



Stiftung LEBENSNERV

**Zugangswege in der Beratung chronisch kranker / behinderter Menschen mit Migrationshintergrund
Eine Feldstudie**

Bearbeitung:

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

Berlin, Februar 2009

**Erstellt mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für
Gesundheit (BMG)**

1. Ausgangssituation - Problemstellung	4
1.1 Erfahrungen der Stiftung LEBENSNERV	4
1.2 Welche Zugangswege in der Beratung können erfolgreich sein?	5
1.3 Feldstudie: Bestandsaufnahme und Befragung	5
1.4 Projektschritte	6
1.5 Peer- Prinzip der Studie / bereits vorhandene Sprachkenntnisse	6
1.6 Definitionen	7
1.7 Zusammenschau von Behinderung und Migration	9
2. Bestandsaufnahme – Feld eins: Gesetze und Dokumente.....	12
2.1 Die menschenrechtliche Sichtweise in der Gesundheits- förderung	12
2.2 Dokumente der Weltgesundheitsorgansiation (WHO).....	13
2.3 Das menschenrechtliche Modell von „Behinderung“	14
2.4 Nationales Behindertenrecht	15
2.5 Ausländerrecht, Asylrecht, Illegalität	16
2.6 Fazit in Hinblick auf ein Beratungsangebot	16
3. Bestandsaufnahme – Feld zwei: Statistik	18
3.1 Migrationshintergrund – eine neue Sichtweise in der Statistik	18
3.2 Statistische Zusammenschau von „Behinderung“ und „Migration“	20
3.3 Auswertungsprobleme aus den Mikrozensen 2005 und 2006.....	22
3.4 Fazit aus der Statistik.....	23
4. Bestandsaufnahme – Feld drei: Studien, Berichte,.....	25
Empfehlungen	
4.1 Ausländer- bzw. Integrationsberichte	25
4.2 Berichte zur Situation behinderter Menschen	26
4.3 Berichte, Studien, Aufsätze zu Migration und Gesundheit – allgemein.....	27
4.4 Studien, Aufsätze zu Zugangsbarrieren (u.a. Barriere „Illegalität“)	29
4.5 Studien, Aufsätze zu einzelnen Erkrankungen – Behinderungen	29
4.6 Studien, Aufsätze unter Gender-Aspekten.....	31
4.7 Studien, Aufsätze zu interkultureller Öffnung / interkulturelle Teamarbeit / kultursensible Pflege	31
4.8 Studien, Aufsätze zum unterschiedlichen Krankheitsverständnis	33
4.9 Studien, Aufsätze über Selbsthilfepotenziale	33
4.10 Studien, Aufsätze zu Beratungsempfehlungen /	34
Peer-Counseling	
4.11 Beratungsempfehlungen im Volltext.....	34
4.12 Fazit: Empfehlungen aus Studien, Aufsätzen, Berichten und Empfehlungen	43
5. Bestandsaufnahme – Feld vier: Projekte und Initiativen	44
6. Befragung in vier unterschiedlichen Feldern.....	49
6.1 Ergebnisse der Befragung – Feld eins: Behinderung.....	51
6.2 Ergebnisse der Befragung – Feld zwei: Migration.....	60
6.3 Ergebnisse der Befragung – Feld drei: ExpertInnen	69
6.4 Gespräch bei EM - DER.....	76
6.5 Gespräch bei Reuterkiez Mittenmang e.V.....	77
6.6 Ergebnisse der Befragung: Exkurs - Bereich IKoM.....	78
6.7 Ergebnisse der Befragung – Feld vier: Einzelpersonen	88

7. Zusammenfassende Empfehlungen zur Beratungsarbeit.....	94
7.1 Empfehlungen für Zugangswege / Beratungsstruktur (Idealfall..... einer Beratungsstelle)	94
7.2 Empfehlungen für die Team- / Personalentwicklung.....	95
7.3 Empfehlungen für die Organisationsentwicklung (Regeldienste,	96
7.4 Empfehlungen an die Politik – Rahmenbedingungen	96
7.5 Empfehlungen für die Stiftung LEBENSNERV.....	97
8. Literaturverzeichnis.....	98

1. Ausgangssituation - Problemstellung

Nach Angaben des AOK-Bundesverbandes¹ leben fast 20 Prozent aller BundesbürgerInne²n mit einer chronischen Erkrankung. Dies sind etwa Diabetes, Krebs, koronare Herzerkrankungen, Asthma, Allergien, Rheuma, Multiple Sklerose, Epilepsie, etc. Chronische Krankheiten sind nach Angaben des Statistischen Bundesamtes die Ursache für 83,0 Prozent aller Schwerbehinderungen³. Alle Menschen mit einer chronischen Erkrankung / Behinderung erfahren bei der Diagnosestellung eine tiefe Erschütterung der gesamten Identität. Im weiteren Verlauf der Erkrankung beziehungsweise 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 können in dieser Situation helfen, bieten aber oft keine professionelle Unterstützung.

Für Menschen mit Migrationshintergrund kommen weitere Probleme hinzu: Weder das deutsche Gesundheitssystem noch die hiesigen Selbsthilfeorganisationen sind in vollem Umfang auf die in Deutschland lebenden rund 15,3 Millionen Frauen und Männer mit Migrationshintergrund⁴ eingerichtet. 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.

1.1 Erfahrungen der Stiftung LEBENSNERV

Viele Betroffene fühlen sich minderwertig und werden von ihren Familien zwar versorgt, aber gleichzeitig versteckt und nicht mehr als vollwertig akzeptiert. Davon betroffen sind insbesondere Frauen mit Migrationshintergrund, die noch weniger als Männer die Chance haben, sich aus dem traditionellen Wertesystem ihrer Herkunftsfamilien zu lösen. Frauen mit Migrationshintergrund ohne chronische Krankheit / Behinderung können schon häufig kein selbstbestimmtes Leben führen – für chronisch kranke / behinderte Frauen mit Migrationshintergrund ist es fast unmöglich. Dementsprechend besteht nach Ansicht der Stiftung LEBENSNERV ein großer Beratungsbedarf. Ein Angebot an psychologischer Unterstützung wird bisher jedoch kaum vorgehalten. Und dort, wo es vorhanden ist, erfolgt die Unterstützung vorwiegend durch nichtbetroffene Fachleute, meist ÄrztInnen, PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen oder SozialarbeiterInnen ohne Behinderung und ohne Migrationshintergrund⁵.

¹ vgl. dazu www.aok-bv.de/lexikon/c/index_02089.html (zuletzt geprüft am 9. Juni 2008)

² in dieser Studie wird das große „Binnen-I“ für die gemeinsame Bezeichnung von Frauen und Männern verwendet. An Stellen, wo dies nicht der Fall ist, handelt es sich um unveränderte Übernahmen von Originaltexten (d. AutorInnen)

³ Statistisches Bundesamt: Statistik der schwerbehinderten Menschen 2005. Wiesbaden 2007, S. 5

⁴ Statistisches Bundesamt: Leben in Deutschland - Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2006

⁵ 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 gesellschaftliche Teilhabe, weniger die Gesundheitsberatung. - Ein Projekt „Mit MigrantInnen für MigrantInnen“ zu allgemeinen Gesundheitsfragen hat die BKK ab 2003 begonnen (www.bkk-promig.de).

1.2 Welche Zugangswege in der Beratung können erfolgreich sein?

Die bisherigen Erfahrungen⁶ belegen, dass mit den klassischen Beratungsstellen und Beratungsangeboten (stationäre Beratung) die Zielgruppe nicht oder nur sehr schlecht erreicht wird und dass zahlreiche Zugangsbarrieren bestehen. Es könnte sich daher anbieten, anders strukturierte Beratungsangebote für chronisch kranke / behinderte Menschen mit Migrationshintergrund zu entwickeln, die auch ihren Lebenswelten (vgl. „Lebenswelt“- bzw. Setting-Ansatz der WHO) entsprechen und ganzheitlich und ressourcenorientiert angelegt sind.

Um solche Zugangswege aufzuzeigen, soll als erster Schritt (vor der eventuellen Einrichtung neuartiger Angebote) eine **Studie** über zielführende Zugangswege (oder Beratungskanäle⁷) erstellt werden. In dieser Studie wird deshalb untersucht, ob nicht auch andere Formen von Beratungsangeboten, zum Beispiel aufsuchender Art oder in neuen Formen (online, Videoclips, Comics, etc.) hilfreich sein könnten. Ferner soll untersucht werden, von welchen BeraterInnen (Peer, Non-Peer, Mix, gendersensibel) diese Angebote gemacht werden sollten.

1.3 Feldstudie: Bestandsaufnahme und Befragung

Da bisher keine vergleichbaren Studien zur Frage der am besten geeigneten Zugangswege in der Beratung behinderter Menschen mit Zuwanderungsgeschichte vorliegen, hat die vorliegende Arbeit den Charakter einer Feldstudie mit Pilotfunktion. In den Feldern der Studie geht es dabei im **ersten Teil** um eine **Bestandsaufnahme** der Literatur und der Projektarbeit, die an der Schnittstelle von Behinderung und Migration bislang vorliegt. Die Felder bei dieser Bestandsaufnahme sind

- Gesetzliche Regelungen (international und national)
- Publikationen (Statistiken, Berichte, Studien, Fachliteratur)
- Bereits bestehende Projekte und Initiativen

Im **zweiten Teil** geht es um eine **Befragung** der Anbieter von Beratung. Am Beispiel der Stadt Berlin (jedoch sollen auch Erfahrungen aus anderen Städten nicht unberücksichtigt bleiben) werden existierende Beratungsangebote und Beratungskanäle vor Ort untersucht und ausgewertet. Berlin wurde ausgewählt, da die Stadt einen hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund aufweist, davon im ehemaligen Westteil der Stadt viele Menschen aus der Türkei, aus Russland oder Ex-Jugoslawien und im ehemaligen Ostteil aus Polen oder Vietnam.

Die Befragung erfolgt in vier unterschiedlichen Feldern. Das bedeutet, dass **zum Ersten** die migrantInnenbezogene Arbeit der Behinderten-, Wohlfahrts-, Selbsthilfeorganisationen untersucht wird, dass **zum Zweiten** die Angebote der MigrantInnenorganisationen in Hinblick auf ihre chronisch kranken/behinderten Mitglieder betrachtet werden, dass **zum Dritten** eine Befragung von Einzel-ExpertInnen und Fachorgani-

⁶ 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

⁷ Der ursprüngliche Arbeitstitel zur Studie lautete etwas verkürzt „Zugangskanäle in der MigrantInnenberatung“ und wurde zugunsten des nunmehr gewählten Titels abgeändert.

sationen erfolgt, die bereits an der Schnittstelle arbeiten und dass **zum Vierten** behinderte und chronische kranke Personen mit Migrationshintergrund befragt werden.

1.4 Projektschritte

Die Studie wurde mit finanzieller Unterstützung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Verlauf eines Jahres (Frühjahr 2008 – Frühjahr 2009) wie folgt realisiert:

Bestandsaufnahme: Es wurden die bislang vorhandenen Gesetze, Statistiken, Studien, Berichte und Projekte zur Situation von behinderten und oder chronisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland unter dem Aspekt der Beratung erfasst und ausgewertet. Dabei spielte die Gender-Dimension eine wichtige Rolle.

Entwicklung eines Interviewinstrumentes: Es wurden Fragebögen entwickelt, die die Viergliedrigkeit der Befragung widerspiegeln. Der Fragebogen für Einzelpersonen wurde in mehrere Sprachen (etwa russisch, türkisch, arabisch, vietnamesisch) übersetzt.

Feld eins: Bedarfsermittlung-Behindertenverbände: Es wurden existierende Behindertenverbände und Beratungsstellen in Berlin (teilweise auch ausgewählte bundesweit arbeitende Organisationen) kontaktiert, die sich mit der Beratung von chronisch kranken / behinderten Menschen befassen. Ihre Erfahrungen mit KlientInnen mit Migrationshintergrund wurden erfragt.

Feld zwei: Bedarfsermittlung-MigrantInnenverbände: Es wurden MigrantInnenorganisationen in Berlin (teilweise auch ausgewählte bundesweit arbeitende Organisationen) kontaktiert. Die Organisationen wurden nach ihren Erfahrungen befragt,

Feld drei: Erfahrungen-ExpertInnen: Es wurden Einzelpersonen beziehungsweise Verbände und Beratungsstellen, die bereits an der Schnittstelle von Behinderung und Migration arbeiten, mit einem gesonderten ExpertInnen-Fragebogen befragt.

Feld vier: Bedarfsermittlung-Einzelpersonen: Es wurden chronisch kranke / behinderte Personen mit Migrationshintergrund danach befragt, welche Beratungsangebote sie in Anspruch nehmen bzw. sie sich wünschen.

Empfehlungen: Die Ergebnisse der vorangegangenen Projektschritte wurden als „zusammenfassende Empfehlungen“ für zielführende Beratungswege und Beratungsangebote zusammengestellt.

1.5 Peer- Prinzip der Studie / bereits vorhandene Sprachkenntnisse

Alle Personen, die bei dieser Studie mitgearbeitet haben, leben mit einer chronischen Erkrankung (Asthma, Allergie, Multiple Sklerose), eine Person hat selbst einen Migrationshintergrund (ungarisch/serbisch), eine Person mit MS hat die Beratungsausbildung als Peer-Counselorin der Stiftung LEBENSNERV absolviert und arbeitet als Übersetzerin und Dolmetscherin, u.a. für verschiedene Berliner Sozialämter. In-

samt waren folgende Sprachkompetenzen im vorgesehenen Team vorhanden: Deutsch, Englisch, Ungarisch, Russisch, Bosnisch, Serbisch, Kroatisch.

1.6 Definitionen

Nachstehend soll zunächst erläutert werden, was in dieser Studie unter „chronischer Krankheit“, „Behinderung“ und „Migrationshintergrund“ verstanden wird. Dabei wird deutlich, dass es unterschiedliche Definitionsniveaus gibt. So wird „Behinderung“ in mehreren Gesetzen fast wortgleich definiert, was unter einer „schwerwiegenden chronischen Erkrankung“ verstanden wird, ist in einer Richtlinie festgehalten und „Migrationshintergrund“ wird im Mikrozensus vom Statistischen Bundesamt definiert.

a) Behinderung

Im Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) heißt es in § 2 „Behinderung“⁸:

„(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

(2) Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

(3) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).“

Die Definition im Behindertengleichstellungsgesetz des Bundes (BGG) ist identisch (bis auf den letzten Satz) mit Absatz (1) des SGB IX.

b) Schwerwiegende chronische Krankheit

Für chronisch kranke Menschen ist in der sogenannten „Chroniker-Richtlinie“ zur Ausführung des § 62 in Sozialgesetzbuch V geregelt, was unter einer „schwerwiegenden chronischen Krankheit“ verstanden wird⁹:

„§ 2 Schwerwiegende chronische Krankheit

(1) Eine Krankheit i. S. d. § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hat. Gleiches gilt für die Erkrankung nach § 62 Abs. 1 Satz 4 SGB V.

⁸ www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/09/index.php?norm_ID=0900200 (zuletzt geprüft am 9. Juni 2008)

⁹ www.g-ba.de/downloads/62-492-253/RL_Chroniker-2007-12-20.pdf (zuletzt geprüft am 9. Juni 2008)

(2) Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.

b) Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% vor, wobei der GdB oder die MdE nach den Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt und zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.

c) Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.“

c) Migrationshintergrund

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.“¹⁰*

Der Begriff „Zuwanderungsgeschichte“ wird in dieser Studie synonym mit „Migrationshintergrund“ verwendet.

¹⁰ 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

1.7 Zusammenschau von Behinderung und Migration

Vor der Betrachtung der eigentlichen Untersuchungsfelder soll es noch um den Versuch einer Zusammenschau der beiden Komplexe Behinderung und Migration gehen. Es ist bislang eher unüblich, die beiden Komplexe zusammen zu betrachten. In der Regel ist es weder üblich, dass Menschen mit Behinderung unter dem Aspekt einer Zuwanderungsgeschichte betrachtet werden, noch ist es üblich, dass Menschen mit Migrationshintergrund unter dem Aspekt einer Behinderung oder chronischen Erkrankung betrachtet werden. Im Vordergrund der derzeitigen Integrationsdebatte¹¹ und Integrationsbemühungen in Deutschland bei Personen mit Zuwanderungsgeschichte stehen Spracherwerb, Einbürgerung, Arbeit, Ausbildung, Wohnen, die Situation von Frauen und Mädchen und - meist zuletzt - Fragen der Gesundheit.

a) Reduzierung auf medizinische Aspekte

Nun könnte man annehmen, dass sich gerade im Bereich „Gesundheit“ viele Aussagen zum untersuchten Thema finden ließen. Dies ist jedoch eingeschränkt nur dann der Fall, wenn es um medizinische Aussagen zu chronischen Erkrankungen geht. In der Regel stehen vorwiegend die Themen Prävention, gesunde Ernährung, Sexualaufklärung / AIDS und Altenhilfe¹² im Blickfeld und nicht der Bereich „Chronische Erkrankung / Behinderung“. Ansatzweise wird neuerdings der Aspekt „Gesundheitliche Selbsthilfe und Migration“ thematisiert¹³.

Auch im Handbuch der Integrationsbeauftragten zu Modellen guter Praxis im Bereich „Gesundheit und Integration“ findet man nur einen kurzen, siebenseitigen Aufsatz unter dem Punkt „Selbsthilfe“, in dem Cornelia Kauczor¹⁴ über das „Netzwerk Migration und Behinderung“ schreibt. Vorrangig geht es in diesem Handbuch um - die durchaus wichtigen - Themen wie migrationssensible Gesundheitsförderung und Prävention. Aber alle nicht-medizinischen Aspekte im Bereich Behinderung wie etwa Barrierefreiheit, Diskriminierungserfahrung, schulische Inklusion, sozialrechtliche Bestimmungen, Hilfsmittelversorgung, bioethische Fragestellungen, behinderte Frauen und Mädchen, Arbeitsmarkt etc. bleiben häufig (bis auf wenige Projekte, u.a. zur interkulturellen Öffnung der Behindertenhilfe) ausgeklammert.

b) Perspektive: Diversity-Ansatz

Eine (noch recht abstrakte) Zusammenschau der Komplexe Behinderung und Migration ist aktuell (neben Kauczor) in Vortragspräsentationen von Heiden¹⁵ oder Gum-

¹¹ vgl. dazu den Nationalen Integrationsplan aus dem Jahr 2007 bzw. den 1. Fortschrittsbericht aus dem Jahr 2008 zur Umsetzung der Selbstverpflichtungen

¹² Bundesregierung (Hg.): Der Nationale Integrationsplan. Neue Wege-Neue Chancen. Berlin, Juli 2007, S. 99

¹³ vgl. dazu Kofahl (2009) oder Thiel (2007)

¹⁴ Kauczor, Cornelia: Das Netzwerk Migration und Behinderung. 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. 263 ff. Ein ähnlicher Aufsatz erschien auch in Forum sozialarbeit + gesundheit 3/2007. Siehe dazu auch Kauczor 2008.

¹⁵ Heiden, H.- Günter: Beratung für behinderte Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Zwischenergebnisse einer Pilotstudie der Stiftung LEBENSNERV. Vortrag am 15. Januar 2009 beim Fachgespräch der AWO in Berlin (unveröff.)

mich¹⁶ zu finden. Heiden stellt zunächst fest, dass es beim Komplex „Migration“ eine Vielfalt von Begriffen gibt, etwa „Ausländer“, „Staatsangehörigkeit“, „Spätaussiedler“, „Migrant“, „Migrationshintergrund“, wobei gerade letzterer Begriff häufig unklar verwendet werde und nicht immer exakt im Sinne der Definition des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2005¹⁷. Mittlerweile überlegt auch das Statistische Bundesamt, ob man den Begriff nicht doch anders definieren solle, da es sich bei „Migrationshintergrund“ um eine „sehr synthetische Variable“ handle¹⁸.

Ferner gebe es, so Heiden, eine Vielfalt von Herkunftsn, so werden etwa für Berlin 80 Staatsangehörigkeiten verzeichnet¹⁹. Außerdem existiere eine Vielfalt der Aufenthaltsdauer, die vom gerade ankommenden Bürgerkriegsflüchtling bis hin zur dritten Generation türkischstämmiger Personen reiche. Beim Komplex „Behinderung“ stellt Heiden zunächst einen sich wandelnden Begriff von Behinderung fest, der seit 2006 in der neuen UN-Behindertenrechtskonvention als „evolving concept“²⁰ beschrieben wurde. Außerdem gebe es in der Behindertenpolitik einen Paradigmenwandel, der weg vom medizinischen Modell hin zum menschenrechtlichen Modell führe. Betrachte man ferner die einzelnen Beeinträchtigungen, so sei eine Vielfalt an motorischen, sensorischen oder kommunikativen Beeinträchtigungen²¹ vorhanden, die Menschen mit Behinderungen in eine äußerst heterogene Gruppierung verwandle.

Eine Zusammenschau zeige, dass es kaum Daten gebe und die vorliegende Literatur äußerst medizinisch ausgerichtet sei. Gemeinsamkeiten gebe es aber, da bei beiden Gruppen die Begrifflichkeiten im Wandel seien, beide Gruppe sehr heterogen zusammengesetzt seien und ähnliche Diskriminierungserfahrungen hätten, beide Gruppen statistisch eher groß seien, in der gesellschaftlichen Bedeutung aber als „Randgruppe“ wahrgenommen würden. Heiden konstatiert deshalb, dass der Versuch einer Zusammenschau für einen außenstehenden Betrachter leicht mit der Feststellung „verwirrende Vielfalt“ enden könne. Doch wenn „Vielfalt“ das Problem darstelle, so lasse diese Vielfalt der Communities, Kulturen und Beeinträchtigungen auch einen Ansatz der Vielfalt als Lösung (Diversity-Ansatz) wahrscheinlich werden²².

c) Prinzipien: „Chancengleichheit - Teilhabe - Barrierefreiheit“

Gummich führt in ihrer Betrachtung den Begriff der „Intersektionalität“ (komplexe Wechselwirkungen und Verwobenheiten) ein und sieht viele Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede bei der gemeinsamen Betrachtung von Migrationshintergrund und Beeinträchtigung. Als Gemeinsamkeiten stellt sie etwa fest, dass die Zugangsbarrieren teilweise gesetzlich verankert sind, dass diese beiden Gruppen als Problem

¹⁶ Gummich, Judy: Migrationshintergrund und Beeinträchtigung – eine doppelte Herausforderung. Workshop-Präsentation am 23. Januar 2009 im Rahmen der Konferenz „Gendering Disability“ an der Universität Oldenburg (unveröff.)

¹⁷ vgl. dazu die Wiedergabe der Definition in Abschnitt 1.6

¹⁸ vgl. Äußerung von Gunter Brückner im Tagesspiegel vom 6. Januar 2009

¹⁹ Statistisches Landesamt Berlin: Einwohner Berlins nach Staatsangehörigkeit (2006)

²⁰ vgl. dazu www.un.org.org/disabilities (Rubrik „Convention“, Preamble, e) (zuletzt geprüft am 1. Februar 2009)

²¹ vgl. dazu die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“

²² vgl. dazu auch www.vielfalt-als-chance.de oder www.diversity-wissen.de (zuletzt geprüft am 2. Februar 2009)

wahrgenommen werden und dass sie „Diskriminierung auf individueller, struktureller und institutioneller Ebene“ erfahren. Außerdem erfolge die Kommunikation oft nicht auf Augenhöhe und es gebe kaum persönliche Kontakte. Als weitere wichtige Parallele sieht sie den Kampf beider Gruppen um Rechte und Teilhabe und die Notwendigkeit von Empowerment und der Bildung von unterstützenden Netzwerken.

Jedoch konstatiert sie auch Unterschiede: Behinderung sei rechtlich definiert, Migrationshintergrund jedoch nur statistisch, MigrantInnen würden als „fremd“ in einer Gesellschaft angesehen, behinderte Menschen dagegen lebten „am Rand“ der Gesellschaft, MigrantInnen könne man ins Ausland abschieben, behinderte Menschen „nur“ in Heime.

Gummich plädiert deshalb für eine menschenrechtliche Perspektive in der zusammenschauenden Betrachtungsweise, die auf den Prinzipien „Chancengleichheit – Teilhabe – Barrierefreiheit“ beruht und favorisiert ebenfalls einen Diversity-Ansatz, bei dem „inklusive Politiken“ entwickelt werden müssen und „Selbstorganisation und Empowerment“ unterstützt werden sollen. Ferner setzt sie sich dafür ein, dass das Wissen über Menschen mit Beeinträchtigung und Menschen mit Migrationshintergrund erweitert werden und auch der Umgang mit Widersprüchlichkeit gelernt werden müsse.

Generell ist nach Ansicht der AutorInnen eine zunehmende Offenheit in der Gesellschaft festzustellen, die beiden Komplexe **Behinderung und Migration** zusammen zu sehen und entsprechende Projekte und Initiativen ins Leben²³ zu rufen, es fehlt jedoch noch an aussagekräftigem Datenmaterial und ausreichender theoretischer Fundierung.

²³ vgl. dazu auch das Untersuchungsfeld „Projekte und Initiativen“

2. Bestandsaufnahme – Feld eins: Gesetze und Dokumente

In diesem ersten Untersuchungsfeld soll es darum gehen, einen Blick auf die existierenden gesetzlichen Regelungen (international und national) zu werfen und sie daraufhin zu überprüfen, welche Relevanz sie für ein Beratungsangebot für behinderte Menschen mit Zuwanderungsgeschichte haben. Damit ist in erster Linie ein „hard law“ gemeint, jedoch sollen auch Dokumente, Entschlüsse und Mitteilungen („soft law“, etwa der WHO) genannt werden, so sie relevant für das Thema sind.

Zusammenfassende gesetzliche Regelungen zu „Chronische Krankheit / Behinderung und Migration“ liegen bislang kaum vor, wenn man einmal von den Nichtdiskriminierungsvorschriften auf europäischer und deutscher Ebene absieht, die ein Diskriminierungsverbot aufgrund einer Reihe von gleichberechtigten Merkmalen, darunter auch Behinderung, „Rasse“, Hautfarbe, Herkunft, etc. festlegen. Zu diesen Vorschriften zählen insbesondere der Artikel 14 der Europäischen Menschenrechtskonvention (Diskriminierungsverbot), der Artikel 13 der Europäischen Verträge (EGV) sowie das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz AGG (§ 1 Ziel des Gesetzes).

Ansonsten liegen für die beiden Komplexe „Chronische Krankheit / Behinderung“ und „Migration“ nur getrennte Regelungen vor, die im Bereich „Chronische Krankheit / Behinderung“ oft im allgemeinen Bereich der Gesundheit(sförderung) verwurzelt sind. Ferner existieren gesetzliche Vorschriften im Bereich des Völkerrechts (menschenrechtsorientierte Regelungen) und auf nationalstaatlicher Ebene (ausländerrechtliche, sozialrechtliche, aber auch zunehmend menschenrechtlich orientierte Regelungen).

2.1 Die menschenrechtliche Sichtweise in der Gesundheitsförderung

Die menschenrechtsorientierte Sichtweise wird bereits in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte vom 10. Dezember 1948 begründet. Dort wird in Artikel 25 das Recht auf „Gesundheit und Wohl“ bekräftigt und in nachfolgenden Menschenrechtskonventionen²⁴ wird dies völkerrechtskräftig und detaillierter verankert. So etwa in Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESR, 1966), in den Artikeln 11, 12 und 14 des Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW, 1979), in den Artikeln 2, 23 (behinderte Kinder), 24 und 25 des Übereinkommens über die Rechte des Kindes (CRC, 1989) sowie in den Artikeln 25 und 28 der Internationalen Konvention zum Schutz der Rechte aller Wanderarbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen (MWC, 1990), die von Deutschland bisher nicht ratifiziert wurde²⁵. Ebenfalls von Deutschland nicht ratifiziert wurde die revidierte Europäische Sozialcharta aus dem Jahr 1996, die in Artikel 15 Regelungen zu Behinderung und in Artikel 19 Regelungen zu Wanderarbeitern trifft²⁶. In der Charta der Grundrechte der Europäischen Union befasst sich

²⁴ Eine Auflistung dieser Menschenrechtskonventionen ist zu finden in: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Menschenrechte. Dokumente und Deklarationen. 4. Aktualisierte und erweiterte Auflage, Bonn 2004

²⁵ Dies erscheint aus Sicht der AutorInnen unverständlich, da es sich im Kern um eine „Migrantenrechtskonvention“ handelt. Wenn es mit der „Integration“ von MigrantInnen ernst gemeint ist, dann muss diese Konvention auch in Deutschland schnellstmöglich ratifiziert werden.

²⁶ EUROPEAN SOCIAL CHARTER (REVISED), Strasbourg, 3.V.1996

Artikel 26 mit der Integration von Menschen mit Behinderung und Artikel 35 mit dem Gesundheitsschutz.

Die Europäische Union hat sich in den letzten Jahren intensiv mit dem Thema „Gesundheit und Migration“ auseinandergesetzt, etwa in einer europäischen Konferenz in Lissabon im Jahr 2007 und nachfolgend in einer Politikempfehlung der EU-Gesundheitsminister vom November 2007²⁷, in der die Kommission und die Mitgliedsstaaten aufgefordert werden, dieses wichtige Thema in allen Politikbereichen querschnittsmäßig zu verankern (Berücksichtigung von Genderaspekten, Bildung nationaler ExpertInnen-Netzwerke, Verbreiterung der Wissensbasis, etc.)

Auf der Ebene des Europarates ist die Empfehlung „Rec(2006)18“²⁸ zu den Fragen der gesundheitlichen Versorgung in einer multikulturellen Gesellschaft zu erwähnen, die in sieben Punkten Strategien zu Gesundheitsdienstleistungen beschreibt. Darunter finden sich: diskriminierungsfreier Zugang, Abbau von Kommunikations- und Sprachbarrieren, Sensibilität für sozio-kulturelle Bedarfe, Empowerment und Partizipation, umfassende Diversity-Perspektive, Entwicklung einer Wissens-Datenbank.

2.2 Dokumente der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Als Organisation im Rahmen der Vereinten Nationen hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in den letzten Jahrzehnten in wichtigen Dokumenten zur Gesundheitsförderung einen umfassenden und menschenrechtsorientierten Begriff von Gesundheit geprägt. Bereits in der Abschlusserklärung der internationalen WHO-Konferenz im September 1978 in **Alma Ata**²⁹ hieß es:

„The Conference strongly reaffirms, that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right...“

In der Erklärung der WHO-Folgekonferenz im November 1986 in **Ottawa** wurden unter anderem der Setting-Ansatz (Lebenswelten-Ansatz), das Ressourcen-Konzept („...emphasizing social and personal resources...“) und das Konzept des Empowerment hinzugefügt³⁰:

„Health promotion works through concrete and effective community action in setting priorities, making decisions, planning strategies and implementing them to achieve better health. At the heart of this process is the empowerment of communities - their ownership and control of their own endeavours and destinies.“

Auch der Gender-Ansatz wurde in der Ottawa-Erklärung thematisiert: *„This must apply equally to women and men.“*

²⁷ vgl. Council of the European Union (2007)

²⁸ Council of Europe: Recommendation Rec(2006)18 of the Committee of Ministers to the member states on health services in a multicultural society (angenommen am 8. November 2006) online unter: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1062769&BackC> (zuletzt geprüft am 3. Februar 2009)

²⁹ vgl. www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (zuletzt geprüft am 9. Juni 2008)

³⁰ www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (zuletzt geprüft am 9. Juni 2008)

In der Abschlusserklärung der WHO-Konferenz in **Jakarta**³¹ (1997), wurden unter anderem das „empowerment of women“ und „effective participation and the empowerment of people and communities“ zusätzlich als Bestandteile einer effektiven Strategie zur Gesundheitsförderung bekräftigt.

In einer gesonderten Publikation hat die WHO 2002 deutlich gemacht, dass sich der Bereich „Gesundheit“ problemlos in einen Menschenrechts-Rahmen einfügen lässt³² und der seinerzeitige Generalsekretär der Vereinten Nationen, Kofi Annan, drückte dies in seinem Geleitwort wie folgt aus: „It is my aspiration that health will finally be seen not as a blessing to be wished for, but as a human right to be fought for.“

2.3 Das menschenrechtliche Modell von „Behinderung“

Auch bei der Sichtweise von „Behinderung“ ist die Betrachtungsweise in den letzten Jahren von einem traditionell vorherrschenden medizinisch-defektologischen Modell zu einem Menschenrechts-Modell gewechselt. Am 3. Mai 2008 ist das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention - BRK) in Kraft getreten³³ (für die 20 Staaten, die es bis dahin ratifiziert hatten). In Deutschland tritt die Konvention, die 50 Einzelartikel enthält, Ende März 2009 in Kraft und erhält damit den Rang eines Bundesgesetzes.

In der neuen Behindertenrechtskonvention wird auch ein neues Verständnis des Begriffes von „Behinderung“ eingefordert. So ist bereits in der Präambel, Buchstabe e) zum Behinderungsbegriff zu lesen³⁴:

„e) in der Erkenntnis, dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern, ...“

Und in Artikel 1, „Zweck“ heißt es weiter:

„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“

Es wird also deutlich, dass es sich bei diesem neuen Verständnis von „Behinderung“ um einen „Wechselwirkungsprozess“ handelt, der Teilhabe und gleichberechtigten

³¹ www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf (zuletzt geprüft am 9. Juni 2008)

³² World Health Organization: 25 Questions and answers on Health Human Rights. Health & Human Rights. Publication series, Issue No.1, Geneva, July 2002

³³ vgl. www.un.org/disabilities (zuletzt geprüft am 9. Juni 2008)

³⁴ www.bmas.de/coremedia/generator/2888/uebereinkommen__ueber__die__rechte__behinderter__menschen.html (zuletzt geprüft am 9. Juni 2008)

Zugang zu allen Gütern und Dienstleistungen verhindern kann, und es sich somit um ein klassisches menschenrechtsorientiertes Herangehen handelt³⁵.

Im weiteren Text der BRK befasst sich der Artikel 25 (nahezu eine ganze Seite lang) mit den Anforderungen an eine inklusive, menschenrechtsorientierte und gendersensible Gesundheitsförderung bei Menschen mit Behinderungen. In Artikel 26 (Habilitation und Rehabilitation) wird außerdem die Bedeutung des „peer-support“ betont, der dabei mithelfen soll, dass es Menschen mit Behinderungen gelingt, „umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren“³⁶.

2.4 Nationales Behindertenrecht

In Deutschland sind die wesentlichen Pfeiler des Behindertenrechts im Sozialgesetzbuch IX (SGB IX), dem Behindertengleichstellungsgesetz des Bundes (BGG) und dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) verankert. Zunehmend wird das Behindertenrecht unter einem Gleichstellungsaspekt betrachtet und ausgestaltet³⁷.

Die derzeitigen gesetzlichen Festlegungen dessen, was in Deutschland unter "Behinderung" und / oder „chronischer Krankheit“ verstanden wird³⁸, sind nach Ansicht der AutorInnen jedoch noch recht medizinisch-bürokratisch geprägt und entsprechen noch nicht den neuen Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention.

Da die Definition von „schwerwiegender chronischer Krankheit“ vorrangig unter fiskalischen Vorzeichen entstanden ist, müsste im Gefolge der Umsetzung der BRK in deutsches Recht also auch zu prüfen sein, ob die vorliegenden Begrifflichkeiten noch den aktuellen menschenrechtsorientierten Standards entsprechen.

Wichtiger als die Definitionen sind jedoch die allgemeinen Regelungen und Zielsetzungen der Gesetze. So betont § 1 SGB IX die Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter Menschen und hebt auch die besonderen Bedürfnisse behinderter Frauen und Kinder hervor. Im BGG werden die Verpflichtungen des Bundes zur Gleichstellung und Barrierefreiheit deutlich akzentuiert, wobei dieses Bundesgesetz von insgesamt 16 Ländergesetzen³⁹ flankiert wird, die fast wortgleich Benachteiligungen auf Landesebene verhindern sollen. Das AGG stellt in § 1 unmissverständlich fest, dass Benachteiligungen aufgrund unterschiedlicher Merkmale zu verhindern oder zu beseitigen sind.

³⁵ Die Definition weist Ähnlichkeiten mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF) auf, die im Jahr 2001 von der WHO verabschiedet wurde, d. AutorInnen

³⁶ www.bmas.de/coremedia/generator/2888/uebereinkommen_ueber_die_rechte_behinderter_menschen.html (zuletzt geprüft am 9. Juni 2008)

³⁷ vgl. dazu die Textsammlung „Behindertengleichstellungsrecht“ des NETZWERK ARTIKEL 3 e.V. (2008)

³⁸ vgl. Definitionen in Abschnitt 1.6

³⁹ vgl. zum Wortlaut der Ländergesetze www.netzwerk-artikel-3.de

2.5 Ausländerrecht, Asylrecht, Illegalität

Im Gegensatz zum Behindertenrecht, das Selbstbestimmung und Teilhabe in den Vordergrund stellt, erscheint den AutorInnen das Ausländerrecht eher als „Abgrenzungsrecht“, wobei rechtliche Unterschiede zwischen UnionsbürgerInnen, SpätaussiedlerInnen, Vertriebenen, AusländerInnen aus Drittstaaten und AsylbewerberInnen bestehen. Für die rund 500.000 Personen, die illegal in Deutschland leben⁴⁰ ist die Gesetzeslage in Hinsicht auf die Strafbarkeit der medizinischen Versorgung nicht eindeutig und führt nach Ansicht von Fachleuten zu Unsicherheit bei den im Gesundheitswesen Beschäftigten.

Für Personen, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft und nicht die Unionsbürgerschaft besitzen, gilt das „Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit, und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet“ (AufenthG, als Artikel 1 des Zuwanderungsgesetzes beschlossen). Im AufenthG sind keine besonderen Regelungen für den Bereich von Gesundheit / chronische Krankheit / Behinderung getroffen. Es existiert jedoch eine Ausnahmeregelung (§ 30 - Ehegattennachzug). In der Regel wird für einen Aufenthaltstitel von Ehegatten die einfache Beherrschung der deutschen Sprache vorausgesetzt, dies wird jedoch nicht verlangt, wenn eine körperliche, geistige oder seelische Krankheit oder Behinderung besteht. Personen, die einen Aufenthaltstitel haben, dürfen erwerbstätig sein und haben damit auch Zugang zur Krankenversicherung.

Im Gesetz über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge (BVFG) regelt § 11 die Leistungen bei Krankheit, wobei zu beachten ist, dass mit „Flüchtlingen“ die „Sowjetzonenflüchtlinge“ gemeint sind.

Für AsylbewerberInnen gilt unter anderem das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), das in § 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt beschreibt. Vorrangig betrifft dies die Akutmedizin, nach Ansicht des Berliner Flüchtlingsrates jedoch auch chronische Erkrankungen⁴¹. In § 6 des Gesetzes sind „Sonstige Leistungen“ medizinischer oder anderer Art geregelt, die nach Folter, Vergewaltigung, oder nach anderen schweren Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erforderlich sind.

2.6 Fazit in Hinblick auf ein Beratungsangebot

Sieht man einmal von abgrenzender Konnotationen in den relevanten ausländer- und asylrechtlichen Vorschriften ab, so lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die gesetzlichen Regelungen und Dokumente in den Komplexen „Chronische Krankheit / Behinderung“ und „Migrationshintergrund“ nach Ansicht der AutorInnen nachstehende Rahmenbedingungen für ein erfolgreiches Beratungsangebot setzen:

⁴⁰ vgl. dazu Tolsdorf (2008)

⁴¹ vgl. Georg Classen: Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Online unter www.fluechtlingsrat-berlin.de/gesetzgebung.php#Med (zuletzt geprüft am 3. Februar 2009)

- Menschenrechtlicher Ansatz, Betonung der gleichen Rechte sowohl von Frauen als auch Männern, behindert oder nichtbehindert
- Stärkung von Ressourcen und Empowerment von Einzelpersonen und Gruppen
- Peer-Support als wichtige Grundlage
- Inklusion, Partizipation / Teilhabe bei allen Maßnahmen
- Orientierung an den Lebenswelten von Individuen
- Barrierefreiheit bei allen Maßnahmen

3. Bestandsaufnahme – Feld zwei: Statistik

In diesem Untersuchungsfeld geht es um die Verfügbarkeit und die Aussagekraft der Statistik. Die Datenlage zu beiden Bereichen ist jedoch sehr unterschiedlich: Zum Komplex „Behinderung“ gibt es seit vielen Jahren ausführliche Statistiken, etwa die sehr medizinisch orientierte Statistik der Schwerbehinderten. Die Daten und Berichte zum Komplex „Migration“ sind bis vor wenigen Jahren im Wesentlichen unter asyl- und ausländerrechtlichen Aspekten erstellt worden („Ausländerberichte“) und haben nur unzureichend die gesundheitliche Regelversorgung oder die Behinderungseigenschaft untersucht. Nachstehend erfolgt eine Betrachtung ausgewählter quantitativer Angaben der Bereiche „Behinderung“ und „Migration“, meist jeweils auf den Bund und auf das Land Berlin bezogen.

3.1 Migrationshintergrund – eine neue Sichtweise in der Statistik

Der Bereich Migration war in der zahlenmäßigen Darstellung bis vor wenigen Jahren 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 entsprach⁴².

Die neue Sichtweise auf Migration, die mit neuen Erfassungsgrundlagen auch neue Zahlen hervorbrachte, änderte sich erst vor wenigen Jahren mit dem Mikrozensus 2005. Hier wurde erstmals der Begriff des "Migrationshintergrundes"⁴³ eingeführt, der zu folgender Aussage führte: „Mit rund 15 Mio. stellen Personen mit Migrationshintergrund im Jahr 2005 fast ein Fünftel der Bevölkerung in Deutschland, darunter sind 8 Mio. Deutsche.“⁴⁴

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 könne⁴⁵. 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“⁴⁶ 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 Bevölkerungsanteil 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 vertreten⁴⁷.

⁴² Deutscher Bundestag (Hg.): Migrationsbericht 2005, Drucksache 16/2000 vom 22.06.2006, S. 134

⁴³ vgl. die Definition in Abschnitt 1.6

⁴⁴ 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

⁴⁵ Online verfügbar unter www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,419886,00.html (zuletzt geprüft am 4. Juni 2008)

⁴⁶ ⁴⁶ vgl. Bundesregierung (Hg.): Der Nationale Integrationsplan. Neue Wege-Neue Chancen. Berlin, Juli 2007

⁴⁷ Der Tagesspiegel vom 14. August 2006, S. 9

Aus den Daten des nachfolgenden Mikrozensus 2006, der Anfang 2008 veröffentlicht wurde⁴⁸, geht hervor, dass es 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 bereit⁴⁹: Bei einer Gesamtzahl von 3,399 Millionen Einwohnern haben 2,620 Millionen keinen Migrationshintergrund (=77,08%)⁵⁰ 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 %)

Also auch in Berlin gibt es mehr Männer als Frauen mit Migrationhintergrund, wobei der absolute Anteil an der Bevölkerung höher ist als im Bundesgebiet.

⁴⁸ Statistisches Bundesamt (Hg.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2006. Fachserie 1 Reihe 2.2, Wiesbaden 2008, Tabelle 1

⁴⁹ Statistisches Bundesamt (Hg.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2006. Fachserie 1 Reihe 2.2, Wiesbaden 2008, Tabelle 5

⁵⁰ Die prozentuale Berechnung erfolgte durch H.- Günter Heiden

3.2 Statistische Zusammenschau von „Behinderung“ und „Migration“

Statistische Untersuchungen, die die Bereiche „Behinderung“ und „Migration“ zusammen betrachten, sind äußerst selten und so gibt es auch kaum verlässliche Daten für eine notwendige Zusammenschau. So ist es auch nicht verwunderlich, dass im letzten Bericht der Bundesregierung zur Lage behinderter Menschen aus dem Jahr 2004 die Situation behinderter Menschen mit Migrationshintergrund bzw. behinderter MigrantInnen wie folgt 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“⁵¹.

Betrachtet man nun die Zahlen zu behinderten Menschen in Deutschland, so ist zunächst zwischen „behindert“ und „schwerbehindert“ zu unterscheiden:

„Personen, deren Grad der Behinderung mindestens 50 beträgt, gelten als Schwerbehinderte; als leichter Behinderte werden Personen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50 bezeichnet. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung (GdB) nach Zehnergraden von 20 bis 100 abgestuft festgestellt. Nach dem Ergebnis des Mikrozensus lebten im Jahr 2005 in der Bundesrepublik Deutschland 8,6 Mill. amtlich anerkannte behinderte Menschen. Der größte Teil, nämlich 6,7 Mill., zählte zu den Schwerbehinderten; 1,9 Mill. Personen waren leichter behindert. Mehr als die Hälfte der Behinderten (54%) waren Männer. Im Durchschnitt war jeder zehnte Einwohner Deutschlands behindert“⁵².

In der offiziellen, aktuellen Statistik der Schwerbehinderten⁵³ (GdB 50 – 100) waren mit Stand vom 31. Dezember 2005 in **Deutschland** insgesamt 6,8 Millionen Menschen als Schwerbehinderte mit amtlichem Ausweis⁵⁴ anerkannt, was einem Anteil von 8,2 % der Bevölkerung entspricht. 52,1 % davon waren Männer. Ein Merkmal „Migrationshintergrund“ wurde im „Kurzbericht“ zu dieser Statistik noch nicht veröffentlicht, dies änderte sich in der Auswertung „Schwerbehinderte Menschen 2005“ mit der Berücksichtigung des Merkmals „Staatszugehörigkeit“. Dort wird festgestellt:

„Unter den 6,8 Mill. schwerbehinderten Menschen waren 4,3 % Ausländerinnen und Ausländer (0,3 Mill. Personen). Hierunter waren Personen aus der Türkei (34,7 %), aus Serbien und Montenegro (11,5 %) und aus Italien (10,2 %) am stärksten vertreten. Bei der ausländischen Bevölkerung in Deutschland lag der Anteil der schwerbe-

⁵¹ 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

⁵² Statistisches Bundesamt (Hg.): Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnis des Mikrozensus 2005, Wiesbaden, Wirtschaft und Statistik 12/2006, S. 1267 f

⁵³ Statistisches Bundesamt (Hg.): Statistik der Schwerbehinderten Menschen 2005. Kurzbericht. Erscheinungsfolge: zweijährlich. Wiesbaden April 2007

⁵⁴ Durch die alleinige Zählung der InhaberInnen von Ausweisen kann es zu einer hohen Dunkelziffer kommen: Behinderte Personen, die keinen Ausweis beantragen (wollen), werden nicht erfasst.

hinderten Menschen deutlich niedriger als bei der deutschen Bevölkerung. Während sich die Schwerbehindertenquote bei den Ausländerinnen und Ausländern auf 4,0 % belief, betrug dieser Wert bei den Deutschen 8,6 %. Ein guter Teil der niedrigeren Quote bei der ausländischen Bevölkerung ist durch deren jüngere Altersstruktur erklärbar: Bei der deutschen Bevölkerung betrug der Anteil der 65-Jährigen und Älteren 20 %, bei den Ausländern 7 %. Ein Blick auf die altersspezifischen Schwerbehindertenquoten zeigt zudem, dass die Schwerbehindertenquote der deutschen Frauen in allen Altersklassen etwas über der Quote der ausländischen Frauen im entsprechenden Alter lag: So betrug bei den 45- bis unter 55-jährigen deutschen Frauen der Anteil der behinderten 6,5 %. Der entsprechende Anteil bei den Ausländerinnen lag bei 4,8 %. Bei den Männern war in der jeweiligen Altersklasse ebenfalls die Quote für die deutsche Bevölkerung meist etwas höher – allerdings ist für die 55- bis unter 65-jährigen Männer eine starke Annäherung der Schwerbehindertenquoten bei Ausländern und Deutschen zu beobachten“⁵⁵.

Für das **Land Berlin** ist die Datenlage 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%)“⁵⁶. 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 % angestiegen⁵⁷. Zum Anteil der Nichtdeutschen bei den nicht Schwerbehinderten finden sich keine Angaben in diesem Bericht.

Um dieser überaus unbefriedigenden Datenlage abzuhelfen, 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“⁵⁸.

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

⁵⁵ Statistisches Bundesamt (Hg.): Schwerbehinderte Menschen 2005, erstellt von Heiko Pfaff und Mitarbeiterinnen, Wiesbaden, Wirtschaft und Statistik 7/2007, S. 719

⁵⁶ 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

⁵⁷ 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

⁵⁸ Abgeordnetenhaus von Berlin, 16.Wahlperiode: Drucksache 16/0202 vom 24.01.2007

Migrationshintergrund“ erhalten solle⁵⁹. Im Oktober 2007 wurde das Ansinnen auf einen Spezialbericht dann endgültig vom Abgeordnetenhaus abgelehnt⁶⁰.

3.3 Auswertungsprobleme aus den Mikrozensus 2005 und 2006

Nach dem Mikrozensusgesetz 2005 vom 24. Juni 2004⁶¹ werden „in den Jahren 2005 bis 2012 Erhebungen auf repräsentativer Grundlage (Mikrozensus) als Bundesstatistik durchgeführt“. Es werden verschiedene Merkmale erhoben, wobei es Sonderauswertungen zu den Ergebnissen gibt, etwa die bereits erwähnten Berichte „Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnis des Mikrozensus 2005“ oder „Migration in Deutschland 2005“. Für den Zweck dieser Studie wurden diese beiden Sonderberichte miteinander verglichen. Während bei den Berichten zu „Behinderung“ wie bereits ausgeführt, das Merkmal „Staatsangehörigkeit“ berücksichtigt wird, wird beim Bericht zur „Migration“ (im Abstand von vier Jahren ab 2005) die amtlich festgestellte Behinderteneigenschaft sowie der Grad der Behinderung erhoben. Außerdem wird bei den Angaben zu Unterhalt und Einkommen ab 2005 jährlich nach den Leistungen aus der Pflegeversicherung gefragt, was auch einen Hinweis auf eine Behinderung sein kann, aber nicht sein muss, da die Ausstellung eines Behindertenausweises häufig nur für Personen aus dem Arbeitsprozess interessant ist.

Man könnte jetzt also annehmen, dass die Werte aus den beiden Sonderhebungen des Mikrozensus 2005 vergleichbare Aussagen zur Häufigkeit einer Behinderung bei Menschen mit Migrationshintergrund ergeben. Dies ist jedoch - wie nachstehend ausgeführt wird - nicht der Fall.

In der **Auswertung** des Mikrozensus 2005 zur **Migration** wird eine amtlich festgestellte Behinderung erfragt⁶². Ausgehend von einer Gesamtbevölkerungszahl von 82.456.300 haben demnach 75.340.000 keine Behinderung. 60.762.500 (=80,7 %) der Nichtbehinderten haben keinen Migrationshintergrund, 14.577.500 (=19,3%) haben einen Migrationshintergrund. Mit einer festgestellten Behinderung leben nach der Migrationsauswertung insgesamt 6.581.700 Menschen⁶³, davon 5.900.000 (=89,53 %) ohne Migrationshintergrund und 681.600 (=10,46 %) mit Migrationshintergrund. Von diesen Personen mit Migrationshintergrund haben 126.800 einen GdB < 50, 441.600 einen GdB von 50-99 und 113.200 einen GdB von 100.

Die Gesamtzahl behinderter Menschen in der Migrationsauswertung steht jedoch im Widerspruch zur **Auswertung „Lebenslagen der behinderten Menschen 2005“**⁶⁴: Laut Tabelle 1) gibt es dort insgesamt 8.640.000 Menschen mit Behinderung, davon 1.912.000 mit einem GdB bis 50, und 6.728.000 Menschen mit einem GdB von 50 – 100. Da die **Migrationsauswertung** von einer Gesamtzahl von 6.581.700 behinder-

⁵⁹ vgl. Inhaltsprotokoll des Ausschusses der 15. Sitzung vom 20. September 2007, Punkt 4 der Tagesordnung

⁶⁰ vgl. 19. Sitzung vom 11. Oktober 2007, lfd. Nr 16: Beschlussempfehlung 16/0843

⁶¹ Gesetz zur Durchführung einer Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt sowie die Wohnsituation der Haushalte (Mikrozensusgesetz 2005 – MZG 2005) vom 24. Juni 2004 (BGBl. I S. 1350)

⁶² Statistisches Bundesamt (Hg.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Fachserie 1 Reihe 2.2, Wiesbaden 2007, Tabelle 1, Zeilen 214-217

⁶³ Addition und prozentuale Angaben erfolgten durch H.- Günter Heiden

⁶⁴ Statistisches Bundesamt (Hg.): Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnis des Mikrozensus 2005, Wirtschaft und Statistik 12/2006, S. 1228, Tabelle 1

ter Menschen ausgeht, verzeichnen wir also einen Unterschied von gut 2 Millionen (!) behinderter Menschen, je nachdem, welche Auswertung herangezogen wird. Eine Nachfrage beim Statistischen Bundesamt, wie eine solche Differenz zustande kommen kann, wurde wie folgt beantwortet:

„Ein wichtiger Faktor für die Unterschiede dürfte wie folgt erklärbar sein: Die Frage zu den Behinderteneigenschaften erfolgt mit freiwilliger Auskunftserteilung - es treten dabei Antwortausfälle auf. In der Auswertung "Lebenslagen der behinderten Menschen" anhand des Mikrozensus erfolgt entsprechend eine zusätzliche Hochrechnung, um die Antwortausfälle einzuschätzen und zudem die Daten an die Statistik der schwerbehinderten Menschen anzupassen... Bei den Auswertungen zur Migration wird von den Kollegen dieser zusätzliche Hochrechnungsfaktor nicht genutzt. Ergänzend werden die Daten zur Behinderung und Migration trotz plausibler Erklärung nochmals geprüft“⁶⁵.

Schaut man sich nun noch an, wer nach den Auswertungen zur Migration aus den Mikrozensusen 2005 und 2006 **Leistungen aus der Pflegeversicherung** bezieht, so ergibt sich folgendes Bild:⁶⁶

Mikrozensus 2005

114.700 Personen (Gesamt) erhalten Leistungen aus der Pflegeversicherung, davon sind

103.900 - ohne Migrationshintergrund (=90,6 %)
10.800 - mit Migrationshintergrund (=9,4 %)

Mikrozensus 2006

115.000 Personen (Gesamt)
104.000 - ohne Migrationshintergrund (=90,7 %)
11.000 - mit Migrationshintergrund (=9,3 %)

3.4 Fazit aus der Statistik

Versucht man nun nach all diesen Angaben ein Fazit, so bleibt zunächst festzuhalten, dass die Aussagen aus dem weiter oben zitierten Bericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2004 immer noch gültig ist: So ganz genau weiß man noch nicht, wie valide die vorliegenden Zahlen wirklich sind. Weitere detaillierte Erhebungen gerade in der Zusammenschau beider Bereiche „Behinderung“ und „Migration“ sind also dringend erforderlich.

⁶⁵ Auszug aus der email des Statistischen Bundes an H.- Günter Heiden vom 3. April 2008

⁶⁶ Statistisches Bundesamt (Hg.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Fachserie 1 Reihe 2.2, Wiesbaden 2007, Tabelle 1, Zeile 174 bzw. Ergebnisse des Mikrozensus 2006. Fachserie 1 Reihe 2.2, Wiesbaden 2008, Tabelle 1, Zeile 162

Die **qualitativen Aussagen** aus der Statistik sind:

- Generell sind Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland jünger, als jene ohne Migrationshintergrund. Dies ist ein Grund dafür, dass es derzeit prozentual weniger behinderte Menschen mit Migrationshintergrund gibt als ohne Migrationshintergrund. Mit zunehmendem Alter der Personen mit Migrationshintergrund wird sich das Verhältnis angleichen.
- Männer sind als Schwerbehinderte stärker vertreten als Frauen. Für die 55- bis unter 65-jährigen Männer ist eine starke Annäherung der Schwerbehindertenquoten bei Ausländern⁶⁷ und Deutschen zu beobachten.
- Personen aus der Türkei, aus Serbien und Montenegro sowie aus Italien bilden die größten Gruppen innerhalb der nichtdeutschen schwerbehinderten Personen.
- An absoluten Zahlen (wobei dies wahrscheinlich die untere Grenze darstellt, da es sich um amtliche Feststellungen handelt, die erst nach eigenem Antrag erfolgen) ist festzuhalten: Die Zahl der behinderten Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland liegt schätzungsweise bei 864.000, wenn man das Verhältnis von 90:10 (behinderte Menschen ohne Migrationshintergrund zu mit behinderte Menschen mit Migrationshintergrund) aus der Migrationsauswertung auf die Auswertung „Lebenslagen der behinderten Menschen 2005“ überträgt, die von 8,64 Millionen behinderter Menschen ausgeht⁶⁸.
- Die Zahl der schwerbehinderten Personen mit nicht deutscher Staatszugehörigkeit (also nicht Migrationshintergrund!) beträgt in Deutschland mindestens ca. 0,3 Millionen (exakt 294.121, davon 179.914 Männer und 114.207 Frauen⁶⁹). Im Land Berlin leben 24.809 nichtdeutsche schwerbehinderte Menschen, eine Aufteilung in nichtdeutsche schwerbehinderte Männer und Frauen liegt nicht vor.
- Rund 11.000 Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland leben überwiegend von Leistungen der Pflegeversicherung – diese Angabe ist nicht weiter nach Frauen und Männern aufgeschlüsselt.

⁶⁷ in der Statistik wird das Merkmal „Staatsangehörigkeit“ zu Grunde gelegt, nicht „Migrationshintergrund“

⁶⁸ eigene Berechnung durch H.- Günter Heiden

⁶⁹ Statistisches Bundesamt (Hg.): Schwerbehinderte Menschen 2005, erstellt von Heiko Pfaff und Mitarbeiterinnen, Wiesbaden, Wirtschaft und Statistik 7/2007, S. 719

4. Bestandsaufnahme – Feld drei: Studien, Berichte, Empfehlungen

Nun zum dritten Untersuchungsfeld der Bestandsaufnahme: In der vorgefundenen Literatur zum Bereich „Migration, Gesundheit, chronische Krankheit, Behinderung“ liegt der Schwerpunkt eindeutig im Bereich der Gesundheitsförderung bzw. der Akutmedizin⁷⁰, es geht um Prävention, Kinder- und Frauengesundheit, Dolmetschprobleme im Krankenhaus, Sexualaufklärung, Ernährungstipps, etc. In der hier vorliegenden Studie der Stiftung LEBENSNERV liegt der Schwerpunkt jedoch auf der Betrachtung der chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Es geht also um die Stärkung der Selbsthilfepotenziale zur Begleitung eines Lebens mit Behinderung und nicht um Mittel und Wege zur Prävention oder einer Heilung einer vorübergehenden Erkrankung (Hervorhebung durch die AutorInnen).

Deshalb wird sich die nachfolgende kleine Auswahl von Studien, Aufsätzen, Berichten und Empfehlungen auf die Bereiche „Behinderung / chronische Krankheit“ konzentrieren, wobei jedoch Überschneidungen der Bereiche Gesundheitsförderung und Behinderung möglich sind. Ein aktuelle Übersicht über wichtige Veröffentlichungen (vor allem in Bereich der Gesundheitsförderung) ist über den Infodienst „Migration und öffentliche Gesundheit“ (Rubrik „Veröffentlichungen“) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu erhalten⁷¹

4.1 Ausländer- bzw. Integrationsberichte

6. Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland (2005)⁷²

Während in den vorangegangenen Ausländerberichten (etwa 4. und 5. Ausländerbericht) lediglich auf die gesundheitliche Versorgung und auf Ansätze zur interkulturellen Öffnung Bezug genommen wurde, fand sich im 6. Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland erstmals ein dreiseitiges Unterkapitel „Behinderung“ im Gliederungspunkt „IV. Interkulturelle Öffnung“, der teilweise auf einem Gutachten von Kauczor beruhte. Dort wurden „Kinder mit Behinderungen“ sowie die „Initiativen für eine interkulturelle Behindertenhilfe“, thematisiert und es wurden „Empfehlungen“ ausgesprochen.

Im 7. Bericht (Dezember 2007) wird allerdings mit keinem Wort mehr auf dieses Thema eingegangen und wieder allgemein über „Gesundheit“ berichtet (S. 136 ff).

Sechster Familienbericht. Familien ausländischer Herkunft in Deutschland⁷³

In diesem Bericht wird sowohl auf die Situation von Migrantenkinder an Sonderschulen (S. 181), auf die Behinderung von Kindern (S. 194), auf chronische und mul-

⁷⁰ vgl. etwa „Der Nationale Integrationsplan. Neue Wege – neue Chancen.Hg.: Presse und Informationsamt der Bundesregierung. Berlin 2007, S. 99 ff

⁷¹ vgl. www.infodienst.bzga.de (auch in gedruckter Form erhältlich)

⁷² vgl. Die Beauftragte ... (2005)

⁷³ vgl. Deutscher Bundestag (2000)

timorbide Krankheitsbilder (S. 195), auf die Pflegesituation älterer MigrantInnen (S. 196) und auf Suchtproblematiken (S. 196 f) eingegangen. Im siebten Familienbericht (2006) findet sich keine Erwähnung des Themas.

„Exkurs: Sinus-Milieu-Studie“⁷⁴: Herkömmlich wird in den meisten Studien zur Situation von AusländerInnen/MigrantInnen nach Herkunftskultur unterschieden. Eine Ausnahme macht die Sinus-Studie über Migranten-Milieus in Deutschland, die gemeinsame lebensweltliche Muster aufzeigt. Da die Orientierung an den „Lebenswelten“ („setting-Ansatz“ der WHO) eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen eines Vorhabens ist, soll diese Studie hier kurz erwähnt werden, auch wenn es sich dabei nicht um den Bereich „Gesundheit – Behinderung“ handelt. Generell stellt die Studie fest, dass der Integrationsdiskurs in Deutschland noch zu sehr auf die Defizitperspektive verengt sei, sodass die „Ressourcen an kulturellem Kapital von Migranten“ meist unterschätzt werden. Ferner wird der Heterogenität der Menschen mit Migrationshintergrund durch ein achtstufiges Milieu-Modell inhaltlich und prozentual beschrieben:

Bürgerliche Migranten-Milieus: Adaptives Bürgerliches Milieu (16%) + statusorientiertes Milieu (12%)

Traditionsverwurzelte Migranten-Milieus: Religiös verwurzeltes Milieu (7%) + Traditionelles Arbeitermilieu (16%)

Ambitionierte Migranten-Milieus: Multikulturelles Performermilieu (13%) + Intellektuell-kosmopolitisches Milieu (11%)

Prekäre Migranten-Milieus: Entwurzeltes Milieu (9%) + Hedonistisch-subkulturelles Milieu (15%)

Es würde an dieser Stelle zu weit führen, genauer auf diese Studie einzugehen, jedoch wird durch eine solche Sichtweise einmal mehr der Blick für die Unterschiedlichkeiten im Bereich „Migration“ und die Notwendigkeit der Ressourcenorientierung gegeben.

4.2 Berichte zur Situation behinderter Menschen

*Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung der Teilhabe (2004)*⁷⁵

Im letzten Bericht der Bundesregierung (erfolgt alle vier Jahre) werden nicht-deutsche Menschen mit Behinderung erstmals thematisiert. Behinderte bzw. chronisch kranke Frauen und Männer werden unter dem Punkt 2.12 „Prävention in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (1 Spalte) und in Punkt 13.17 „Ausländische behinderte Menschen“ (1 Spalte) erwähnt. Vom reinen Umfang her gesehen macht dies 0,5 % des Berichtes aus. In 2.12. werden Zugangsbarrieren und kulturelle Unterschiede sowie einige Projekte benannt, in 13.17 erfolgt dies ebenfalls. Zusätzlich wird

⁷⁴ www.sinus-sociovision.de/Download/ZentraleErgebnisse09122008.pdf (zuletzt geprüft am 6. Februar 2009)

⁷⁵ vgl. Deutscher Bundestag, Drs. 15/4575 (2004)

dort auf die Problematik des häufigen Sonderschulüberweisung von Migrantenkinder berichtet und über das Fehlen valider Daten und Forschungsarbeiten geklagt.

*Bericht zur Lage der Menschen mit Behinderung und ihrer Teilhabe in Berlin - Behindertenbericht 2006*⁷⁶

Im letzten Behindertenbericht der Berliner Senatsverwaltung wird unter „Besondere Personengruppen“ und dort unter „Psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen“ die Notwendigkeit gesehen, die Versorgungssituation psychisch erkrankter Migrantinnen und Migranten zu verbessern. Auch im Punkt „Ambulante Krisenversorgung“ wird davon gesprochen, dass durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit MigrantInnen besser erreicht werden sollen. Insgesamt macht dies aber nur wenige Zeilen aus. Nach mündlicher Auskunft des Berliner Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung, Martin Marquard, soll es im nächsten Bericht im Jahr 2010 ein gesondertes Kapitel zu „Behinderung und Migration“ geben⁷⁷.

4.3 Berichte, Studien, Aufsätze zu Migration und Gesundheit – allgemein

*„Migration und Gesundheit“*⁷⁸: 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“*⁷⁹ 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“*⁸⁰: 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“.

*„Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis“*⁸¹: 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.

⁷⁶ vgl. Senatsverwaltung ... (2006)

⁷⁷ Mitteilung auf dem Fachgespräch der AWO in Berlin am 15. Januar 2009

⁷⁸ vgl. David/Borde/Kentenich (2001)

⁷⁹ vgl. Borde/David (2003)

⁸⁰ vgl. Hinz/Keller/Reith (2004)

⁸¹ 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

„*Migration, Gesundheitsversorgung und Integration*“⁸²: 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*“⁸³: 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, niedrigschwellige Angebote, Lebensweltbezug und integrative Ansätze.

*Migration und Gesundheit in der Gesundheitspolitik Europas*⁸⁴: Vortragspräsentation auf einem Migrationsforum in der Schweiz: Entwicklung der Migrationspolitik, Gesundheitstatus von Migranten (u.a. Gruppen mit hohem Risiko), Vorschläge für eine Politik in Europa, insbesondere für die EU-Kommission (Health and Migration)

„*KiGGS: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund*“⁸⁵: Zusammenstellung der Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS 2003-2006. Im Kapitel 15 werden chronische Erkrankungen/Behinderungen beschrieben. Das Vorkommen amtlich anerkannter Behinderungen ist bei den Kindern mit Migrationshintergrund niedriger als bei den Kindern ohne Migrationshintergrund. Diese Umstände können jedoch auch davon abhängen, ob überhaupt ein Antrag auf einen Schwerbehindertenausweis gestellt wird. Inhaltlich thematisiert werden psychische Auffälligkeiten, ADHS-Syndrom, allergische Erkrankungen, Skoliose. Kinder mit Migrationshintergrund sind deutlicher höher von Adipositas und Anämie betroffen. Im Kapitel 16 „Allergien“ wird festgestellt, dass Kinder mit Migrationshintergrund bis auf Asthma weniger von allergischen Erkrankungen betroffen sind. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland nimmt die Prävalenz der allergischen Erkrankungen jedoch zu, was von den AutorInnen auf den erlernten Lebensstil und die Lebensumstände im Aufnahmeland zurückgeführt wird.

„*Migration und Gesundheit*“⁸⁶: Schwerpunktberichterstattung des Bundes mit den derzeit aktuellsten Aussagen und Daten. Themen: allgemeine gesundheitliche 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

⁸² vgl. Grieger, Salman, Stickan-Verfürth (2007)

⁸³ vgl. Bunge, C. – Meyer-Nürnberg, M. – Kilian, H. (2006)

⁸⁴ vgl. Borde (2008)

⁸⁵ vgl. Robert-Koch-Institut/KiGGS (2008)

⁸⁶ vgl. Robert-Koch-Institut (2008)

Frühinvalidität bzw. chronische Erkrankung, Behinderung und Krankheitshäufigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund)

4.4 Studien, Aufsätze zu Zugangsbarrieren (u.a. Barriere „Illegalität“)

„Zugangsbarrieren für Migranten zu den sozialen Diensten“⁸⁷: Zusammenfassung in Form eines Thesenpapiers, das nicht nur die Zugangsbarrieren auf Seiten von Menschen mit Migrationshintergrund beschreibt, sondern auch die Zugangsbarrieren der deutschen MitarbeiterInnen zum Migrantenklientel (etwa Widerstände, Konkurrenzängste, Rassismus). Ferner beschreibt das Thesenpapier die Ziele und Strategien der interkulturellen Öffnung der Sozialen Dienste.

„Leben in der Illegalität: Gesundheitsversorgung fehlt“⁸⁸: Der Aufsatz stellt die Probleme von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland vor, deren Erkrankungen leicht chronisch werden, wenn sie unbehandelt bleiben. Die Behandlung von schweren Erkrankungen in Kliniken ist mit der Furcht vor Entdeckung gepaart. Der Aufsatz beschreibt weiter die Arbeit des Berliner Büros für medizinische Flüchtlingshilfe.

„Illegal und krank. Die Gesundheitssituation versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland.“⁸⁹: Erweiterte Fassung eines Aufsatzes in Dr. med. Mabuse mit Schwerpunkt auf der rechtlichen Lage von PatientInnen ohne Aufenthaltsstatus und ohne Krankenversicherung.

4.5 Studien, Aufsätze zu einzelnen Erkrankungen – Behinderungen

„Unser Kind ist ein Geschenk. Türkische Familien mit einem geistig behinderten Kind in Deutschland“⁹⁰: Türkische Familien, vor allem Mütter, erzählen von ihrem Leben in Deutschland mit einem behinderten Kind. Ratgeber in deutscher und türkischer Sprache.

„Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten“⁹¹: Übersicht über aktuelle Literatur zu sozialen und psychologischen Faktoren, insbesondere zu psychischen Erkrankungen, Drogen- und Alkoholmissbrauch. Es wird ein Stressmodell der Migration vorgestellt und der „Healthy Migrant-Effekt“ diskutiert. Die AutorInnen würdigen die 12 Sonnenberger Leitlinien zur transkulturellen Psychiatrie⁹² und plädieren für eine interkulturelle Öffnung der Regelversorgung.

„Beispiele der Aufklärungsarbeit im Bereich Migration“⁹³: Es handelt sich um einen Erfahrungsbericht aus der Medienzentrale der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Bereich Sexualaufklärung / HIV / AIDS. Begleitend zur erforderlichen „migrationssensiblen personalen Kommunikation“, die als wichtiger Erfolgsfaktor ge-

⁸⁷ vgl. Gaitanides (2008)

⁸⁸ vgl. Misbach (2007)

⁸⁹ vgl. Tolsdorf (2009)

⁹⁰ vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe (2003)

⁹¹ vgl. Kirkcaldy, B. et al. (2006)

⁹² vgl. Punkt 4.11. a)

⁹³ vgl. Berrut, S. – Blümel, S. – Erath, A. (2006)

sehen wird, wurden einfache Informationsmaterialien (Bildtafeln) entwickelt, die auch für nicht Deutsch sprechende Menschen verständlich sind. Fachkräfte mit Migrationshintergrund wurden in die Konzeption einbezogen. Es wurde ferner bei der Entwicklung eines Flyers festgestellt, dass ein hoher Informationsbedarf an muttersprachlichen Medien bei der türkischstämmigen Bevölkerung besteht.

„*Migranten und HIV*“⁹⁴: Der Autor konzentriert sich in seiner Bestandsaufnahme auf Migranten aus Afrika, Asien und Südamerika und stellt eine migrationsbedingte Zunahme von HIV-Infizierten für Deutschland fest. Weiter diskutiert er die Probleme für die schwierige Situation der Behandlung, u.a. durch Ängste nach der Offenbarung der Erkrankung (Ausstoßung aus der Community, etc.)

„*Mit Leib und Seele. Lebensbedingungen und Behandlung traumatisierter Flüchtlinge*“⁹⁵: Zusammenfassender Bericht über eine Fachtagung mit den Schwerpunkten interkulturelle Psychotherapie, Ethnomedizin und die Anwendung von Leib-Seele-Konzepten in der therapeutischen Behandlung traumatisierter MigrantInnen bzw. Flüchtlingen. Unter anderem wird auch eine Darstellung unterschiedlicher kultureller Codes gegeben.

„*Nicht somatische Erkrankungen*“⁹⁶: 8. Kapitel im Handbuch „Gesundheit und Integration“. Darin erfolgen die Darstellung der 12 Sonnenberger Leitlinien für eine bessere psychiatrisch-psychologische Versorgung von Migranten, die Vorstellung des Berliner Bündnisses gegen Depression sowie des Psychologischen Dienstes für Migrantinnen und Migranten in München. Es wird ein spezifisches Handlungskonzept in der Psychosomatik für Migranten skizziert und über die stationär-psychiatrische Behandlung an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Marburg berichtet.

„*Berliner Erklärung: Zur Notlage bei der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund*“⁹⁷: Erklärung, die die aktuellen Versorgungsdefizite und den Handlungsbedarf in Berlin aufzeigt und sich auf die 12 Sonnenberger Leitlinien⁹⁸ beruft. Besondere Beachtung findet auch der gendersensible Aspekte.

„*KDA: Leistungen der Altenhilfe gehen vielfach an den demenziell erkrankten Migrantinnen und Migranten vorbei*“ / „*Migration und Demenz – Vergessen in der zweiten Heimat*“⁹⁹: Presseerklärung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe sowie Schwerpunktausgabe der Zeitschrift pro alter 2/2007. Darstellung der Probleme (etwa „Alzheimer ist eine Strafe Allahs“) und Vorstellung von Initiativen.

„*Migration und psychische Gesundheit*“¹⁰⁰: Beiträge des 5. Migrationssymposiums der Charité-Frauenklinik aus dem Jahr 2006 mit dem Schwerpunkt auf den psychischen Belastungen, aber auch mit Blick auf die Potenziale (neue Ressourcen, die aus einer Migrationserfahrung kommen). Beiträge unter anderem über „Sprachliche

⁹⁴ vgl. Gölz (2002)

⁹⁵ vgl. Stockinger (2000)

⁹⁶ vgl. Die Beauftragte... (2007), S. 182 ff

⁹⁷ vgl. Berliner Initiative (2008)

⁹⁸ vgl. Punkt 6.11 a)

⁹⁹ vgl. KDA (2007)

¹⁰⁰ vgl. Borde/David (2007)

und kulturell Missverständnisse in der Psychotherapie“ oder über „Ressourcen- und resilienzorienteerte Arbeit mit migrierten PatientInnen“.

4.6 Studien, Aufsätze unter Gender-Aspekten

„*Krank sein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus*“¹⁰¹. Die Publikation ist die Zusammenfassung der Dissertation von Borde und der Habilitationsschrift von David. Untersucht werden zum Beispiel: Wie ist die psychische Befindlichkeit deutscher Patientinnen und der Immigrantinnen im Vergleich? Wie zufrieden sind die deutschen und die türkischsprachigen Patientinnen mit ihrem Frauenarzt und ihrem Krankenhaus?

„*Migrantinnen im Gesundheitssystem*“¹⁰². Der Aufsatz befasst sich mit den deutlich größeren Schwierigkeiten in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch Frauen mit Migrationshintergrund. Die AutorInnen sprechen in diesem Zusammenhang auch von „Health Literacy“ und fordern zielgruppenspezifische Strategien, um Zugangsbarrieren abzubauen: „Neben dem Einsatz muttersprachlicher Dolmetscher und Informationsfoldern ist es zudem wichtig, auch strukturelle Barrieren unter Berücksichtigung kultureller Belange abzubauen und die Frauen in ihrem Lebensumfeld abzuholen, um sie zu einer selbstbestimmten Gesundheitsförderung anzuregen. Niedrigschwellige, wohnortnahe sowie bedürfnisadäquate Angebote sind dafür Voraussetzung.“ ... „Bewährt haben sich Modelle interkultureller Gesundheitsförderungsprojekte für Frauen, die in benachteiligten Stadtteilen angesiedelt sind und die mit sonstigen Empowermentangeboten wie Sprachschulungen gekoppelt sind.“ Die AutorInnen plädieren für eine interkulturelle und genderspezifische Öffnung des Gesundheitssystems (Gender-Mainstreaming und Diversity-Management).

„*Frauengesundheit – Gender*“¹⁰³: Zusammenstellung von vier Beispielprojekten: DONNA MOBILE – Mobile Gesundheitsberatung für Migrantinnen und ihre Familien (München), Frauen- und Familienzentrum in der AIDS-Hilfe (Köln), Orientierungskurs zur individuellen Lebensbewältigung für Migrantinnen (Halle) und Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung (Berlin).

4.7 Studien, Aufsätze zu interkultureller Öffnung / interkulturelle Teamarbeit / kultursensible Pflege

*Interkulturell orientiertes Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Migrationssozialarbeit*¹⁰⁴: Umfassende Textsammlung zur Arbeit auf kommunaler Ebene im Bereich des interkulturellen Qualitätsmanagements, mit praktischen Beispielen zu Teamstandards. Erläuterung der Verbindung zu Gender Mainstreaming und Managing Diversity.

¹⁰¹ vgl. David/Borde (2001)

¹⁰² vgl. Wimmer-Puchinger, B. – Engleder, A. – Wolf, H. (2006)

¹⁰³ vgl. dazu Kapitel 7. Gender in: 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. 159 ff

¹⁰⁴ vgl. Landeshauptstadt München (2003)

„Zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung von Migranten – Optimierung über interkulturelle Teamarbeit“¹⁰⁵: 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“¹⁰⁶: 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“¹⁰⁷: Zwischenbericht des Projektes mit ausführlicher Darstellung der Arbeit (Tagungen, Beratungen, etc.)

„Ambulante Hauskrankenpflege DETA MED“¹⁰⁸: Bericht über die Arbeit des Deutsch-Türkischen ambulanten medizinischen Dienstes in Berlin. Darstellung von Zugangsbarrieren, der Notwendigkeit der kulturspezifischen Versorgung, der interkulturellen Besetzung der Teams.

„Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus“¹⁰⁹: 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“¹¹⁰: 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“¹¹¹: 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.

¹⁰⁵ vgl. Mackovic-Stegemann (2005)

¹⁰⁶ vgl. Salman (2008)

¹⁰⁷ vgl. Paritätisches Bildungswerk (2007)

¹⁰⁸ vgl. Falkenroth (2007)

¹⁰⁹ vgl. Dreißig (2005)

¹¹⁰ vgl. Rommelspacher/Kollak 2008

¹¹¹ vgl. Kauczor (2008)

4.8 Studien, Aufsätze zum unterschiedlichen Krankheitsverständnis

„*Zum Verständnis von Behinderung in anderen Kulturen*“¹¹²: Aufsatz im Kontext der Disability Studies über Behinderung als soziale Kategorie, wobei der Behinderungsbegriff von Kultur zu Kultur verschieden ist.

„*Migration – Kultur – Behinderung. Guter Rat ist Teamwork!*“¹¹³: Bericht über eine Tagung von bezev e.V. mit behinderten ExpertInnen, unter anderem zur Problematik kulturell unterschiedlichen Krankheitsverständnisses und über den Beratungsansatz des Peer-Counseling „Behinderte mit Migrationshintergrund beraten Behinderte mit Migrationshintergrund“.

„*Von erkälteten Köpfen und geplatzten Gallenblasen*“¹¹⁴: Populärwissenschaftlich geschriebener Text über unterschiedliches Krankheitsverständnis mit einem Plädoyer für eine bessere Vorbereitung des deutschen Gesundheitssystems auf „solche“ PatientInnen.

4.9 Studien, Aufsätze über Selbsthilfepotenziale

„*Ein ´anderes Gesundheitsverständnis`. Selbsthilfe und Migration*“¹¹⁵: 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*“¹¹⁶: Umfassender Aufsatz unter anderem mit einer Übersicht zu den Barrieren der Selbsthilfegruppenbeteiligung (keine sprachliche Entsprechung, 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.).

„*Angebote für und Mitwirkung von Menschen mit Migrationshintergrund*“¹¹⁷: Ergebnisse einer Umfrage der NAKOS: Nur 7,5 Prozent der bundesweiten Selbsthilfevereinigungen- und organisationen stellen ausdrücklich Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund zur Verfügung, bei 21,7 Prozent sind Menschen mit Migrationshintergrund aktiv beteiligt (als Mitglieder). Menschen aus der Türkei und dem russischsprachigen Raum stellen dabei die Mehrheit, das Themenspektrum der Ange-

¹¹² vgl. Al Munaizel/Weigt (2003)

¹¹³ vgl. Wagenbrenner (2007)

¹¹⁴ vgl. Hofe (2008)

¹¹⁵ vgl. Thiel (2007)

¹¹⁶ vgl. Kofahl, C. et al. (2009)

¹¹⁷ vgl. Möller-Bock/NAKOS (2007)

bote liegt in den Bereichen: AIDS, Down-Syndrom, Multiple Sklerose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen etc.)

„Selbsthilfeaktivierung von Diabetikern aus nicht-deutschen Kulturkreisen“¹¹⁸: 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 Gesundheitsselfhilfe erleichtern“¹¹⁹: 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“¹²⁰). 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).

4.10 Studien, Aufsätze zu Beratungsempfehlungen / Peer-Counseling

„Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen“¹²¹. Bericht zu einem Forschungsprojekt: Über den Ansatz muttersprachlicher Präventionsberater sollen niedrigschwellige „Komm“ - und „Zugeh“-Strukturen verbessert werden.

„Von muttersprachlichen Präventionsberatern werden Migranten besser erreicht“¹²². Weiterer Bericht zum gerade erwähnten Forschungsprojekt zur Überwindung von Zugangsbarrieren mit dem Fazit: „Bei dem sensiblen Thema Suchtprävention sind der persönliche Kontakt des Präventionsberaters und ein funktionierendes Netzwerk unerlässlich, um die Erreichbarkeit von Migranten zu gewährleisten.“

„Nichts über uns ohne uns – Menschen mit Behinderung als Akteure einer nachhaltigen Entwicklung“¹²³: Tagungstitel in Berlin am 2./3. Dezember 2008. Auf der internationalen Tagung wurde herausgestellt, dass es nach Maßgabe der UN-Behindertenrechtskonvention wichtig ist, behinderte Menschen selber in Projekte der Entwicklungszusammenarbeit einzubeziehen (Paradigmenwechsel in der Rolle behinderter Menschen).

4.11 Beratungsempfehlungen im Volltext

Nachstehend werden drei thesenartig formulierte Empfehlungstexte für die Beratungsarbeit beziehungsweise für Projekte in der Gesundheitsförderung, sowie ein Interview mit einem behinderten Berater mit Migrationshintergrund und ein Auszug aus einem Fachvortrag zu „Migration und Behinderung“ im Wortlaut vorgestellt, da sie nach Ansicht der AutorInnen Relevanz für das Thema der vorliegenden Studie haben:

¹¹⁸ vgl. Deutscher Diabetiker Bund (2009)

¹¹⁹ vgl. Der Paritätische 1/2008

¹²⁰ vgl. AOK (2007)

¹²¹ vgl. Walter, U. (2007)

¹²² vgl. Gerken, U. et al. (2008)

¹²³ vgl. www.bezev.de

a) 12 Sonnenberger Leitlinien transkultureller Psychiatrie

Die wesentlichen Leitlinien psychiatrischer Arbeit mit Migrantinnen und Migranten wurden im November 2002 von wichtigen psychiatrischen Fachgesellschaften unter Leitung des Referats Transkulturelle Psychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) im Rahmen einer der Tagung im Haus Sonnenberg/Oberharz verhandelt und begründet¹²⁴.

Die im folgenden gelisteten 12 Sonnenberger Leitlinien sollen das Ziel fördern helfen, Migranten mit denselben hohen Qualitätsstandards und Heilerfolgen zu behandeln wie Einheimische:

1. Erleichterung des Zugangs zur psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz. Hierzu gehört die Erfassung der Inanspruchnahme und Bedarfslagen psychiatrisch-psychotherapeutischer Einrichtungen durch Migrantinnen und Migranten und eine entsprechende Gesundheitsberichterstattung.
2. Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz.
3. Organisation und Einsatz psychologisch geschulter Fachdolmetscherinnen und Fachdolmetscher als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren als Vorort- oder als Telefondolmetschangebot.
4. Kooperation und Vernetzung der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund und der Allgemeinmediziner mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -verbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen (Kompetenzzentren) notwendig machen. Die Regionalen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG), die Psychiatriekoordinatoren, die Sozialpsychiatrischen Verbände (SPV) berücksichtigen Bedarfslagen für die Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Praxis, Berichterstattung und Evaluation.
5. Beteiligung der Betroffenen, ihrer Angehörigen und von Selbsthilfegruppen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen. Angehörigen-, Betroffenen- und Migrantenverbände kooperieren.
6. Verbesserung der Informationen über das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot durch Allgemeinärztinnen / Allgemeinärzte, mehrsprachige Medien und durch mehrsprachige Mediatorinnen und Mediatoren.

¹²⁴ Wielandt Machleidt: Ausgangslage und Leitlinien transkultureller Psychiatrie in Deutschland www.psychiatrie.de/data/downloads/3b/00/00/Beitrag_Machleidt.pdf (zuletzt geprüft am 14. Januar 2009)

7. Transkulturelle Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie, Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen, einschließlich Sprachfortbildungen, Diagnostikschulungen und Fortbildungen zum Erwerb kultureller Kompetenzen. Wichtig sind diesbezüglich auch die Entwicklung von curricularen Grundlagen zur Facharzt-ausbildung und die Gründung von Fachreferaten für Transkulturelle Psychiatrie in den nationalen und internationalen Fachgesellschaften.
8. Entwicklung und Umsetzung familienbasierter primär und sekundär präventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien.
9. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit oder ohne professionelle Begleitung.
10. Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migranten im Straf-, Zivil- (Asyl-) und Sozialrecht.
11. Aufnahme der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hochschulen. Dies betrifft die Ausbildung der Mediziner, Psychologen, Sozialpädagogen und die Sozialpsychiatrischen Zusatzausbildungen (SPZA).
12. Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von MigrantInnen und deren Behandlung. Wichtige Fragestellungen betreffen hierbei die Epidemiologie, Psychopathologie, Ursachen und Behandlungsmethoden psychischer Störungen bei Migrantinnen und Migranten.

Die auf den Gebieten der Psychiatrie, der Psychotherapie und der Nervenheilkunde tätigen Fachgesellschaften werden aufgerufen, sich die Qualitätsstandards der „12 Sonnenberger Leitlinien“ zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten mit psychischen Störungen in Deutschland zu eigen zu machen. Sie werden gebeten ihre Mitglieder zu motivieren, die 12 Leitlinien in der Krankenversorgung, in der studentischen Lehre, in der Facharzt-ausbildung, in der Fortbildung aller in der Psychiatrie und Psychotherapie und der Allgemeinmedizin tätigen Berufsgruppen zu etablieren. Auch in der Forschung zur Verbesserung der seelischen Gesundheit und in der gesellschaftlichen Integration von Migrantinnen und Migranten sollten die Leitlinien berücksichtigt werden.

b) Die acht Prinzipien der Patientenberatung

Sebastian Schmidt-Kähler beschreibt im „Praxisleitfaden Patientenberatung“, der aus dem Fachgutachten für die erste Modellphase der Umsetzung des Paragraphen 65b SGB V (Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung) entstanden ist, acht Prinzipien der Patientenberatung, an denen sich die Tätigkeit in den Beratungsstellen orientiert¹²⁵.

¹²⁵ Die Wiedergabe an dieser Stelle erfolgt nach: Anna-Maria Stettner: Wegweiser durch das Gesundheitswesen. Forum Sozialarbeit 4/2008 S. 16 ff

- **Patientenberatung muss nutzerorientiert sein.**

Die Nutzer der Beratungsstelle müssen im Mittelpunkt aller Bemühungen stehen. Das Angebot muss am Bedarf und an den Erwartungen und Bedürfnissen der Patienten und Verbraucher ausgerichtet sein. Dies muss sich in der (barrierefreien) Erreichbarkeit, in der Gestaltung der Öffnungszeiten und der personellen und fachlichen Besetzung des Beratungsangebotes widerspiegeln.

- **Patientenberatung muss theoretisch und methodisch fundiert sein.**

Die Berater müssen über Kenntnisse der Theorien und Konzepte psychosozialer Beratung verfügen.

- **Patientenberatung muss alltags- und lebensweltorientiert sein.**

Es geht um die individuelle Situation des Patienten, den Zugang zu Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten in seiner realen Umgebung und um pragmatische Hilfestellung bei der Bewältigung des Beratungsanlasses.

- **Patientenberatung muss ressourcen- und lösungsorientiert sein.**

Die Beratung soll den Ratsuchenden in die Lage versetzen, seine Belange wieder eigenmächtig, selbst verantwortlich und selbst bestimmt zu vertreten und gestalten (Empowerment-Ansatz).

- **Patientenberatung ist anwaltschaftlich.**

Patienten, die keine Möglichkeit haben, ihre eigenen Interessen angemessen zu vertreten, erhalten im Einzelfall Unterstützung, die über ein reines Beratungsgespräch hinausgehen. Anwaltschaftliche Vertretung bedeutet jedoch keine rechtliche Vertretung.

- **Patientenberatung ist beziehungsorientiert.**

Im Vordergrund der Beratung steht die Kommunikation „auf gleicher Augenhöhe“. Ein partnerschaftlicher Umgang ist für das Schaffen einer konstruktiven Arbeitsbeziehung notwendig. Zeitlicher und inhaltlicher Umfang des Beratungsangebotes sollten am Beginn des Kontaktes geklärt werden.

- **Patientenberatung muss neutral und unabhängig sein.**

Wirtschaftliche, politische, weltanschauliche und religiöse Standpunkte sowie Interessen von Leistungsanbietern und Kostenträgern dürfen die Nutzerorientierung nicht beeinflussen. Das Wohl des Patienten steht stets im Mittelpunkt der Beratung.

- **Patientenberatung muss vertraulich und diskret sein.**

Verschwiegenheit, Diskretion und eine ungestörte Beratungsatmosphäre müssen gewährleistet sein. Schweigepflicht und Datenschutz müssen eingehalten werden.

c) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Die Wiedergabe der Kriterien guter Praxis erfolgt in der Kurzfassung (zit. nach Wimmer-Puchinger, et al¹²⁶)

¹²⁶ die ausführliche Fassung ist einzusehen unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de in der Rubrik „Good Practice“ (zuletzt geprüft am 3. Februar 2009)

1. Konzeption, Selbstverständnis: Gesundheitsförderung und/oder Prävention basiert auf einer klaren Zielformulierung, und die gesundheitliche Ungleichheit muss reduziert werden.
2. Zielgruppe: Die Zielgruppe der sozial Benachteiligten ist präzise definiert.
3. Innovation und Nachhaltigkeit: Das Projekt hat einen innovativen Charakter und strebt nach einer nachhaltigen Fortführung.
4. Multiplikatorenkonzept: Multiplikatorinnen und Multiplikatoren werden eingebunden.
5. Arbeitsweise: Das Angebot ist niederschwellig, aufsuchend und begleitend.
6. Partizipation: Die Beteiligung der Zielgruppe ist hoch.
7. Empowerment: Stärken und Ressourcen der Zielgruppe werden aufgebaut.
8. Settingansatz: Orientierung am Setting-Ansatz der WHO
9. Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung: Es findet eine Ressourcenbündelung und fachübergreifende Zusammenarbeit statt.
10. Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung: Die Qualität wird in allen Bereichen immer wieder überprüft, verbessert und entwickelt.
11. Dokumentation und Evaluation: Dokumentation und Evaluation werden zur Qualitätsentwicklung eingesetzt.
12. Kosten-Nutzen-Relation: Die Kosten stehen in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen.

d) Praxisbeispiel GIB-Mainz: Wiedergabe eines Interviews mit Ismail Sackan, behinderter Berater¹²⁷

MigrantInnen mit Behinderung: Im Dschungel der Angebote

Kein Job, Schulden und gesundheitliche Probleme: Für viele Migranten mit Behinderung gehören solche Belastungen zum Alltag. Hilfe zu finden ist schwer, denn es gibt nur wenige Anlaufstellen für Menschen, die schlecht Deutsch sprechen und sich im Dschungel der Behindertenangebote nicht auskennen. Das Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen in Mainz (ZsL) kennt sich aber damit aus. Dort werden seit März 2004 Migranten mit Handicap von Ismail Sackan beraten. Der 26-Jährige ist selbst Türke und beinahe vollständig blind.

Warum gibt es so wenige Anlaufstellen für Migranten mit Behinderung?

Ismail Sackan: Bisher wurde diesem augenscheinlich kleinen Personenkreis nicht viel Beachtung geschenkt. Dabei schätzen wir, dass jeder zehnte Migrant eine Behinderung hat. Auch im Bereich der Sozialarbeit wurden die Bedürfnisse von Migranten mit Behinderung erst ganz neu entdeckt. Folglich gibt es auch kaum Informationen dazu. Staatliche Anlaufstellen gibt es keine.

Wie wird die Beratungsstelle finanziert?

¹²⁷ Quelle: Selbsthilfe 1/07, S. 39.

Ismail Sackan: Wir haben Mittel der EU, der Stadt Mainz, des Bundes, Fördermittel der Bundesagentur für Arbeit und des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit Rheinland-Pfalz.

Wer kommt zu Ihrer Beratung?

Ismail Sackan: Die meisten Ratsuchenden, bislang rund 500, stammen aus dem türkisch-arabischen Kulturkreis und kommen aus dem Mainzer Umfeld. Sie sind zum größten Teil Arbeitsmigranten.

Welche Behinderungen haben die Leute?

Ismail Sackan: Im Normalfall haben sie körperliche Behinderungen, die sie im Laufe ihres Aufenthalts in Deutschland bekommen haben durch Unfälle, chronische Krankheiten und so weiter. Teilweise haben sie auch psychische Behinderungen, die als Folge von körperlichen Behinderungen dazukommen.

Wie werden Betroffene auf Sie aufmerksam?

Ismail Sackan: Die meisten Betroffenen waren vorher schon bei vielen Beratungsstellen. Aber die Angebote sind nur auf die Beratung von Migranten zum Ausländerrecht spezialisiert, aber nicht auf die Bestimmungen im Sozialgesetzbuch. Deshalb vermitteln sie Ratsuchende gerne an uns weiter. Dann bekomme ich zum Beispiel einen Anruf einer Beraterin der Arbeitsagentur, die mir einen Betroffenen vermittelt. Wir bekommen aber auch Anfragen von Migranten selbst.

Zu welchen Themen beraten Sie?

Ismail Sackan: In der Regel zu Arbeit und Recht. Für behinderte Migranten ist es besonders schwierig einen Job zu finden, weil sie doppelt benachteiligt sind - sie haben einen Migrationshintergrund und die Behinderung. Wir helfen ihnen weiter bei der Existenzsicherung. Oft sind aufgrund von Arbeitslosigkeit Schulden vorhanden oder sie leben nur von einer kleinen Rente. Außerdem machen wir mit ihnen Behördengänge, unterstützen sie bei der Wohnungssuche und vermitteln an Stellen, die bei gesundheitlichen Fragen weiterhelfen können, wie Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften.

Gibt es dort Ansprechpartner, die auf diese Fälle vorbereitet sind?

Ismail Sackan: In der Regel ist es so, dass die Personen dort zwar nicht geschult sind, aber durch die Zusammenarbeit mit uns eine gewisse Sensibilisierung haben.

Was können Sie durch die Beratung erreichen?

Ismail Sackan: Bei einem Ratsuchenden beispielsweise haben wir eine gesetzliche Betreuung überflüssig machen können. Das heißt, dass er durch meine Beratung seine wirtschaftlichen Angelegenheiten gut in den Griff bekommen hat. Ich habe bei einigen Leuten Entschuldungen erzielt. Und worauf ich besonders stolz bin ist, dass ich einer Person zu einem Arbeitsplatz verhelfen konnte. Zwei junge Frauen haben durch uns Ausbildungsplätze gefunden.

Wie kommt Ihre Beratung bei den Betroffenen an?

Ismail Sackan: Gut, weil zwischen uns keine Barriere besteht. Denn im ZsL führen wir allgemein den Beratungsansatz „Peer Counseling“ durch: Betroffene Menschen beraten betroffene Menschen. Und ich als behinderter Migrant berate in unserer Situation behinderte Migranten. In dieser Form ist unser Angebot einzigartig in Deutschland. Es motiviert Betroffene, wenn sie sehen: Da ist genau so ein Ausländer wie ich mit einer Behinderung wie ich. Da fühlen sie sich einfach gut aufgehoben.

Haben Sie selbst schlechte Erfahrungen als behinderter Migrant gemacht?

Ismail Sackan: Die sprachlichen Hürden haben sich zwar bei mir nicht ergeben, da ich fließend Deutsch spreche. Es gibt aber schon Situationen, wo ich gemerkt habe, dass ich wegen der Behinderung oder der Nationalität diskriminiert wurde. Oft kann ich gar nicht zuordnen, wo die Vorbehalte konkret sind - gegen die Behinderung oder die Nationalität.

Wie könnte Betroffenen besser geholfen werden?

Ismail Sackan: Helfen würde, wenn Personen und Ämter, die mit Migranten zu tun haben, sich mehr öffnen würden für die Belange von behinderten Menschen insgesamt.

Welche Ziele setzen Sie sich für Ihre Arbeit?

Ismail Sackan: Wir möchten unser Gesamtziel erfüllen, behinderte Menschen dabei zu beraten, ein selbstbestimmtes Leben zu führen und am gesellschaftlichen Leben und Arbeitsleben teilzuhaben. Wir hoffen, dass durch uns das Thema ins öffentliche Bewusstsein gelangt.

e) Interkulturelle Beratung zu allgemeinen Fragen und Einzelfallfragen im Kontext von Migration und Behinderung

(Fachvortrag von Faraj Remmo (Universität Bielefeld) anlässlich der PAUL LECHLER Preisverleihung am 22. Januar 2008)¹²⁸

1. Danksagung für die Einladung nach Stuttgart.

2. Biographische Daten und Arbeitsschwerpunkte

Ich wurde am 15. April 1969 in Beirut im Libanon geboren. Aufgrund der Unruhen in meinem Heimatland beantragte meine Familie 1980 Asyl in der Bundesrepublik. 1984 zog ich nach Berlin, kam auf ein Internat. Später arbeitete ich in der Stadt als Kellner.

Am 7. August 1990 hatte ich dann an der Ostsee einen Badeunfall. Seither bin ich halsabwärts gelähmt (der Fachausdruck ist Tetraplegie). Meine Lebensumstände haben sich dadurch, wie Sie sich vorstellen können, dramatisch verändert. Dazu kam, daß sich meine Wohnverhältnisse ab 1991 nach einem Umzug nach Löhne,

¹²⁸ vgl. www.paul-lechler-stiftung.de/paul-lechler-preis/preisverleihung-2008.html (zuletzt geprüft am 18. Februar 2009)

Westfalen, verschlechtert hatten. An die neue, schwierige Situation mußte ich mich erst mühsam gewöhnen. 1999 zog ich dann nach Bielefeld um, wo ich auch heute noch wohne. Ich holte die Schulabschlüsse bis zum Abitur nach, studierte Pädagogik und Soziologie und arbeite nun an meiner Promotion zum Thema „interkulturelle Öffnung“.

Nicht zuletzt wegen meines persönlichen Schicksals habe ich mich intensiv sowohl mit Migration als auch mit dem Thema Behinderung auseinandergesetzt. Mein besonderes Augenmerk liegt dabei seit der Endphase meines Studiums auf Fragen der interkulturellen Kompetenz. Auch in meiner **Dissertation** mit dem Titel „Interkulturelle Öffnung der Verwaltung – Wissenschaftliche Begleitung des Konstituierungsprozesses des Amtes für Integration und interkulturelle Angelegenheiten der Stadt Bielefeld“ befaße ich mich ausführlich damit. Während des Studiums habe ich darüber hinaus mehrere Zusatzausbildungen im Bereich Beratung absolviert (in Personenzentrierter Beratung, Lösungsfokussierter Beratung, Mediation; aktuell nehme ich an einer Coaching-Ausbildung teil). Diese haben mir einen umfassenden Einblick in die theoretischen Grundlagen und die Praxis der Beratung sowie in grundlegende Abläufe der Gesundheitsversorgung gewährt. Nach Abschluß meiner Promotion, voraussichtlich also ab Mitte nächsten Jahres, möchte ich mich intensiver mit dem Bereich der transkulturellen Beratung im Bereich Gesundheit und Pflege beschäftigen.

Die interkulturelle Öffnung der Verwaltungen ist insofern an dieser Stelle wichtig, da sie eine Verschiebung des Fokus hin zu Problemen und Bedürfnissen der Migranten bedeutet, sowie zu spezifischen Problemen der Kommunikation zwischen Migranten und den Verwaltungseinrichtungen. Sie eröffnet somit mehr Chancen auf eine klientengerechte Beratung auch für behinderte Migranten.

3. Erfahrungsbericht

Die Umstellung von einem „normalen“ Leben zu einem Leben als Rollstuhlfahrer ist ein langer und schwieriger Prozeß. Als Schwierigkeit kommt dazu, daß ich lange nicht darüber aufgeklärt wurde, daß es einen Rollstuhl mit Kinnsteuerung gibt. Der Beratungsprozeß war am Anfang sehr problematisch, weil mein psychischer Zustand mich daran gehindert hat, überhaupt eine Beratungsstelle aufzusuchen. Ein zweites Problem war, daß meine Eltern zur Zeit nach dem Unfall so gut wie kein Deutsch sprachen. Das heißt, neben die allgemeinen Sprachprobleme traten Hindernisse bei der Kommunikation mit den Behörden.

Erst nach etwa drei oder vier Jahren suchte ich zum ersten Mal eine Beratungsstelle auf. Damals begann der Prozeß meiner Aufklärung über die Behinderung und mein Bewußtsein darüber, daß es für mich professionelle Hilfe gibt. Ein Umdenkprozeß kam bei mir in Gang, der mich ermutigte, etwas mit meinem zweiten Leben anzufangen. Sehr geholfen hat mir dabei zu sehen, wie andere Betroffene, die ich bei den Beratungen getroffen habe, mit ähnlichen Behinderungen umgegangen sind.

In dieser Zeit erfuhr ich auch einiges über Zugangsbarrieren zu den Beratungsstellen, zum Beispiel die Zurückhaltung und das Zögern – „Was kommt auf mich zu?“ Ich war selber in Gedanken nicht flexibel.

4. Beratungssituation in Deutschland aus Sicht eines Betroffenen

Beratung wird heute oft an den spezifischen Bedürfnissen der Klientengruppe ausgerichtet. Frauen beispielsweise suchen bevorzugt Beratungsangebote von Frauen auf,

die ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Menschen mit Behinderungen sind dagegen immer noch auf Beratungen angewiesen. Die Beratungen, die sie bekommen, verfestigen aber größtenteils die Dominanz und Normen der Nichtbehinderten (Miles-Paul 1992). In dieser Hinsicht hat es bislang leider wenige Verbesserungen gegeben.

Interkulturelle Behindertenberatung: Für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen psychosozialer und gesundheitlicher Einrichtungen wird die Kompetenz, zwischen den Anliegen der Klienten und den Aufgaben ihrer jeweiligen Institutionen vermitteln zu können, zu einer zunehmend bedeutsamen Aufgabe. Immer weniger können wir davon ausgehen, dass die Menschen, denen wir begegnen, gleiche Vorstellungen über die Welt, über soziale und professionelle Rollen und über Sinn und Zweck gesundheitlicher und psychosozialer Serviceeinrichtungen haben oder darüber, was eine Behinderung zu haben, krank bzw. gesund zu sein überhaupt bedeuten. Bei Migranten wird dies am deutlichsten, aber auch ohne Migration entwickeln hochkomplexe Gesellschaften immer differenziertere Subkulturen mit höchst unterschiedlichen Werten und Haltungen.

Die Effektivität beraterischer und therapeutischer Serviceleistungen für den Personenkreis der Klienten aus anderen Kulturen hängt entscheidend davon ab, ob es gelingt, Verständigung zwischen ihnen und den beratenden Einrichtungen herzustellen. Kommunikation ist schon innerhalb des gleichen Kulturkreises eine komplexe und nicht leicht zu erreichende Aufgabe, die für alle Beteiligten eine große Herausforderung bedeutet.

Ein gutes Beispiel für eine erfolgreiche Beratung behinderter Menschen mit Migrationshintergrund ist das **Netzwerk Migration und Behinderung**. Das Netzwerk Migration und Behinderung¹²⁹ ist ein Zusammenschluss von Menschen, die in diesem Feld beruflich tätig sind, sich privat engagieren und fortbilden möchten. Wir sind kein Verein und bisher an keine Institution angebunden. Die Verwaltung und Organisation wird durchgängig ehrenamtlich organisiert. Die Aufgaben des Netzwerkes: Bisher existieren über die Bundesrepublik verteilt – zum Teil schon seit vielen Jahren – verschiedenste Angebote für von Behinderung betroffene Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen. Diese sind jedoch überwiegend regional tätig und auf wenige Ballungszentren begrenzt. Um Interessierte und Betroffene zum Thema Migration und Behinderung sowie die bereits in diesem Feld tätigen Professionellen und Ehrenamtlichen miteinander ins Gespräch zu bringen, gründete sich das Netzwerk Migration und Behinderung im Jahr 2001 als bundesweite Institution. Durch das Netzwerk sollen einschlägige Informationen über die Arbeit von Instituten, Vereinen und Privatpersonen einem breiteren Publikum in ganz Deutschland zugänglich gemacht werden. Das Netzwerk Migration und Behinderung bietet sich für alle als Forum an, die in irgendeiner Form mit diesem Thema konfrontiert sind. Es verknüpft damit auch schon existierende Selbsthilfestrukturen von in die Bundesrepublik migrierten Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen.

¹²⁹ vgl. www.handicap-net.de (zuletzt geprüft am 2. März 2009)

4.12 Fazit: Empfehlungen aus Studien, Aufsätzen, Berichten und Empfehlungen

Das Thema „Migration und Gesundheit“ ist generell in der Fachdiskussion angekommen, wobei die Akutmedizin und präventive Aspekte im Vordergrund stehen. Chronische Erkrankungen werden auch bereits thematisiert, dabei vor allem Diabetes, psychische Erkrankungen / Depression und Demenz. Nachholbedarf besteht jedoch bei einer weitergehenden Sicht von Behinderung, die über medizinische Aspekte hinausgeht, und bei der Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen.

Als „herausdestillierte“ Prinzipien für erfolgreiche Zugangswege in der Beratung sind nach Ansicht der AutorInnen relevant:

- interkulturelle / kultursensible Arbeit / interkulturelle Teams / Diversity-Prinzip
- Beachtung von Genderfragen
- Kommunikation auf Augenhöhe
- Überwinden von Sprachbarrieren / muttersprachliche Medien + BeraterInnen
- Vom Defizitblick zur Ressourcenwahrnehmung
- Orientierung an den jeweiligen Lebenswelten
- Einbezug der Betroffenen, auch als BeraterInnen
- Vernetzung mit MigrantInnen-Communities
- Arbeit mit Schlüsselpersonen, auch mit „Autoritäten“
- Spracharme, kreative Informationsmaterialien
- Niedrigschwellige, wohnortnahe Angebote / Zugeh- und Begleitstrukturen
- Barrierefreiheit im räumlichen und informatorischen Sinne
- Aktivierung von Selbsthilfepotenzial durch Empowerment

Es ist nun zu fragen, inwieweit sich diese „Destillate“ auch in der nachfolgenden Befragung bestätigen lassen.

5. Bestandsaufnahme – Feld vier: Projekte und Initiativen

Bei der Arbeit in diesem Untersuchungsfeld sind wir auf eine Anzahl von Projekten und Initiativen gestoßen, die sich an der Schnittstelle von Behinderung und Migration gebildet haben. Während einige von ihnen bereits mehrere Jahre bestehen, sind andere wiederum erst in der letzten Zeit entstanden. Bei den AutorInnen der Studie ist so zum einen der Eindruck entstanden, dass es eine zunehmende Bereitschaft gibt, sich auf die Arbeit an dieser Schnittstelle einzulassen und neue Projekte ins Leben zu rufen. Zum anderen haben wir den Eindruck gewonnen, dass diese Initiativen häufig nicht voneinander wissen und eine Vernetzung dringend erforderlich ist.

In der nachstehenden Übersicht sind – getrennt nach Bund und Berlin – einige Projekte aufgelistet, die uns im Rahmen dieser Studie begegnet sind. Teilweise sind diese Projekte auch als Befragungsteilnehmende im Bereich E = ExpertInnen¹³⁰ angeschrieben worden, um von ihren Erfahrungen profitieren zu können. Es wurde aus Kapazitätsgründen an dieser Stelle darauf verzichtet, detailliert die Arbeitsschwerpunkte und die Kontaktdaten der Initiativen auf Bundesebene und der Berliner Projekte zu beschreiben. Dies könnte (eventuell auch in erweitertem Umfang) die Aufgabe einer eigenständigen Publikation werden.

Bundesweit

- AWO Kreisverband Göppingen, Projekt „Gesundheitsförderung bei älteren Migranten“ (Göppingen)
- AWO-Migrantenzentrum Gelsenkirchen-Bottrop, Fachstelle Demenz und Migration (Gelsenkirchen) + Internationales Migrantenzentrum Paulstrasse (Gelsenkirchen-Bottrop)
- bezev – Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V. (Essen)
- Birlikte Yasam, Verein der Familien mit behinderten Kindern und der Behinderten e.V. (Düsseldorf)
- Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit DTGPP e.V. (Marburg)
- Deutscher Diabetiker Bund, LV NRW: Projekt: „Selbsthilfeaktivierung von Diabetikern aus nicht-deutschen Kulturkreisen“ (Duisburg)
- Donna Mobile, Mobile Gesundheitsberatung für MigrantInnen und ihre Familien (München)
- Ethno-medizinisches Zentrum, Projekt „MiMi - Mit Migranten für Migranten - Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“ (im Auftrag des BKK Bundesverbandes) (Hannover)

¹³⁰ vgl. dazu Abschnitt 6.3

- Forum „Migrantinnen und Migranten im Paritätischen Wohlfahrtsverband“ (Frankfurt am Main)
- Gesellschaft für türkischsprachige Psychotherapie und psychosoziale Beratung (ehem. Arbeitskreis türkischsprachiger PsychotherapeutInnen) (Bochum)
- Gesundheitszentrum für MigrantInnen (Köln)
- Handicap International e.V., Projekt ComIn für behinderte Flüchtlinge und MigrantInnen (München)
- Hilfe für das behinderte Kind e.V. + Caritasverband Stadt und Landkreis Coburg: Projekt zur Förderung der Selbsthilfe und im Freizeitbereich (Coburg)
- IBIS- Interkulturelle Arbeitsstelle „All inclusive“ EU- Projekt zur interkulturellen Öffnung der Behindertenhilfe (Oldenburg)
- Klinikum Nürnberg, Fernlehrgang „Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen“ (Nürnberg)
- Lebensräume e.V.: Kompetenzzentrum für die gemeindepsychiatrische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund (Bielefeld)
- Lebenshilfe Bremen, Beratungsstelle „Behinderung und Migration“ (Bremen)
- Lebenshilfe Tübingen Projekt „Willkommen!“ (Tübingen)
- Malteser Migranten Medizin (Köln, München, Darmstadt, Frankfurt am Main, Hannover, Münster, Hamburg)
- MerkMal! Netzwerk Migration und Behinderung e.V. (Düsseldorf)
- MiBoCap – Migration und Berufsorientierung mit Handicap, Projekt der Gesamtschule Holweide (Köln)
- MigrantinnenGESundheit (MIGES) Kreisgesundheitsamt Ludwigsburg (Ludwigsburg b. Stuttgart)
- Migrantenambulanz - Rheinische Kliniken (Langenfeld)
- Netzwerk für Frauen und Mädchen mit Behinderung in Bayern e.V., Projekt: Behinderte Frauen und Mädchen mit Migrationshintergrund in Deutschland“ (München)
- Paritätisches Bildungswerk Projekt IKB - „Interkulturelle Öffnung der Behindertenhilfe“ (Frankfurt am Main)
- Psychiatrische Hilfgemeinschaft Duisburg gGmbH: „Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit einer geistigen Behinderung auch mit Migrationshintergrund“ (Duisburg)

- TIM e.V., Türkisch-Deutscher Verein zur Integration behinderter Menschen e.V. (Nürnberg)
- Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e.V. (Gießen)
- Uemit e.V., besser miteinander, (Köln)
- Zentrum für selbstbestimmtes Leben Mainz e.V., Projekte „GIB - Ganzheitliche Integration behinderter und chronisch kranker Migranten und Migrantinnen“, Beratung + Frauengruppe für Frauen mit Migrationshintergrund (Mainz)

Berlin

- AKARSU e.V. – Gesundheitsetage mit unterschiedlichen Kursangeboten
- ASL e.V. Arbeitsgemeinschaft für selbstbestimmtes Leben schwerstbehinderter Menschen e.V., Beratung auch in Polnisch (auch türkisch und russisch möglich)
- AWO-Begegnungszentrum Berlin Kreuzberg-Friedrichshain (unter anderem Beratung und Hilfe zur Selbsthilfe für MigrantInnen im Bereich der Gesundheitsförderung)
- AWO LV Berlin, Fachforum „Behinderte Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in Berlin“
- Berliner Gesellschaft türkischer Mediziner (BTM)
- Berliner Zentrum für selbstbestimmtes Leben e.V., Projekt „Fachstelle für Flüchtlinge mit Behinderungen“
- BIGHELP e.V., Türkischer Behinderten- und Seniorenverein
- Bund türkischsprachiger Fachkräfte im psychosozialen Bereich und Gesundheitswesen (BTF)
- DETA MED – Hauskrankenpflege, ambulant und interkulturell
- Diakonisches Werk Neukölln-Oberspree e.V., Projekt „Ambulanter Dienst für MigrantInnen“
- Diakonisches Werk Berlin e.V. „Projekt UGRAK-Beratung“, Beratung für behinderte Frauen aus der Türkei
- Eltern beraten Eltern von Kindern mit und ohne Behinderung e.V., Kinder-Eltern-Gruppe für MigrantInnen
- EM-DER, Interkulturelles Seniorenzentrum, Hilfs- und Solidaritätsverein für türkische Rentner, Behinderte und Senioren

- Ethnopsychiatrische Ambulanz, Charité
- Gesundheit Berlin e.V.: Gemeindedolmetschdienst Berlin
- IBBC - Interkulturelles Beratungs- und Begegnungs-Centrum, Beratung, Broschüre „Wegweiser für Menschen mit Behinderung“ in türkisch und arabisch
- Lebenshilfe Berlin, BAB gGmbH - Beratung und ambulante Betreuung- interkulturell
- Reuterkiez Mittenmang e.V., Beratung Migration + Behinderung
- Selbsthilfe-Treffpunkt Friedrichshain-Kreuzberg: Russischsprachige Rheumagruppe
- Selbsthilfegruppe türkischer Diabetiker e.V.
- Selbsthilfegruppe türkischer Mütter mit behinderten Kindern
- Telefonseelsorge: DOWERIA – Berlins russischsprachiges Krisentelefon
- Türk Bakim Evi: Pflegeheim für pflegebedürftige Senioren aus der Türkei
- Türk Kadinal Grubu – Selbsthilfegruppe türkische Frauen mit Depressionen
- Vista gGmbH, Sprechstunde für Angehörige von russischsprachigen Drogenabhängigen
- VdK Berlin-Brandenburg e.V., Projekt „IDEM“ – Informationszentrum für demenziell und psychisch erkrankte sowie geistig behinderte Migrantinnen und ihre Angehörigen sowie eine Koordinierungsstelle „Rund ums Alter“ Tempelhof-Schöneberg mit einer Informationsreihe für Migrantinnen

Aus Sicht der AutorInnen wird aus dieser Aufstellung deutlich, dass das Thema bei den meisten Wohlfahrtsverbänden, den Trägern der Behindertenhilfe angekommen zu sein scheint, vor allem bei der Arbeiterwohlfahrt (AWO). Bei den Verbänden der Behinderten-selbsthilfe besteht jedoch noch Nachholbedarf: Bis auf Ortsvereinungen der Lebenshilfe (etwa Berlin, Bremen, Tübingen), der Rheuma-Liga Berlin, dem ZSL Mainz oder dem VdK Berlin-Brandenburg ist das Thema bei den Behindertenorganisationen vielfach nicht existent. Demgegenüber gibt es lokale und nicht an überregional arbeitende Behindertenverbände angebundene Vereine (etwa in Köln oder Nürnberg), die bereits länger erfolgreich an der Schnittstelle Behinderung und Migration arbeiten.

Im Bereich der Migrantenselbstorganisationen (MSOs) scheint die Thematik am ehesten in der türkischstämmigen Community angekommen zu sein. Inhaltlich geht es bei den Projekten vorrangig um die Belange von Eltern mit behinderten Kindern beziehungsweise um psychische Erkrankungen / Depression, um Erkrankungen an Diabetes, um Sucht und Demenz.

Ein aktuelle Übersicht über bestehende Initiativen und Projekte (vor allem in Bereich der Gesundheitsförderung) ist über den Infodienst „Migration und öffentliche Gesundheit“ (Rubrik „Projekte und Ideen“) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu erhalten¹³¹.

¹³¹ vgl. www.infodienst.bzga.de (auch in gedruckter Form erhältlich)

6. Befragung in vier unterschiedlichen Feldern

Nach der bereits erfolgten Bestandsaufnahme im Bereich der vorhandenen Gesetze und Dokumente, von Statistiken, Literatur und Projekten wurde eine Befragung in vier unterschiedlichen Feldern vorgenommen, die mit vier unterschiedliche Fragebögen gearbeitet hat:

- Fragebogen für Behindertenorganisationen und Beratungsstellen (B)
- Fragebogen für Migrantenorganisationen (M)
- Fragebogen für ExpertInnen (E). Dies sind Einzelpersonen und Organisationen, die bereits im Schnittmengenbereich von Behinderung/chronische Krankheit und Migration tätig sind und konkrete Erfahrungen aufweisen.
- Fragebogen (anonym) für behinderte/chronisch kranker MigrantInnen (EP)

Alle Fragebögen wurden projektintern in mehreren Korrektur-Durchläufen erstellt¹³². Außerdem wurde der Fragebogen EP von einem in Berlin lebenden Empowerment-Trainer mit Migrationshintergrund auf kultursensible Frageformulierung hin überprüft.

Ziel war es, auf maximal vier Seiten DIN-A-4 halboffene Instrumente zu entwickeln, auf denen neben Antworten zum Ankreuzen viel Raum für eigene Mitteilungen blieb. Dadurch wurden die Bögen zwar schwerer auszuwerten, im Nachhinein zeigte sich aber, dass von der Möglichkeit der freien Mitteilung reger Gebrauch gemacht wurde.

Unterteilt waren die Fragebögen in mehrere Komplexe: allgemeine Angaben zu den Angeboten, Fragen zu Informationsangeboten, Fragen zu Beratungsangeboten, Raum für weitere individuelle Ergänzungen. Die Sprache der Fragebögen B, M und E war Deutsch, der Fragebogen EP wurde außer in Deutsch noch auf Türkisch, Kurdisch, Arabisch, Russisch, Vietnamesisch, Bosnisch, Kroatisch, Serbisch und Polnisch vorgehalten. Die Auswahl der Sprachen erfolgte nach der Größenordnung der Staatsangehörigkeiten der ZuwandererInnen und EinwohnerInnen in Berlin¹³³ (s. nachstehende Auflistung; unberücksichtigt blieben hierbei: EU 15, USA, China, Australien/Ozeanien):

- 116.665 (Türkei-türkisch-kurdisch)
- 46.178 (Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Serbien und Montenegro - bosnisch, serbisch, kroatisch)
- 42.889 (Polen-polnisch)
- 22.882 (Libanon, Marokko, Algerien, Tunesien, Ägypten, Syrien, Irak, Iran – arabisch)
- 20.270 (Russland, ehem. Sowjetunion, Weißrussland - russisch)
- 11.513 (Vietnam – vietnamesisch)

¹³² vgl. Wiedergabe der Fragebögen in der Anlage

¹³³ 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 (zuletzt geprüft am 21. März 2008)

Versand und Rücklauf

Die Adressen zum Versand der Fragebögen wurden aus aktuellen Adressverzeichnissen (Senat Berlin, Dachverbände von Behinderten- bzw. Migrantenorganisationen, etc.) zusammengestellt. Angesichts der Tatsache, dass es sich um eine schriftliche Erstbefragung mit einem eher diffusen Adressbereich handelte, wurde eine durchschnittliche Rücklaufquote von 15 Prozent als ein „gutes Ergebnis“ erwartet¹³⁴.

Im Befragungsbereich B wurden 148 Fragebögen versandt, es kamen 50 verwertbare Antworten (33,8%) zurück. Acht Antworten kamen frei formuliert zurück. Dargestellt in Schaubildern und Tabellen wurden jedoch nur die Antworten auf den Fragebögen, sodass sich eine Gesamtrücklaufzahl von 42 (N = 42) ergab. Die „freien“ Antworten wurden jedoch zusätzlich in die allgemeine Auswertung und die Formulierung der Empfehlungen einbezogen.

Im Befragungsbereich M wurden 150 Fragebögen versandt, es kamen 26 verwertbare Antworten (17,3%) zurück. Drei Antworten kamen frei formuliert zurück, Basis für die Auswertung waren 23 Fragebögen (N = 23).

Im Befragungsbereich E, der auch ExpertInnenorganisationen außerhalb von Berlin umfasste, wurden 80 Fragebögen versandt, es kamen 23 verwertbare Antworten (28,75 %) zurück, davon waren fünf frei formuliert, Basis für die Auswertung waren 18 Fragebögen (N = 18). Zusätzlich wurden zwei ExpertInnenorganisationen besucht und die Ergebnisse protokolliert.

Für Fragebögen für betroffene Einzelpersonen existierte kein Verteiler, sondern sie wurden sowohl per Post, persönlich oder per mail an Interessenten oder Organisationen versandt, die Interesse geäußert hatten. Der Rücklauf war jedoch relativ gering. An betroffenen Einzelpersonen (EP) konnten sieben Fragebögen ausgewertet werden. Zusätzlich flossen jedoch Ergebnisse aus einer interkulturellen Veranstaltung der AWO (LV Berlin) in diesen Teil ein.

Als Besonderheit ist noch zu verzeichnen, dass es (ungeplant) weitere Rückläufe von Fragebögen gab: Die „Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit älteren Migrantinnen und Migranten“ (IKoM)¹³⁵ hatte nach Rücksprache mit den AutorInnen den Fragebogen B auf ihre Homepage gestellt. Daraus ergab sich eine Reihe von weiteren Rückmeldungen aus dem gesamten Bundesgebiet, die getrennt ausgewertet wurde und in einem „Exkurs“ dargestellt werden. Aus dem „ungeplanten“ Bereich IKoM kamen weitere 39 Antworten (N = 39), sodass insgesamt 137 Antworten von Organisationen/ExpertInnen ausgewertet werden konnten.

Aus diesen Rücklaufzahlen wird bereits jetzt deutlich, dass auf Seiten der Behindertenorganisationen und –beratungsstellen eine höhere Aufgeschlossenheit für das Thema besteht als bei den Migrantenorganisationen. Die betroffenen Einzelpersonen mit Migrationshintergrund waren sehr zurückhaltend in ihrer Beteiligung, was unter anderem dadurch zu erklären sein könnte, dass es vielfach mit Scham und Schuldgefühlen verbunden ist, sich offen zu einer (eventuell sogar nicht sichtbaren) Behinderung zu bekennen.

¹³⁴ <http://de.wikipedia.org/wiki/Rücklaufquote>

¹³⁵ vgl. dazu www.ikom-bund.de

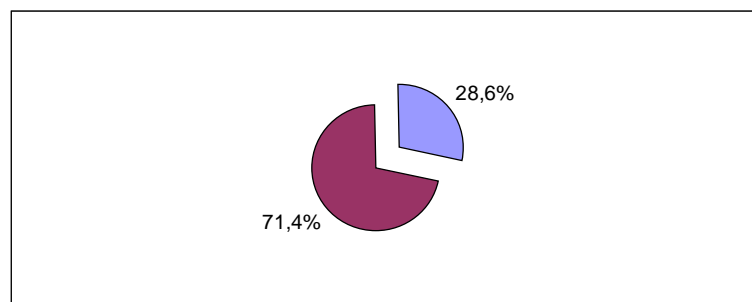
6.1 Ergebnisse der Befragung – Feld eins: Behinderung

Bereich Behinderung / Chronische Krankheit (B) - (Organisationen, Verbände, Beratungsstellen):

Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse der Befragung im Bereich Behinderung auf der Basis von 42 Fragebögen (N = 42) wiedergegeben, wobei die Bezeichnung der Schaubilder mit der Numerierung der Fragen korrespondiert. Bei allen Darstellungen in Kreissegmenten ergibt die Summe der Antworten 100 %, bei allen Darstellungen in Balkenform waren Mehrfachnennungen möglich, sodass keine Aufsummierung auf 100 % möglich ist.

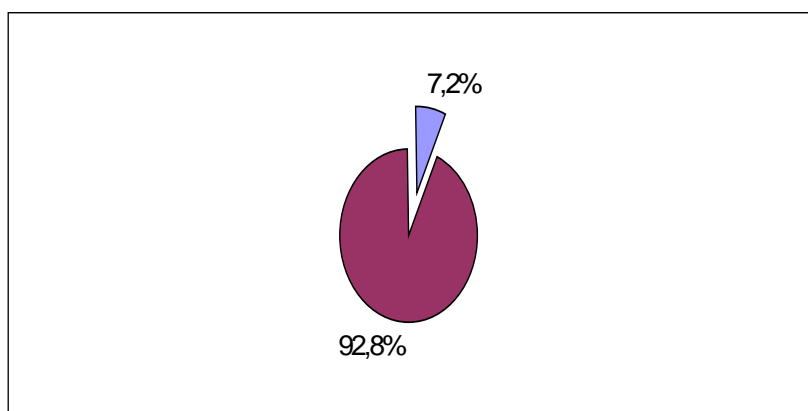
Bereich: Angebote der Organisationen

B 1.4 Haben Sie spezielle Angebote für MigrantInnen mit Behinderungen / mit chronischer Krankheit / mit einem langandauerndem Gesundheitsproblem?



Mit „Nein“ antworteten 71,4 %, mit „Ja“ antworteten 28,6 %.

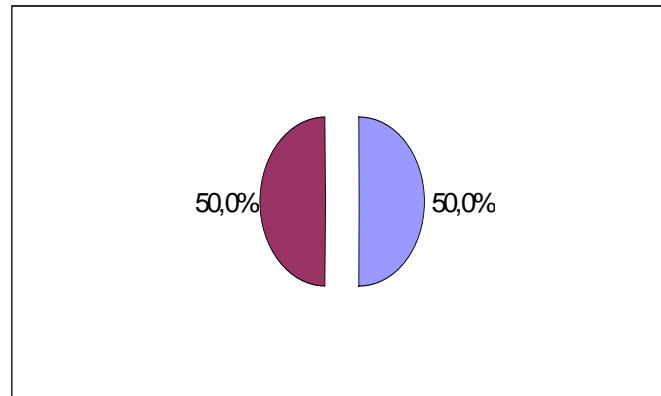
B 1.5 Gibt es spezielle Angebote nur für Männer oder nur für Frauen mit Migrationshintergrund?



Ja 7,15 %, Nein 92,8 %

Bereich: Informationsangebote

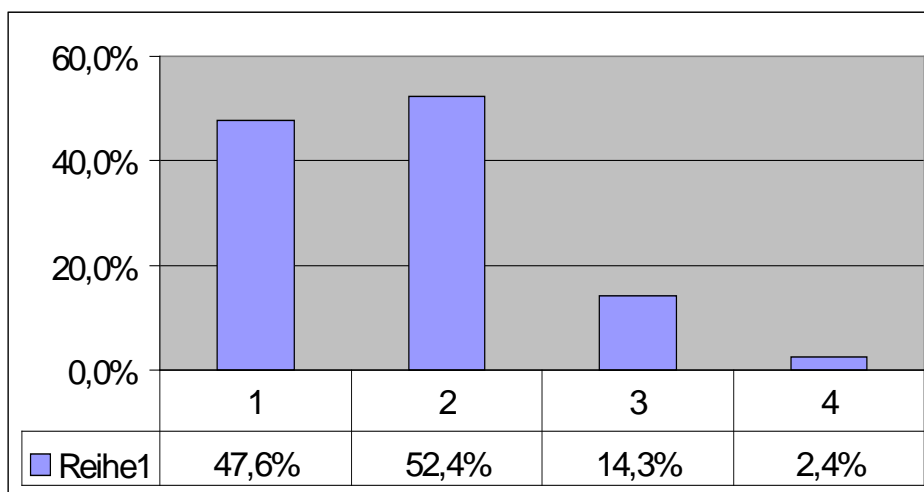
B 2.1 Haben Sie Informationsangebote für MigrantInnen mit Behinderungen / mit chronischer Krankheit / mit einem langandauerndem Gesundheitsproblem?



Ja 50 %, Nein 50 %

Bei dieser Grafik fällt auf, dass ein hoher Anteil der Befragten über entsprechende Informationsmaterialien verfügen will. Bei der Nachfrage jedoch, welche dies seien, stellte sich heraus, dass viele über allgemeines Informationsmaterial verfügen, das, ja „auch für Migranten“ zugänglich sei. Eindeutig spezielles Informationsmaterial wiesen demnach nur noch 16,7% auf.

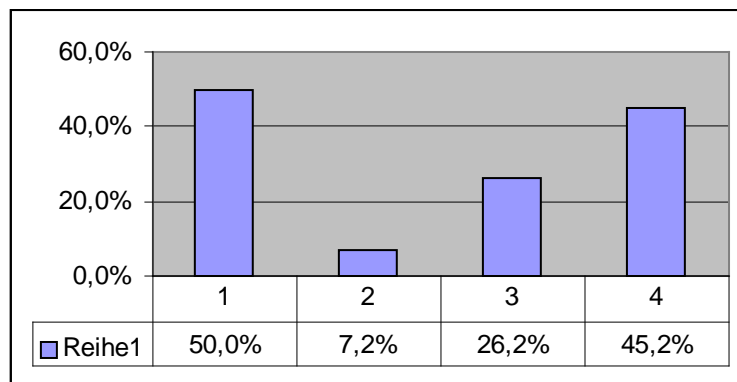
B 2.2 Wie sind diese Materialien verfügbar?



- 1: Keine Antwort 47,6 %
- 2: zum Lesen / Anschauen 52,4 %
- 3: zum Hören 14,3 %
- 4: in Blindenschrift 2,4 %

Diese Frage erfasste die Informationskanäle, Mehrfachnennungen waren möglich. Deutlich wird, dass der Schwerpunkt auf dem optischen Kanal liegt. Die Informationen in Blindenschrift wurden von einer Blindenorganisation angeboten.

B 2.3 In welchen Sprachen werden diese Informationen angeboten?

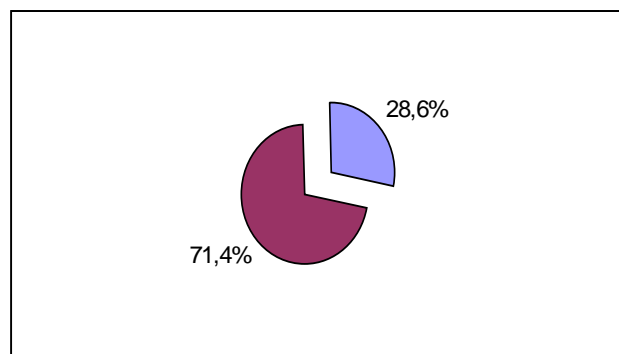


- 1: deutsch 50,0 %
- 2: Gebärdensprache 7,15 %
- 3: andere Sprachen 26,2 %
- 4: keine Antwort 45,2 %

Bei der Nennung anderer Sprachen dominierte Türkisch, gefolgt von Englisch, polnisch und russisch. Auf eine Abfrage von „Leichter“ Sprache für Menschen mit Lernschwierigkeiten wurde verzichtet, da sie über Fachkreise hinaus kaum bekannt ist

Die Fragen 2.4 und 2.5 zielten auf die Formen der Information beziehungsweise was für besonders wichtig gehalten wurde, damit die Information auch wirklich bei den Betroffenen ankommt. Bei den Antworten zu 2.4. dominierte mit großem Abstand das „Persönliche Gespräch“, gefolgt von „Diskussionsrunden“, „Broschüren“, „Faltblatt“, „Zeitung“ und „Homepage“. Andere Formen wie Radio, CD/DVD, Seminar, etc. wurden kaum genannt. Bei den Antworten zu 2.5 wurde für wichtig gehalten, dass es Informationsangebote in der Muttersprache gibt (MuttersprachlerInnen oder DolmetscherInnen), dass einfache Sprache und wenig Text hilfreich sind, dass die Angebote niedrigschwellig und in Vernetzung mit Migrantenorganisationen zu erstellen seien und dass persönliche Kontakte wichtig seien.

B 2.6 Planen Sie Veränderungen in Ihrem Informationsangebot für diese Gruppe?

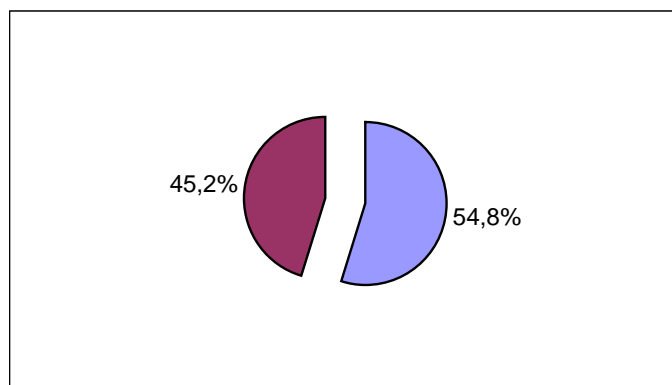


Nein 71,4 %, Ja 28,6 %

Nachgefragt, welche diese geplanten Veränderungen seien, wurde auf häufigsten die Übersetzung in andere Sprachen genannt, bzw. unspezifischer Veränderungsbedarf gesehen („Ausbau möglicherweise in der Zukunft“), außerdem sollten ein Modellprojekt, beziehungsweise eine integrative Kindergruppe entstehen.

Bereich: Beratung

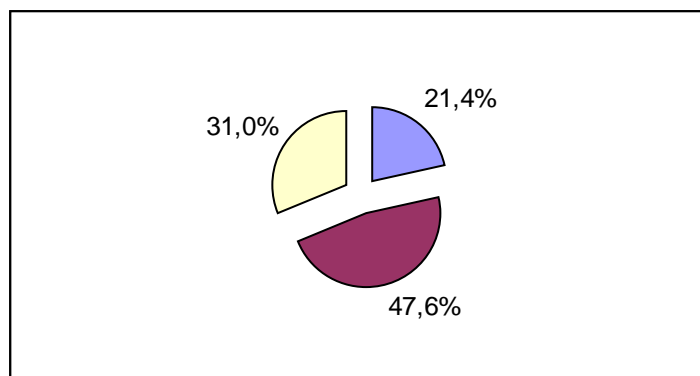
B 3.1 Haben Sie Angebote zur Beratung / Unterstützung / Hilfestellung für diese Gruppe?



Nein 45,2 %, Ja 54,8 %

Ähnlich wie in Frage 2.1 fällt der hohe Prozentsatz der Ja-Antworten von fast 55 % auf. Werden diese Angebote jedoch hinterfragt, worum es sich genau handele, so reduziert sich ein eindeutig zielgerichtetes Angebot auf 14,3 %. Die anderen Bejahungen haben den Hintergrund, dass die Beratung ja „für alle“ da sei und jeder kommen könne.

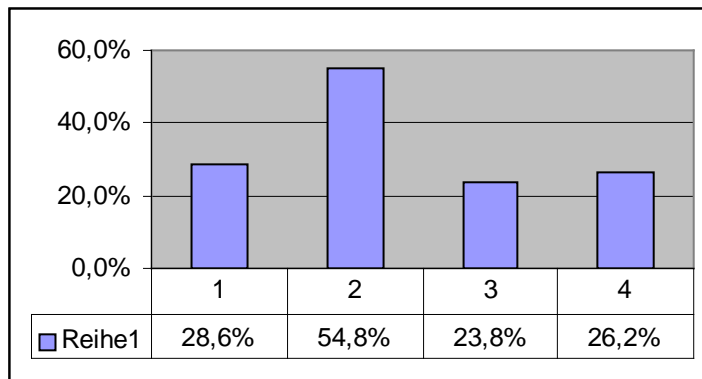
B 3.2 Wird Ihre Beratung / Unterstützung / Hilfestellung nach einem bestimmten Konzept durchgeführt?



Keine Antwort 21,4 %, ja 47,6 %, Nein 31,0 %

Auf Nachfrage zu den Konzepten wurde am häufigsten „Peer Counseling“ („Betroffene beraten Betroffene“) angegeben, ferner „systemisch“, „Hilfe zur Selbsthilfe“, „kultursensibel“, „klientenzentriert“, „ressourcenorientiert“, „gestalttherapeutisch“, „psychoonkologisch“ bzw. „multimodal interdisziplinär“. Auffällig ist jedoch, dass etwa ein Drittel nicht (!) nach einem bestimmten Konzept arbeitet und 20 % nicht auf diese Frage antworteten.

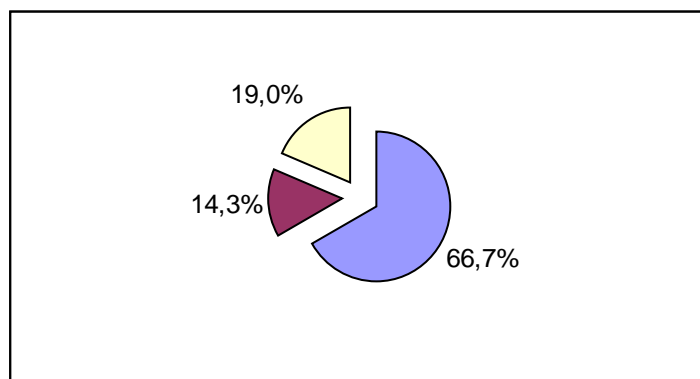
B 3.3 Wo wird diese Beratung durchgeführt?



- 1: Keine Antwort 28,6 %
- 2: In eigenen Beratungsstellen 54,8
- 3: Durch aufsuchende Beratung 23,8 %
- 4: Andere Orte 26,2 %

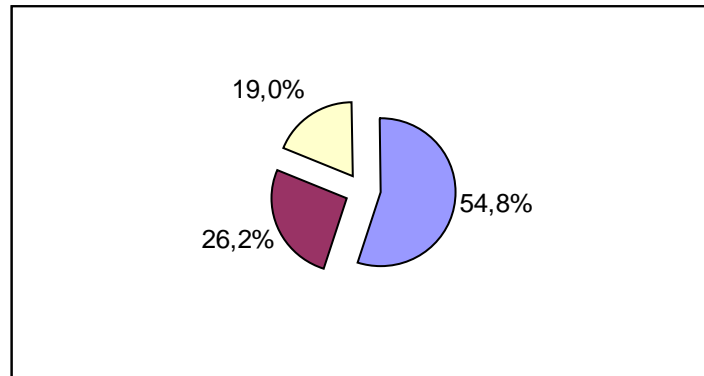
Hier dominieren die eigenen Beratungsräume beziehungsweise die von Kooperationspartnern. Aufsuchende Beratung wird von einem Viertel der Befragten praktiziert.

B 3.4 Unsere Beratungsräume sind stufenlos auch mit Rollstuhl zu erreichen.



Stufenlos ja 66,7 %, stufenlos nein 14,3 %, keine Antwort 19 %

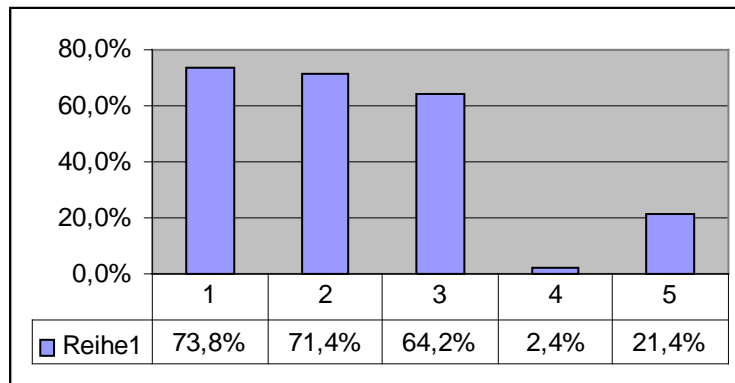
B 3.5 In unseren Beratungsräumen gibt es eine rollstuhlgerechte Toilette.



WC ja 54,8 %, **WC nein** 26,2%, keine Antwort 19,0 %

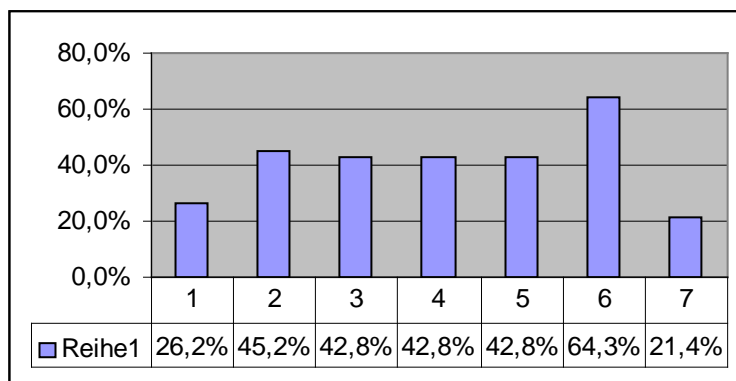
Die Fragen 3.4 und 3.5 zielten auf die Barrierefreiheit der Beratungsräumlichkeiten per Rollstuhl ab. Obwohl es sich bei den Befragten um Behindertenorganisationen oder – beratungsstellen handelt, ist es erstaunlich, dass über 14 % nicht stufenlos erreichbar sind und über 25 % keine rollstuhlgeeignete Toilette besitzen.

B 3.6 Wie wird diese Beratung durchgeführt?



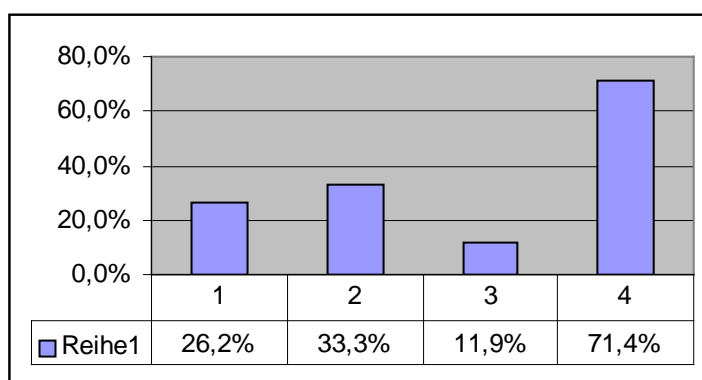
- 1: Angesicht zu Angesicht: 73,8 %
- 2: Telefon: 71,4 %
- 3: email: 64,2 %
- 4: Chat + Fax: je 2,4 %
- 5: keine Antwort: 21,4 %

B 3.7 Wer führt diese Beratung durch?



- 1: BmM¹³⁶ 26,2 %
- 2: BoM 45,2 %
- 3: BmB 42,8 %
- 4: BoB 42,8 %
- 5: Männl. B 42,8 %
- 6: Weibl. B 64,3 %
- 7: keine Antwort 21,4 %

B 3.8 In welchen Sprachen erfolgt die Beratung für diese Gruppe?



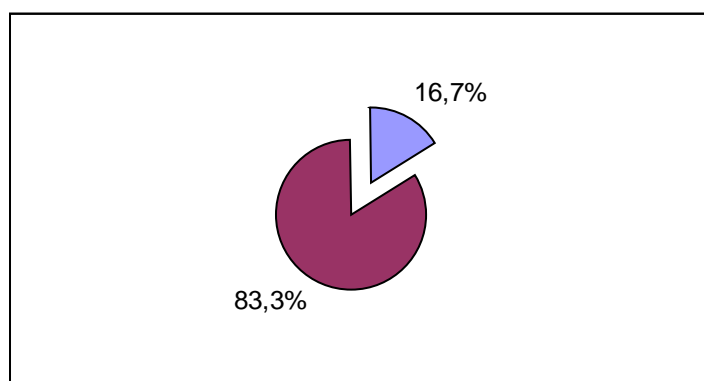
- 1: keine Antwort 26,2 %
- 2: andere Sprachen (auch mit Dolm.) 33,3 %
- 3: Gebärdensprache 11,9 %
- 4: Deutsch 71,4 %

Bei den „anderen Sprachen“ dominierte Türkisch vor Englisch und Französisch.

¹³⁶ BmM = BeraterInnen mit Migrationshintergrund, BoM = ohne, BmB = BeraterInnen mit Behinderung, BoB = ohne

Unter B 3.9 wurde gefragt, was man für besonders wichtig halte, damit eine Beratung bei der genannten Zielgruppe zum Erfolg führe. Am häufigsten wurden genannt: „kultursensibel“, „Beratung auch in der Muttersprache“, „Kompetenz, Wissen, Empathie“, „Erfahrung im Umgang mit Behinderung“, „Empowerment und Abbau von Mutlosigkeit“. Ferner wurde genannt: „Gute Rahmenbedingungen (Raum/Zeit)“, „Übernahme von Dolmetscherkosten“, „Verankerung in der MigrantInnen-Community“, „Deutsch sprechen können“ und „Anerkennung als ExpertInnen in eigener Sache“.

B 3.10 Planen Sie Veränderungen in Ihrem Beratungsangebot für diese Gruppe?



Ja 16,7 %, Nein 83,3 %

Nachgefragt, welche die geplanten Veränderungen seien, wurde etwa geantwortet „Erweiterung des Sprachangebotes“, „Modellprojekt“, „aufsuchende Gruppenberatung“, „Beratung für behinderte Flüchtlinge und Folteropfer“ und eine „Vorschulgruppe“.

Bereich: Was ist Ihnen sonst noch wichtig, zu diesem Thema zu sagen?

Nachstehend werden die Statements der Organisationen wiedergegeben, die sich zu dieser Frage geäußert haben:

- *Zusammenarbeit mit Stellen, die mit MigrantInnen zu tun haben*
- *Diese wichtigen Aufgaben werden leider nur unzureichend von staatlicher Seite finanziell und inhaltlich unterstützt*
- *Wir begrüßen Ihr Engagement*

- Die FU nimmt große Ausländischenanzahl an Studierenden von Nicht-EU-Ländern auf. Deshalb halte ich es für besonders wichtig, dass die Beratungen von einer Person mit Migrationshintergrund geführt wird. Ich bin selber ein Bildungsmigrant und kenne mich mit Problemen dieser Klienten aus, die die deutschen Studierenden mit Behinderung nicht zu kämpfen haben.
- Ausweitung kultursensibler Altenhilfe und Altenpflege
- Einzelpersonen mit Migrationshintergrund sind in Gruppen fest integriert – meist mit Angehörigen (Ehepartner, Elternteil): türkischer, afrikanischer, vietnamesischer Herkunft. Angebote, eine Gruppe speziell für Betroffene türkischer Herkunft einzurichten, fand keine Resonanz.
- Das Thema ist auch im Netzwerk behinderter Frauen unterrepräsentiert; für fachspezifische Kooperationen fehlen personelle Ressourcen
- Narkolepsie gehört zu den seltenen Krankheiten, nur 0,047 % der Bevölkerung können sie haben. Nur etwa 10-20 % darunter kennen ihre Diagnose. Einen besonderen Bedarf für Migranten gibt es somit nicht. Unsere Angebote sind für alle Betroffenen.
- Berliner Bezirke sind immer weniger bereit, Hilfen durch spezialisierte Fachkräfte durchführen zu lassen, Grund: Kostendruck. Beratungsbedarf steigt kontinuierlich, wird aber nicht finanziert
- Im Prenzlauer Berg leben Menschen mit Migrationshintergrund meist aus europäischen Ländern oder den USA
- Von Gesundheitsschäden sind sowohl Deutsche als auch ausländische Kinder betroffen. Da es keine bundesweite Statistik gibt, werden weder die Geburtsschäden, noch die Kinder, die betroffen sind, erfasst, z.B. nach Staatsangehörigkeit
- Betroffene Migranten zur Beratung hinzuziehen, bzw. beraten selbst Betroffene
- Integration ist wichtig, Information auch – geht aber nur, wenn die deutsche Sprache beherrscht wird
- Bisher hatten wir keine Probleme mit Migranten
- Unser Verein hat bisher nur sporadische Erfahrungen, wir bemühen uns, so gut es geht, zu beraten und wenn nötig, mit anderer Hilfe
- Eltern beraten Eltern, Gritznerstr., Berlin-Steglitz bietet unseres Wissens nach Beratung für Migranten
- Migration und Behinderung ist nur vor kurzem zum Thema geworden und es ist noch sehr viel zu tun in diesem Bereich
- Integration in deutsche Selbsthilfegruppen
- Mehr Unterstützung bei der Bereitstellung von Fördergeldern und Abbau der Bürokratie
- Zu uns kommen nur vereinzelt Migrantinnen, die sich dann problemlos in die allgemeinen Angebote unserer Einrichtung einfinden
- Zu uns kommen keine Personen mit Migrationshintergrund oder sehr wenige. Wenn jemand kommt, bringt er den Dolmetscher mit
- Wir sind ein gemeinnütziger Verband, der keine Gruppenberatung macht – sondern individuell Einzelberatung für unsere Mitglieder
- Es wäre natürlich hilfreich, wenn es Beratungsstellen gäbe, die Menschen die Informationen in ihrer Muttersprache geben könnten. Über das Internet kann man in fast jeder Sprache allgemeine Infos bekommen. Übersetzungen über Hilfsangebote in Deutschland sind doch aber nur für die „wenigen“ (?) nötig, die überhaupt kein Deutsch können, obgleich sie hier leben (!?).

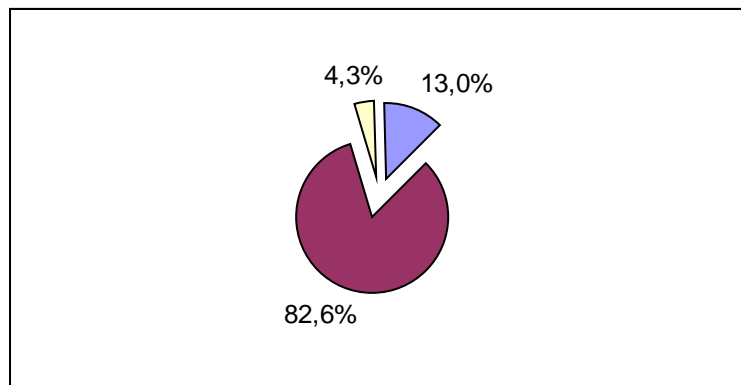
6.2 Ergebnisse der Befragung – Feld zwei: Migration

Bereich Migration / Integration (M) - (Organisationen, Verbände, Beratungsstellen):

Nachfolgend werden wieder die wichtigsten Ergebnisse der Befragung (N = 23) wiedergegeben, wobei die Bezeichnung der Schaubilder ebenfalls mit der Numerierung der Fragen korrespondiert.

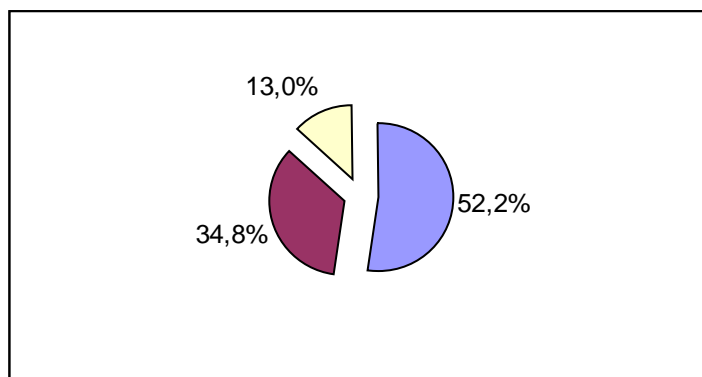
Bereich: Angebote der Organisationen

M 1.4 Haben Sie spezielle Angebote für Menschen mit Behinderungen / mit chronischer Krankheit / mit einem langandauerndem Gesundheitsproblem?



Ja 13,0 %, Nein 82,6 %, keine Antwort 4,3 %

M 1.5 Gibt es spezielle Angebote nur für Männer oder nur für Frauen?

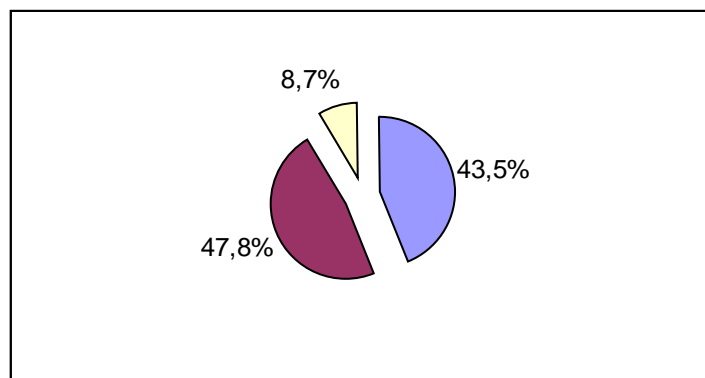


Ja 52,2 %, Nein 34,8 %, keine Antwort 13,0 %

Im Unterschied zu den Behindertenorganisationen gibt es hier deutlich mehr geschlechtsspezifische Angebote, was mit religiösen Gesichtspunkten (etwa Geschlechtertrennung bei Personen muslimischen Glaubens) erklärbar sein könnte.

Bereich: Informationsangebote

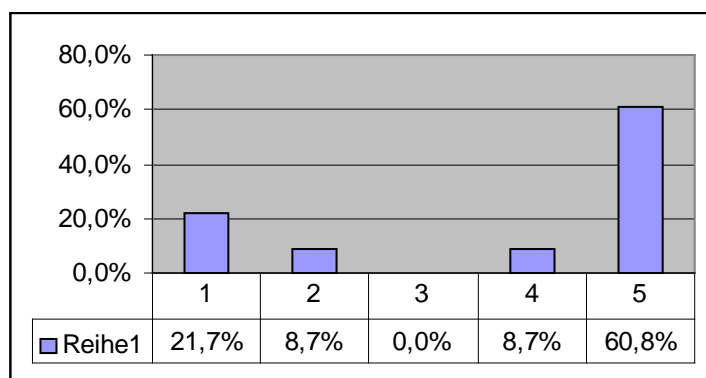
M 2.1 Haben Sie Informationsangebote für Menschen mit Behinderungen / mit chronischer Krankheit / mit einem langandauerndem Gesundheitsproblem?



Ja 43,5 %, Nein 47,8 %, keine Antwort 8,7 %

Im Gegensatz zum Bereich Behinderung waren die Angebote nicht allgemeiner Art, sondern eindeutig auf den Bereich Gesundheit/Behinderung ausgerichtet.

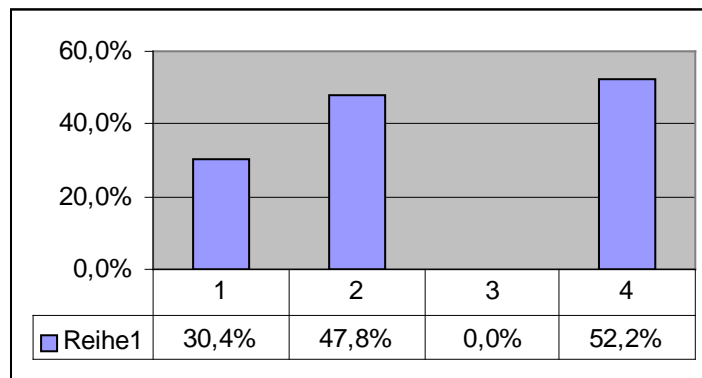
M 2.2 Wie sind diese verfügbar?



- 1: Zum Lesen / Anschauen 21,7 %
- 2: Zum Hören 8,7 %
- 3: in Blindenschrift 0,0 %
- 4: Sonstiges 8,7 %
- 5: keine Antwort 60,8 %

Auch hier, wie bei im Bereich Behinderung, dominiert der optische Kanal, jedoch weniger eindeutig. Dies könnte an der hohen Quote der Nichtantworter liegen.

M 2.3 In welchen Sprachen werden diese Informationen angeboten?

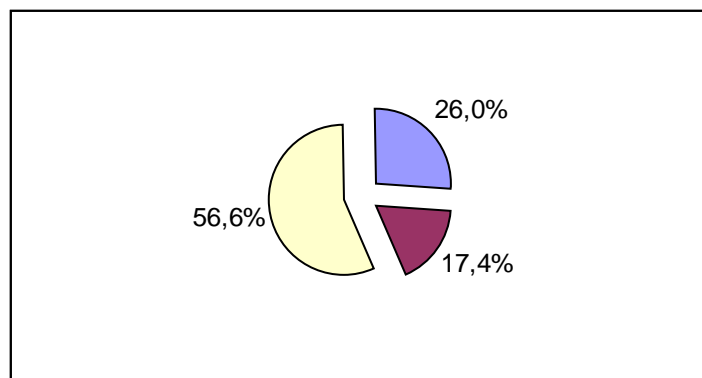


1: keine Antwort 30,4 % 2: In deutscher Sprache 47,8 %
 3: Gebärdensprache 0,0 % 4: andere Sprachen 52,2 %

Bei den „anderen Sprachen“ werden vorrangig genannt: „Türkisch“, „Arabisch“, „Russisch“, „Englisch“, „Spanisch“ und „Persisch“. Auffällig ist, dass „Gebärdensprache“ keine Rolle spielt.

Die Fragen 2.4 und 2.5 zielten ebenfalls auf die Formen der Information bzw. was für besonders wichtig gehalten wurde, damit die Information auch wirklich bei den Betroffenen ankommt. Bei den Antworten zu 2.4. dominierte (wie bei Behinderung) mit großem Abstand das „Persönliche Gespräch“, gefolgt von „Diskussionsrunden“, „Vortrag“, „Faltblatt“, „Broschüre“ und „Homepage“. „Radio“ wurde nur einmal genannt. Bei den Antworten zu 2.5 wurde für wichtig gehalten, dass es Informationsangebote in der Muttersprache gibt (MuttersprachlerInnen oder DolmetscherInnen), dass niedrigschwellige Erläuterungen hilfreich sind und dass der direkte Kontakt bzw. das persönliche Gespräch wichtig seien. Diese Empfehlungen decken sich fast wortgleich mit den Empfehlungen aus dem Bereich Behinderung.

M 2.6 Planen Sie Veränderungen in Ihrem Informationsangebot für diese Gruppe?

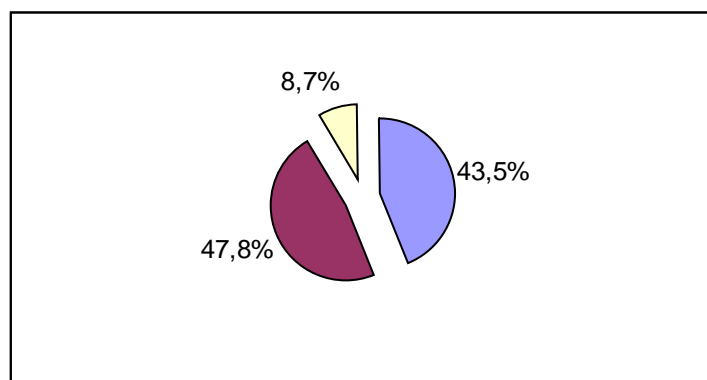


Keine Antwort 26,0 %, ja 17,4 %, nein 56,6 %

In der Nachfrage zu den geplanten Veränderungen wurden jedoch kaum konkrete Ziele angegeben.

Bereich: Beratung

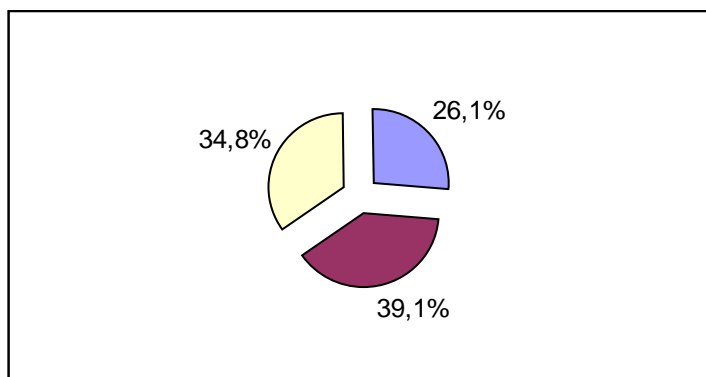
M 3.1 Haben Sie Angebote zur Beratung / Unterstützung / Hilfestellung für diese Gruppe?



Keine Antwort 43,5 %, ja 47,8 %, nein 8,7 %

In der Nachfrage wird deutlich, dass es sich nicht um die „Hauptaufgaben“ der Organisationen handelt und dass auch häufig an Behindertenorganisationen weitervermittelt wird.

M 3.2 Wird Ihre Beratung / Unterstützung / Hilfestellung nach einem bestimmten Konzept durchgeführt?

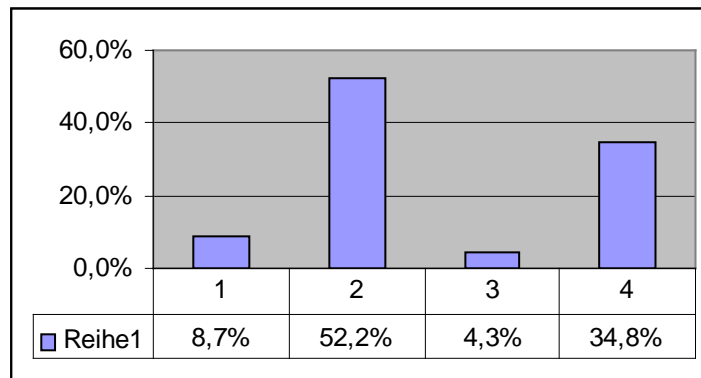


Keine Antwort 26,1 %, ja 39,1 %, nein 34,8 %

Im Vergleich zum Bereich Behinderung wird etwas weniger nach einem festgelegten Konzept gearbeitet. Wo dies geschieht wird am häufigsten genannt: „Hilfe zur

Selbsthilfe“, „nach interkulturellen Aspekten“ und „frauenspezifische, ressourcenorientierte Beratung“.

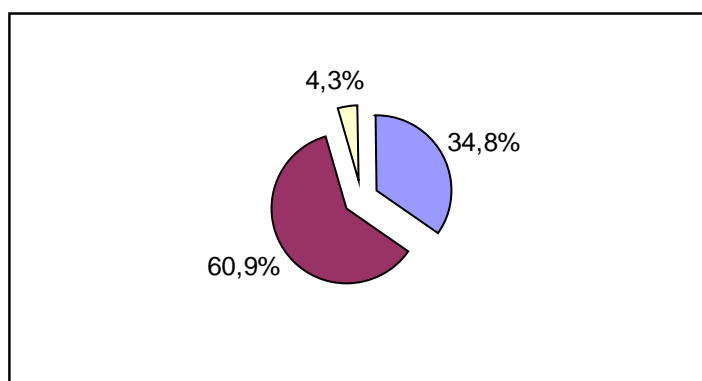
M 3.3 Wo wird diese Beratung durchgeführt?



- 1: keine Antwort 8,7 %
- 2: In eigenen Beratungsstellen 52,2 %
- 3: durch aufsuchende Beratung 4,3 %
- 4: findet statt in... 34,8 %

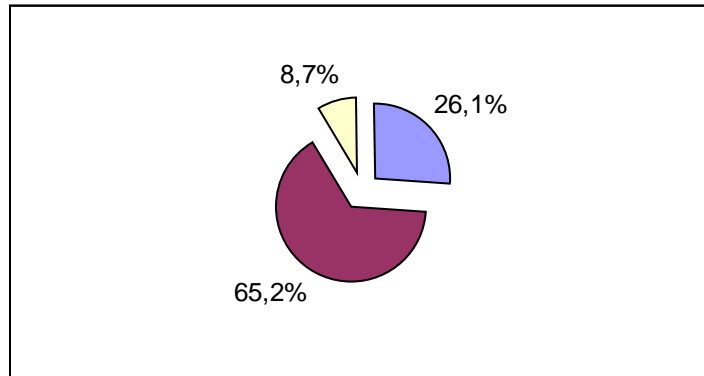
Im Vergleich zu Behinderung ist auffällig, dass es zwar einen ähnlich hohen Prozentsatz (über 50%) von eigenen Beratungsstellen gibt, eine „aufsuchende Beratung“ aber kaum ausgeprägt ist.

M 3.4 Unsere Beratungsräume sind stufenlos auch mit Rollstuhl zu erreichen.



Stufenlos ja 34,8 %, Stufenlos nein 60,9 %, keine Antwort 4,3 %

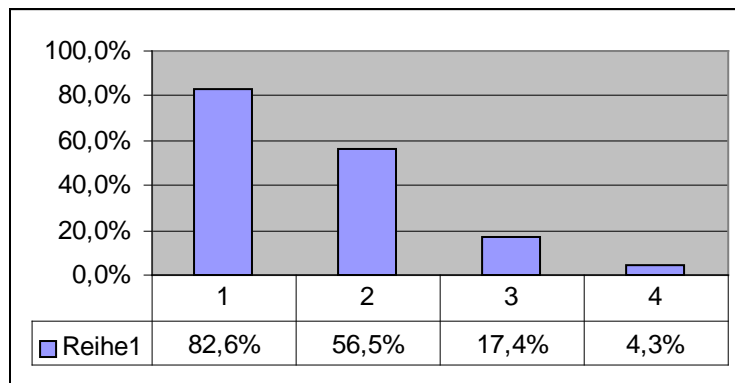
M 3.5 In unseren Beratungsräumen gibt es eine rollstuhlgerechte Toilette.



WC ja 26,1 %, WC nein 65,2 %, keine Antwort 8,7 %

Es war kaum zu erwarten, dass Fragen der Barrierefreiheit für Personen im Rollstuhl bei den Beratungsstellen von Migrantenorganisationen eine große Rolle spielen, trotzdem ist ein relativ hoher Prozentsatz an barrierefreier Infrastruktur vorhanden.

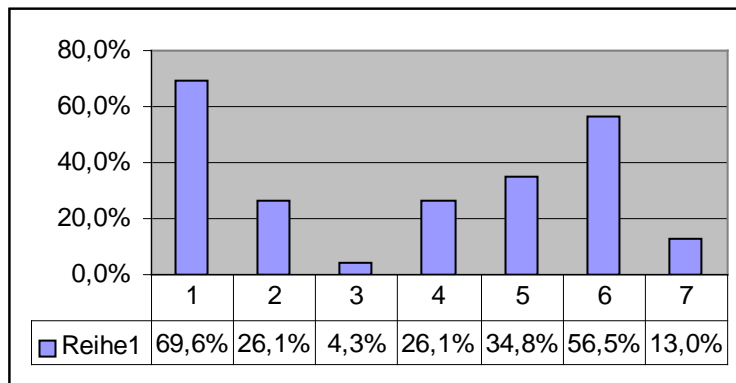
M 3.6 Wie wird diese Beratung durchgeführt?



1: Angesicht zu Angesicht 82,6 % 2: Telefon 56,5 %
 3: e-mail 17,4 % 4: Chat 4,3 %

Die direkte „face-to-face“-Beratung spielt hier eine noch größere Rolle als bei Behinderung, auffallend ist ferner der geringe Anteil der e-mail-Beratung (im Bereich Behinderung waren es über 64%). Dies kann jedoch daran liegen, dass die persönliche Mobilität im Bereich von Menschen mit Migrationshintergrund größer ist als bei Menschen mit Behinderung.

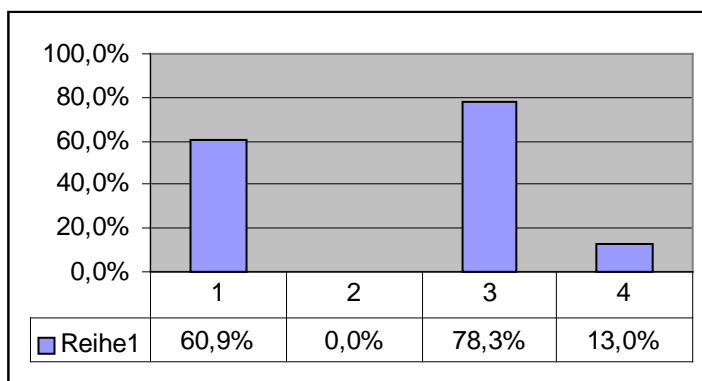
M 3.7 Wer führt diese Beratung durch?



- 1: BmM¹³⁷ 69,6 %
- 2: BoM 26,1 %
- 3: BmB 4,3 %
- 4: BoB 26,1 %
- 5: Männl. B 34,8 %
- 6: Weibl. B 56,5 %
- 7: keine Antwort 13,0 %

Es war zu erwarten, dass der Anteil der Beratenden mit Migrationshintergrund sehr hoch liegt. Auffällig ist, dass es kaum Beratende mit Behinderung gibt.

M 3.8 In welchen Sprachen erfolgt die Beratung für diese Gruppe?



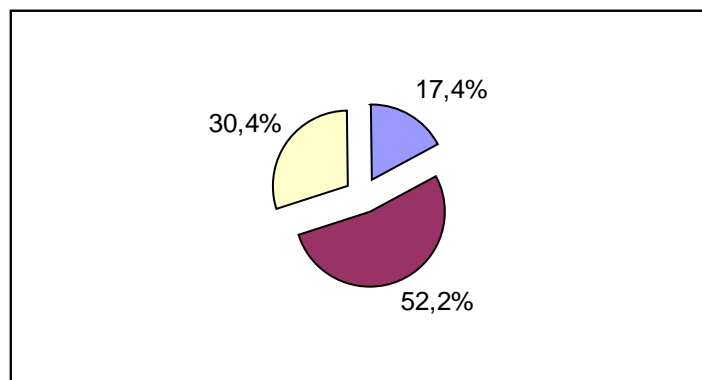
- 1: deutsch 60,9 %
- 2: Gebärdensprache 0,0 %
- 3: andere Sprachen 78,3 %
- 4: keine Antwort 13,0 %

¹³⁷ BmM = BeraterInnen mit Migrationshintergrund, BoM = ohne, BmB = BeraterInnen mit Behinderung, BoB = ohne

Bei den „anderen Sprachen“ wurden am häufigsten genannt: „Türkisch“, „Arabisch“, „Kurdisch“, „Russisch“, „Englisch“, „Spanisch“, „Persisch“, „Polnisch“ und „Französisch“.

Unter 3.9. wurde gefragt, was man für besonders wichtig halte, damit die Beratung Erfolg hat. Es wurden genannt: „Persönliches Gespräch“, „wenige schriftliche Informationen“, Beratung in verschiedenen Sprachen/muttersprachliche Beratung“, „Muttersprachliches Fachpersonal“, „Verlässlichkeit des Angebotes“, „interkulturelle Kompetenz“ sowie „Zeit/Geduld“ und „Fachwissen“.

M 3.10 Planen Sie Veränderungen in Ihrem Beratungsangebot für diese Gruppe?



Ja 17,4 %, Nein 52,2 %, keine Antwort 30,4 %

Fast ein identisch großer Prozentsatz wie im Bereich Behinderung (ca. 17%) plant Veränderungen, gibt diese aber nicht konkret an, ansatzweise werden die notwendigen Ressourcen dafür (Finanzen, Personal) angemahnt.

Bereich: Was ist Ihnen sonst noch wichtig, zu diesem Thema zu sagen?

Nachstehend werden wiederum die Statements der Organisationen wiedergegeben, die sich zu dieser Frage geäußert haben:

- zu „Behinderung“ und „chronischen Krankheiten“ gibt es ein Riesendefizit an Informationen in unserer Zielgruppe. Die Menschen wissen oft nur zufällig, an wen sie sich wenden können, die Ärzte klären oft nicht genügend auf. Es müssten mehr spezialisierte Fachleute aus ihre Einrichtungen heraus gehen und ihr Wissen in die Einrichtungen tragen, in denen sich die Zielgruppe befindet, also zum Beispiel Einrichtungen wie unsere, aber auch Migrantenselbstorganisationen. Die Sprachmittlung ist von entscheidender Bedeutung und muss organisiert und finanziert sein, (zum Beispiel als Co-Teaching!)
- Integrierte Angebote (situationsabhängig beraten wir Behinderte und andere gleichberechtigt mit dem Ziel der Integration)
- Präsentation der iranischen Kultur, Malerei, Musik, Film, Literatur und soziokulturelle Themen in Deutschland + kultureller Austausch, integrative Kulturarbeit, Präsentation der deutschen Kultur innerhalb der iranischen Community
- Wir beraten auch Frauen mit Behinderungen; der Grund, dass sie unsere Beratungsstelle aufsuchen, ist aber nicht ihre Behinderung. Falls Beratungsbedarf aufgrund der Behinderung besteht, versuchen wir, Kontakt zu anderen Projekten zu vermitteln, die über die nötigen Kenntnisse verfügen.
- Wir sind ein Türkisch-Deutscher Mädchenverein und bemühen uns als solcher auch unser Angebot für Menschen mit Behinderungen zugänglich zu machen. Sie stellen aber nicht unsere Zielgruppe dar.
- Wir wünschen uns eine Besserung in der Kooperation mit den behandelnden Fachärzten. Attestkosten sollten abgeschafft werden (bezüglich Antragstellung auf Rente oder Schwerbehindertenausweis)
- Herr Y. ist der Leiter des Diabetes Vereins für türkische Menschen. Er nutzt unsere Räume für Beratungen.
- Problem ist die unterschiedliche medizinische Versorgung für Asylberechtigte und Flüchtlinge im Asylverfahren (mediz. Versorgung wesentlich geringer)
- Fördern Sie uns! Wir erreichen die Zielgruppe.
- Wir würden gern unsere Angebote auch um diese Gruppe erweitern, können aber aus personellen und finanziellen Gründen nicht verwirklichen.

6.3 Ergebnisse der Befragung – Feld drei: ExpertInnen

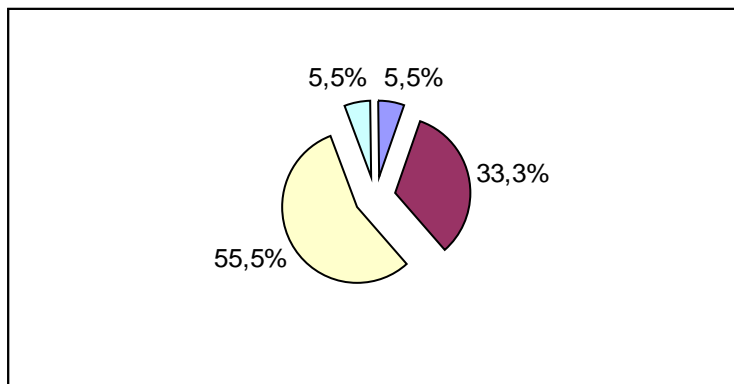
Bereich ExpertInnen / Expertenorganisationen (E)

Dieser Bereich umfasst Einzelpersonen, Organisationen und –verbände, die bereits mit speziellen Beratungsangeboten auftreten, die beiden vorhergehenden Bereiche gemeinsam betrachten und Erfahrungen an dieser Schnittstelle aufweisen.

Die Befragungskomplexe wichen leicht von den Bereich Behinderung und Migration ab: Zunächst wurden allgemeine Angaben abgefragt, danach wurden ausführlicher Empfehlungen für Beratung und Informationsmaterial abgefragt. Es folgten Fragen nach beispielhaften Beratungsangeboten in Deutschland und abschließend war wieder Gelegenheit, eigene Gedanken zu äußern. Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse der Befragung auf der Basis von 18 Fragebögen (N = 18) wiedergegeben, wobei die Bezeichnung der Schaubilder ebenfalls mit der Numerierung der Fragen korrespondiert.

Bereich: Angebote der Organisationen

E 1.4 Gibt es spezielle Angebote für MigrantInnen nur für Männer oder nur für Frauen mit Migrationshintergrund?

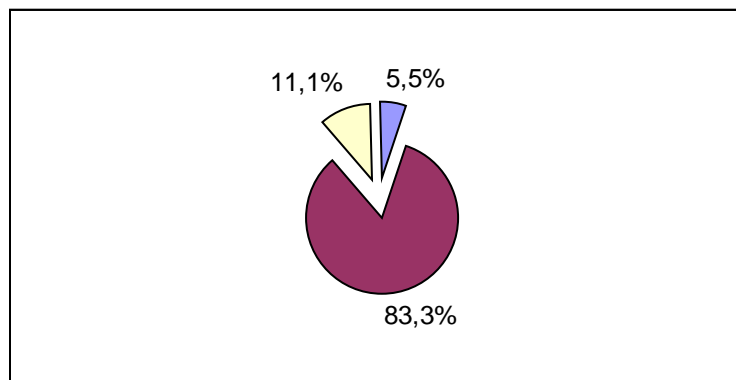


Keine Antwort: 5,5 %, Ja: 33,3 %, Nein: 55,5 %, für beide: 5,5 %

Damit gibt es bei rund einem Drittel geschlechtsspezifische Angebote, was ungefähr in der Mitte zwischen den Werten von Behinderung (ca. 7%) und Migration (ca. 52 %) liegt.

Bereich: Empfehlungen für Beratung und Informationsmaterialien

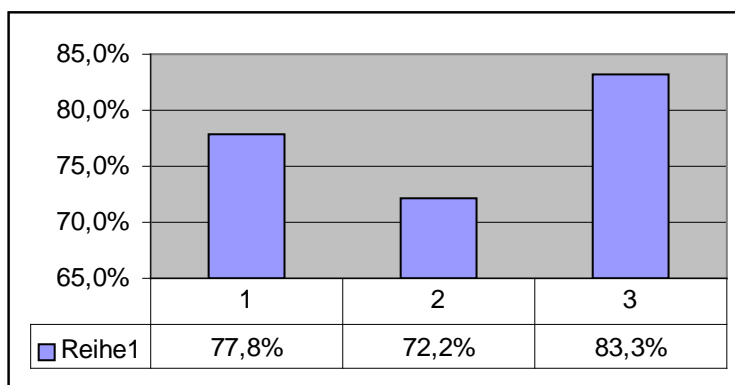
E 2.1 Sollte die Beratung nach einem bestimmten Konzept durchgeführt werden?



Keine Antwort 5,5 %, ja 83,3 %, Nein 11,1 %

Eindeutig ist die hohe Zahl der Befragten, die ein klares Konzept vorschlagen. Genannt wird dabei vor allem „interkulturell“ (sowohl im Team als auch in der Organisation), wobei es „kultursensibel, aber nicht kulturalistisch¹³⁸“ ausgefüllt werden soll. Ferner wurden genannt: „niedrigschwelliger, kultur- und geschlechtssensibler Ansatz“, „differenzsensibel“, „am Individuum orientiert“, „Angebote von mobiler bzw. aufsuchender Beratung“, Hilfe zur Selbsthilfe“, „Peer-Konzept“, „systemisch und klientenzentriert“.

E 2.2 An welchen Orten sollte diese Beratung durchgeführt werden?

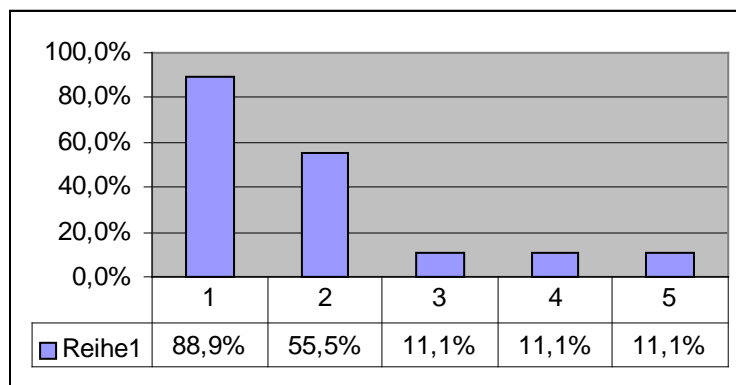


- 1: In eigenen Beratungsstellen 77,8 %
- 2: Durch aufsuchende Beratung 72,2 %
- 3: Die besten Orte sind ... 83,3 %

¹³⁸ mit „kulturalistisch“ dürfte die Reduzierung auf eine vermeintlich einheitliche Kultur, etwa „türkische Kultur“, „deutsche Kultur“ etc. gemeint sein, ohne die jeweils individuelle Gegebenheit zu berücksichtigen (d. AutorInnen)

Ins Auge fällt dieses Mal der hohe Prozentsatz für die aufsuchende Beratung. Als „beste Orte“ werden genannt: „unkontrollierte Orte“, „wohnortnahe Beratungsstellen“, „Orte, an denen sich Migranten bereits treffen“, „Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Moscheen“.

E 2.3 Wie sollte diese Beratung durchgeführt werden?



1: Angesicht zu Angesicht 88,9 %

2: Telefon 55,5 %

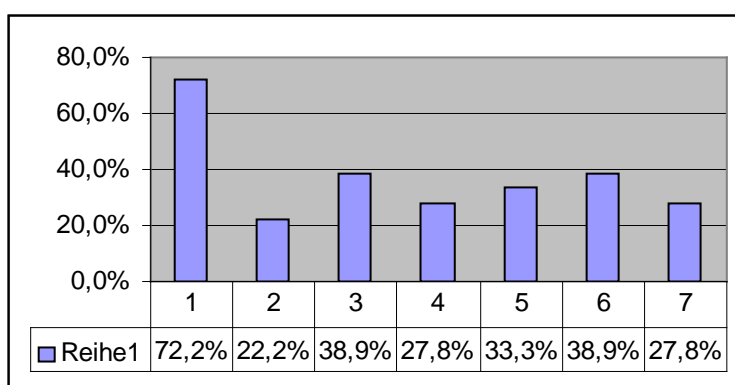
3: email 11,1 %

4: Chat 11,1 %

5: keine Antwort 11,1 %

Das Plädoyer für den persönlichen Kontakt fällt mit fast 90% noch deutlicher aus, als bei Behinderung (ca. 74 %) und Migration (ca. 82 %). Der unpersönliche Kontakt per email oder im Chat spielt eindeutig eine untergeordnete Rolle.

E 2.4 Wer sollte beraten?



1: BmM¹³⁹ 72,2 %

2: BoM 22,2 %

3: BmB 38,9 %

4: BoB 27,8 %

5: Männl. B 33,3 %

6: Weibl. B 38,9 %

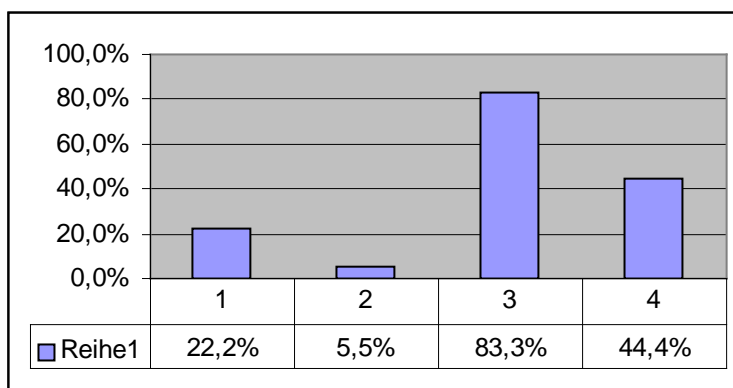
7: keine Antwort 27,8 %

¹³⁹ BmM = BeraterInnen mit Migrationshintergrund, BoM = ohne, BmB = BeraterInnen mit Behinderung, BoB = ohne

Die eindeutige Präferenz liegt bei Beratenden mit Migrationshintergrund, wobei auch die anderen Gruppen eine Rolle spielen, an zweiter Stelle folgen jedoch schon Beratende mit Behinderung.

Bei der offenen Nachfrage, wer denn „die besten BeraterInnen“ seien, wurde unter anderem genannt: „diejenigen, die Ratsuchende selbst auswählen können“, „Sozialarbeiter mit Migrationshintergrund und Kenntnissen im Gesundheitswesen“, „mit eigener Erfahrung“, „mit viel Fachwissen“, „die die Wünsche der Ratsuchenden respektieren“.

E 2.5 In welchen Sprachen sollte die Beratung erfolgen?



- 1: deutsch 22,2 %
- 2: Gebärdensprache 5,5 %
- 3: Gewünschte Sprache des Ratsuchenden 83,3 %
- 4: Andere Sprachen 44,4 %

Hier erzielt „Gewünschte Sprache des Ratsuchenden“ ein klares Ergebnis. Dies ist ein wichtiger Hinweis für Beratungsangebote, die als Voraussetzung die Beherrschung der deutschen Sprache voraussetzen.

Auf die Frage, ob es spezielles Informationsmaterial geben sollte, sprachen sich 100% dafür aus. Zum Inhalt wurde genannt: „in Muttersprache und auf einfachem Niveau“, „auch für AnalphabetInnen zugänglich“, „in allen aufsuchenden Klientengruppen-Sprachen“, „audiovisuelle Medien“, „nicht nur schriftlich, sondern auch persönlich“.

Auf die Frage, was für besonders wichtig gehalten wird, damit eine Beratung Erfolg hat, wurde genannt (Wiedergabe im Volltext):

- *Zusammenfassend: „Nicht FÜR, sondern MIT ...“ Die gemeinsame Entwicklung von Lösungen – unter Berücksichtigung der bereits aufgeführten beteiligten, kultur- und geschlechtsspezifischen Aspekte*
- *Sehr sensibler, individuelle Umgang, Gespräch auf der Augenhöhe*

- *Differenzsensibilität, d.h. Berücksichtigung von Sprachkenntnissen, Lese- und Schreibfähigkeit in Deutsch oder Muttersprache bei Information und Beratung u.v.m.*
- *Beratungs- und Informationsanliegen, -wünsche u. -notwendigkeiten im Einzelfall genauer ergründen*
- *Selbsthilfe bzw. Unterstützung v. Gruppen von Betroffenen und Familienangehörigen*
- *Wohnortnahe Anlaufstellen/Einrichtungen*
- *Vertrauen gewinnen; persönliches Verhältnis herstellen, falls erforderlich; religiösen Besonderheiten möglichst mit Personal gleicher Glaubensrichtung begegnen*
- *kultursensibilität / interkulturelle Kompetenz*
- *Kenntnisse über Migration, Behinderungsarten, Krankheiten und Genesungskonzepte*
- *Sprachliche Verständigung*
- *Berücksichtigung von Gender-Aspekten*
- *Berücksichtigung von sozialer Lage*
- *Case-Management. Beratung und Ausführung sollte begleitet werden, um Ergebnisse zu erzielen.*
- *Die Dauer der Beratung: man braucht mehr Zeit*
- *Gutes Netzwerk der Beratenden mit Ärzten, Juristen*
- *Kenntnisse über die reale Situation der Migranten im Aufnahmeland (Wohnverhältnisse, Schulprobleme der Kinder, usw.)*
- *Die Familien, bzw. die Personen brauchen eine sehr umfassende Beratung, die Beratung muss ressourcenorientiert sein*
- *Unterstützung im Umgang mit Behörden*
- *Unterstützung bei der Antragstellung, Widerspruchsschreiben*
- *Fachkenntnisse der Person und Wissen und Kenntnis dt. Migrationsgeschichte und – politik, Authentizität der Beratenden*
- *Miteinbeziehung von Familienangehörigen; keine kurzzeitigen Zielsetzungen*
- *Die Erreichbarkeit, Ansprechbarkeit z.B. auch über Medien (türkisches Fernsehen in der BRD für Migranten, Zeitungen für Migranten)*
- *Aufklärung über Pflegemöglichkeiten / Assistenzen von Verwandten, da diese bevorzugt eingesetzt werden*
- *Berater müssen inhaltlich kompetent sein. Zusätzlich migrationsspezifische Sensibilität (z.B. erworben in Fortbildungen) wird einiges erleichtern.*
- *Kontinuität, Klarheit, Zeit*
- *Menschen mit Migrationshintergrund verstehen, viel Geduld und Bereitschaft, zeitaufwendig zu beraten*
- *Muttersprachliche MitarbeiterInnen*
- *Hohe fachliche Kompetenz*
- *Gute Erreichbarkeit und Niedrigschwelligkeit*

Bereich: beispielhafte Beratungsangebote

Es wurde danach gefragt, welches Beratungsangebot für MigrantInnen mit Behinderung oder chronischer Krankheit in Deutschland man als gutes Beispiel empfehlen würde. Die Antworten nachstehend im Volltext:

- *Netzwerk Migration und Behinderung e.V. MerkMal!*
- *<http://www.ikb.paritaet.org/>*
- *Ob es ein Beratungsangebot gezielt für MigrantInnen gibt, ist uns leider nicht bekannt. Wir empfehlen jedoch, selbst betroffene Menschen dafür zu gewinnen.*
- *Eltern beraten Eltern, Berlin – Türkische Müttergruppe, Necla*
- *Netzwerk Migration und Behinderung*
- *unsere eigenen*
- *leider gibt es so wenige Beratungsangebote für Migranten. Es fällt mir nur die VdK mit unabhängiger Patientenberatung und IDEM-Projekt und Türk Bakim Evi (Pflegeeinrichtung) ein.*
- *keine*
- *TIM, Nürnberg*
- *FORSEA e.V., Vif München (Klaus Fussek)*
- *natürlich TIM, unseren Verein*
- *Institut für Transkulturelle Betreuung, Hannover*
- *www.idem.de*
- *Gesundheitszentrum für MigrantInnen, Köln*

Bereich: Was ist Ihnen sonst noch wichtig, zu diesem Thema zu sagen?

- *Es fehlen quantitative Daten zur Thematik, das erschwert die Planung und Durchsetzung passgenauer Angebote für die Zielgruppe*
- *Die forschende und beratende Aufmerksamkeit auch auf die Kompetenzen in der Alltagsbewältigung der Betroffenen / ihrer Angehörigen richten!*
- *Modelle der Beteiligung, Partizipation für und mit MigrantInnen entwickeln*
- *Notwendigkeit von Öffentlichkeitsarbeit zur Thematik in Verbänden, Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe und Rehabilitation, in lokalen und regionalen Gremien, Netzwerken, Initiativen und insbesondere in ländlichen Regionen*
- *Bereitstellung von öffentlichen Mitteln zum Aufbau / zur Weiterentwicklung kultursensibler Strukturen in allen Angeboten / Diensten / Einrichtungen und zur Qualifizierung der Verantwortlichen, sowie zur Schulung von Laien mit Migrationshintergrund*
- *Kollegen und Kolleginnen auf die Thematik aufmerksam machen, sie sensibilisieren*
- *Die Regelberatungsstellen sollen sich für Beratungen von MigrantInnen öffnen, indem sie auch entsprechendes Personal einstellen. Z. B. arbeitet beispielsweise bei der Dt. Rheuma Liga ein/e Mitarbeiter/in nicht dt. Herkunft?*
- *Unser Verein orientiert sich seit 2008 mehr auf Projekte der aktiven Nachbarschaftshilfe in Verbindung mit anderen Organisationen. Im „Arbeitskreis Flemingstr.“ werden neue Hilfsprogramme, Maßnahmen, etc. überlegt, geplant und durchgeführt. Mitglieder sind: Bereichspolizei Köln, GAG Köln, UHK (Unterneh-*

mer helfen Kids), Stadt Köln, Wohnbereichsanlagen, Jugendzentrum, Boltens-
sterstr. Ümit e.V.

- Die Gruppe der „Migrantinnen“ ist so heterogen, so dass kein einheitliches Profil für „die“ geeignete Beratung daraus abgeleitet werden kann. Zu berücksichtigen sind immer auch die Aspekte: Kultur/Religion/Sprache - Bildungsniveau/soziale Lage - Mobilität - Verständigung- und Rezeptionsgewohnheiten - Soziale Anbindung/Netzwerke - Rechtliche Aspekte bzgl. GdB und Aufenthaltsrecht
- Diese Beratungsangebote sollten in den Krankenhäusern bekannt sein. Damit sie die Angebote an Betroffene weitergeben können.
- Das Thema Sucht und Abhängigkeit darf bei dieser Zielgruppe nicht auf den Aspekt der Integration begrenzt werden. Wenn bereits ein Drogenproblem entstanden ist, sind die üblichen Methoden der Integration nicht mehr ausreichend. Wenn ein Mensch effektive Hilfe und Behandlung braucht, ist es unsinnig, sich um Integration zu kümmern. Die Integration sollte nicht nur auf die Beherrschung der Sprache und das finden eines Arbeitsplatzes reduziert werden, sondern auch auf die Erreichung eines ausgewogenen psychosozialen Zustandes, der sich auf die Verbindung von innerem Wohlbefinden und harmonischer Beziehungen zur Umwelt gründet.
- Wenn sie psychologische Hilfe bzw. Kontaktpersonen brauchen, können sie auch den Arbeitskreis Türkischsprachiger Psychologen und Psychotherapeuten kontaktieren
- In diesem Bereich muss sehr viel gemacht werden. Es gibt zu wenig Angebote (Beratungsstellen) für Migranten mit Behinderung.
- Es muss kultursensibel beraten werden
- Es müssen adäquate Angebote für Migrantenfamilien initiiert werden
- Von Erfahrungen aus der Türkei lernen: z.B. Antistigmaarbeit bei dementiellen Erkrankungen
- Zu pflegende Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund haben oft große Schamgefühle, sowohl in der Pflege als auch im Kontakt mit der Außenwelt; dies erfordert ein Wissen um die kulturellen Unterschiede und einen sensiblen Umgang mit den daraus entstehenden Problemen
- Wir wünschen viel Glück beim Aufbau einer Beratungsstellen für MigrantInnen in Ihrer Stiftung und stehen Ihnen gerne für weitere Fragen zur Verfügung.
- Wir unterstützen Initiativen, die eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund zur Folge haben. Wenn Hilfe und Unterstützung in der Organisationsentwicklung (Team, Fortbildung, Supervision) benötigt wird, können Sie sich an uns wenden. Viel Erfolg!
- Es ist wünschenswert, dass BeraterInnen von Frauen/Migrantinnen mit Behinderung für das Thema der häuslichen Gewalt sensibilisiert sind. In diesem Zusammenhang ist auch die psychische Gewalt von großer Bedeutung.
- Beraterinnen mit Migrationshintergrund ist sehr wichtig

6.4 Gespräch bei EM - DER

Hilfs- und Solidaritätsverein für türkische Rentner, Behinderte und Senioren auch Interkulturelles Seniorenzentrum (lt. Schild) am 15.12.2008

Gesprächspartner: Erdogan Özdincer (EÖ)

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 (33.000,- €/Jahr) und kooperiert mit Navitas, einem Verein, der sich um schwer erziehbare Kinder kümmert. EÖ selbst ist über 70 Jahre alt, behindert und hat 20 Jahre beim DGB als Ausländerbeauftragter gearbeitet. EÖ kann im Umfang einer Halbtagsstelle beraten. Themen sind vorwiegend finanzielle Hilfe, Rentenprobleme, Rentenanträge, Behindertenausweis-Beantragung. Es werden Infoabende über neue Gesetze oder auch gesundheitliche Probleme veranstaltet. Pro Tag kommen ca. 30 Personen, Männer und Frauen, Mittwochs ist ein Frühstück im Angebot.

Infoabende über Gesundheit sind etwa zu Gesundheit bei älteren Leuten, Männer- oder Frauenkrankheiten, Neurologie, Diabetes, Abbau von Muskelspannungen, etc. Dazu referiert u.a. ein türkischer Arzt. Teilweise wird auch zur Deta Med, einer kulturspezifischen Hauskrankenpflege vermittelt.

Es kommen vorwiegend Personen mit einer körperlichen Behinderung, etwa mit einer Gelenkabnutzung. Blinde Menschen, Menschen mit geistigen Behinderungen oder gehörlose Personen sind noch nicht zu ihm gekommen (nur Kehlkopfoperierte), auch keine Personen im Rollstuhl, nur einige mit Rollator. Die Schwelle an der Tür ist minimal, eine berollbare Toilette ist jedoch nicht vorhanden. EÖ könnte sich aber vorstellen, eine umzubauen, wenn Personen im Rollstuhl kommen und er eine finanzielle Förderung erhält.

Beraten wird in Türkisch oder Deutsch. Für die erste Generation MigrantInnen hält EÖ die Hinzuziehung eines Dolmetschers bei Beratungen für erforderlich, ab der zweiten Generation wäre dies nicht mehr erforderlich, dass alle deutsch sprächen. Spezielles Infomaterial ist nicht vorhanden, das gab es früher einmal, jetzt werde das Internet genutzt.

EÖ selber sieht sich als Berater und Freund und wenn er einmal nicht mehr da ist, sollte ein jüngerer Berater (ab 50 Jahre) da sein, der/die am besten mehrere Sprachen spricht. Eine eigene Behinderung spielt seiner Ansicht nach nicht so sehr eine Rolle, Hauptsache ist die Kenntnis von Gesetzen. Auch der Migrationshintergrund oder das Geschlecht spielt für ihn keine Rolle, „Hauptsache, Hilfe kommt!“

Die Beratung erfolgt zwar auch über Internet/e-mail, am besten sind laut EÖ aber die Beratung von Mund zu Mund. Aufsuchende Beratung erfolgt aufgrund von Personalproblemen nicht.

Für 2009 wird vom Senat gefordert, dass sich EM-DER auch mit Senioren anderer (nicht nur türkischer) Nationalitäten befasst und sich auf alle Berliner Bezirke erwei-

tert. Eine Kooperation mit deutschen oder ausländischen Seniorenvereinen ist willkommen, doch es gibt dazu kein Personal bei EM-DER für weitere Vernetzungen.

6.5 Gespräch bei Reuterkiez Mittenmang e.V.

am 15.12.2008, Gesprächspartnerin: Ursula Mayr (UM)

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 Lenastraße. Das Angebot ist niedrigschwellig (Cafe, Internet-Cafe, aktuell Trödelmarkt) und funktioniert laut UM gut. Das Mittenmang hat einen niveaugleichen Eingang und eine Behindertentoilette. Zu 99,9 Prozent kommen nach Aussagen von UM (Dipl.-Sozpäd.) 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 Selbstbestimmt leben e.V. zusammengearbeitet.

Der „Königsweg“ bei der Beratung ist für UM: „offen sein, die Menschen so annehmen, wie sie kommen“. Das Konzept des „Peer-Counseling“ findet sie super, es sei dann jedoch eine Fortbildung der künftigen BeraterInnen erforderlich. Es erfolgt auch aufsuchende Beratung, wenn es nicht anders geht. Die Beratungssprache ist deutsch oder türkisch. UM selber spricht kein türkisch, hat aber Kolleginnen, die dolmetschen können. Derzeit wird nur Einzelberatung angeboten (beim Gespräch platzt ein älterer Mann, türkischer Herkunft mit Gehbehinderung herein). Das Einzugsgebiet ist vorwiegend Neukölln, es kommen aber auch Personen aus Tempelhof, Britz, Kreuzberg, Spandau.

UM denkt, dass das Schamgefühl beim Auftreten einer Behinderung eine wichtige Rolle spielt, Eltern können die Geburt eines behinderten Kindes auch als Schande erleben.

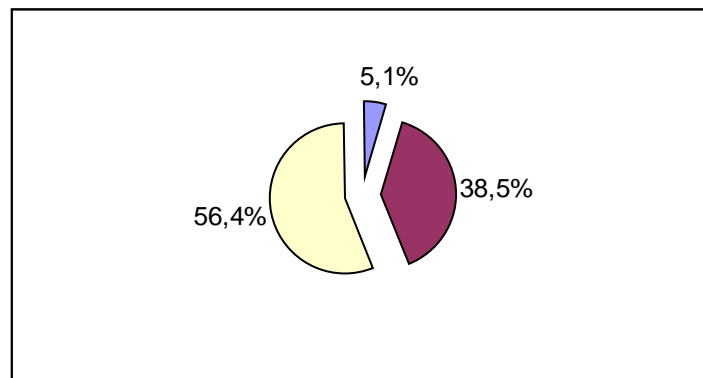
Der Verein ist offen für eine Kooperation mit anderen Vereinen, er hat auch schon Kontakte zum Berliner Netzwerk behinderter Frauen. Es gibt jedoch Finanzierungsprobleme für 2009.

6.6 Ergebnisse der Befragung: Exkurs - Bereich IKoM

Insgesamt 39 Organisationen (N= 39) aus ganz Deutschland (Beratungsstellen, Verbände, Nachbarschaftsheime, Regeldienste, etc.) beantworteten den Fragebogen (B). Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse der Befragung wiedergegeben, wobei die Bezeichnung der Schaubilder mit der Numerierung der Fragen korrespondiert. Da die Beantwortung aus eigenem Antrieb (bereits Erfahrungen an der Schnittstelle) erfolgte, war die Annahme der AutorInnen, dass die Ergebnisse des Bereichs IKoM ungefähr in der Mitte zwischen dem Bereich Behinderung und dem Bereich der ExpertInnen liegen könnten.

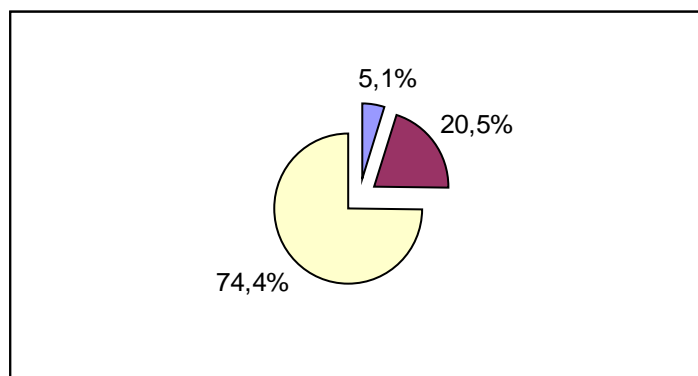
Bereich: Angebote der Organisationen

IKOM 1.4 Haben Sie spezielle Angebote für MigrantInnen mit Behinderungen / mit chronischer Krankheit / mit einem langandauerndem Gesundheitsproblem?



Keine Antwort 5,1 %, ja 38,5 %, nein 56,4 %

IKOM 1.5 Gibt es spezielle Angebote nur für Männer oder nur für Frauen mit Migrationshintergrund?

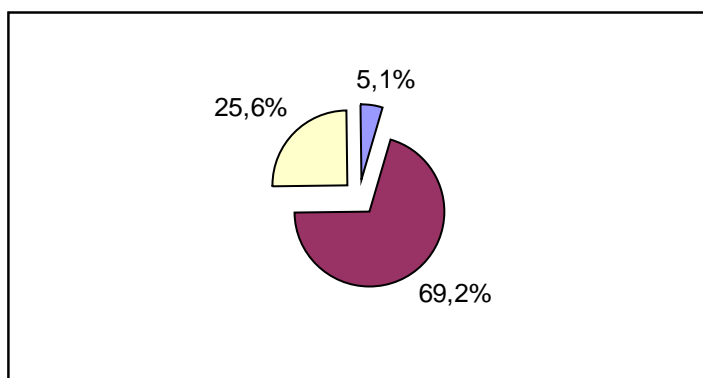


Keine Antwort 5,1 %, ja 20,5 %, nein 74,4 %

Damit liegt der erzielte Gender-Wert etwa in der Mitte zwischen Behinderung (ca. 7%) und ExpertInnen (ca. 38 %). Die Migrantenorgansiationen liegen aber mit 52% deutlich an der Spitze.

Bereich: Informationsangebote

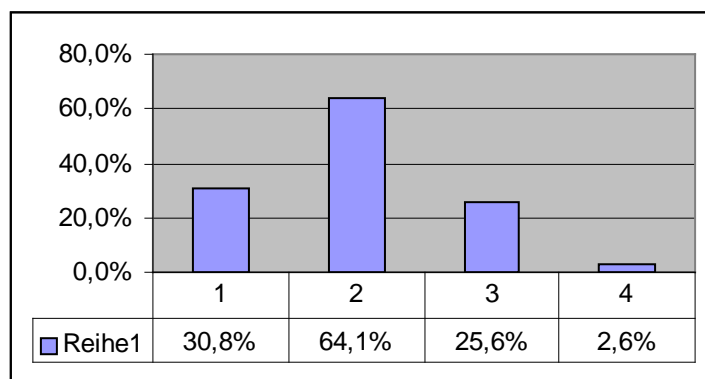
IKOM 2.1 Haben Sie Informationsangebote für MigrantInnen mit Behinderungen / mit chronischer Krankheit / mit einem langandauerndem Gesundheitsproblem?



Keine Antwort 5,1 %, ja 69,2 %, nein 25,6 %

Der Prozentsatz der Bejahenden liegt sehr hoch, bei der genauen Angabe aber, worum es sich handele wird (ebenso wie bei Behinderung) deutlich, daß zumeist allgemeines Informationsmaterial gemeint ist, das auch von MigrantInnen genutzt werden kann.

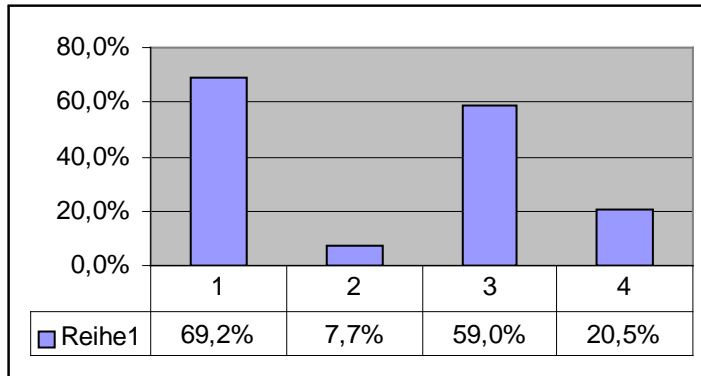
IKOM 2.2 Wie sind diese verfügbar?



- 1: keine Antwort 30,8 %
- 2: zum Lesen / Anschauen 64,1 %
- 3: zum Hören 25,6 %
- 4: in Blindenschrift 2,6 %

Hier dominiert zwar auch der optische Kanal, der akustische liegt aber im Vergleich zu Behinderung (ca. 14%) und Migration (ca. 9%) recht hoch und bestätigt die Empfehlungen der ExpertInnen, auch audiovisuelles Informationsmaterial zu bedenken.

IKOM 2.3 In welchen Sprachen werden diese Informationen angeboten?



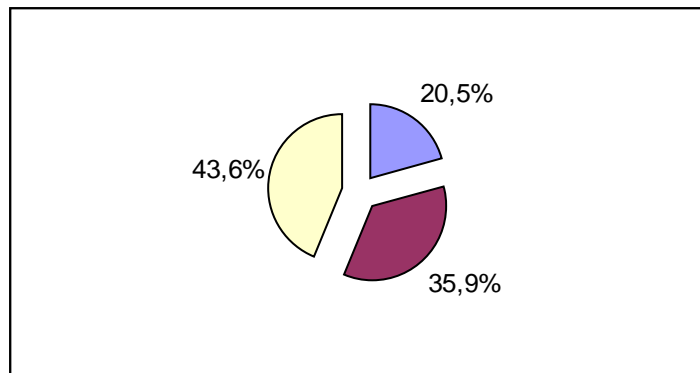
- 1: Deutsch 69,2 %
- 2: Gebärdensprache 7,7 %
- 3: andere Sprachen 59,0 %
- 4: Keine Antwort 20,5 %

Bei den „anderen Sprachen“ dominierte „Türkisch“, gefolgt von „Russisch“, „Englisch“, „Serbokroatisch“, „Spanisch“, „Französisch“, „Polnisch“ und „Italienisch“.

Bei der Frage nach der Darbietungsform der Information (2.4) standen „Persönliches Gespräch“, „Broschüren“, „Faltblatt“, „Diskussionsrunde“ und „Vortrag“ im Vordergrund. Stärker als bei Behinderung und Migration (und noch häufiger als eine Homepage) war jedoch die Kategorie CD/DVD vertreten. Eine außergewöhnliche Nennung war „Lied“.

Zur Frage, was wichtig sei, damit die Information auch bei den Befragten ankommt (2.5), wurde genannt: „Öffentlichkeitsarbeit“, „mehrsprachiges / muttersprachliches Infomaterial“, „persönliche Gespräche“, „leicht verständliches Infomaterial“, „Austausch mit Gleichbetroffenen“, „Vernetzung mit anderen Organisationen“, „kulturspezifisches Wissen“.

IKOM 2.6 Planen Sie Veränderungen in Ihrem Informationsangebot für diese Gruppe?

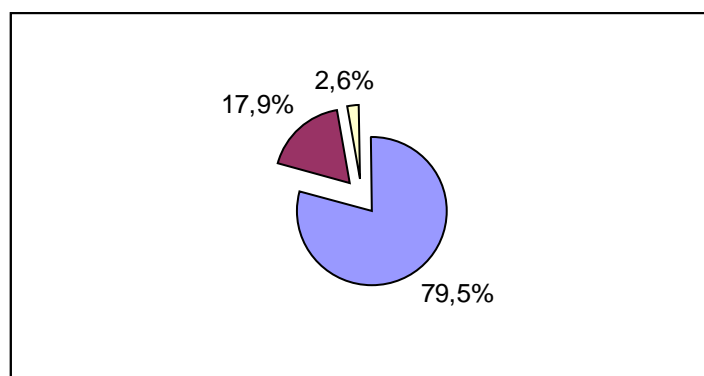


Keine Antwort 20,5 %, ja 35,9 %, nein 43,6 %

Im Vergleich zu Behinderung und Migration ist der Prozentsatz der Veränderungen deutlich höher. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass ein größerer Veränderungsbedarf gesehen wird, wenn man sich einmal auf die Arbeit an der Schnittstelle eingelassen hat. Die konkreten Vorhaben bezogen sich häufig auf die (Neu)-Erstellung von sprachlichen Angeboten. Genannt wurden außerdem die Einführung einer Angehörigengruppe, die Einrichtung eines Servicetelefons, Maßnahmen im Bereich der beruflichen Rehabilitation, etc.

Bereich: Beratung

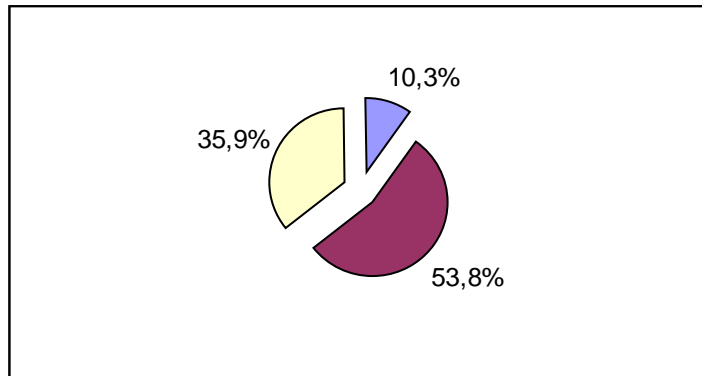
IKOM 3.1 Haben Sie Angebote zur Beratung / Unterstützung / Hilfestellung für diese Gruppe?



Ja 79,5 %, nein 17,9 %, keine Antwort 2,6 %

Bei der Antwort zu dieser Frage rührt der hohe Anteil der Zustimmung (ebenso wie bei Behinderung) daher, dass das existierende Beratungsangebot in vielen Fällen „für alle“ gedacht wird.

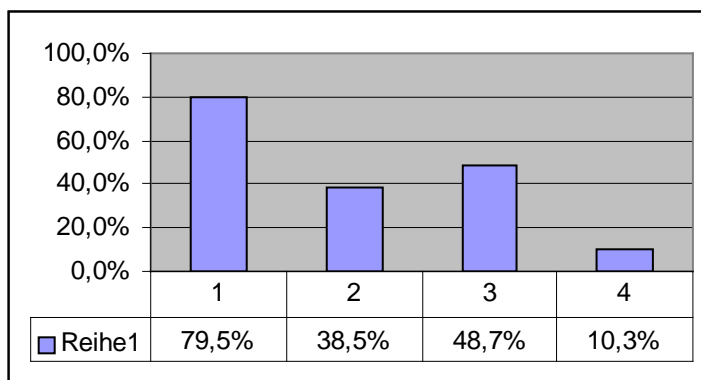
IKOM 3.2 Wird Ihre Beratung / Unterstützung / Hilfestellung nach einem bestimmten Konzept durchgeführt?



Keine Antwort 10,3 %, ja 53,8 %, nein 35,9 %

Im Vergleich zu Behinderung und Migration liegt der Anteil der Zustimmungenden höher, jedoch noch deutlich unter der Empfehlung der ExpertInnen (ca. 83%). Als Konzepte werden unter anderem genannt: „klientenzentriert“, „Konzeption ProMigra“, „interkulturelles Konzept“, „systemisch“, „Case-Management-Verfahren“, „tiefenpsychologisch“, „Peer-Counseling“

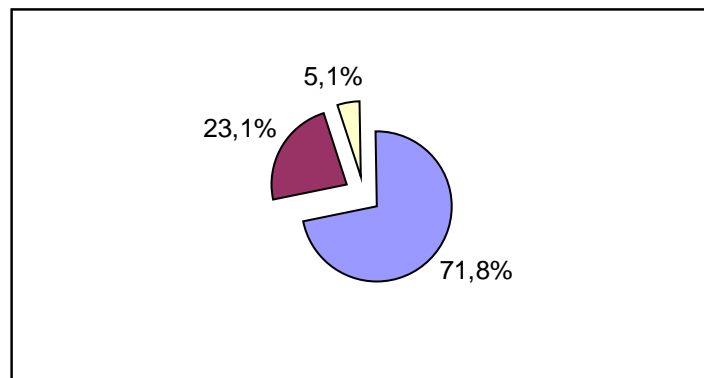
IKOM 3.3 Wo wird diese Beratung durchgeführt?



- 1: in eigenen Beratungsstellen 79,5 %
- 2: durch aufsuchende Beratung 38,5 %
- 3: findet statt in... 48,7 %
- 4: keine Antwort 10,3 %

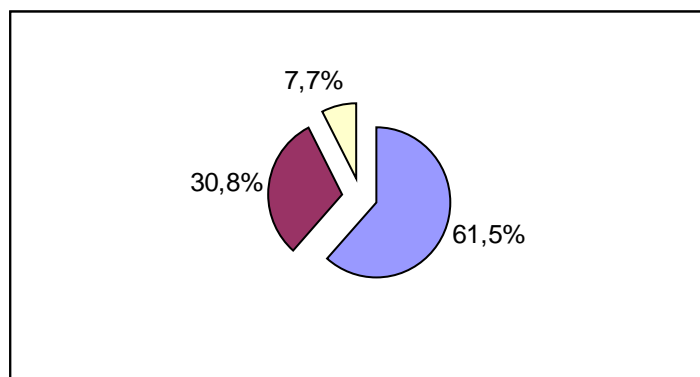
Der Anteil der aufsuchenden Beratung liegt hier wesentlich höher als bei Migration (ca. 4%) und Behinderung (ca. 24 %), jedoch noch deutlich unter der Empfehlung der ExpertInnen (ca. 72%). So wird jedoch deutlich, dass der aufsuchenden Beratung bei der Konzeption neuer Beratungsvorhaben mehr Gewicht beigemessen werden muss.

IKOM 3.4 Unsere Beratungsräume sind stufenlos auch mit Rollstuhl zu erreichen.



Stufenlos ja 71,8 %, stufenlos nein 23,1 %, keine Antwort 5,1 %

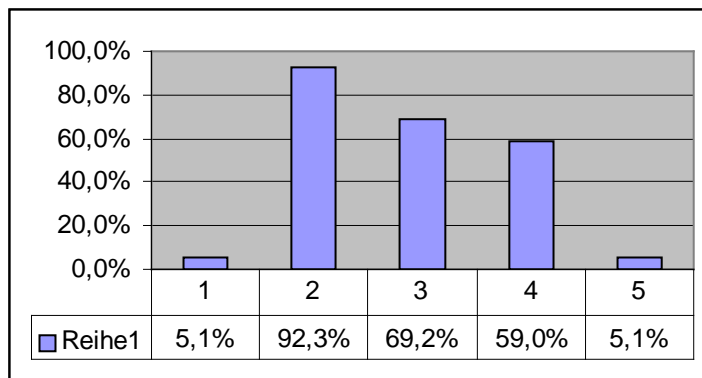
IKOM 3.5 In unseren Beratungsräumen gibt es eine rollstuhlgerechte Toilette.



Rg.-WC ja 61,5 %, Rg.-WC nein 30,8 %, keine Antwort 7,7 %

Bei der Abfrage der barrierefreien Infrastruktur (3.4 + 3.5) für rollstuhlnutzende Personen liegen die IkoM-Werte ungefähr im gleichen Bereich wie Behinderung, sind aber noch steigerungsfähig.

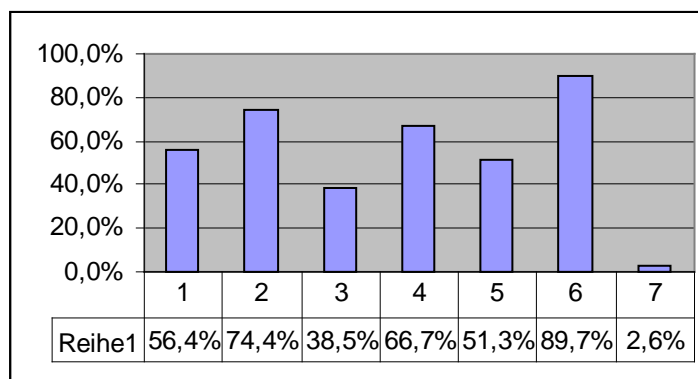
IKOM 3.6 Wie wird diese Beratung durchgeführt?



- 1: keine Antwort 5,1 %
- 2: Angesicht zu Angesicht 92,3 %
- 3: Telefon 69,2 %
- 4: e-mail 59,0 %
- 5: Chat 5,1 %

Der Wert der Beratung von Angesicht zu Angesicht erreicht hier die höchsten Werte, dies gilt auch für die telefonische Beratung. Auffällig ist der hohe Anteil der e-mail-Beratung, der ähnlich hoch wie bei Behinderung (ca. 64%) liegt. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass durch e-mail-Beratung das Problem der Mobilität im Bereich Behinderung gelöst werden kann.

IKOM 3.7 Wer führt diese Beratung durch?

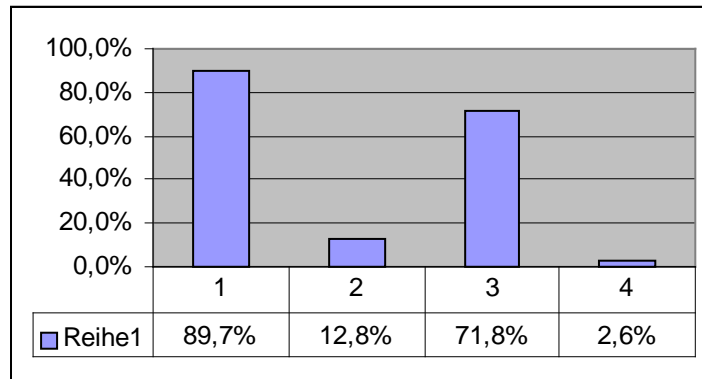


- 1: BmM¹⁴⁰ 56,4% , 2: BoM 74,4 % , 3: BmB 38,5 % , 4: BoB 66,7 %
- 5: Männl. B 51,3 % , 6: Weibl. B 89,7 % , 7: keine Antwort 2,6 %

¹⁴⁰ BmM = BeraterInnen mit Migrationshintergrund, BoM = ohne, BmB = BeraterInnen mit Behinderung, BoB = ohne

Man könnte in dieser Zusammensetzung schon fast von „gut gemischten Teams“ sprechen, es fallen jedoch die Abweichungen nach unten (BmB) und nach oben (BoM + Weibl. B.) auf.

IKOM 3.8 In welchen Sprachen erfolgt die Beratung für diese Gruppe?

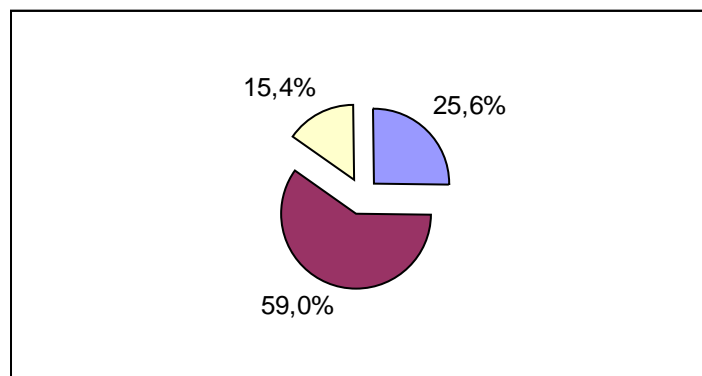


- 1: Deutsch 89,7%
- 2: Gebärdensprache 12,8 %
- 3: Andere Sprachen 71,8 %
- 4: keine Antwort 2,6 %

Bei den „anderen Sprachen“ liegen „Türkisch“ und „Englisch“ gleichauf, dicht gefolgt von „Russisch“. Es folgen „Serbokroatisch“, „Französisch“, „Spanisch“ und „Polnisch“.

Bei der Frage 3.9. „Was halten Sie für besonders wichtig, damit eine Beratung Erfolg hat“ wurden zum Beispiel genannt: „sprachliche Verständigung“, „kulturspezifisches Wissen“, „Vertrauensbasis schaffen“, „Zusammenarbeit mit Ämtern und Behörden“, „Einfühlungsvermögen“, „fachliches Wissen“, „Einbeziehung der Familie“, „Gebärdendolmetscher für Gehörlose“, „anschauliches Infomaterial“, „Beratung in der Muttersprache“, „Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund und Behinderung“.

IKOM 3.10 Planen Sie Veränderungen in Ihrem Beratungsangebot für diese Gruppe?



ja 25,6 %, nein 59,0 %, keine Antwort 15,4 %

Hierzu wurden jedoch nur wenige konkrete Vorhaben genannt, darunter „Projekt mit mehreren Standorten in den Bereichen Wohnheim, Werkstatt“, „Einrichten eines Gesundheitszirkels“, Aufbau einer Selbsthilfegruppe und von Angehörigengruppen“, „Erstellung eines Integrationskonzeptes“.

Bereich: Was ist Ihnen sonst noch wichtig, zu diesem Thema zu sagen?

- *Mehr Lobby für diese Zielgruppe + mehr Mittel von den entsprechenden Institutionen sollten zur Verfügung gestellt werden.*
- *Problematik: große Sprachbarrieren*
- *häufiges Problem „Sprache“; zu wenig Infobroschüren in Fremdsprachen*
- *es ist ein wichtiges Element unserer Arbeit – ist aber sehr zeitintensiv – wir werden diese Arbeit aber weiter führen – solange diese Stelle existiert*
- *mit der Zielgruppe Authentizität, Aufrichtigkeit, Herzlichkeit, Vertrautheit und Offenheit einsetzen*
- *Öffentlichkeitsarbeit, um den Migranten Kenntnis des Angebots zukommen zu lassen*
- *Als Vereinsmitglieder versuchen wir alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um den hilfsbedürftigen Familien mit allen Angeboten zu helfen. Um unsere Vorstellungen und Projekte zu ermöglichen, benötigen wir finanzielle Mithilfe.*
- *die russische Gebärdensprache unterscheidet sich von der deutschen Gebärdensprache wesentlich. Aus diesem Grund ist es für unsere Zielgruppe wichtig, die deutsche Gebärdensprache zu erlernen (z.B. durch den Sprachkurs, durch die Kontakte zu den einheimischen Hörgeschädigten usw.)*
- *Der Umgang mit Behinderung und Entwicklungsauffälligkeiten ist sehr kulturspezifisch und sollte in den Angeboten auf Akzeptanz stoßen. Bei den Beraterinnen ist deshalb besondere interkulturelle Kompetenz erforderlich. Der Personenkreis der behinderten Kinder wird noch zu wenig berücksichtigt.*
- *Meines Wissens existiert in Ingolstadt keine Beratungsstelle, die spezialisiert auf die Beratung von Behinderten-Migranten wäre.*
- *Steigerung interkultureller Kompetenzen bei Berater/innen*
- *Uns wäre es ein großes Anliegen, die Möglichkeiten der Konduktiven Förderung nach Prof. Petö für Menschen mit Störungen des ZNS für Erwachsene in Deutschland zu verbreiten und bekannter zu machen. Viele Menschen kennen diese zielorientierte und gewinnbringende Arbeit nicht und es könnte noch viel verbessert werden in der Förderung dieser Menschen, egal ob mit oder ohne Migrationshintergrund.*
- *Nicht jede Institution kann verschiedensprachige Info-Materialien erstellen. Es müsste eine zentrale Stelle geben, an die soziale Einrichtungen ihr Material zum Übersetzen geben könnten. Das sollte dann auch noch kostenlos sein. Wenn MigrantInnen wissen, welche Möglichkeiten sie haben, fragen sie vielleicht auch nach und man kann sehen, wie man sich verständigt.*
- *Wir haben in unserer Klinik Erfahrung mit der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund und psychischer Krankheit*
- *Interkulturelle Öffnung muss von der Führungsebene gewollt und getragen werden, so dass auch Mitarbeiter die Möglichkeit bekommen, spezielle Schulungen (wie zum Beispiel zum Erwerb von interkulturellen Kompetenzen) in Anspruch zu nehmen und sich so sensibilisieren zu können. Des Weiteren ist die*

Beschäftigung von Fachkräften mit einer Zuwanderungsgeschichte unabdingbar. Wichtig ist auch eine adäquate Vernetzungs- und Kooperationsarbeit. Darauf basierend können Erfahrungen gebündelt und bestehende Angebote modifiziert werden. Des Weiteren ist eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit in Bezug auf Problematiken der Menschen mit einer psychischen Erkrankung, geistigen / körperlichen Behinderung mit einem Migrationshintergrund bedeutsam.

- *Jede Kommune sollte einen Plan für die demographischen Entwicklungen in ihrer Stadt haben.*
- *Migrantinnen und Migranten sind oft von Beratungen der Behindertenhilfe und Beratungen zu verschiedenen Krankheiten ausgeschlossen, da ihnen oft das Verständnis für das „System“ fehlt (was sind Selbsthilfegruppen, Vereine, Ämter, Betreuer etc.) Oft sind auch Sprachprobleme die Ursache für fehlende Information. Vor allem ältere Migranten sind allein mit ihrer Krankheit / Behinderung.*
- *Interessant, dass das Thema jetzt aufgegriffen wird*
- *Tolle Arbeit leisten Sie da !!! Weiterhin viel Erfolg!*
- *Interkulturelle/Transkulturelle Kompetenz soll vorhanden sein von den MitarbeiterInnen, um Zugang zu bekommen*

6.7 Ergebnisse der Befragung – Feld vier: Einzelpersonen

Bereich behinderte und / oder chronisch kranke Personen mit Migrationshintergrund

a) Offene Gesprächsrunde: „Wer bin ich? Wer bist du? Menschen mit Behinderungen und Zuwanderungsgeschichte im Gespräch mit Menschen aus den Arbeitsfeldern der Behindertenarbeit“¹⁴¹

Die Kernaussagen der behinderten und nichtbehinderten Personen werden in zusammenfassenden Stichworten anonymisiert wiedergegeben. Behinderte Personen mit Migrationshintergrund oder Angehörige werden mit „BM“ gekennzeichnet, Personen aus den Arbeitsfeldern der Behindertenarbeit mit „ARB“

ARB 1: Eine barrierefreie Gestaltung der Angebote ist wichtig, nicht nur für Menschen im Rollstuhl, sondern auch Technik für hörgeschädigte Personen oder leichte Sprache für Menschen mit Lernschwierigkeiten.

ARB 2: Der Bedarf kommt nicht bei den Trägern an. Man weiß nichts. Wenn ich eine Wohngruppe ins Leben rufen will, die auch Migranten aufnimmt, was soll ich tun?

BM 1: Ich bin in Stuttgart geboren, meine Eltern kommen aus der Türkei. Ich bin behindert, Ausländerin und alleinerziehende Mutter – für diese Gruppe gibt es kein Angebot.

BM 2 : Ich bin seit drei Jahren behindert, habe meinen Elektrorollstuhl. Mein großes Problem ist, eine Haushaltshilfe zu bekommen.

ARB 3: Wir machen 6- 8 Beratungen am Tag, auch für behinderte Menschen mit Migrationshintergrund.

ARB 4: Meine Erfahrung ist, dass die Regelangebote zu spät in Anspruch genommen werden, erst dann, wenn das Kind schon in den Brunnen gefallen ist. Woran liegt das?

BM 1: Das könnte an der Abneigung gegen Ämter liegen, speziell Jugendämter. Wer ist für was zuständig, der Überblick über Gesetze ist schwierig, man weiß nicht, welche Anspruchsvoraussetzungen man hat.

BM 3: Ich bin in einer Beratungsstelle für Eltern tätig und habe selbst eine Tochter mit Down Syndrom. Nach meiner Erfahrung ist der Aufenthaltsstatus ein Problem und auch der Kampf mit den Behörden. Ich muss „10 Gutachten“ machen lassen, das ist Stress für meine Tochter. Nach meiner Erfahrung wollen die Eltern neutrale Beratung und meiden erst einmal die Ämter. Sie wollen wissen: Was steht mir zu? Man muss eigentlich noch mehr wissen als die Sachbearbeiter. Es ist ein Problem für kleine Selbsthilfeorganisationen, die Beratung anbieten, dass der Bedarf wächst und wenig Mittel vorhanden sind. Auch das Problem der Sprachbarrieren ist existent,

¹⁴¹ Veranstaltung des AWO LV Berlin gemeinsam mit der Behindertenbeauftragten des Bezirks Friedrichshain-Kreuzberg im Rahmen der „Tage des Interkulturellen Dialogs“ am 12. November 2008

einfache Wege sind erforderlich. Die verschiedenen Stränge Migration und Behinderung sind nicht vernetzt. Angebote aus einer Hand sind notwendig. Viele geben auf, weil sie zu wenig Kräfte haben. Beispiel: die Kostenübernahme für ein behindertes Kind, das über 12 Jahre alt ist – die Zuständigkeit bleibt ungeklärt.

ARB 2: Auch für Deutsche sind die Behörden ein Problem. Die Sprache der Sachbearbeiter ist häufig nicht zu verstehen, gerade für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Es gibt keine leichte Sprache, nichts wird erklärt. Ich halte das für mangelndes Einfühlungsvermögen, leichte Sprache ist für alle gut.

BM 1: Ich musste nachweisen, warum ich im Rollstuhl sitze. Mir wurde der Vorwurf der „Nichtkooperation“ gemacht, wenn ich mich gegen entwürdigende Maßnahmen wehrte. Behinderung muss bei den Ämtern aus dem Sozial-Bereich rausgenommen werden.

ARB 5 : Ich komme von einer Behörde. Es gibt nun mal die Gesetze und wir sind immer bemüht.

ARB 6: Ich begleite türkisch-sprachige Familien. Erst wenn ich mich als die (türkischstämmige) Einzelfallhelferin zu erkennen gebe, wird der Ton anders. Wir bekommen immer mehr schwerere Fälle. Ich arbeite bei vier Familien in vier Bezirken – alle Bezirke arbeiten anders. Es ist auch stark von den einzelnen Sachbearbeitern abhängig – ein Ermessen wird oft unterschiedlich ausgelegt.

BM 4: Ich habe einen hohen Querschnitt nach einem Unfall. Anfangs musste ich sehr viel kämpfen mit meiner Krankenkasse um die Pflegestufe. Ich habe mit einem Anwalt zwei Jahre lang um die Pflegestufe drei gekämpft. Ich muss sagen, ich habe mehr zu tun als vor der Behinderung. Ich organisiere meine Assistenz nach dem Arbeitgebermodell. Das ist zwar viel Schreibearbeit, aber ich kann die Assistenten selbst auswählen. Ich bin froh, dass ich nicht aufgegeben habe.

BM 2: Ich habe mit den Krankenkassen keine Probleme gehabt. Ich kämpfe seit einem halben Jahr darum, dass ich Familienhilfe erhalte. Ich lebe allein in Deutschland, verliere meine Kontakte durch meine Behinderung, lebe jetzt total zurückgezogen und bekomme langsam Depressionen. Mein größtes Bedürfnis ist eine Person, die sich mit mir unterhält. Wer alt und krank ist, gehört nicht in diese Welt – ab in den Mülleimer!

ARB 7: Wir als Träger warten, wer kommt. Wir hätten gerne noch mehr behinderte Menschen mit Migrationshintergrund in den Werkstätten. Die Sachbearbeiter haben es auch schwer mit den existierenden Gesetzen.

BM 3: Die Ämter werden häufig als Gegner gesehen und die rechtlichen Rahmenbedingungen sind das eine, wie damit umgegangen wird, das andere. Wir haben viele Eltern, die andere Wege gehen wollen – viele wollen nicht, dass ihre Kinder in Werkstätten arbeiten, sondern suchen Alternativen. Es gibt aber wenig individuelle Angebote. Wir müssen uns fragen „entsprechen die vorhandenen Angebote denn auch den Bedürfnissen der Betroffenen?“ Wir müssen abfragen, was überhaupt gewollt ist. Da nützt auch ein Flyer nichts, der ins Türkische übersetzt wird.

ARB 2: Die Beispiele, die genannt wurden, kenne ich aus dem Bereich der Behindertenarbeit und sie haben nichts in erster Linie mit dem Migrationshintergrund zu tun. Die Spitzenverbände auf der Ebene Berlins sollten sich zusammentun.

ARB 7: Ich arbeite in einer Jugendeinrichtung. Es liegt an den SozialarbeiterInnen, wie der Umgang ist, an ihrer Persönlichkeit. Interkulturelle Aufgeschlossenheit ist wichtig. Alle Bezirke handhaben die Hilfestellung unterschiedlich, einheitliche Vorgaben auf Landesebene wären wichtig. Ich halte auch viel von einem Qualitätsmanagement bei den Ämtern, es ist zu fragen „Was wollen die Kunden?“

ARB 1: Verweis auf die Initiative zur Servicequalität (SERVQUAL) der Stadt München und die Erfordernis der Weiterbildung der MitarbeiterInnen in Sachen interkultureller Kompetenz.

ARB 6: Die Grundprobleme bei Deutschen mit Behinderung sind die gleichen, bei Migranten ist es noch einen Zacken schärfer.

BM 1: Ich halte viel von einem „Mobilen Einsatzkommando“, das Fehler sofort aufdeckt und Beistand leistet. Wenn Organisationen mit mir waren, wurde sofort freundlicher mit mir gesprochen.

BM 5: Bei Vietnamesen ist es mit der Sprache schwierig. Viele kennen ihre Ansprüche nicht.

b) Einzelaussagen

Es konnten sieben weitere Aussagen von Einzelpersonen (EP 1-7) eingeholt werden, wobei alle Angaben auf deutsch formulierten Fragebögen aufgenommen wurden. Drei Aussagen stammen von Müttern behinderter Kinder, vier Aussagen von erwachsenen behinderten Frauen.

EP 1: Mutter eines Kindes mit Spina Bifida, 1981 in der Türkei geboren, seit 1991 in Deutschland lebend. Das größte Problem für die Mutter ist die Inkontinenz des Kindes, als Problem für das Kind gibt sie an, dass es anders sei und manchmal nicht mithalten könne. Für sich benötigt sie dringend Entlastung und Unterstützung. Sie wünscht sich für sich und ihr Kind Informationen zur Erkrankung in türkischer Sprache, ebenso Beratung in der Muttersprache, da sie nicht ausreichend Deutsch könne. Mit Beratung verbindet sie „Informationen und Wissen erhalten“. Die Informationen zur Erkrankung ihres Kindes wünscht sie in schriftlicher Form in ihrer Muttersprache. Gerne nimmt sie die Informationen auch im persönlichen Gespräch oder einer Fernsehsendung entgegen, am liebsten seien ihr aber kindgerechte „Info-Kinderbücher“. Die Beratung sollte vor allem zum Bereich Hilfsmittel erfolgen und in einer kommunalen Einrichtung, in ihrem vertrauten kulturellen Zentrum oder ihrer Wohnung stattfinden. Das Gespräch führt sie am liebsten von Angesicht zu Angesicht oder per Telefon. Ihre bevorzugte Gesprächspartnerin ist weiblich und am liebsten mit der gleichen Behinderung wie die des Kindes und der gleichen Herkunft wie sie.

EP 2: Mutter eines Kindes mit Stoffwechselstörung (PKU). 1983 in der Türkei geboren, seit 1999 in Deutschland lebend. Ihre Muttersprache ist Kurdisch, außerdem

spricht sie noch Deutsch und Türkisch. Das größte Problem ist für sie, dass sie ihrem Kind bestimmte Speisen nicht geben darf, wenn das Kind dies haben möchte. Sie benötigt dringend für sich muttersprachliche oder türkische TherapeutInnen. Informationen zur Erkrankung des Kindes hat sie jedoch genügend. Aktuelle Unterstützung benötigt sie nicht, da sie eine Familienhilfe hat, die alles abdeckt. Unter Beratung versteht sie „Information zu einem bestimmten Thema“. Wenn sie noch Bedarf an Informationen hätte, würde sie diese gerne zum Lesen haben und am liebsten in Türkisch. Die Form der Information sollte in Diskussionsrunden, auf speziellen Internetseiten oder in einem Vortrag erfolgen. Wenn sie einen Wunsch bezüglich des Informationsangebotes hätte, würde sie sich den Austausch mit anderen Betroffenen wünschen. Bei der Beratung geht es ihr vorrangig um Hilfsmittelversorgung. Der Ort der Beratung sollte in einer kommunalen Einrichtung oder einer Krankenkasse erfolgen und die Beratung sollte von Angesicht zu Angesicht erfolgen. Ihre bevorzugte GesprächspartnerIn sollte entweder PsychologIn sein und am liebsten mit der gleichen chronischen Krankheit wie ihr Kind und der gleichen Herkunft wie sie selber. Wenn sie bezüglich der Beratung einen Wunsch hätte, dann wäre es ein Angebot eines speziellen Kochkurses für Stoffwechselerkrankte. Ferner möchte sie zum Thema noch anmerken, dass sie spezielle phenylalaninarme Lebensmittel kaufen müsse, die teuer sind und von der Krankenkasse nicht übernommen werden. Deshalb findet sie es wichtig, dies zu thematisieren.

EP 3: Mutter eines Kindes mit mehrfachen körperlichen Behinderungen. 1965 im Iran geboren, seit 1997 in Deutschland lebend. Ihre Muttersprache ist persisch, außerdem spricht sie noch Deutsch. Das größte Problem für sie ist es, dass sie denkt, sie könne ihrem Kind nicht richtig helfen, obwohl sie viel Zeit mit ihm verbringt. Sie möchte, dass ihr Kind selbständiger wird und befürchtet, es nicht umfassend fördern zu können. Sie wünscht sich mehr Informationen zu der Behinderung, da es vielleicht doch noch andere Behandlungsmöglichkeiten gibt. Sie wünscht sich Unterstützung, da sie als Alleinstehende so viel zu tun hat und sie nicht alles richtig organisieren kann. Informationen könnte sie sich sowohl zum Lesen als auch zum Hören vorstellen, sie sollten in Deutsch oder ihrer Muttersprache sein. Die Form der bevorzugten Information sind persönliches Gespräch oder Diskussionsrunde, es dürfte aber auch ein Comic, ein Spielfilm oder ein Lied sein. Für den Ort der Beratung wünscht sie sich eine Arztpraxis, die Krankenkasse oder ihre Wohnung. Gespräche führt sie lieber per e-mail oder chat. Das Geschlecht der Beratungsperson ist ihr nicht wichtig, es sollte ein/e PsychologIn sein, jemand mit der gleichen Behinderung wie ihr Kind oder jemand mit der gleichen Herkunft wie sie.

EP 4 (Telefoninterview): Frau, 1968 in Deutschland geboren, Eltern aus der Türkei stammend. Ihre Muttersprachen sind Deutsch und Türkisch. Sie ist seit 2003 an Morbus Behcet (Vaskulitis) erkrankt (alle inneren Organe sowie die Motorik sind betroffen). Ihr größtes Problem ist die Abhängigkeit von allen anderen. Sie benötigt dringend für sich eine Assistenz, die kompetent, flexibel und langandauernd ist und sich mit Kindern auskennt. Außerdem weitere Hilfsmittel und eine behindertengerechte Wohnung. Weitere Informationen zu ihrer Erkrankung benötigt sie nicht, da sie sich mit ihrer Behinderung auskennt. Sie wünscht sich Beratung und Hilfestellung bei der Durchsetzung ihrer Rechte als behinderte Person. Wenn sie das Wort „Beratung“ hört, denkt sie „wo kriege ich die her, besonders für Migrantinnen?“ Falls sie weitere Informationen über ihre Erkrankung benötigen würde, hätte sie diese gerne zum Lesen und in Deutsch. Die Form der Übermittlung wünscht sie sich in persönlichem

Gespräch, Diskussionsrunden oder einer speziellen Internetseite. Bezüglich des Informationsangebotes hätte sie am liebsten alles „kompakt aus einer Hand“. Beratung und Unterstützung wünscht sie sich als behinderte Mutter und zwar am liebsten von einer unabhängigen Stelle, die nicht bei einem Amt angesiedelt ist, sondern bei und von Behinderten selber betrieben wird. Das Beratungsgespräch führt sie am liebsten per Telefon oder von Angesicht zu Angesicht, das Geschlecht der Beratungsperson ist ihr egal, sie muss kompetent sein! Am liebsten wäre ihr dabei eine Person, die die gleiche Behinderung und die gleiche Herkunft hat. Wenn sie einen Wunsch für eine Unterstützung frei hätte, so wäre dies ein Elektro-Doppel-Sitzer, um mit ihrem Kind rausgehen zu können und mobil zu sein. Was sie zu diesem Thema noch sagen möchte ist, dass bei alleinstehenden Elternteilen das Jugendumt aggressiver vorgegangen ist als bei „normalen Elternpaaren“. Sie sollte sich vor einem Mann ausziehen und ihr Kind sollte ihr weggenommen werden.

EP 5: Frau, 1962 in Polen geboren, in Deutschland seit 1990 lebend. Ihre Muttersprache ist Polnisch, außerdem spricht sie noch Deutsch. Sie hat seit 1980 eine Schwerhörigkeit und andere chronische Probleme. Das größte Problem dabei ist für sie, sich mit der Behinderung abzufinden, sie zu akzeptieren, da sie das Leben sehr schwierig macht. Sie benötigt für sich dringend ärztliche und psychologische Betreuung sowie bessere Hörgeräte. Aktuell benötigt sie keine weiteren Informationen über ihre Behinderung, da sie der Meinung ist, ziemlich gut informiert zu sein. Sie benötigt jedoch Beratung zur Frage, welche Unterstützungsmöglichkeiten es für hörbehinderte Menschen gibt. Bei dem Wort „Beratung“ denkt sie sofort an „Studentenwerk“. Falls sie weitere Informationen benötigte, würde sie dies selber über Bücher oder Internet erledigen. Diese Informationen sollten zum Lesen sein, in Deutsch oder ihrer Muttersprache. Die Darbietung der Information sollte per persönlichem Gespräch, einer speziellen Internetseite oder einem Internetforum erfolgen. Für eine Beratung wünscht sie sich Bewältigungsstrategien, Unterstützungsmöglichkeiten, Hilfe zur Selbsthilfe. Der Beratungsort sollte bei der Kommune oder einer Behindertenorganisation sein. Das Gespräch würde sie am liebsten mit einer Frau persönlich führen, auch per Telefon oder email. Es sollte eine Sozialarbeiterin/Psychologin sein, eine Person mit der gleichen Behinderung oder jemand mit der gleichen Behinderung und der gleichen Herkunft. Wenn sie einen Wunsch frei hätte, würde sie sich bei einer Beratung am meisten „Einfühlungsvermögen“ wünschen. Zu diesem Thema möchte sie noch bemerken: „Deutsche mit Migrationshintergrund und Behinderung, das sind ganz andere paar Schuhe als Ausländer mit einer Behinderung. Man kann sie nicht alle in eine Schublade stecken. Der zweite Fall ist viel komplizierter und erfordert umfassende Kenntnisse nicht nur im Behindertenrecht, sondern auch im Ausländerrecht.“

EP 6: Frau, 1968 in der Türkei geboren, seit 1980 in Deutschland lebend. Ihre Muttersprache ist türkisch, außerdem spricht sie Deutsch. Sie hat seit 1990 eine Querschnittslähmung. Das größte Problem für sie ist das Angewiesensein auf fremde Hilfe. Beim Wort „Beratung“ denkt sie sofort an die Arbeitsgemeinschaft für Selbstbestimmtes Leben (ASL e.V.) Weitere Angaben hinsichtlich ihrer Wünsche zu einer Beratung macht sie nicht.

EP 7: Frau, 1948 in der Türkei geboren, seit 1969 in Deutschland lebend. Ihre Muttersprache ist türkisch, außerdem spricht sie noch deutsch. Ihre Erkrankungen bestehen in Bluthochdruck, Rückenleiden, Fibromyalgie, u.a. Die größten Probleme dabei sind für sie, dass sie schlecht schlafen kann, Haushaltsführung, Einkauf, etc.

Sie benötigt dringend Menschen, die ihr im Alltag helfen. Sie wünscht sich Informationen zur rechtlichen Anerkennung einer Behinderung und sie braucht Unterstützung, da sie nicht alles kann und weiss. Wenn sie das Wort „Beratung“ hört, denkt sie sofort an „Hilfe für Menschen mit Problemen“. Informationen zu ihrem Gesundheitsproblem hätte sie gerne zum Lesen in deutscher Sprache. Sie erhält diese Informationen gerne im persönlichen Gespräch, einer Broschüre oder als Faltblatt, doch am liebsten in einer Broschüre. Beratung möchte sie gerne zu Fragen von Rückenleiden, häuslicher Hilfe, Pflegestufen u.a. Der Ort der Beratung sollte in einer kommunalen Einrichtung in der Nähe oder in der Wohnung sein. Das Beratungsgespräch würde sie am liebsten von Angesicht zu Angesicht mit einer Frau führen. Diese Person könnte eine Freundin sein, eine Sozialarbeiterin oder jemand mit der gleichen Behinderung und der gleichen Herkunft. Wenn sie für die Beratung einen Wunsch frei hätte, so wünschte sie sich „richtige Aufklärung, gutes Zuhören“.

Kurzfasit: Ein hoher Beratungs- und Unterstützungsbedarf besteht vor allem bei rechtlichen Ansprüchen und der Hilfsmittelversorgung sowie bei der konkreten Hilfestellung im täglichen Leben. Hilfreich sind dabei Informationen auch in der Muttersprache. Zur gewünschten Person des Beraters oder der Beraterin wird deutlich, dass ein doppelter Peer-Aspekt (gleich Behinderung + gleiche Herkunft) bei fast allen als wichtig eingeschätzt wird. Der eigenen Wohnung als Beratungsort kommt ebenfalls große Bedeutung zu. Da alle Befragten Frauen waren, können keine Aussagen über die Wünsche von Männern getroffen werden. Einige der Frauen wollten aber ausdrücklich eine Frau als Beraterin. Es könnte deshalb vermutet werden, dass von Männern auch Männer gewünscht werden.

7. Zusammenfassende Empfehlungen zur Beratungsarbeit

Die Vielfalt der Communities und Kulturen, der Beeinträchtigungen und Problemstellungen im Bereich von „Behinderung & Migration“ macht generell einen **Ansatz der Vielfalt (Diversity)** in den Lösungen erforderlich. Dieses Diversity-Prinzip ist bislang in der Bundesrepublik Deutschland erst ansatzweise eingeführt. Nach Ansicht der AutorInnen ist es jedoch ein **Schlüsselprinzip** in der Schaffung optimaler Beratungsstrukturen.

Nachstehend werden - auf Basis der Befragungsergebnisse - fünf Empfehlungskomplexe skizziert, die die Zugangsbarrieren von behinderten und / oder chronisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund abbauen und erfolgreiche Zugangswege beschreiben. Dabei bestätigte sich der Gehalt der „Empfehlungen aus Studien, Aufsätzen, Berichten“ aus Kapitel 4. Wichtig erscheint dabei auch, dass der personale Zugangsweg eindeutig Vorrang vor dem technischen Zugangsweg hat.

7.1 Empfehlungen für Zugangswege / Beratungsstruktur (Idealfall einer Beratungsstelle)

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.
7. Sowohl eine Komm- und 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, jeodch 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 Pflegegraden, 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 Selbsthilfepotenziale)
- 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.

7.2 Empfehlungen für die Team- / Personalentwicklung

1. Die Beratungsteams sollten nach dem Diversity-Prinzip zusammengesetzt sein und interkulturell arbeiten.

2. Die Mitglieder der Beratungsteams sollten eine Vielfalt in Bezug auf ihre Mehrsprachigkeit aufweisen.

3. Die Beratungsteams sollten (neben den rein fachlichen Weiterbildungen) regelmäßige Weiterbildungen in interkultureller Kompetenz durchführen.

4. Es sollten Weiterbildungen in den kulturell unterschiedlichen Konzepten von Krankheit und Behinderung erfolgen.

5. Es sollten Qualitätsstandards (etwa in Orientierung an den 12 Sonnenberger Leitlinien) formuliert werden, die regelmäßig evaluiert werden (Qualitätsmanagement) .

7.3 Empfehlungen für die Organisationsentwicklung (Regeldienste, freie Träger, Vereine)

1. Die Regeldienste, sowie die Behindertenhilfe- und Selbsthilfeorganisationen sollten sich interkulturell öffnen (Leitungsaufgabe!), die Selbstorganisationen der MigrantInnen sollten sich einer menschenrechtlichen Sichtweise von Behinderung öffnen.
2. Es sollte eine stärkere Vernetzung von den Organisationen der Behindertenhilfe- und Selbsthilfe sowie der Migranten-Communities erfolgen.
3. Als Prinzipien für die Arbeit der Organisationen sollten gelten:
 - Von der Integration zur Inklusion
 - Vom medizinischen Modell zum menschenrechtlichen Modell
 - Von der Sonderlösung zum Diversity-Prinzip
 - Vom FÜR zum MIT
 - Von der Fürsorge zu Ressourcenorientierung, Selbstbestimmung und Empowerment

7.4 Empfehlungen an die Politik – Rahmenbedingungen

1. Verstärkte Berücksichtigung des Aspekts „Behinderung / Chronische Krankheit“ im Nationalen Integrationsplan / Schaffung eines eigenen Punktes in den Fortschrittsberichten.
2. Schaffung von Förderprogrammen zur Unterstützung der Kooperation von Organisationen der Behindertenselbsthilfe und MigrantInnenselbsthilfe.
3. Schaffung von Förderprogrammen für die Aufnahme von Arbeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund im sozialen Bereich.
4. Programme zur Aus- und Weiterbildung von Menschen mit Migrationshintergrund und Behinderung als BeraterInnen.
5. Ständige eigene Kapitel „Behinderung & Migration“ im „Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe“ sowie im Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland (Integrationsbericht)
6. Kooperation der Behindertenbeauftragten, der Integrationsbeauftragten und der Patientenbeauftragten der Bundesregierung mit Veranstaltungen zur Sichtbarmachung des Bedarfs von behinderten und /oder chronisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund
7. Forschungsförderung zur Verbesserung der Datenlage mit Berücksichtigung der sich überlagernden Aspekte im Bereich „Behinderung & Migration“

8. Information über die bereits bestehenden Initiativen und Projekte im Bereich „Behinderung & Migration“ auf Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen.

9. Verstärkte Förderung der Selbsthilfepotenziale behinderter Menschen mit Zuwanderungsgeschichte durch Unterstützung von entsprechenden Selbsthilfegruppen (Selbsthilfeförderprogramme des Bundes oder der Krankenkassen nach § 20 SGB V)

10. Als Prinzipien für die Betrachtungsweise sollten gelten:

- Von der Integration zur Inklusion.
- Vom medizinischen Modell zum menschenrechtlichen Modell
- Von der Sonderlösung zum Diversity-Prinzip
- Vom FÜR zum MIT
- Von der Fürsorge zu Ressourcenorientierung, Selbstbestimmung und Empowerment

7.5 Empfehlungen für die Stiftung LEBENSNERV

1. Es sollte keine eigene, neue Beratungsstelle eröffnet werden, gegebenenfalls könnte eine Kooperation mit einer MigrantInnenselbsthilfeorganisation für eine Beratungsstelle (direkter oder fördernder Art) erfolgen.

2. Es sollte eine Kampagne zur Aufklärung über Multiple Sklerose und entsprechende Beratungsmöglichkeiten in den Communities durchgeführt werden.

3. Es sollten Aus- und Weiterbildungen von behinderten BeraterInnen mit Migrationshintergrund sowie Empowermentkurse für MigrantInnen mit MS / chronischer Erkrankung durchgeführt werden.

4. Es sollte eine stärkere Vernetzung (Kooperationen/Projekte) mit MigrantInnen-selbstorganisationen erfolgen.

5. Die interkulturelle Öffnung der Stiftung LEBENSNERV sollte vorangetrieben werden.

8. Literaturverzeichnis

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

Al Munaizel, Musa – Weigt, Gabriele: Zum Verständnis von Behinderung in anderen Kulturen. In: Hermes/Köbasell (Hg.): Disability Studies in Deutschland – Behinderung neu denken! Dokumentation der Sommeruni 2003, bifos e.V. Kassel 2003

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

Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht – 2004. In: Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hg.): Behinderung und Ausweis, Münster 2005, S 101 ff

Berliner Initiative (Hg.): Berliner Erklärung: Zur Notlage bei der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund. Online unter: <http://via.bund.googlepages.com/Berlinererklaerung.pdf> (zuletzt geprüft am 5. Februar 2009)

Berrut, S. - Blümel, S. - Erath, A.: Beispiele der Aufklärungsarbeit im Bereich Migration. In: Bundesgesundheitsblatt, Band 49, Heft 9, September 2006, S. 898 ff

Borde, Thea: Migration und Gesundheit in der Gesundheitspolitik Europas. Präsentation auf dem Großen Migrationforum Gesundheit am 22. April 2008 in Bern. Online unter: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/00400/04790/index.html?lang=de (zuletzt geprüft am 10. Dezember 2008)

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

Borde, Thea - David, Matthias (Hg.): Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2007

Bundesgesundheitsblatt, Band 49, Heft 9, September 2006: Migration und Gesundheit

Bundesregierung (Hg.): Der Nationale Integrationsplan. Neue Wege - Neue Chancen. Berlin, Juli 2007

Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.): Unser Kind ist ein Geschenk. Türkische Familien mit einem geistig behinderten Kind in Deutschland. Marburg 2003

Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Menschenrechte. Dokumente und Deklarationen. 4. Aktualisierte und erweiterte Auflage, Bonn 2004

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

Classen, Georg: Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Online unter www.fluechtlingsrat-berlin.de/gesetzgebung.php#Med (zuletzt geprüft am 3. Februar 2009)

Council of Europe: Recommendation Rec(2006)18 of the Committee of Ministers to the member states on health services in a multicultural society (angenommen am 8. November 2006) online unter: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1062769&BackC> (zuletzt geprüft am 3. Februar 2009)

Council of the European Union: Health and Migration in the EU. Policy debate 15609/07. Brüssel, 29. November 2007

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

David, Matthias - Borde, Thea: Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2001

Der Beauftragte für Integration und Migration in Berlin (Hg.): Zuwanderer und Einwohner Berlins nach Staatsangehörigkeit (Stand: 30. Juni 2006)

Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode (Hg.): Sechster Familienbericht. Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Drucksache 14/4357 vom 20.10.2000

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

Deutsche Bundesregierung (Hg.): 4. Bericht zur Lage der Ausländer in Deutschland. Berlin 2000

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/ (zuletzt geprüft am 4. Februar 2009)

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.): Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, Berlin 2005

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

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.): 7. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland: Berlin (Dezember 2007)

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

DVSG (Hg.): „Migration und Gesundheit“. Themenheft der Zeitschrift „Forum sozialarbeit + gesundheit, 3/2007

Falkenroth, Anemone: Ambulant und interkulturell. Die Hauskrankenpflege DETA MED versorgt Pflegebedürftige aus anderen Kulturen In: Forum sozialarbeit + gesundheit 3/2007 S. 17 ff

Falkenroth, Anemone: Eigene Betroffenheit schafft Vertrauensverhältnis zu Klienten. Interview mit Sozialarbeiterin Petra Löwe, die selbst im Rollstuhl sitzt. In: Forum sozialarbeit + gesundheit 4/2008 S. 21 ff

Gaitanides, Stefan: Zugangsbarrieren für Migranten zu den Sozialen Diensten. Online unter:
www.fb4.fh-frankfurt.de/whoiswho/gaitanides/zugangsbarrieren_oeffn07.pdf
(zuletzt geprüft am 8. September 2008)

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

Gesetz zur Durchführung einer Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt sowie die Wohnsituation der Haushalte (Mikrozensusgesetz 2005 – MZG 2005) vom 24. Juni 2004 (BGBL. I S. 1350)

Gölz, Jörg: Migranten und HIV (2002). Online unter:
http://www.dagnae.de/Leitlinien/Stellung_6c/Migranten.htm (zuletzt geprüft am 5. Februar 2009)

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

Gummich, Judy: Migrationshintergrund und Beeinträchtigung – eine doppelte Herausforderung. Workshop-Präsentation am 23. Januar 2009 im Rahmen der Konferenz „Gendering Disability“ an der Universität Oldenburg (unveröff.)

Heiden, H.- Günter: Beratung für behinderte Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Zwischenergebnisse einer Pilotstudie der Stiftung LEBENSNERV. Vortrag am 15. Januar 2009 beim Fachgespräch der AWO in Berlin (unveröff.)

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

Hofe, Jutta vom: Von erkälteten Köpfen und geplatzten Gallenblasen. In: Menschen. Das Magazin, 3/2008, S. 32 ff

Kauczor, Cornelia: Das Netzwerk Migration und Behinderung. 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

Kauczor, Cornelia: Migration, Kultur und Behinderung. Ein bundesweites Netzwerk arbeitet für die transkulturelle Öffnung gesundheitlicher und sozialer Dienste. In: Forum sozialarbeit + gesundheit 3/2007, S. 24 ff

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

Kauczor, Cornelia: Migration, Flucht und Behinderung – Eine transkulturelle Behindertenhilfe als gesellschaftliche und institutionelle Herausforderung für Deutschland. In: 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

KDA (Hg.): Migration und Demenz – Vergessen in der zweiten Heimat. Pro alter 2/2007

Kirkcaldy, B.- Wittig, U. - Furnham, A.- Merbach, M. - Siefen, R.G.: Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. In: Bundesgesundheitsblatt, Band 49, Heft 9, September 2006; S. 873 ff

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

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

Machleidt, Wielant: Ausgangslage und Leitlinien transkultureller Psychiatrie in Deutschland. Online unter www.psychiatrie.de/data/downloads/3b/00/00/Beitrag_Machleidt.pdf (zuletzt geprüft am 14. Januar 2009)

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
(zuletzt geprüft am 4. Februar 2009)

Misbach, Eléne: Leben in der Illegalität: Gesundheitsversorgung fehlt. Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin organisiert Hilfen. In: Forum sozialarbeit + gesundheit 3/2007, S. 14 ff

Möller-Bock, Bettina: Angebote für und Mitwirkung von Menschen mit Migrationshintergrund. Online unter <http://www.nakos.de/site/data/NAKOS/NAKOS-Studien-1-2007-2.4.pdf> (zuletzt geprüft am 2. Februar 2009)

NETZWERK ARTIKEL 3 e.V.: Behindertengleichstellungsrecht (Textsammlung auf CD-ROM). Berlin 2008 (Eigenverlag)

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

Robert Koch-Institut (Hg.): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Juli 2008

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 (zuletzt geprüft am 5. Februar 2009)

Schmidt-Kaehler, Sebastian: Praxisleitfaden Patientenberatung. Fachgutachten auf der Basis der Umsetzung von § 65b SGB V. Im Auftrag der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Januar 2006. Online unter www.gkv.info/gkv/fileadmin/user_upload/Projekte/Verbraucher_u_Patientenberatung/pl_patientenberatung_1_.pdf (zuletzt geprüft am 14. Januar 2009)

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.): Leben in Deutschland - Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2006

Statistisches Bundesamt (Hg.): Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnis des Mikrozensus 2005, Wiesbaden, Wirtschaft und Statistik 12/2006

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

Statistisches Bundesamt (Hg.): Schwerbehinderte Menschen 2005, erstellt von Heiko Pfaff und Mitarbeiterinnen, Wiesbaden, Wirtschaft und Statistik 7/2007

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

Statistisches Landesamt Berlin: Einwohner Berlins nach Staatsangehörigkeit (2006)

Stettner, Anna-Maria: Wegweiser durch das Gesundheitswesen. Unabhängige Patientenberatung als Element zur Durchsetzung von Patientenrechten. In: Forum sozialarbeit + gesundheit 4/2008 S. 16 ff

Stockinger, Michael: Mit Leib und Seele. Lebensbedingungen und Behandlung traumatisierter Flüchtlinge. Tagungsberichte in ZEBRATL 5/2000 und 2/2001. Online unter: www.zebra.or.at/zebratl/2k/5/leibundseele.htm sowie unter www.zebra.or.at/zebratl/2k1/2/leibundseele.htm (zuletzt geprüft am 5. Februar 2009)

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

Tolsdorf, Mareike: Illegal und krank. Die Gesundheitssituation versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland. Online unter www.mabuse-verlag.de/zeitschrift/177_Tolsdorf.pdf (zuletzt geprüft am 24. Januar 2009)

Wagenbrenner, Georg: Guter Rat ist Teamwork! Seminarbericht „Migration – Kultur – Behinderung“. Online unter: www.frankenwarte.de/archiv/subdir/art1414,894.html (zuletzt geprüft am 5. Februar 2009)

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

Wimmer-Puchinger, B. – Engleder, A. – Wolf, H.: Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. In: Bundesgesundheitsblatt, Band 49, Heft 9, September 2006, S. 884 ff

World Health Organization (Hg.): 25 Questions and answers on Health Human Rights. Health & Human Rights. Publication series, Issue No.1, Geneva, July 2002