Berlin (Werbellinstraße 42, 12053 Berlin, [www.ibbc-berlin.de](http://www.ibbc-berlin.de))**

IBBC e.V. wurde im Juni 2004 von Frauen nichtdeutscher Herkunft, die seit langen Jahren im Bereich Migration, Gesundheit und Bildung arbeiten, gegründet. Zweck des Vereins ist die Förderung, Beratung, Betreuung und Begleitung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Bereich dabei ist die Gesundheitsfürsorge. Konzeptionell orientiert man sich an den Bedürfnissen der „Ratsuchenden“. Unter den verschiedenen Projekten gibt es ein Projekt „Wegweiser für Menschen mit Behinderung“, der in deutsch-arabischer und in deutsch-türkischer Sprache herausgegeben wird. In diesem Wegweiser sind die wichtigsten und die häufigsten Fragen zum Thema „Behinderung“ zusammengestellt. Ebenso können dem Wegweiser die wichtigsten Hilfen, die das Sozialgesetzbuch anbietet, entnommen werden. Bei einem anderen Projekt wurden Jugendliche mit Migrationshintergrund in ihren Lebensräumen aufgesucht, um sie über die Ansteckungsgefahren, über die Krankheit HIV/AIDS sowie über Präventivmaßnahmen zu informieren, ferner wurde eine „Mobile Gesundheitsberatung“ angeboten.

**f) Reuterkiez Mittenmang e.V., Berlin (Lenastr. 12, 12047 Berlin, [mm-yilmaz@web.de](mailto:mm-yilmaz@web.de))**

Der Verein hat die Beratung von behinderten Menschen mit Migrationshintergrund zum Ziel. Ferner bietet er Integrationskurse, PC-Kurse, etc. an und kooperiert mit dem Türkisch-Deutschen Zentrum in der Lenaustraße. Das Angebot ist niedrigschwellig (Cafe, Internet-Cafe, aktuell Trödelmarkt). Das Mittenmang hat einen niveaugleichen Eingang und eine Behindertentoilette. Zu 99,9 Prozent kommen MigrantInnen. Bei den behinderten MigrantInnen sind es zumeist Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen, blinde oder gehörlose Personen sind bisher nicht vertreten. Bei Personen mit geistiger Beeinträchtigung wird mit dem Verein Selbstbestimmt leben e.V. zusammengearbeitet. Es wurden bisher noch keine Personen mit MS und Migrationshintergrund beraten.

**g) Interkulturelles Seniorenzentrum Hilfs- und Solidaritätsverein für türkische Rentner, Behinderte und Senioren (Allerstr. 30/31, 12049 Berlin, [www.em-der.de](http://www.em-der.de))**

Der Verein wurde 1992 gegründet in der Absicht, Senioren, Rentner, Behinderte bei gesetzlichen Problemen zu beraten. Er unterhält ein Begegnungszentrum, das vom Berliner Senat unterstützt wird und kooperiert mit Navitas, einem Verein, der sich um schwer erziehbare Kinder kümmert. Themen der Beratung sind vorwiegend finanzielle Hilfen, Rentenprobleme, Rentenanträge, Behindertenausweis-Beantragung. Es werden Infoabende über neue Gesetze oder auch gesundheitliche Probleme veranstaltet.

Es werden Infoabende über Gesundheit bei älteren Leuten, Männer- oder Frauenkrankheiten, Neurologie, Diabetes, Abbau von Muskelspannungen, etc. veranstaltet. Dazu referiert unter anderem ein türkischer Arzt. Teilweise wird auch zur Deta Med, einer kulturspezifischen Hauskrankenpflege vermittelt. Mittwochs ist ein Frühstück im Angebot.

Es kommen vorwiegend Personen mit einer körperlichen Behinderung, etwa mit einer Gelenkabnutzung. Beraten wird in Türkisch oder Deutsch.

## 7.2 Standards in der Arbeit eines interkulturellen Zentrums

Wie die vorstehend genannten Beispiele zeigen, gibt es also bereits „Standards“ in der Arbeit interkultureller Zentren, die sich in erweiterter Form auch in einer vorangegangenen Studie der Stiftung LEBENSNERV<sup>84</sup> wiederfinden. Dort wurden fünf Empfehlungskomplexe für erfolgreiche Zugangswege in der Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund und Behinderung beziehungsweise chronischer Erkrankung formuliert. Im ersten Komplex<sup>85</sup> werden für ein idealtypisches Beratungszentrum die nachstehenden Empfehlungen gegeben:

1. Ein gutes Beratungsangebot sollte niedrigschwellig, wohnortnah und lebensweltorientiert sein (organisiert etwa als Tee-Kaffee-Stube, Internet-Café, Freizeittreff-Treff, Nachbarschaftseinrichtung, etc.).
2. Die Trägerschaft sollte von einer vor Ort akzeptierten Organisation (ggf. auch in Kooperation von Behinderten- und MigrantInnenorganisationen) übernommen werden.
3. Die Arbeit sollte gendersensibel, differenzsensibel und kultursensibel (nicht kulturalistisch!) erfolgen.
4. Es sollte eine weitgehende Partizipation der betroffenen Ratsuchenden ermöglicht werden.
5. Eine Schlüsselrolle in der Beratung kommt den beratenden Personen zu: Ratsuchende sollten die Wahl aus einem interkulturell gemischten Team haben: Männer, Frauen, mit Migrationshintergrund, ohne Migrationshintergrund, mit Behinderung, ohne Behinderung. Der Anteil von männlichen Beratenden sowie von behinderten Beratenden mit Migrationshintergrund sollte dabei ausreichend groß sein.
6. Es sollten Beratungen sowohl unter dem Aspekt des (doppelten) Peer-Support als auch des Autoritäts-Prinzips möglich sein.

---

<sup>84</sup> vgl. LEBENSNERV 2009b

<sup>85</sup> die anderen vier Komplexe befassen sich mit der Personalentwicklung, der Organisationsentwicklung, den Rahmenbedingungen für die Politik sowie konkreten Empfehlungen für die Arbeit der Stiftung LEBENSNERV

7. Sowohl eine Komm- als auch eine Zugehstruktur (aufsuchende Beratung) sollte in der Beratung standardmäßig angeboten werden und je nach Wunsch möglich sein.

8. Es sollte ein Angebot in unterschiedlichen Sprachen vorgehalten werden (MuttersprachlerInnen, DolmetscherInnen).

9. Es sollte ein Angebot von Face-to-face-Beratungen, jedoch auf Wunsch auch von medial vermittelter Beratung möglich sein (Telefon, email-Fax, Chat, etc.)

10. Inhaltlich sollte es sich um ein kompaktes Angebot („aus einer Hand“) mit verschiedenen Strängen handeln:

- Hilfestellung bei Anträgen / lebenspraktische Unterstützung (Schwerbehindertenausweis, Hilfsmittelbeantragung, Beantragung von Pflegestufen, etc.)
- Lebensbegleitende psychosoziale Beratung / Case Management (wichtige Aspekte: Kommunikation auf Augenhöhe, Geduld, Verlässlichkeit, Einbeziehung der Familie)
- Info-Veranstaltungen über die Struktur und Funktionsweise der Behindertenhilfe- und Selbsthilfe sowie der gesetzlichen Regelungen
- Treffen zum Austausch mit gleichartig Betroffenen (Stärkung der Selbsthilfe-Potenziale)
- Zeitlich umgrenzte kostengünstige Kurse (etwa im Bereich Prävention, Ernährung, Sprache, Weiterbildung, Empowerment, etc.) zur Stärkung vorhandener und zum Aufbau neuer Ressourcen (Salutogenese-Aspekt)

11. Alle Angebote sollten nach dem Prinzip der Barrierefreiheit sowohl in räumlicher (niveaugleicher Eingang, ausreichende Bewegungsfreiräume, rollstuhlgeeignete Toilette) als auch informatorischer und kommunikativer Art (alternative Formate, Gebärdensprache, Hörunterstützung, Leichte Sprache, etc.) erfolgen.

12. Es sollte bildhaft gestaltetes Informaterial in unterschiedlichen Sprachen und Formaten geben.

Es stellt sich nun die Frage, ob und wie sich diese Standards und Empfehlungen auch für den Bereich „Multiple Sklerose“ und speziell bei den „Einstellungen und Erwartungen der Betroffenen“ bestätigen und wiederfinden lassen.

## 8. Ergebnisse der Befragung zur Versorgungssituation

Als einen wichtigen Teil des Vorhabens sahen es die AutorInnen an, die aktuelle Versorgungssituation von Menschen mit MS und Migrationshintergrund in Berlin (Großraum Berlin) in Erfahrung zu bringen. Dazu wurde mit einem (leicht abgewandelten) kurzen Fragebogen gearbeitet, der schon bei einer vorangegangenen Studie der Stiftung LEBENSNERV<sup>86</sup> mit gutem Erfolg eingesetzt wurde.

Es wurden insgesamt 69 MS-bezogene Stellen im Großraum Berlin angeschrieben, darunter die beiden Landesverbände der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft in Berlin und Brandenburg, mehrere MS-Selbsthilfegruppen, neurologische Praxen mit „Praxisschwerpunkt MS“ in Berlin, sowie entsprechende Kliniken im Großraum Berlin. Es wurde zweimal nachgefasst per Telefon und e-mail. Die Rücklaufquote war mit 18,8 % recht niedrig, nimmt man die nicht verwertbaren Antworten heraus, betrug sie nur 15,9%. Teilweise wurde den AutorInnen beim Nachfassen die direkte Rückmeldung gegeben, dass so etwas „direkt im Papierkorb lande“. Dies ist ein deutlicher Gegensatz zur bereits erwähnten Vorläuferstudie, bei der es sogar freiwillige Zusatzmeldungen von Einrichtungen der Behindertenarbeit gab, die es sehr wichtig fanden, den Fragebogen auszufüllen. Auch der im Fragebogen angebotene Freiraum („Was ist Ihnen sonst noch wichtig, zum Thema zu sagen?“) wurde in geringerem Umfang genutzt als bei der vorangegangenen Studie.

### 8.1 Kliniken – neurologische Abteilungen

#### a) Fachklinik im Großraum Berlin, neurologische Abteilung

Keine speziellen Angebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund, keine geschlechtsspezifischen Angebote, keine Informationsangebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund, auch keine Veränderungen im Informationsangebot oder Beratungsangebot geplant.

#### b) Klinik im westlichen Zentrum von Berlin

Keine speziellen Angebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund, keine geschlechtsspezifischen Angebote. Es gibt jedoch Informationsschriften auf Türkisch. Damit die Informationen auch bei den Menschen mit MS und Migrationshintergrund ankommen, hält die Klinik es für wichtig zu überprüfen, wieviel diese Menschen von den Informationen verstanden haben. Veränderungen im Informationsangebot oder Beratungsangebot sind nicht geplant. Für wichtig wird jedoch gehalten, dass alle Informationen bei einer Beratung nicht nur bei den Betroffenen, sondern auch bei der ganzen Familie ankommen.

---

<sup>86</sup> vgl. LEBENSNERV 2009b

## 8.2 neurologische Praxen mit „Praxisschwerpunkt MS“ in Berlin

### a) Praxis 1

Angebote für Menschen mit MS: „Praxis mit Fahrstuhl“. Keine speziellen Angebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund, keine geschlechtsspezifischen Angebote. Keine Informations- oder Beratungsangebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund, auch keine Veränderungen im Informationsangebot oder Beratungsangebot geplant.

### b) Praxis 2

Angebote für Menschen mit MS: „Diagnostik, Therapie, Schwestern-Service, individuelle Beratung“. Keine speziellen Angebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund, keine geschlechtsspezifischen Angebote. Keine Informations- oder Beratungsangebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund, auch keine Veränderungen im Informationsangebot oder Beratungsangebot geplant.

### c) Praxis 3

Angebote für Menschen mit MS: „Wir sind eine Schwerpunktpraxis für MS“. Keine speziellen Angebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund, keine geschlechtsspezifischen Angebote. Keine Informations- oder Beratungsangebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund, auch keine Veränderungen im Informationsangebot oder Beratungsangebot geplant. Die Beratungen erfolgen in deutscher Sprache durch weibliche Beratende ohne Behinderung und ohne Migrationshintergrund. Für wichtig im Bereich der Informationen wird gehalten, „dass diese Menschen die deutsche Sprache erlernen“.

### d) Praxis 4

Angebote für Menschen mit MS: „Spezialsprechstunde MS mit individuellem Case Management, inkl. Diagnosestellung, Schubtherapie, Langzeittherapie (Schubprophylaxe)“. Als spezielles Angebot für Menschen mit MS und Migrationshintergrund wird angegeben: „Patientenführung für bulgarischstämmige Patienten in der Heimatsprache“. Keine geschlechtsspezifischen Angebote.

Es gibt Informationsbroschüren nur in „deutscher Sprache, noch nicht in den Heimatsprachen“. Auf die Frage, was für besonders wichtig gehalten wird, damit die Informationen auch bei Menschen mit MS und Migrationshintergrund ankommen, heißt es: „Zunächst eruieren, welche Lebensproblembereiche im Vordergrund stehen und diese in Verbindung mit krankheitsspezifischen Belastungen mit dem Pat. besprechen. Angebote für Angehörige machen. Therapie-Compliance und Adhärenz fördern.“ Als Veränderungen zum Informationsangebot werden Broschüren beziehungsweise Videos auf Bulgarisch und Russisch geplant.

Als Beratungsangebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund werden genannt: „Beratung bezüglich MS, Partnerschaft, Frühtherapie, Schwangerschaft, Reisen, Vererbung, Fatigue, Berufsleben, etc.“ Die Beratung (durch die Ärztin oder eine MS-Nurse) erfolgt derzeit von Angesicht zu Angesicht, ein Chat ist demnächst vorgesehen. Beratungssprachen sind Deutsch und Bulgarisch.

Auf die Frage, was für besonders wichtig gehalten wird, damit die Beratung bei Menschen mit MS und Migrationshintergrund erfolgreich ist, wird geantwortet: „Eruieren, wo der Pat. ´seine` Probleme mit der Krankheit sieht und wie seine familiäre bzw. gesamtsoziale Anbindung ist.“

Veränderungen in der Beratung sind derzeit nicht geplant. Wichtig, zum Thema zu sagen ist der Praxis noch: „Wichtig (und das gilt für jeden Menschen mit einer chronisch fortschreitenden Erkrankung) wie sieht er die Krankheit – als Schicksalsschlag oder Herausforderung und dann gemeinsam mit dem Betroffenen Strategien zur Krankheitsbewältigung aufzubauen.“

### **8.3 MS-Organisationen – Selbsthilfegruppen (SHG) in Berlin**

#### **a) DMSG LV Brandenburg<sup>87</sup> (Potsdam)**

Angebote für Menschen mit MS: „Beratung für Betroffene und deren Angehörige, Informationsveranstaltungen und Seminare, finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, Selbsthilfegruppen.“

Keine speziellen Angebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund, keine geschlechtsspezifischen Angebote. Keine Informations- oder Beratungsangebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund, auch keine Veränderungen im Informationsangebot oder Beratungsangebot geplant. Die Beratungen erfolgen in deutscher Sprache durch weibliche Beratende ohne Behinderung und ohne Migrationshintergrund.

Für wichtig im Bereich der Informationen für Menschen mit MS und Migrationshintergrund wird gehalten: „Durch das Bestehen internationaler Verbände der DMSG ist es leicht möglich, die Betroffenen weiterzuvermitteln oder anderssprachiges Informationsmaterial zu besorgen. Die Netzwerke funktionieren in dieser Hinsicht sehr gut.“

Auf die Frage, was wichtig im Bereich der Beratung für Menschen mit MS und Migrationshintergrund erscheint, wird geantwortet: „Da wir nicht mit Betroffenen mit Migrationshintergrund konfrontiert sind, ist es für uns nicht besonders einfach, eine Einschätzung zu diesem Themengebiet abzugeben.“

---

<sup>87</sup> Trotz dreimaliger Ansprache hat der DMSG Landesverband Berlin den Fragebogen nicht beantwortet.



## **b) SHG 1**

Angebote für Menschen mit MS: „2 x monatlich Gruppentreffen, Zusammenarbeit mit DMSG, Betroffene helfen Betroffenen (Selbsthilfe), Gespräche, Beratung, Austausch, Präventionskurse, kulturelle Veranstaltungen“.

Keine speziellen Angebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund, keine geschlechtsspezifischen Angebote. Keine Informationsangebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund. Damit Informationen bei Menschen mit MS und Migrationshintergrund ankommen, werden „Informationen in verschiedenen Sprachen“ für wichtig gehalten.

Zum Beratungsangebot für Menschen mit MS und Migrationshintergrund wird angegeben: „Individuelle Gespräche, wenn möglich, Erfahrungen weitergeben, Unterstützung bei Behördengängen, Ausfüllen von Anträgen, usw.“ Die Beratungen erfolgen in deutscher Sprache durch weibliche Beratende mit Behinderung und ohne Migrationshintergrund, zum Teil in den Räumen eines anderen Projektes, zum Teil durch aufsuchende Beratung.

Auf die Frage, was wichtig im Bereich der Beratung für Menschen mit MS und Migrationshintergrund erscheine, wird geantwortet: „Vermittlung an SHG oder Beratungsstellen von Ärzten u.a., Bereitstellung von Infomaterial in verschiedenen Sprachen!“ Veränderungen im Informationsangebot oder Beratungsangebot der SHG sind derzeit nicht geplant.

## **c) SHG 2**

Angebote für Menschen mit MS: „Einzelberatung für Frauen mit MS, Selbsthilfegruppen für Frauen mit MS“. Keine speziellen Angebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund, alle Angebote sind „nur für Frauen mit MS“.

Die Informationen für Menschen mit MS und Migrationshintergrund sind: „Flyer, Veranstaltungsprogramm, MS-Broschüren“. Die Angebote sind in Deutsch, auf der Website aber auch in Englisch. Auch Gebärdensprache soll demnächst auf der Website angeboten werden. Damit Informationen bei Menschen mit MS und Migrationshintergrund ankommen, wird für wichtig gehalten: „Vernetzung mit MigrantInnenprojekten“. Vorbehaltlich personeller Erweiterung sind Veränderungen im Informationsangebot vorstellbar.

Zur Beratung von Frauen mit MS und Migrationshintergrund werden folgende Angebote vorgehalten: „psychosoziale Einzelberatung und Selbsthilfegruppe von/mit einer MS-betroffenen Psychologin, gearbeitet wird nach dem Peer-Counseling-Konzept“. Die Beratung erfolgt durch weibliche Beratende mit MS und ohne Migrationshintergrund. Es wird in Deutsch, auf Gebärdensprache, auf Englisch und bei einfachen Beratungsgesprächen auch auf Französisch und Spanisch beraten.

Auf die Frage, was wichtig im Bereich der Beratung für Menschen mit MS und Migrationshintergrund erscheine, wird geantwortet: „BeraterInnen, die selbst an MS erkrankt sind und/oder selbst migrantisch sind“ sowie eine „Willkommenskultur“. Derzeit wird keine Veränderung des Beratungsangebotes geplant.

Noch wichtig, zum Thema zu sagen, ist der SHG: „Die MS-Gruppe wurde, als sie international besetzt war, von allen TeilnehmerInnen als ausgesprochen bereichernd erlebt, die nicht-deutsche Herkunft eher wenig thematisiert (da verwurzelt in Berlin, stand dies nicht im Vordergrund).“

#### **d) SHG 3**

Angebote für Menschen mit MS: „Informationen, menschliche Nähe, Arztvorträge, gemeinsame Arbeit an vielen Infoständen“. Keine speziellen Angebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund, keine geschlechtsspezifischen Angebote. Keine Informations- oder Beratungsangebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund, auch keine Veränderungen im Informationsangebot oder Beratungsangebot geplant. Damit Informationen bei Menschen mit MS und Migrationshintergrund ankommen, wird für wichtig gehalten: „Persönliche Kontakte im Alltag und Unterstützung“.

Die Beratungen erfolgen in deutscher Sprache durch männliche und weibliche Beratende mit Behinderung und ohne Migrationshintergrund. Auf die Frage, was wichtig im Bereich der Beratung für Menschen mit MS und Migrationshintergrund erscheine, wird geantwortet: „Regelmäßige Begleitung“.

Noch wichtig, zum Thema zu sagen, ist der SHG: „Wir haben bisher mit zwei Menschen als Betroffene aus anderen Ländern zu tun und erleben sie als Bereicherung der Gruppe“.

#### **e) SHG 4**

Angebote für Menschen mit MS: „Info, Gespräche“. Keine speziellen Angebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund, keine geschlechtsspezifischen Angebote. Keine Informations- oder Beratungsangebote für Menschen mit MS und Migrationshintergrund, auch keine Veränderungen im Informationsangebot („wenn wir Bedarf haben, ja“) oder Beratungsangebot geplant.

### **8.4 Zusammenfassung der Ergebnisse**

Nach Ansicht der AutorInnen sind „Menschen mit MS und Migrationshintergrund“ im vorwiegend schulmedizinisch ausgerichteten Versorgungssektor „Multiple Sklerose“ derzeit „unsichtbar“ – das Thema ist noch nicht angekommen – ganz im Gegensatz zur Aufbruchstimmung etwa bei Krankenkassen oder bei den Wohlfahrtsverbänden. Dies wird durch die vorstehenden Antworten belegt und gestützt durch den allgemeinen Befund von David/Borde: „Die Sozialwissenschaften beschäftigen sich seit lan-

gem mit dem Zusammenhang von Migration und Gesundheit. Für die Medizin ist das Thema bisher kein Forschungsgegenstand von Belang. Angesichts der hohen gesellschaftlichen Relevanz muss aber der Migrationsforschung im Kontext von Versorgungsforschung und Public Health mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.“<sup>88</sup>

Ein Missverständnis besteht nach Ansicht der AutorInnen bei der Zuweisung der Rolle der Internationalen MS-Gesellschaft MSIF. Ihre Existenz wird zum Beleg dafür genommen, dass ja eine gute internationale Vernetzung bestehe und Informationsmaterial in vielen unterschiedlichen Sprachen vorhanden sei – aus diesem Grund müsse man nichts speziell für Menschen mit MS und Migrationshintergrund hierzulande unternehmen. Einmal abgesehen davon, dass in der Sprachenvielfalt von MSIF, wie bereits in Abschnitt 5. ausgeführt, die beiden für Berlin wichtigen Sprachen Türkisch und Serbokroatisch nicht vorkommen, greift der Verweis auf die Sprachkompetenz zu kurz. Viel wichtiger, wie in der Fachliteratur betont wird, ist jedoch die kulturelle Kompetenz der Anbieter in der hiesigen Versorgungsstruktur. Diese aber ist unseres Erachtens nur rudimentär gegeben.

Betrachtet man die drei Bereiche (Kliniken, neurologische Praxen und MS-Selbsthilfe) zusammen, so fällt auf, dass im Klinikbereich nur das Angebot türkischsprachiger Broschüren existiert und bei den Praxen erscheint nur eine Praxis kulturell offen. Die größte Offenheit scheint bei den Selbsthilfegruppen zu liegen, insbesondere bei SHG 2, die die Bedeutung einer „Willkommenskultur“ betont, die „Vernetzung mit Migrant\*innenorganisationen“ für wichtig erachtet und die Bedeutung von selbst betroffenen BeraterInnen, auch mit eigenem Migrationshintergrund hervorhebt. Unklar bleibt die Position des LV Berlin der DMSG, der nach Vermutung der AutorInnen nichts mit dem Thema zu tun haben möchte<sup>89</sup>.

---

<sup>88</sup> vgl. David/Borde 2009, S. 26

<sup>89</sup> vgl. dazu Fußnote 87; auch die Homepage [www.dmsg-berlin.de](http://www.dmsg-berlin.de) gibt keinen Aufschluss dazu

## 9. Befragung von Menschen mit MS und Migrationshintergrund

Wie bereits in Abschnitt 3.3 ausgeführt, gibt es keine statistischen Angaben zur Zahl der MS-Betroffenen in Berlin, eine Schätzung der Stiftung LEBENSNERV nach Prävalenzkriterien ergab, dass es rund 1.000 Personen sein müssten. Es wurde also in verschiedenen Schritten versucht, dieses Klientel herauszufiltern und für eine Beantwortung des Fragebogens zu interessieren:

- a) Aufruf in FORUM PSYCHOSOMATIK Heft2/2008 mit einer Auflage von 4.200 Exemplaren, davon wird ca. ein Viertel in Berlin versandt
- b) Aufruf in 23 MS-Foren im Internet
- c) Ansprache von MS-Selbsthilfegruppen in Berlin
- d) Ansprache der DMSG LV Berlin
- e) Ansprache einer Kontaktperson in der Türkischen Gemeinde Deutschlands (TGD) in Berlin
- f) Veranstaltung für die Integrationslotsen (Projekt der TGD)
- g) Ansprache von unterschiedlichen Kontaktpersonen in Migrationszusammenhängen
- h) Auswahl und Ansprache von rund 70 Personen aus dem Verteiler der Stiftung LEBENSNERV, die in Berlin wohnen und vom Namen her in Frage kamen

Wie aus der nachstehenden Auswertung ersichtlich ist, waren lediglich sechs Personen mit Multipler Sklerose und Migrationshintergrund aus Berlin bereit, den Fragebogen zu beantworten. Dies ist natürlich für eine eindeutige Aussage zu wenig. Es zeigt nach Ansicht der AutorInnen jedoch, dass die Kombination der beiden Merkmale „Multiple Sklerose“ und „Migrationshintergrund“ (ebenso wie voranstehend im Angebotsbereich aufgezeigt wurde) auch bei den Betroffenen noch vollkommen unbesetzt ist. Dies wird belegt dadurch, dass es, wie bereits angesprochen, so gut wie kein entsprechendes fremdsprachiges Informationsmaterial<sup>90</sup> gibt und dass es bei einer vorangegangenen Studie der Stiftung LEBENSNERV<sup>91</sup> immer um andere chronische Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund ging - eine Erkrankung an Multipler Sklerose spielte überhaupt keine Rolle.

Die nicht vorhandene Thematisierung könnte damit zusammenhängen, dass (auch in Nicht-Migrantenzusammenhängen) die Erkrankung an MS häufig mit einem Tabu belegt ist, im (nicht sichtbaren) Anfangsstadium leicht verdrängt werden kann<sup>92</sup> und ein „Outen“ gegenüber sich selbst, Angehörigen oder der Öffentlichkeit erst mit Verzögerung stattfindet.

Insofern müsste es vor der Schaffung von Angeboten (etwa in Form eines interkulturellen Zentrums) zunächst einmal um die Bekanntmachung der Erkrankung an MS in den entsprechenden MigrantInnen-Communities gehen. Doch auch, wenn es sich

<sup>90</sup> abgesehen von der Homepage [www.msif.org](http://www.msif.org)

<sup>91</sup> vgl. LEBENSNERV 2009b

<sup>92</sup> vgl. Maida 2002, S. 16

nur um eine kleine Anzahl von MS-Betroffenen mit Migrationshintergrund handelt, die bereit waren sich zu äußern, lohnt ein Blick auf die Antworten und das Fazit daraus.

Als Interviewinstrument wurde projektintern ein Fragebogen entwickelt, der mit „Traumhaus“ bezeichnet wurde und viel Platz für offene Antworten bot. Der Name „Traumhaus“ wurde gewählt, um deutlich zu machen, dass es keine Vorgaben für die Einstellungen und Erwartungen gab, sondern frei assoziiert werden konnte. Zusätzlich war noch das Angebot vorhanden, ein solches Haus auch zeichnerisch festzuhalten – davon wurde jedoch von den Befragten kein Gebrauch gemacht.

Die Fragebögen wurden in Deutsch erstellt, es erfolgte auch eine Übersetzung ins Russische als Angebot, jedoch wollten die entsprechenden Personen dann doch nicht an der Befragung teilnehmen. Hilfreich waren auch die Bosnisch-Kenntnisse einer Projektmitarbeiterin, die unterstützend bei der Befragung eingesetzt werden konnten. Es wurde im Projekt eingangs vermutet, dass auch eine Übersetzung ins Türkische erforderlich sein würde, doch erstaunlicherweise kamen aus diesem Bereich keine Rückmeldungen, obgleich eine Kontaktperson der Türkischen Gemeinde Deutschlands den AutorInnen mitteilte, dass es sogar eine besondere (türkische) Form der MS gebe<sup>93</sup>. Dies wurde dann aber nicht durch konkrete Informationen belegt.

---

<sup>93</sup> Gespräch mit D.Y. am 5. November 2008

## 9.1 Auswertung zum Fragebogen „Traumhaus“

### Persönliche Angaben

P 1: Frau, Jahrgang 1976, Geburtsland Italien, Mutter und Vater ebenfalls in Italien geboren. Lebt in Deutschland seit 2001. Muttersprache Italienisch. Weitere Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch. Multiple Sklerose seit 2003.

P 2: Frau, Jahrgang 1987, Geburtsland Deutschland, Mutter in Syrien, Vater im Libanon geboren. Muttersprache Deutsch. Weitere Sprachen: Englisch, Französisch. Multiple Sklerose seit 2003.

P 3: Mann, Jahrgang 1957, Geburtsland Bosnien, Mutter in Serbien, Vater in Bosnien geboren. Lebt in Deutschland seit 1991, Muttersprache Bosnisch. Weitere Sprachen: Deutsch, Englisch. Multiple Sklerose seit 1999.

P 4: Mann, Jahrgang 1974, Geburtsland Deutschland, Mutter in Griechenland geboren, keine Angaben zum Vater. Muttersprache Deutsch und Griechisch. Keine Angabe zum Datum der Diagnosestellung und der Erkrankung.

P 5: Mann, Jahrgang 1974, Geburtsland Kosovo. Mutter und Vater ebenfalls in Kosovo geboren. Lebt in Deutschland seit 1999. Muttersprache Albanisch. Weitere Sprachen: Englisch, Italienisch, Deutsch. Multiple Sklerose seit 1994.

P 6: Frau, Jahrgang 1965, Geburtsland Deutschland, Mutter in Deutschland, Vater in Syrien geboren. Muttersprache Deutsch. Weitere Sprachen: Englisch. Multiple Sklerose („rückblickend“) seit 1981.

### ***Das größte Problem bei meiner Erkrankung ist für mich:***

P 1: ab und zu Augenschmerzen

P 2: Die Tatsache, dass ich weder längere Auslandsaufenthalte machen noch wirklich frei leben kann.

P 3: Die Ernährung. Ich bin Vegetarier. Ich kann nicht selber einkaufen und mein Essen auch nicht selbst zubereiten. Deshalb lebe ich meist nur von Brot und Butter. Andererseits will ich auch nicht ständig Leute bei mir zu Hause. Ich will mich nicht kontrollieren lassen.

P 4: ~

P 5: Finanzen

P 6: Am meisten stört mich, dass ich nicht lange rennen / schnell laufen kann

***Ich benötige deshalb dringend:***

P 1: nichts, wirklich.

P 2: Flügel? Gesundheit? Definitiv ein anderes System, in dem ich mich bewegen kann bzw. Menschen, die mir helfen, die vorhandenen Barrieren zu umgehen.

P 3: Ich würde gern alleine auf die Straße gehen. Dazu brauche ich aber einen Elektrorollstuhl. Aber ich fordere nicht gern, ich nehme, was mir angeboten wird

P 4: ~

P 5: finanzielle Hilfe, weil ich Medikamente mit Privatrezepten kaufe (ich bin in der ALG II)

P 6: nichts, ich bin gut mit KG und Medikamenten versorgt.

**1. Stellen Sie sich bitte vor, dass es in Ihrer Stadt ein Haus gibt, in dem es spezielle Angebote für Menschen mit einem Migrationshintergrund gibt, die an Multipler Sklerose erkrankt sind. Wie finden Sie das?**

***Ich brauche ein solches Haus nicht, weil***

P 4: es eine Isolation fördert

***Ich fände es gut, wenn es ein solches Haus gäbe, weil***

P 1: besonders, wenn der Betroffene nicht die deutsche Sprache beherrscht, würde es eine sehr wichtige Unterstützung bzw. Bezugspunkt sein

P 2: es für mich sowohl ein Treffpunkt (im Sinne eines Raumes für Austausch und Begegnung) wie auch eine Anlaufstelle für Hilfe/Ratschläge/Erfahrungsaustausch wäre

P 3: ich fände das gut, um Freundschaften aufzubauen und zu pflegen.

P 5: die mir helfen

P 6: es bestimmt Menschen gibt, die so ein spezielles Angebot brauchen. Da ich in Berlin geboren bin, eine deutsche Mutter habe, bin ich hier sozialisiert und bräuchte das Angebot nicht selber.

**2. Wenn Sie solch ein Haus gut finden, haben wir noch einige Fragen:**

***Wo sollte es stehen?***

P 1: das ist schwer zu sagen, logischerweise sollte es stehen, wo man leicht ankommen kann, in der Nähe vieler Verkehrsverbindungen

P 2: in Berlin-Kreuzberg

P 3: (Lachen) Schwere Frage. In der Natur oder so? Na ja, ich denke, wegen der Anfahrt wäre es wohl besser in der Stadt.

P 4: ~

P 5: da, wo es ist

P 6: dort, wo viele mit Migrationshintergrund wohnen

***Wie sollte es von außen aussehen?***

P 1: wie ein Haus, ganz einfach. Nicht traurig natürlich, aber auch nicht besonders schön. Man soll das Gefühl haben, dass alles ganz normal ist.

P 2: bunt, kreativ, lasst die Menschen ihren Lebensraum gestalten.

P 3: (Lachen). Als erstes müsste es in diesem Haus ein Erdgeschoss geben. Manche Leute können ja schlecht laufen, laufen dann z.B. mit einem Rollator. Ich war letzten Sommer mit dem Rollator unterwegs, aber jetzt ist er kaputt. Ich warte auf einen neuen. Jemand hat mir auch mal einen Kontakt gemacht mit einem Begleitdienst. Da war ich so 1-2 Stunden mit dem Rollstuhl draußen.

P 4: ~

P 5: gut

P 6: normal

***Wie sollte es von innen aussehen?***

P 1: Mit gemütlichen Sitzecken, Pflanzen, sogar Tieren. So wenig wie möglich wie eine Arztpraxis (außer natürlich die Pflegeräume), ich nehme an, das würde den Zugang vereinfachen.

P 2: wie gesagt – alles, nur nicht steril, unpersönlich oder beides



P 3: Da sollte es ein Café geben, also einen Platz, um sich zu treffen und zu unterhalten.

P 4: ~

P 5: gut

P 6: ansprechend

### **Welcher Verband oder Verein sollte das Haus in seiner Verantwortung haben?**

P 1: Keine Ahnung. Mir wäre es gleichgültig, - die Angehörigkeit darf den Zugang nicht beeinflussen.

P 2: mh .. – keine Macht für niemand! Selbstverwaltung und Selbstbestimmtheit

P 3: Das sollte irgendeine neutrale Organisation sein, ohne Kirche und ohne andere Einmischung in die inneren Angelegenheiten.

P 4: ~

P 5: DMSG

P 6: weiß ich nicht, vielleicht Kooperation mit DMSG?

### **3. Zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern**

#### ***Welche Personen sollten darin arbeiten?***

P 1: Psychologe, Psychiater, Sozialarbeiter, Kunst-Musik-Tanztherapeuten, Physiotherapeuten, Sportlehrer, Ernährungswissenschaftler, Deutsch-als Fremdsprache-Lehrer.

P 2: Ich und du und wer es möchte

P 3: Das ist mir egal.

P 4: ~

P 5: gute Menschen

P 6: Viele mit ebenfalls Migrationshintergrund, die die Sprache und die Kultur beherrschen

***Sollten auch Migrantinnen und Migranten darin mitarbeiten, die selbst an Multipler Sklerose erkrankt sind?***

P 1: ja

P 2: ja, unbedingt

P 3: ja, das wäre ehrlich, das wäre gut

P 4: neutral, darin sehe ich weder Vor-, noch Nachteile

P 5: ja

P 6: ja

***Könnten Sie sich vorstellen, selbst darin mitzuarbeiten?***

P 1: ich weiß nicht wirklich. Wäre vielleicht interessant.

P 2: ja

P 3: ja

P 4: ja

P 5: nein

P 6: nein

***Wenn ja, wie?***

P 1: ~

P 2: ~

P 3: Ich würde Kunst machen. Ich habe Kunst studiert, Malerei. Ich male schon immer und das ist wie eine Medizin für mich, die Arbeit mit den Farben. Alle lieben das malen. Kinder, kranke Menschen. Sie malen oft zu Hause. Ich habe in letzter Zeit Probleme damit, ich kann die Farbtuben nicht mehr alleine öffnen.

P 4: Patienten physiotherapeutisch zu betreuen, Fortbildung für Pflegepersonal

P 5: ~

P 6: ~

#### **4. Zu den Angeboten in diesem Haus**

##### ***Welche Angebote sollten in diesem Haus gemacht werden?***

P 1: Schulungen, Workshops, Seminare, Lecture, Notfallpraxis, Beratungen (psychologisch sowie ärztlich)

P 2: Alles mögliche – von Beratungen über Selbsthilfegruppen und Vorträge, aber auch Tanzkurse, Kochen, Kunst und Kultur und Yoga und und und

P 3: Malerei, Veranstaltungen

P 4: Therapie (körperlich, physisch, psychisch)

P 5: die neuesten

P 6: ~

##### ***Was dürften diese Angebote kosten?***

P 1: so wenig wie möglich, wenn es medizinisch mit dem Quartal abgezogen werden kann. Wenn anders mit Ermäßigung je nach Einkommen.

P 2: nach Einkommen

P 3: Nichts

P 4: Leistung über Kassen + geringe Selbstbeteiligung

P 5: null

P 6: ~

##### ***In welchen Sprachen sollten diese Angebote sein?***

P 1: Deutsch, Englisch, Spanisch, Türkisch, etc.

P 2: Das sollte sich doch nach der Nachfrage richten

P 3: Bosnisch, Deutsch, Englisch

P 4: Möglichst viele Mitarbeiter unterschiedlicher Herkunft, um doch einige Sprachen abzudecken, z.B. türkisch, arabisch.

P 5: Deutsch

P 6: in verschiedenen

**Sollten dort besondere kulturelle Themen (etwa beim Angebot von Speisen oder der Beachtung bestimmter Feiertage) berücksichtigt werden?**

P 1: nein

P 2: ja

P 3: ~

P 4: ja

P 5: ja

P 6: ja

***Wenn ja, wie?***

P 1: ~

P 2: Rücksicht gegenüber den anderen – aber jeder muss für sich entscheiden dürfen.

P 3: (Lachen). Ich bin Vegetarier, Hm, lustig. Der Fragebogen ist eigentlich gut. Aber das lässt sich alles schwer verwirklichen.

P 4: Speisen, allerdings keine vom Ramadan und sonstigen Ritualen

P 5: ist Sache der Organisatoren

P 6: z.B. Beratung, ob Fasten bei Ramadan gut ist

***Zu welchen Zeiten sollte das Haus geöffnet sein?***

P 1: 24 h

P 2: vor allem nachmittags

P 3: Nachmittags. Sa und So, 2x pro Wochen zum Treffen, Unterhalten, Informationsaustausch

P 4: ~

P 5: ~

P 6: normale

***Was sollte dort auf keinen Fall stattfinden?***

P 1: Diskriminierung, Isolierung

P 2: Kein Raum für Abgrenzung – jeder ist frei, teilzunehmen, keine separatistischen Gruppen (z.B. „nur“ Araber ....Türken ...MS-Betroffene) etc.

P 3: Politik

P 4: Familiäre Völkerwanderungen und Familientreffen

P 5: Politik

P 6: ~

***Antworten außerhalb des Fragebogens:***

P 2: Ich habe Zugangsbarrieren durch MS, nicht durch Migrationshintergrund. Meine Probleme: Ich fühle mich in der Berufswahl eingeschränkt, fühle mich unfrei (Medikamente). Die Krankheit ist wie ein Anker, wie ein Widerhaken, der mich in der Gesellschaft verankert. Für eine Beratung („die vorhandenen Beratungen sind jugendfremd“) wünsche ich mir: Beratung für einen Aufenthalt im Ausland; Beratung über „Drogen und MS“.

P 3: Ich habe die Krankheit schon von klein auf. Die Krankheit hat mir geholfen, jemand kümmert sich um mich. Eigentlich bin ich zufrieden mit dem, was ich habe. Zweimal am Tag kommt der Pflegedienst. Wegen der Medikamente und Hilfe im Haushalt. Sie bringen mir auch die Einkäufe. Kochen tue ich selbst. Ich brauche keine Beratung.

## 9.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Es haben sich drei Männer und drei Frauen geäußert mit Migrationshintergrund Südost-Europa und naher Osten. Personen mit Hintergrund Türkei, Russland oder Polen waren nicht vertreten. Die älteste Person war 52 Jahre, die jüngste 22 Jahre. Das zeitliche Spektrum der Diagnosestellung lag von 1981 bis 2003. Zu den Problemen und Bedarfen wurden äußerst unterschiedliche Angaben gemacht. Es wird ansatzweise erkennbar, dass es ein Informationsdefizit zu den Leistungen des Sozialgesetzbuches (etwa P 3, P 5) geben könnte.

Bei derart heterogenen Voraussetzungen (Multiple Sklerose wird auch als die „Krankheit mit den 1000 Gesichtern“ bezeichnet<sup>94</sup>; Migrationshintergrund ist eine rein statistische Sammelbezeichnung für eine Vielzahl von Erscheinungen und Verhaltensweisen) und wenigen Einzelbeispielen war nicht unbedingt zu erwarten gewesen, dass sich klare Aussagen ergeben würden. Trotzdem können in manchen Bereichen eindeutige Erwartungen erkannt werden, in anderen Bereichen jedoch weniger:

### a) eher eindeutige Erwartungen

- Es gibt eine recht klare Präferenz **für** ein solches Haus.
- Äußerlich soll das Haus „normal“ aussehen. Die Innenraumgestaltung soll gemütlich, ansprechend und nicht steril sein.
- Es sollten auch MigrantInnen mitarbeiten, die selbst an Multipler Sklerose erkrankt sind.
- Das Angebot soll erkennbar niedrigschwellig und kostengünstig sein.
- Kulturelle Themen sollen eine Rolle spielen.

### b) Weniger eindeutige Erwartungen:

- Zum Standort wird genannt: egal, verkehrsgünstig oder dort, wo viele Menschen mit Migrationshintergrund wohnen.
- Zum Träger gibt es keine eindeutigen Aussagen: es reicht von selbstverwaltet, über neutral, bis zur DMSG.
- Zu den Wünschen für die Öffnungszeiten gibt es keine eindeutigen Vorgaben.

---

<sup>94</sup> vgl. etwa [www.med.uni-rostock.de](http://www.med.uni-rostock.de), Pressemitteilung vom 14.01.2009 (zuletzt geprüft am 8. April 2009)

- Zur Struktur der Mitarbeiterschaft werden ebenfalls keine eindeutigen Aussagen gemacht, bis auf die Mitwirkung von Personen, die selbst an MS erkrankt sind (siehe oben). Es sollen sowohl (deutsche) Profis eingesetzt werden, als auch Personen mit Migrationshintergrund, die die Sprache und die Kultur beherrschen. Dies könnte in Richtung der Bildung von „Tandem-Lösungen“ gehen (vgl. dazu die Empfehlungen 10.1, Unterpunkt 6.)
- Das Angebot soll zwar niedrigschwellig sein, wird aber sehr breit beschrieben, sodass keine eindeutigen Präferenzen erkennbar sind.
- Es gibt keine bevorzugten Aussagen zu den Sprachen, in denen die Angebote sein sollten, es könnte eher in Richtung gehen, dass die Nachfrage das Angebot bestimmt.
- Kulturelle Besonderheiten sollen zwar eine Rolle spielen, es wird jedoch vorwiegend auf Speisen abgestellt.
- Uneindeutig sind auch die Aussagen zu dem, was in einem solchen Zentrum nicht stattfinden sollte: Politik, Diskriminierung, gesonderte Gruppenbildung.

Damit decken sich die eindeutigen Erwartungen unter a) mit den Ergebnissen der Studie der Stiftung LEBENSNERV<sup>95</sup> zu den Beratungswegen behinderter und / oder chronisch kranker Menschen mit Migrationshintergrund, in der die Punkte

- Interkulturelle Ausrichtung
- Direkte Mitwirkung der Betroffenen / Partizipation
- Niedrigschwelliges und kostengünstiges Angebot

eine wesentliche Rolle spielen. Die eher uneindeutigen Erwartungen unter b) müssten mit weiteren Recherchen vervollständigt werden. Nach Ansicht der AutorInnen geben dazu die Erfahrungen der bereits bestehenden interkulturellen Zentren gute Anhaltspunkte. Dies sind unter anderem:

- Standort im Lebensraum
- Mitarbeiterschaft nach dem Prinzip der Vielfalt zusammengestellt
- Vielfalt sprachlicher und kultureller Angebote
- Wünsche der KlientInnen spielen eine entscheidende Rolle

---

<sup>95</sup> vgl. LEBENSNERV 2009b

## 10. Empfehlungen

Aus den vorstehenden Abschnitten der Studie lassen sich nach Auffassung der AutorInnen drei unterschiedliche Empfehlungskomplexe herleiten: In der Hauptsache geht es dabei natürlich um die Empfehlungen zu einem gesundheitsbezogenen, interkulturellen Beratungszentrum, das dies ja der Schwerpunkt der Studie war. Aus den Ergebnissen der vorliegenden Fachliteratur und der Befragung zur Versorgungssituation lassen sich jedoch noch Empfehlungen zu zwei weiteren Bereichen ableiten, da nach Ansicht der AutorInnen hier ein hoher Handlungsbedarf, vor allem unter dem Aspekt der „Sichtbarmachung“ von Menschen mit MS und Migrationshintergrund besteht: Das sind die Bereiche „Aufklärung – Bewusstseinsbildung“ und „Forschung“.

### 10.1 Angebotsverbesserung durch ein Beratungszentrum

1. Prüfung von Kooperation mit einem bestehenden interkulturellen Zentrum, wobei dies eine barrierefreie Infrastruktur aufweisen muss
2. Modellhaftes Angebot von niedrigschwelligen Aktivitäten (etwa Informationsfrühstücke, Yoga, kochen, tanzen, etc.)
3. Kultur-, differenz- und gendersensible Angebote in unterschiedlichen Sprachen
4. Angebot von allgemeiner Beratung (Behindertenausweis, Hilfsmittelversorgung, deutsches Sozialrecht, etc.)
5. Angebot von Erfahrungsaustausch, selbstorganisierte Gruppen von Personen mit MS und mit und ohne Migrationshintergrund
6. Beratung und Anleitung durch Tandem-Teams aus einer selbst betroffenen Person mit MS und Migrationshintergrund und einer/m nicht betroffenen/m NeurologIn mit Migrationshintergrund
7. Erstellung von bildhaften Informationsmaterialien (Broschüren, Videos, etc.) in leicht verständlicher Fassung und in unterschiedlichen Sprachen

### 10.2 Aufklärung und Bewusstseinsbildung

1. Sichtbarmachung I - Interkulturelle Öffnung der „MS-Szene“ sowohl mit „top down“, als auch „bottom up“-Strategien
2. „Sichtbarmachung II“ - Aufklärung über Multiple Sklerose bei den MigrantInnen-Communities und in den interkulturellen Zentren (Kampagnen, Vorträge, Infomaterialien)



3. Angebot von Empowermentkursen für MS-betroffene Frauen und Männer mit Migrationshintergrund
4. Schulung von MS-betroffenen Frauen und Männern mit Migrationshintergrund zu BeraterInnen (Peer-Counseling-Konzept)
5. Übersetzung der Seiten unter [www.msif.org](http://www.msif.org) auch auf Türkisch und Serbokroatisch
6. Ergänzung des rein medizinischen Modells von MS durch „culture-based-medicine“ und durch das neue, menschenrechtlich geprägte Verständnis im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention<sup>96</sup>

### **10.3 Forschung**

1. „Sichtbarmachung III“ - Verdeutlichung des Themas „Migrationshintergrund und MS“ für die MS-Forschung
2. Erstellung von Studien zur zahlenmäßigen Dimension von Menschen mit MS und Migrationshintergrund in Berlin / in Deutschland
3. Erstellung von Studien zur Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit MS und Migrationshintergrund unter Einbezug der Genderdimension

---

<sup>96</sup> vgl. dazu [www.un.org/disabilities](http://www.un.org/disabilities) (zuletzt geprüft am 13. April 2009)

## 11. Konsequenzen für andere Krankheitsbilder

Die vorliegende Studie wurde als Pilotstudie am Beispiel von Menschen mit Multipler Sklerose und Migrationshintergrund durchgeführt. Nach Ansicht der AutorInnen lassen sich jedoch auch allgemeine Konsequenzen für die gesundheitsbezogene Selbsthilfearbeit für Menschen mit Migrationshintergrund und anderen chronischen Krankheiten herausarbeiten. Diese allgemeinen Konsequenzen gliedern sich in „sechs Notwendigkeiten“ und sind als dringende Abhilfemaßnahmen zu einem bestehenden Defizit zu verstehen:

### 1. Notwendigkeit verstärkter Forschung

Mangel an belastbaren statistischen Daten: In fast allen Publikationen zum Thema Migrationshintergrund und Gesundheitsförderung / chronische Krankheit wird festgestellt, dass es zu wenig belastbare statistische Daten gibt. Im Mikrozensus 2006 werden etwa nur die Kriterien „Krankheits- Unfallverletzte“, „Rauchverhalten“ und „Body-Maß-Index“ abgefragt. Statistisches Material zur Häufigkeit einzelner chronischer Krankheiten bei Menschen mit Migrationshintergrund ist kaum existent.

Mangel an Studien zum Leben mit einer chronischen Erkrankung: Bis auf den Bereich der psychischen Erkrankungen / Depressionen gibt es kaum Studien dazu, wie Menschen mit Migrationshintergrund und chronischen Erkrankungen in Deutschland leben. Gendersensible Studien sind auch kaum vorhanden.

Mangel an Studien zu einer „cultural-based-medicine“: Es existieren nur sehr wenige Studien / beziehungsweise Institutionen, die sich einem unterschiedlichen Verständnis von Kultur, Gesundheit, und (chronischer) Krankheit befassen<sup>97</sup>.

### 2. Notwendigkeit verstärkter Aufklärung und Bewusstseinsbildung

Sichtbarmachung: Menschen mit Migrationshintergrund und chronischen Erkrankungen sind im Gesundheitswesen nicht sichtbar (Ausnahmen bestehen im Bereich psychischer Erkrankungen und Demenzerkrankungen). Es dominiert in der Regel der akutmedizinische Aspekt.

Ressourcenorientierung: Menschen mit Migrationshintergrund und chronischen Erkrankungen werden in der Regel als defizitär wahrgenommen und ihre Ressourcen (Mehrsprachigkeit, ExpertInnen der eigenen Erkrankung, Mehrkulturen-Kompetenz) werden nicht oder zu wenig aktiv eingesetzt.

Aufklärungskampagnen: Es sind umfassende Aufklärungskampagnen (in Kooperation mit den Migranten-Communities und den relevanten Selbsthilfeorganisationen)

<sup>97</sup> vgl. dazu etwa das Wissensportal [www.kultur-gesundheit.de](http://www.kultur-gesundheit.de) (zuletzt geprüft am 22. April 2009)

zum Leben **mit** chronischen Krankheiten erforderlich, die auch das Ziel haben, das Selbsthilfepotenzial der Betroffenen zu entwickeln.

### **3. Notwendigkeit der Entwicklung von Selbsthilfepotenzialen / Empowerment**

Kulturelle Unterschiede: Wahrnehmung von unterschiedlichen kulturellen Konzepten eines Lebens **mit** oder **gegen** eine chronische Krankheit. Ernstnehmen und respektieren der Aspekte „Schuld, Scham, Bestrafung, Glaube an Autoritäten“.

Ressourcenstärkung: Entwicklung niedrigschwelliger und kultursensibler Angebote zur Entdeckung und Stärkung eigener Ressourcen (Empowerment) in der Gruppe. Dabei sind Menschen mit Migrationshintergrund und chronischen Erkrankungen auch als TrainerInnen und Co-EntwicklerInnen solcher Angebote mit einzubeziehen.

Disease-Management-Programme (DMP): Die bisher vorliegenden DMPs (u.a. Diabetes) sind auf ihre interkulturelle Eignung hin zu überprüfen und gegebenenfalls entsprechend zu ergänzen. Gerade Diabetes ist eine chronische Erkrankung, die sehr häufig im Zusammenhang von Menschen mit Migrationshintergrund genannt wird. Die Aufnahme weiterer chronischer Erkrankungen in DMPs sollte erwogen werden.

### **4. Notwendigkeit einer verbesserten Beratung und Information**

Beratung: Menschen mit Migrationshintergrund und chronischen Erkrankungen benötigen kultursensible Beratung. Dabei sind auch geschulte BeraterInnen mit Migrationshintergrund und eigener chronischer Erkrankung einzusetzen. Neben einer lebensbegleitenden Beratung sind auch die Beratungen in den Aspekten Sozialrecht, Hilfsmittelversorgung, etc. sinnvoll. Barrierefreie interkulturelle Beratungszentren können dabei eine wichtige Rolle spielen.

Informationsmaterial: Menschen mit Migrationshintergrund und chronischen Erkrankungen (besonders ältere Personen) benötigen eine große Bandbreite an leicht verständlichen mehrsprachigen Informationen: Vereinzelte Informationen in Türkisch<sup>98</sup> sind hilfreich, reichen jedoch nicht aus, da die Anzahl etwa russischsprachiger Personen steigt. Die Homepages der Organisationen im Gesundheitswesen können leicht um mehrsprachige Informationen ergänzt werden.

---

<sup>98</sup> vgl. dazu etwa das Angebot der AOK Berlin mit Informationen für türkische Versicherte bzw. von „Türkinfo“

## **5. Notwendigkeit eines Qualitätsmanagements in Organisationen des Gesundheitswesens**

Querschnittsaufgabe: Interkulturelle Öffnung ist Leitungsaufgabe und als Qualitätsmerkmal (Querschnittsaufgabe) in allen Bereichen der Organisation zu verankern. Ein innerbetrieblicher Entwicklungsplan (unter anderem mit Festlegen von Qualitätsstandards, interkulturellen Schulungen, etc.) ist dazu erforderlich.

Personalentwicklung: Die Personalentwicklung der Organisationen ist unter Diversity-Gesichtspunkten durchzuführen, wobei Menschen mit Migrationshintergrund und chronischen Erkrankungen als potenzielle MitarbeiterInnen mit einbezogen werden müssen.

## **6. Notwendigkeit einer erweiterten Förderpolitik**

Vernetzung: Die Zusammenarbeit von Migranten-Communities und Organisationen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe ist durch entsprechende Förderprogramme / Förderauflagen (unter anderem durch die Selbsthilfeförderung der Krankenkassen nach SGB V) zu entwickeln.

Modellprojekte: Projekte, die sich mit der Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Migrationshintergrund und chronischen Erkrankungen befassen, können in einer getrennten Förderlinie besonders berücksichtigt werden.

Gesundheitspreis: Über einen thematisch ausgerichteten „Gesundheitspreis“ zur Lebenssituation von Menschen mit Migrationshintergrund und chronischen Erkrankungen kann die Beschäftigung mit dem Thema gefördert und publiziert werden.

## 12. Literatur

7. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin, Dezember 2007

Abgeordnetenhaus von Berlin, 16.Wahlperiode: Drucksache 16/0202 vom 24.01.2007

Angebot schafft Nachfrage. Migranten den Zugang zur Gesundheitsselbsthilfe erleichtern. (Tagungsbericht ohne Verfasserangaben). In: Der Paritätische 1/2008, S. 8 f

AOK (Hg.): Zu Hause in der Fremde. Migranten und gesundheitliche Selbsthilfe. Ziele, Konzepte, Erfahrungen. G+G spezial 11/07

Borde, Thea - David, Matthias (Hg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2003

Bunge, C. - Meyer-Nürnberg, M. - Kilian, H.: Gesundheitsfördernde Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund. In: Bundesgesundheitsblatt, Band 49, Heft 9, September 2006, S. 893 ff

David, Matthias - Borde, Thea - Kentenich, Heribert (Hg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Modelle. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 3. Auflage 2001

David, M. – Borde, T.: Ungenutzte Potenziale. Zur gesundheitlichen Versorgung von PatientInnen mit Migrationshintergrund – ein Überblick. In: Dr. med. Mabuse 178, März/April 2009, S. 24 ff

Deutscher Diabetiker Bund Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V. (Hg.): Selbsthilfeaktivierung von Diabetikern aus nicht-deutschen Kulturkreisen. Projektpräsentation auf der Homepage der Organisation. Online unter [www.ddb-nrw.de/AK\\_Migranten/](http://www.ddb-nrw.de/AK_Migranten/) (zuletzt geprüft am 4. Februar 2009)

Deutscher Caritasverband e.V. (Hg.): Vielfalt bewegt Menschen. Interkulturelle Öffnung der Dienste und Einrichtungen der verbandlichen Caritas. Eine Handreichung. Freiburg 2006 (online unter: [www.caritas.de/4252.html](http://www.caritas.de/4252.html) zuletzt geprüft am 7. April 2009)

Deutscher Bundestag, 15. Wahlperiode (Hg.): Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. Drucksache 15/4575 vom 16.12.2004

Deutscher Bundestag (Hg.): Migrationsbericht 2005, Drucksache 16/2000 vom 22.06.2006

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.): Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. 2. überarbeitete Auflage, Berlin, Juli 2007

DMSG: MS-Info. Medizin-Forschung 2.1, München 1986

DMSG: Informationsmaterial in türkischer Sprache. Hannover 2003

DMSG: Was ist MS? (online unter [www.dmsg.de/multiple-sklerose-infos/index.php?kategorie=wasistms](http://www.dmsg.de/multiple-sklerose-infos/index.php?kategorie=wasistms), zuletzt geprüft am 3. März 2009) (2009a)

DMSG: Diagnostik und Therapie der Multiplen Sklerose (online unter [www.dmsg.de/dokumentearchiv/behandlungsleitlinien\\_der\\_dgn.pdf](http://www.dmsg.de/dokumentearchiv/behandlungsleitlinien_der_dgn.pdf) zuletzt geprüft am 3. März 2009) (2009b)

Dreißig, Verena: Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Transcript-Verlag, Bielefeld 2005

Gaitanides, Stefan: Zugangsbarrieren für Migranten zu den Sozialen Diensten. Online unter: [www.fb4.fh-frankfurt.de/whoiswho/gaitanides/zugangsbarrieren\\_oeffn07.pdf](http://www.fb4.fh-frankfurt.de/whoiswho/gaitanides/zugangsbarrieren_oeffn07.pdf) (zuletzt geprüft am 4. März 2009)

Gerken, Ute - Salman, Ramazan - Krauth, Christian - Machleidt, Wielant - Kimil, Ahmet - Walter, Ulla: Von muttersprachlichen Präventionsberatern werden Migranten besser erreicht. In: Public Health Forum 2008, 59 (16) S. 20-21

Grieger, Dorothea - Salman, Ramazan - Stickan-Verfürth, Martina: Migration, Gesundheitsversorgung und Integration. In: Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.): Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. 2. überarbeitete Auflage, Berlin, Juli 2007, S. 17 ff

Haas, Judith: Multiple Sklerose im Kindesalter. In: Märkisches MS-Magazin. Nr. 64/2008, S. 4

Hinz, Sandra - Keller, Angela - Reith, Christina: Migration und Gesundheit. Hrsg. vom BKK Landesverband Hessen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2004

Kauczor, K. – Lorenzkowski, S. – Al Munaizel, M.: Migration, Flucht und Behinderung. Netzwerk Migration und Behinderung und Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V. Essen, 2. unveränderte Auflage 2008

Kofahl C., Hollmann J., Möller-Bock B.: Gesundheitsbezogene Selbsthilfe bei Menschen mit Migrationshintergrund. Chancen, Barrieren, Potenziale. In: Bundesgesundheitsblatt: Selbsthilfe. Volume 52, Number 1 / Januar 2009

Krämer, G. / Besser, R.: Multiple Sklerose. Antwort auf die häufigsten Fragen. 5. Auflage. Stuttgart 2003

Landeshauptstadt München, Sozialreferat (Hg.): Interkulturell orientiertes Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Migrationssozialarbeit. München 2003

LEBENSNERV-Stiftung: Flyer zur Selbstdarstellung (Berlin, o.J.)

LEBENSNERV-Stiftung: Informationen zur MS (online unter [www.lebensnerv.de/basis/frameset2.html](http://www.lebensnerv.de/basis/frameset2.html), zuletzt geprüft am 3. März 2009a)

LEBENSNERV-Stiftung: Zugangswege in der Beratung chronisch kranker / behinderter Menschen mit Migrationshintergrund. Eine Feldstudie. Berlin 2009b

Mackovic-Stegemann, Anna: Zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung von Migranten – Optimierung über interkulturelle Teamarbeit. Dissertation am FB Sozialwissenschaften der Universität Osnabrück, 2005. Online unter: [http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=979028957&dok\\_var=d1&dok\\_ext=pdf&filename=979028957.pdf](http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=979028957&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=979028957.pdf) (zuletzt geprüft am 4. Februar 2009)

Maida, E.: Multiple Sklerose – Der große TRIAS-Ratgeber. Stuttgart 2002

MSWEB.LU (Internetportal der luxemburgischen MS-Liga): Wie häufig ist nun Multiple Sklerose? Bearbeitungsstand: 2004 (online unter [www.msweb.lu/internet/de/html/nodes\\_main/4\\_1087\\_26/4\\_1070\\_112.htm](http://www.msweb.lu/internet/de/html/nodes_main/4_1087_26/4_1070_112.htm), zuletzt geprüft am 3. März 2009 )

Ohliger, R. / Raiser, U.: Integration und Migration in Berlin. Zahlen, Daten Fakten. Berlin 2005

Paritätisches Bildungswerk (Hg.): Projekt „Interkulturelle Öffnung der Behindertenhilfe“. Zwischenbericht 2007. Online unter: [www.ikb.paritaet.org/html/bericht\\_07.htm](http://www.ikb.paritaet.org/html/bericht_07.htm) (zuletzt geprüft am 5. Februar 2009)

Robert Koch-Institut (Hg.): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Juli 2008

Rommelspacher, Birgit - Kollak, Ingrid (Hg.): Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Mabuse-Verlag Berlin 2008,

Salman, Ramazan: Sprachliche Verständigung im Gesundheitswesen als politische und professionelle Herausforderung. Online unter:  
[www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=search&topic=1411&type=infotext](http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=search&topic=1411&type=infotext)  
(zuletzt geprüft am 5. Februar 2009)

Schubert, U.: Subjektive Krankheitstheorie bei Multiple Sklerose Patienten..  
Med. Diss., Köln 1999

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hg.): Bericht zur Lage der Menschen mit Behinderung und ihrer Teilhabe in Berlin – Behindertenbericht 2006, Mai 2006

Statistisches Bundesamt (Hg.): Statistik der schwerbehinderten Menschen 2005.  
Wiesbaden 2007

Statistisches Bundesamt (Hg.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Fachserie 1 Reihe 2.2, Wiesbaden 2007

Statistisches Bundesamt (Hg.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2006. Fachserie 1 Reihe 2.2, Wiesbaden 2008,

Thiel, Wolfgang: Ein „anderes Gesundheitsverständnis“. Selbsthilfe und Migration  
[www.nakos.de/site/data/NAKOS/NAKOS-Migration-Thiel-Vortrag2007-08-30.pdf](http://www.nakos.de/site/data/NAKOS/NAKOS-Migration-Thiel-Vortrag2007-08-30.pdf)  
(zuletzt geprüft am 2. Februar 2009)

Wagener-Thiele, Chr.: Natürliche MS-Therapien. Sanfte und wirksame Behandlung von Multipler Sklerose. Aktualisierte und überarbeitete Ausgabe. Berlin 2005

Walter, Ulla -Salman, Ramazan - Krauth, Christian - Machleidt, Wielant: Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. In: Psychiatrische Praxis 2007, 34: S. 3

World Health Organization (WHO) / Multiple Sclerosis International Federation (MSIF): Atlas. Multiple Sclerosis Resources in the World. 2008 (Geneva/London)

Zeitschrift für amtliche Statistik Berlin Brandenburg, 3-08



### **13. Anhang: Fragebögen**

Fragebogen: Migration und Multiple Sklerose (MS) - Versorgungsstruktur

Fragebogen: Migration und Multiple Sklerose - Traumhaus