

# Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit Migrationserfahrung

Wissenschaftlicher Bericht

---

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,  
gefördert aus den Mitteln der Agenda Gesundheitsförderung



# Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit Migrationserfahrung

Wissenschaftlicher Bericht

Autorinnen:

Marion Weigl  
Sandra Ecker  
Daniela Rojatz  
Daniela Antony

Unter Mitarbeit von:

Shahnaz Alizadeh  
Züleyha Sultan Arslan  
Gülseren Dogan  
Umyma El-Jelede  
Figen Ibrahimoglu  
Fatmé Khalil-Hammoud  
Kathleen Löschke  
Zyada Shabaan  
Barbara Wagner  
Hilde Wolf

Fachliche Begleitung:

Christina Dietscher

Projektassistenz:

Bettina Engel  
Alexandra Kühner

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Dezember 2023

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Weigl, Marion; Ecker, Sandra; Rojatz, Daniela; Antony, Daniela (2023): Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit Migrationserfahrung. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P10/1/5344

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ sowie zum Unterziel 3.8, bei.

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

# Kurzfassung

## Hintergrund und Fragestellung

Menschen mit Migrationserfahrung stellen mit knapp 18 Prozent einen relevanten Bevölkerungsanteil dar. Wenngleich es sich um eine sehr heterogene Gruppe handelt, verweisen Studien auf eine tendenziell schlechtere Gesundheitskompetenz. Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sind daher angezeigt. Selbsthilfegruppen (SHG) als freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen zur gemeinsamen Bewältigung von Krankheiten oder psychischen Problemen werden teilweise als vierte Säule des Gesundheitswesens betrachtet. Selbsthilfegruppen ermöglichen Austausch, Unterhaltung, Information, Ermutigung und Orientierung und können auch für Menschen mit Migrationserfahrung eine wertvolle Ressource sein. Allerdings liegen bisher wenige Erfahrungen zu Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationserfahrung für Österreich vor. Daher galt es, folgende Fragestellungen zu bearbeiten:

- » Ist das Konzept der gemeinschaftlichen Selbsthilfe (SH) für Menschen mit Migrationserfahrung anschlussfähig?
- » Wie müssten „Selbsthilfegruppen“ organisiert werden und gestaltet sein, damit ...
  - » ... Menschen mit Migrationserfahrung daran teilnehmen und ihre Teilnahme als hilfreich empfinden?
  - » ... diese eine Wirkung entfalten, wie sie aus vorliegenden Studien bzw. Erfahrungen zu erwarten ist?

## Methode

Um die Fragestellungen gut beantworten zu können, wurde ein Mixed-methods-Ansatz gewählt: Neben einer systematischen Literatursuche wurden Interviews und Fokusgruppen eingesetzt sowie Workshops zur partizipativen Erarbeitung des Konzepts.

Im Jahr 2023 wurde das im Jahr 2022 erarbeitete Konzept pilotiert. Vier Personen erklärten sich bereit, entlang des Konzepts Selbsthilfegruppen aufzubauen. Schließlich entstanden eine türkischsprachige und mehrere arabischsprachige Selbsthilfegruppen. Im Sinne einer Evaluation wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ein Fragebogen zum Thema Selbsthilfegruppen ausgefüllt sowie einige persönliche Daten eingeholt, zur Beschreibung der erreichten Gruppen. Die Erhebung war aus mehrererlei Hinsicht herausfordernd: Einerseits zeigte sich, dass die Fragebögen, die bereits mithilfe der Initiatorinnen hinsichtlich leichter Verständlichkeit überprüft und adaptiert wurden, noch immer teilweise als schwer verständlich bezeichnet wurden. Andererseits war die Fluktuation unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern groß, weshalb letztendlich nicht nur von wenigen Personen Fragebögen zu zwei Zeitpunkten vorlagen, sondern diese Zeitpunkte und die Anzahl an Treffen, auf die sie sich bezogen, sehr unterschiedlich waren. Ausgewertet wurden die beantworteten Fragebögen daher nur als einmalige Erhebung.

## **Ergebnisse**

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden Erfolgsfaktoren und Stolpersteine für Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationserfahrung ermittelt. Relevante Aspekte adressieren den Zugang zu Menschen mit Migrationserfahrung, die bedürfnisorientierte Arbeit in SHG und die Sicherung der Nachhaltigkeit.

Interviews und Fokusgruppen mit Menschen mit Migrationserfahrung zum Thema Selbsthilfegruppe zeigen, dass der Begriff oftmals nicht verstanden wird, grundsätzlich aber ein großer Bedarf an Austausch besteht. Es zeigt sich auch, dass der Wunsch nach einer anleitenden und moderierenden Person sehr groß ist.

Die Pilotierung im Jahr 2023 mit einer türkischsprachigen und mehreren arabischsprachigen Gruppen bestätigte die Notwendigkeit einer die Gruppe anleitende und diese organisierende Person aus der jeweiligen Community. Zudem wurde ersichtlich, dass (jedenfalls die erste Zeit nach Initiierung) eine engmaschige Begleitung der Gruppen mit regelmäßigen Erinnerungen notwendig ist, was die Umsetzung sehr aufwendig macht. Es bestätigte sich, dass der Aufbau eines passenden Verständnisses für das Konzept einer Selbsthilfegruppe und das Erleben eines persönlichen Nutzens Zeit benötigt. Beides ist wesentliche Voraussetzung dafür, dass eigenes Engagement in Bezug auf die Gründung oder Weiterführung einer Selbsthilfegruppe möglich wird. Unabhängig davon erschwert jedoch auch die persönliche – und oft belastende – Lebenssituation sowie das größere Vertrauen in und Wunsch nach fachlichem Input durch eine Ärztin bzw. einen Arzt die Teilnahme an einer SHG.

## **Schlussfolgerungen**

Aus den Ergebnissen der Literaturrecherche, Interviews und Fokusgruppen wurde ein Konzept für Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit Migrationserfahrung abgeleitet. Dies soll interessierten Menschen eine Orientierung bieten – von Möglichkeiten der Initiierung und Zusammensetzung einer Gruppe bis hin zur Gestaltung der Treffen. Aus der Pilotierung im Jahr 2023 kann abgeleitet werden, dass der Bedarf an Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit Migrationserfahrung zwar gegeben ist, eine Initiierung und Umsetzung aber in einer Organisation eingebettet sein sollte, die über die ersten eineinhalb Jahre beim Aufbau und bei der Etablierung unterstützen kann. Erst dadurch scheint die Überführung in eine von Betroffenen mit Migrationserfahrung selbst organisierte Gruppe als realistisch.

## **Schlüsselwörter**

Selbsthilfegruppe, Migration

# Summary

## Background and Research Question

People with a migration experience represent a relevant share of the population with almost 18 percent. Although this is a very heterogeneous group, studies indicate that health literacy tends to be poorer. Measures to strengthen health literacy are therefore indicated. Self-help groups as voluntary associations of people to jointly cope with illnesses or psychological problems are sometimes regarded as the fourth pillar of the health care system. Self-help groups enable exchange, entertainment, information, encouragement and orientation and can also be a valuable resource for people with a migration experience. However, so far there seems to be little experience of self-help groups for people with a migration experience in Austria. Therefore, the following questions had to be addressed:

- » Is the concept of community-based self-help accessible to people with a migration experience?
- » How would “self-help groups” have to be organised and designed so that ...
  - » ... people with migration experience participate in them and find their participation helpful?
  - » Do they have the effect that can be expected from existing studies and experiences?

## Methods

In order to be able to answer the questions well, a mixed-methods approach was chosen. In addition to a systematic literature search, interviews and focus groups were used, as well as workshops for the participatory development of the concept.

The concept developed in 2022 was piloted in 2023. Four people agreed to set up self-help groups based on the concept. In the end, one Turkish-speaking and several Arabic-speaking self-help groups were set up. As part of an evaluation, the participants filled out a questionnaire on the topic of self-help groups and some personal data was collected to describe the groups that had been reached. The survey was challenging in several respects: On the one hand, it became apparent that the questionnaires, which had already been reviewed and adapted with the help of the initiators to make them easier to understand, were still sometimes described as difficult to understand. On the other hand, the fluctuation among the participants was high, which is why ultimately not only a few people submitted questionnaires at two points in time, but these points in time and the number of meetings to which they referred were very different. The completed questionnaires were therefore only analysed as a one-off survey.

## **Results/Findings**

The literature review identified success factors and stumbling blocks for self-help groups for people with a migration experience. Relevant aspects address access to people with a migration experience, needs-oriented work in self-help groups and ensuring sustainability.

Interviews and focus groups with people with a migration experience on the topic of self-help groups show that the term is often not understood, but that there is basically a great need for exchange. It also became apparent that the desire for a guiding and moderating person is very great.

The pilot in 2023 with one Turkish-speaking and several Arabic-speaking groups confirmed the need for a person from the respective community to lead and organise the group. It also became clear that (at least for the first time after initiation) close monitoring of the groups with regular reminders is necessary, which makes implementation very time-consuming. It was confirmed that it takes time to develop a suitable understanding of the concept of a self-help group and to experience the personal benefits. Both of these are essential prerequisites for enabling personal commitment to the establishment or continuation of a self-help group. Irrespective of this, however, the personal – and often stressful – life situation as well as the greater trust in and desire for professional input from a doctor also makes participation in a self-help group more difficult.

## **Conclusion**

A concept for self-help groups by and for people with migration experience was derived from the results of the literature research, interviews and focus groups. This is intended to provide interested people with guidance – from ways of initiating and setting up a group to organising meetings. From the pilot project in 2023, it can be concluded that there is a need for self-help groups by and for people with a migration background, but that initiation and implementation should be embedded in an organisation that can provide support in setting up and establishing them over the first year and a half. Only then does the transfer to a group organised by people with migration experience themselves seem realistic.

## **Keywords**

self-help group, migration



# Inhalt

Kurzfassung .....	III
Summary .....	V
Abbildungen.....	IX
Tabellen .....	X
Abkürzungen.....	XI
1 Einleitung .....	1
2 Hintergrund.....	3
2.1 Bevölkerung mit Migrationserfahrung.....	3
2.2 Konzept der gemeinschaftlichen Selbsthilfe.....	4
2.2.1 Selbsthilfestrukturen .....	4
2.2.2 Selbsthilfegruppen: Arbeitsweise und Voraussetzungen.....	9
2.2.3 Zugänge zur Selbsthilfe.....	10
3 Methodik.....	12
3.1 Fragestellung.....	12
3.2 Literatursuche und -selektion .....	12
3.3 Erhebung von Erfahrungen von Expertinnen und Experten .....	14
3.4 Bedarfserhebung unter Menschen mit Migrationserfahrung und einer chronischen Erkrankung.....	14
3.5 Partizipative Entwicklung des Konzepts .....	14
4 Ergebnisse.....	16
4.1 Erfolgsfaktoren aus der Literatur .....	16
4.2 Stolpersteine aus der Literatur .....	21
4.3 Ergebnisse aus den Interviews mit Fachleuten .....	24
4.4 Ergebnisse aus der Bedarfserhebung bei Menschen mit Migrationserfahrung und chronischer Erkrankung .....	27
5 Schlussfolgerungen hinsichtlich der Anschlussfähigkeit des Selbsthilfekonzepts.....	31
6 Konzept für eine Selbsthilfegruppe für Menschen mit Migrationserfahrung und Adipositas bzw. Diabetes.....	34
7 Pilotierung des Konzepts im Jahr 2023.....	42
7.1 Ziel und Vorgangsweise .....	42
7.2 Umsetzung der Pilotierung.....	42
7.2.1 Initiierung von Selbsthilfegruppen .....	43
7.2.2 Gestaltung dieser Selbsthilfegruppen .....	44
7.2.3 Auswertung der Fragebögen.....	45
7.3 Schlussfolgerungen aus der Pilotierung .....	56
Literatur .....	59
Anhang .....	61

Suchstrategien.....	61
Gesprächsleitfäden .....	62
Fragebögen Pilotierungsphase .....	65
Erhebung des Verständnisses von Selbsthilfegruppen.....	67
Erhebung der Zufriedenheit mit der Selbsthilfegruppe .....	69

# Abbildungen

Abbildung 2.1:	Die Selbsthilfelandchaft in Österreich.....	7
Abbildung 7.1:	Altersverteilung der an den SHG Teilnehmenden, n = 39 .....	46
Abbildung 7.2:	Geburtsland und Staatsbürgerschaft der SHG-Teilnehmenden, n = 43 .....	47
Abbildung 7.3:	Aufenthaltsdauer in Österreich, n = 41.....	47
Abbildung 7.4:	Aufenthaltstitel, n = 42.....	48
Abbildung 7.5:	Höchste abgeschlossene Bildung, n = 43.....	48
Abbildung 7.6:	Berufliche Situation, n = 43 .....	49
Abbildung 7.7:	Grund für die Teilnahme an den SHG, n = 43 .....	49
Abbildung 7.8:	Was verbinden Sie mit dem Begriff Selbsthilfegruppe? Gegenüberstellung von allen Antworten der 13 türkischsprachigen Teilnehmer:innen (n = 48) und allen Antworten der 32 arabischsprachigen Teilnehmer:innen (n = 103).....	51
Abbildung 7.9:	An wen richtet sich eine Selbsthilfegruppe? Gegenüberstellung von allen Antworten der 13 türkischsprachigen Teilnehmer:innen (n = 16) und allen Antworten der 32 arabischsprachigen Teilnehmer:innen (n = 75).....	52
Abbildung 7.10:	Wie können Selbsthilfegruppen wirken? Gegenüberstellung von allen Antworten der 13 türkischsprachigen Teilnehmer:innen (n = 35) und allen Antworten der 32 arabischsprachigen Teilnehmer:innen (n = 127).....	53
Abbildung 7.11:	Häufigkeit der Teilnahme, n = 45.....	54
Abbildung 7.12:	Zufriedenheit mit der Organisation, besonders mit ..., n = 175.....	55

# Tabellen

Tabelle 3.1: Ein- und Ausschlusskriterien .....	13
Tabelle 4.1: Erfolgsfaktoren für Aufbau und Umsetzung/Arbeit von SHG für Menschen mit Migrationserfahrung .....	18
Tabelle 4.2 Stolpersteine beim Aufbau und bei der Umsetzung von SHG für Menschen mit Migrationserfahrung .....	23
Tabelle A 0.1: Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to February 22, 2022> Datum der Suche: 23. 2. 2022 .....	61
Tabelle A 0.2: APA PsycInfo <1987 to February Week 2 2022> Datum der Suche: 23. 2. 2022.....	61

# Abkürzungen

BVSHOE	Bundesverband Selbsthilfe Österreich
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
FEM Süd	Gesundheitszentrum für Frauen, Eltern, Mädchen
GÖG	Gesundheit Österreich
MSO	Migrantenselbstorganisationen
NANES	Nationales Netzwerk Selbsthilfe
ÖKUSS	Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe
proRare	Pro Rare Austria Allianz für seltene Erkrankungen
SH	Selbsthilfe
SH-DV	Selbsthilfedachverband
SH-KST	Selbsthilfekontaktstelle
SHG	Selbsthilfegruppe
SHO	Selbsthilfeorganisation
SUS	Selbsthilfe-Unterstützungsstelle
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel
ZG	Zielgruppe



# 1 Einleitung

Erfahrungen aus Projekten rund um das Thema Menschen mit Migrationserfahrung und Gesundheitskompetenz allgemein und bei ausgewählten Erkrankungen, wie Diabetes, zeigen, dass das Konzept der gemeinschaftlichen Selbsthilfe (Organisationen bzw. Gruppen) selten bekannt ist. Zudem zeigen sich immer wieder Wissenslücken und ein Bedarf an sachlich fundierten mehrsprachigen Informationen, um die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationserfahrung zu fördern. Selbsthilfegruppen zur Unterstützung des Selbstmanagements zeigen eine positive Wirkung: Durch den Erfahrungsaustausch und die Vermittlung von Fachwissen durch eingeladene Gastreferentinnen und -referenten sowie andere Aktivitäten werden Kompetenzen und Wissen der Betroffenen verbessert und es wird ein sozialer Austausch gefördert. Auf das Konzept und seine beobachteten Wirkungen wird in Kapitel 2 eingegangen. Abgesehen davon, dass das Konzept der Selbsthilfe für Menschen mit Migrationserfahrung häufig unbekannt ist, sind auch kaum systematische Bemühungen österreichischer Selbsthilfeorganisationen, Menschen mit Migrationserfahrung einzubinden, bekannt.

Daher wurde in das Arbeitsprogramm der Agenda Gesundheitsförderung für das Jahr 2022 ein Projekt zum Thema Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationserfahrung und Diabetes aufgenommen. Grundsätzlich kämen für das Projekt verschiedene chronische Krankheiten infrage. Diabetes mellitus wurde jedoch von vornherein ausgewählt, da er sehr weit verbreitet ist und die Folgen einer fehlenden oder schlechten Behandlung gravierend sind.

Das vorliegende Projekt aus der Agenda Gesundheitsförderung war für drei Jahre anberaumt, wobei zunächst das erste Jahr beauftragt worden ist. Im ersten Jahr wurde auf Basis einer Literaturrecherche sowie einer Bedarfserhebung unter Menschen mit Migrationserfahrung, die an einer chronischen Krankheit leiden, sowie unter Fachleuten, die ähnliche Gruppenangebote umsetzen, ein Konzept für Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationserfahrung erarbeitet. Im zweiten Jahr erfolgte eine Pilotierung des beschriebenen Konzepts. Diese Pilotphase wurde begleitend evaluiert. Auf Basis der Ergebnisse hätte das Konzept schließlich im Jahr 2024 überarbeitet werden, was sich jedoch als nicht notwendig herausstellte. Gleichzeitig sollten Maßnahmen abgeleitet werden, die zu einer Verbreitung des Konzepts und zu einer Ausweitung entsprechender Selbsthilfegruppen führen. Solche Aktivitäten wurden jedoch bereits im Jahr 2023 umgesetzt. Das Projekt wird daher im Jahr 2024 nicht fortgeführt. Die für den Aufbau von Selbsthilfegruppen (SHG) erforderlichen Grundlagen liegen mit diesem Bericht vor, auch ein Erklärvideo wurde erstellt. Um das Konzept in die weitere Umsetzung zu bringen, müssten nun potenzielle Initiatorinnen, Initiatoren und Trägereinrichtungen aktiv werden.

Der vorliegende Bericht bezieht sich daher auf die Projektjahre 2022 und 2023 und beschreibt zunächst die Methodik sowie die Ergebnisse der Literaturrecherche und Bedarfserhebung. Darauf folgt die Beschreibung des abgeleiteten Konzepts sowie ein Vorschlag für eine begleitende Prozessevaluation sowie die Pilotierung des Aufbaus von Selbsthilfegruppen

Das Projekt wurde in enger Kooperation mit FEM Süd geplant und durchgeführt. Darüber hinaus teilten weitere Menschen (mit Migrationserfahrung bzw. aus Vereinen/Organisationen) ihre

Erfahrungen und standen für gemeinsame Workshops und Interviews zur Verfügung. Wir bedanken uns an dieser Stelle für das Engagement aller Mitwirkenden und für die gute Zusammenarbeit.



## 2 Hintergrund

### 2.1 Bevölkerung mit Migrationserfahrung

Menschen mit Migrationserfahrung<sup>1</sup> stellen einen relevanten Bevölkerungsanteil dar: Mit Stichtag 1. Jänner 2022 hatten laut Statistik Austria 1.587 Millionen und damit 17,7 Prozent der Einwohner:innen Österreichs eine ausländische Staatsbürgerschaft. Ein Teil ist bereits in Österreich geboren (rund 251.000 Personen), die meisten sind jedoch erst nach der Geburt und im Laufe der letzten zehn Jahre nach Österreich gezogen. Wird das Geburtsland betrachtet, so macht der Anteil jener Menschen, die außerhalb Österreichs geboren worden sind (1.842 Millionen), 20,5 Prozent der österreichischen Bevölkerung aus. Davon haben 72,5 Prozent eine ausländische Staatsbürgerschaft.

Menschen mit Migrationserfahrung sind eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe, die grundsätzlich Menschen mit kaum bis sehr viel formaler Bildung, mit kaum bis hohem Einkommen, mit verschiedensten Formen der Erwerbstätigkeit, aber auch Arbeitslosigkeit und mit kaum einem bis großem sozialen Netz umfasst. Die Daten der Statistik Austria (2022) zeigen aber die soziale bzw. sozioökonomische Benachteiligung dieser Bevölkerungsgruppe:

- » So sind in Österreich lebende Menschen, die im Ausland geboren sind, überdurchschnittlich stark im Niedriglohnsektor vertreten.
- » Sie waren auch deutlich stärker von mehrfacher Ausgrenzungsgefährdung betroffen.
- » Sowohl bei der Bevölkerung mit maximal Pflichtschulabschluss als auch bei jener mit akademischen Abschlüssen war der Anteil der Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft größer als jener von Menschen mit österreichischer Staatsbürgerschaft. Allerdings war auch die Arbeitslosenquote bei allen Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft höher als bei jenen mit österreichischer Staatsbürgerschaft.

Auch hinsichtlich der Gesundheit und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen unterscheiden sich die Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationserfahrung (Klimont et al. 2022): In Österreich lebende Menschen, die im Ausland geboren sind, besuchten demnach 2019 seltener Allgemeinmediziner:innen und Zahnärztinnen bzw. Zahnärzte, sie nahmen auch seltener Impfungen in Anspruch. Der Anteil jener Menschen, die angaben, täglich zu rauchen, sowie jener mit starkem Übergewicht lag über jenem Anteil in der Bevölkerung ohne Migrationserfahrung.

Die Gründe für diese Unterschiede bei der Gesundheit bzw. dem Gesundheitsverhalten sind vielfältig: Sie liegen einerseits in den Wechselwirkungen zwischen den sozialen Gesundheitsdeterminanten und der Gesundheit, andererseits wirken sich hier auch spezifische Faktoren aus. So

---

<sup>1</sup>

In diesem Bericht bezieht sich dieser Begriff auf jene Menschen, die selbst in einem anderen Land geboren worden und nach Österreich gezogen sind – unabhängig von ihrem aktuellen Aufenthaltsstatus.

kennen Menschen, die aus einem anderen Herkunftsland nach Österreich ziehen, häufig das Gesundheitssystem nicht und wissen nicht, wohin sie sich mit welchem Anliegen am besten wenden sollen. Unter Umständen liegt ein Verständnis von Gesundheit vor, das den eigenen Handlungsspielraum einschränkt. Fehlende Deutschkenntnisse führen dazu, dass sich die Menschen nicht gut verständigen können. Als Folge davon machen sie unter Umständen schlechte Erfahrungen oder erleben aufgrund anderer Faktoren Diskriminierung – was wiederum dazu führt, dass das Gesundheitssystem nicht oder sehr spät in Anspruch genommen wird. Etliche Studien beschäftigten sich in den letzten Jahren mit diesen Aspekten und beschreiben die Situation sowie potenzielle Lösungen (z. B. Gaiswinkler/Weigl 2019; Weigl/Gaiswinkler 2019; Weigl et al. 2021a; Weigl et al. 2021b). Im Jahr 2021 wurde daher gezielt der Informationsbedarf von Menschen mit Migrationserfahrung untersucht, wobei v. a. sozial/sozioökonomisch benachteiligte Menschen befragt wurden. Diese Studie bestätigte die großen sprachlichen Hürden und die fehlenden mehrsprachigen Informationen über das Gesundheitssystem in Österreich, aber auch das Bedürfnis, auf unkompliziertem Weg Fragen stellen zu können. Schon damals zeigte sich, dass Selbsthilfegruppen den wenigsten bekannt waren.

## 2.2 Konzept der gemeinschaftlichen Selbsthilfe

Kernmerkmal der gemeinschaftlichen Selbsthilfe sind der wechselseitige Austausch und die wechselseitige Unterstützung außerhalb der alltäglichen Beziehungen unter Menschen, die das gleiche Problem haben (als Betroffene:r oder Angehörige:r). Damit unterscheidet sich gemeinschaftliche Selbsthilfe von der individuellen Selbsthilfe, der Hilfe für sich selbst.

An Selbsthilfegruppen nehmen eher stärker belastete und alleinstehende Personen teil. Motive für eine Teilnahme sind in vier Dimensionen abbildbar (Kofahl et al. 2019):

- » Gemeinschaft (nicht allein sein),
- » Kommunikation (offen über Probleme sprechen),
- » Wissen (Erfahrungen anderer nutzen, etwas über die Erkrankung lernen, Fachpersonen auf Augenhöhe begegnen, neue Wege im Umgang mit der Erkrankung kennenlernen),
- » Bewältigung (Erkrankung bewältigen, Senkung der Krankheitsbelastung).

Auch viele Nichtteilnehmer:innen können sich eine Teilnahme (zu einem späteren Zeitpunkt) vorstellen und halten Selbsthilfegruppen grundsätzlich für sinnvoll und hilfreich. Gründe für die Nichtteilnahme sind insbesondere ein gutes soziales Netz (genug andere Menschen zum Reden) und die Sorge, sich in der SHG unwohl zu fühlen.

### 2.2.1 Selbsthilfestrukturen

Gemeinschaftliche Selbsthilfe kann vielfältige Formen annehmen, gemeinsam ist der Zusammenschluss von Menschen mit einem gesundheitlichen oder sozialen Problem in weitgehender Selbst-

organisation (vgl. Rojatz 2016). Grob lässt sich das Selbsthilfefeld in Österreich in Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen gliedern:

Selbsthilfegruppen sind laut ÖKUSS<sup>2</sup> freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen zur gemeinsamen Bewältigung von Krankheiten oder psychischen Problemen. SHG arbeiten themenbezogen. Die Mitglieder sind entweder selbst oder als Angehörige betroffen. Ihre Aufgaben sind, „eine positive Veränderung der persönlichen Lebensumstände“ sowie eine „Wirkung im sozial- und gesundheitspolitischen Umfeld“ zu erreichen.

Eine erste (und bisher letzte) Bestandserhebung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in Österreich identifizierte rund 1.700 Selbsthilfegruppen und -organisationen (Forster et al. 2009b).

Selbsthilfeorganisationen (SHO) sind laut ÖKUSS Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen und/oder einzelnen Betroffenen oder Angehörigen zum selben Thema. SHO arbeiten themenbezogen. Ihre Aufgaben sind Öffentlichkeitsarbeit für ihre Anliegen und Interessenvertretung in Gesundheits- und Sozialpolitik, Versorgung und Forschung. Sie agieren auf Landes- oder Bundesebene. Auf Bundesebene bzw. bundesweit sind etwa 50 Organisationen aktiv<sup>3</sup>.

Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen wurden zur Unterstützung von Selbsthilfeinteressierten, Selbsthilfegruppen und -organisationen eingerichtet – in Österreich primär auf Landesebene.

Zur Konkretisierung der Aufgaben einer Selbsthilfeunterstützungseinrichtung sei das Beispiel der Selbsthilfekontaktstelle Wien angeführt<sup>4</sup>:

- » Hilfe bei der Suche nach Selbsthilfegruppen,
- » jährliche Veröffentlichung des Selbsthilfegruppen-Verzeichnisses,
- » Beratung und Begleitung bei der Gründung einer Selbsthilfegruppe,
- » Beratung von Selbsthilfegruppen in schwierigen Gruppensituationen und bei organisatorischen Fragen,
- » Angebot von Weiterbildungen und Organisation von Fachvorträgen,
- » Organisation von Veranstaltungen, um die Menschen in Wien auf das Angebot der Selbsthilfegruppen aufmerksam zu machen,
- » Vergabe von finanziellen Förderungen an Selbsthilfegruppen nach transparenten Richtlinien,
- » informieren über die Arbeit von Selbsthilfegruppen,
- » fördern der Vernetzung von Selbsthilfegruppen untereinander und mit Personen oder Einrichtungen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen.

---

2

[https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/inline-files/oekuss\\_bild-der-sh.pdf](https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/inline-files/oekuss_bild-der-sh.pdf) [Zugriff am 16. 8. 2022]

3

Bundesweite Selbsthilfeorganisationen | ÖKUSS – Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe (oekuss.at) [Zugriff am 16. 8. 2022]. Im Verzeichnis sind 47 Organisationen in Österreich gelistet.

4

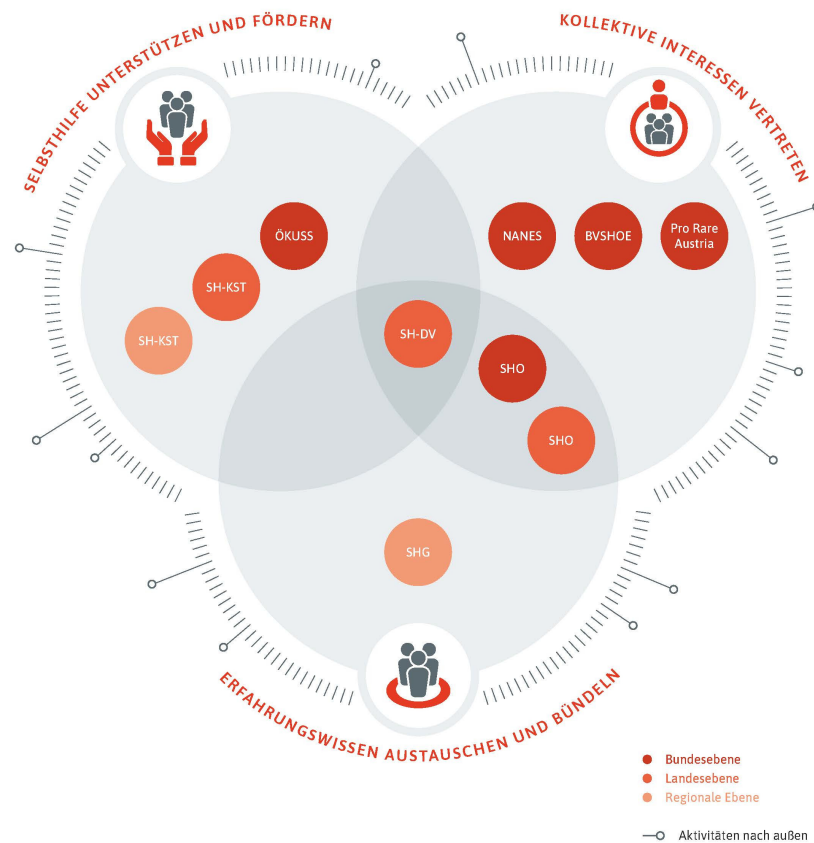
<https://www.wig.or.at/programme/selbsthilfe-beratung/selbsthilfe-unterstuetzungsstelle-wien> [Zugriff am 16. 8. 2022]

Strukturell kann in Österreich zwischen Selbsthilfedachverbänden und Selbsthilfekontaktstellen unterschieden werden. Bei Ersteren schlossen sich Selbsthilfegruppen und -organisationen im Bundesland als Verein zusammen, d. h., Betroffene treffen die wesentlichen Entscheidungen selbst. Dieser Verein ist auch Träger der Selbsthilfeunterstützungseinrichtung. Selbsthilfekontaktstellen sind hingegen bei anderen Trägern (z. B. Wiener Gesundheitsförderung, Jugend am Werk) angesiedelt. Sie übernehmen auch Unterstützungsaufgaben, aber keine Interessenvertretung. Die meisten Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen auf Landesebene haben sich zur Vernetzung untereinander dem Nationalen Netzwerk Selbsthilfe angeschlossen (NANES). Zur Unterstützung bundesweit tätiger Selbsthilfeorganisationen wurde im Rahmen des öffentlichen Konzepts zur Förderung der Selbsthilfe 2017 die Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe gegründet ([www.oekuss.at](http://www.oekuss.at)).

Eine grafische Veranschaulichung der österreichischen Selbsthilfelandchaft findet sich in Abbildung 2.1.

Da der Fokus der Arbeit auf Selbsthilfegruppen liegt, wird auf diese in der Folge näher eingegangen.

Abbildung 2.1:  
Die Selbsthilfelandchaft in Österreich



Legende: SHG: Selbsthilfegruppe, SHO: Selbsthilfeorganisation, SH-KST: Selbsthilfekontaktstelle, SH-DV: Selbsthilfedachverband, ÖKUSS: Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe, NANES: Nationales Netzwerk Selbsthilfe, Pro Rare: Pro Rare Austria Allianz für seltene Erkrankungen, BVSHOE: Bundesverband Selbsthilfe Österreich

Quelle: [www.oekuss.at](http://www.oekuss.at)

#### Funktionen und Wirkungen von Selbsthilfegruppen:

„Selbsthilfegebilde können als informelle Systeme als passgerechte(re) Formen der Erledigungspraxis sozialer Risiken verstanden werden: Dort wo Staat, Markt und Familie an ihre Grenzen gelangen oder gar ‚versagen‘.“ (Schulz-Nieswandt et al. 2015, S. 30).

Die Studie „Patienten- und Angehörigenorganisationen in Österreich“ (Forster et al. 2009a) identifizierte drei aufeinander aufbauende Funktionen von Selbsthilfegruppen:

- » Erfahrungsaustausch,
- » individuelle Unterstützung und
- » kollektive Interessenvertretung.

Diese Funktionen können auch in Beziehung zum professionellen Versorgungssystem gesetzt werden: Der Erfahrungsaustausch unter Betroffenen ist eine wichtige Ergänzung zum professionellen System und kann daher als komplementäre Funktion und Teil der Laienversorgung betrachtet werden. Selbsthilfegruppen sind damit eine Ergänzung und kein Ersatz für das professionelle Versorgungssystem. In manchen Fällen können Selbsthilfegruppen auch eine kompensatorische Funktion übernehmen, etwa wo Mängel bestehen bzw. erwartbare Leistungen des Versorgungssystems fehlen. Ein Beispiel hierfür ist die individuelle Beratung von Betroffenen. Eine dritte Funktion ist advokatisch (Interessenvertretung). Selbsthilfeszusammenschlüsse beobachten die Entwicklungen im Versorgungssystem und können Schwachstellen, basierend auf dem Erfahrungsaustausch in Selbsthilfegruppen, aufzeigen und für Verbesserungen eintreten.

Die Erhebung der Wirkungen von Selbsthilfegruppen ist nicht trivial. Die Herausforderung, Selbsthilfegruppen und ihre Wirkungen messbar zu machen, liegt in deren Komplexität. Selbsthilfegruppen sind aufgrund ihrer Selbstorganisation sehr unterschiedlich, wenngleich Gemeinsamkeiten bestehen (Kofahl et al. 2019). Dementsprechend unterliegen vergleichende Studien starken Begrenzungen. Daher wird in der Folge insbesondere auf Studien (nur) unter Selbsthilfegruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern eingegangen und nur cursorisch auf vergleichende Studien.

Selbsthilfegruppenteilnehmer:innen berichten von positiven Veränderungen durch die Teilnahme. Auf Basis einer qualitativen Studie unter österreichischen Selbsthilfegruppenmitgliedern fasste Janig (1999) die Wirkungen von Selbsthilfegruppen auf ihre Teilnehmer:innen in der Formel AEIOU zusammen:

- » A – auffangen (nach der Diagnose),
- » E – ermutigen,
- » I – informieren,
- » O – Orientierung geben,
- » U – unterhalten.

Die Fragebogenstudie „Patienten- und Angehörigenorganisationen in Österreich“ (Forster et al. 2009b) unter 1.550 Gruppen zeigt, dass Selbsthilfegruppenteilnehmer:innen insbesondere eine Wirkung in den Bereichen Verbesserung des Wissens über die Erkrankung (72 % sehr wirksam), Verbesserung des alltäglichen Umgangs mit der Erkrankung (58 % sehr wirksam) und Verbesserung des Wissens über Behandlungseinrichtungen berichten (55 % sehr wirksam). Im Rahmen der Studie wurden Selbsthilfegruppenkontaktpersonen befragt. Dementsprechend wurden keine soziodemografischen Daten zu Einzelpersonen erhoben.

Eine quantitative Vergleichsstudie unter 3.163 Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie Nichtteilnehmerinnen und -teilnehmern zu fünf Indikationsgruppen (Diabetes mellitus Typ 2, Prostatakrebs, Multiple Sklerose, Tinnitus und Pflegenden Angehörige Demenzerkrankter) in Deutschland mit den Messzeitpunkten 2015 und 2016 ging der Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen in den Bereichen Selbstmanagement, Krankheitswissen und Lebensqualität nach (Kofahl et al. 2019). An der Studie nahmen etwas mehr Frauen (52,1 %) als Männer teil. Das durchschnittliche Alter betrug 59,4 Jahre (Standardabweichung: 14,8; Median: 61 Jahre). 46,9 Prozent der Befragten verfügten zumindest über die Matura. Angaben zur Migrationserfahrung wurden keine gemacht.

Auch hier zeigen die Daten der Befragten, dass Teilnehmer:innen an Selbsthilfegruppen der Teilnahme eine große Bedeutung zuschreiben, u. a. in folgenden Bereichen (Zustimmung über 75 %):

- » Gefühl, mit meiner Erkrankung nicht allein zu sein,
- » in der SHG offen über meine Probleme reden können,
- » profitieren in der SHG von den Erfahrungen anderer,
- » SHG zeigt mir neue Wege im Umgang mit der Erkrankung,
- » SHG hilft mir, meine Erkrankung besser zu bewältigen.

Vergleicht man hingegen im Bereich Selbstmanagementfähigkeiten Teilnehmer:innen und Nichtteilnehmer:innen an Selbsthilfegruppen mit standardisierten Instrumenten, zeigen sich nur leicht signifikante Unterschiede zugunsten von Selbsthilfegruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern. Im Bereich Krankheitswissen zeigen sich signifikante Unterschiede insbesondere im Bereich Wissen über die Erkrankung; im Bereich Wissen bezüglich sozial-, pflege- und arbeitsrechtlicher Regelungen zeigt sich eine positive, meist aber nicht signifikante Tendenz. Im Bereich Lebensqualität zeigen sich wenige Unterschiede. Wie oben angeführt, ist ein Vergleich zwischen Selbsthilfegruppen sowie zwischen Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie Nichtteilnehmerinnen und -teilnehmern mit Herausforderungen verbunden. Dies soll am Beispiel Multiple Sklerose verdeutlicht werden – Multiple Sklerose war der einzige Indikationsbereich, bei dem Wissen über die Erkrankung und Behandlung keinen Unterschied ergab. Dies wird – nach Rücksprache der Autorinnen und Autoren mit Expertinnen und Experten – auch darauf zurückgeführt, dass es sich um eine schwer zu durchschauende, schubhafte Erkrankung handelt, entsprechend gibt es vielfach keine eindeutigen Antworten auf Wissensfragen.

Neuere Arbeiten befassen sich ebenfalls mit Selbsthilfegruppen und Gesundheitskompetenz (Dierks/Kofahl 2018; Kofahl et al. 2019). Wenngleich der Begriff Gesundheitskompetenz als solcher noch wenig Eingang in Selbsthilfegruppen gefunden hat, kann sich die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und der Austausch über die Erkrankung positiv auf die Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden auswirken (u.a. Zugang zu Information, gemeinsame Bewertung neuer Studien). Schließlich sind Wissen, Interaktion mit der professionellen Versorgung und Umgang mit der Erkrankung (Motivation und Verhalten) relevante Handlungsfelder für viele Selbsthilfegruppen (Kofahl et al. 2019). Zusammengefasst können Selbsthilfegruppen als „Bildungseinrichtungen für Gesundheitskompetenz“ betrachtet werden (Geene et al. 2009).

## 2.2.2 Selbsthilfegruppen: Arbeitsweise und Voraussetzungen

Entsprechend der Heterogenität der Erkrankungen und Bedürfnisse der Erkrankten bzw. ihrer Angehörigen, bestimmen Selbsthilfegruppenteilnehmer:innen gemeinsam Ziele, Arbeitsweise und Aktivitäten der Selbsthilfegruppe. Trotz der dadurch bedingten Unterschiede lassen sich gemeinsame Merkmale bei der Arbeitsweise erkennen (vgl. dazu auch die Beschreibungen der Selbsthilfunterstützungseinrichtungen zu: Was ist Selbsthilfe?).

- » Rahmenbedingung:
  - » Mitglieder bzw. Teilnehmer:innen sind vom gleichen Problem betroffen,
  - » keine Gewinnorientierung,

- » kostenlose Teilnahme (ggf. gibt es einen Unkostenbeitrag),
- » Gruppengröße von idealerweise 6–10 Personen, um den Austausch zu erleichtern.
- » Arbeitsweise:
  - » keine oder nur geringe Mitarbeit von professionellen Helferinnen und Helfern,
  - » regelmäßige Gruppentreffen (wöchentlich bis monatlich),
  - » Arbeitsweise betont gegenseitige Hilfe und gleichberechtigte Zusammenarbeit,
  - » Verschwiegenheit, „was gesagt wird, bleibt in der Gruppe“,
  - » Gleichberechtigung aller Mitglieder – meist gibt es jedoch eine Ansprechperson (als Kontaktperson nach außen).
- » Ziele der Selbsthilfegruppe werden gemeinsam definiert und richten sich primär an die Mitglieder (z. B. trotz der Erkrankung Selbstbestimmung und Autonomie fördern).

Aus den Merkmalen von Selbsthilfegruppen lassen sich auch einige Voraussetzungen für die Teilnahme ableiten:

- » freiwillige und regelmäßige Teilnahme,
- » ausreichend Selbstkompetenz (Selbstbestimmung),
- » Kommunikationsfähigkeit für eine aktive Mitarbeit in der Gruppe.

Eine interessante Frage ist jene des Stellenwerts von Fach- und Erfahrungswissen in Selbsthilfegruppen. Sekundärauswertungen der ersten österreichischen Bestandsaufnahme untersuchten das Verhältnis der Häufigkeit von Aktivitäten bezüglich Erweiterung des formalen Wissens (Fachwissens) und der Wichtigkeit des Austausches von Erfahrungen (Forster/Nowak 2011). Für 38 Prozent der Gruppen ist die Erweiterung des formalen Wissens eine wichtige Aktivität und der Austausch von Erfahrung sehr wichtig. Für je 25 Prozent wird der Fokus auf Fach- bzw. Erfahrungswissen gelegt. Zwölf Prozent der Gruppen unternehmen selten Aktivitäten zur Erweiterung des formalen Wissens und geben an, der Austausch von Erfahrung sei weniger wichtig. Hier stehen vermutlich soziale Aspekte im Vordergrund, die Autoren gehen jedoch nicht näher darauf ein.

### 2.2.3 Zugänge zur Selbsthilfe

Etwa sieben bis neun Prozent aller Menschen (in Deutschland) waren und sind Mitglied einer Selbsthilfegruppe. In einem vom BKK Dachverband finanzierten Projekt wurde 2005 bis 2009 dem Thema Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen nachgegangen. Die Erfahrungen beim Zugang zu Selbsthilfegruppen wurden auf Basis einer bundesweiten Befragung unter Selbsthilfekontaktstellen und bundesweiten Selbsthilfeorganisationen in Deutschland sowie auf Basis von Workshops aufbereitet. Es zeigte sich bei den Selbsthilfekontaktstellen Informationsbedarf bezüglich der Identifikation benachteiligter Bevölkerungsgruppen und Zugangsbarrieren. Ein großes Thema der Selbsthilfeorganisationen war weniger ein Mitgliederschwund als vielmehr ein Mangel an aktiven Mitgliedern. Ein Teilprojekt führte zu Handlungsempfehlungen („Selbsthilfe bei Migrantinnen und Migranten fördern“), welche Denkanstöße geben sollen (Kofahl et al. 2010). Weitere Teilprojekte befassten sich mit „Mitglieder gewinnen, Mitglieder aktivieren“, „Selbsthilfe in Gang setzen“. Letzteres befasst sich mit dem In-Gang-Setzen von Selbsthilfegruppen durch Expertinnen und



Experten. Eine Umsetzungsoption, die sich bewährt hat. Im Diabeteskontext eignen sich Angebote wie Blutzuckermessung und Diabetesberatung in türkischer Sprache mit einer zeitnahen Infoveranstaltung als Auftakt für die Selbsthilfegruppengründung.

## 3 Methodik

### 3.1 Fragestellung

Die zu bearbeitende Fragestellung lautete:

- » Ist das Konzept der gemeinschaftlichen Selbsthilfe für Menschen mit Migrationserfahrung anschlussfähig?
- » Wie müssten „Selbsthilfegruppen“ organisiert werden und gestaltet sein, damit ...
  - » ... Menschen mit Migrationserfahrung daran teilnehmen und ihre Teilnahme als hilfreich empfinden?
  - » ... diese eine Wirkung entfalten, wie sie aus vorliegenden Studien bzw. Erfahrungen zu erwarten ist?

Um die Fragestellungen gut beantworten zu können, wurde ein Mixed-methods-Ansatz gewählt: Neben einer systematischen Literatursuche wurden Interviews und Fokusgruppen eingesetzt sowie Workshops zur partizipativen Erarbeitung des Konzepts.

Da die Erfahrung gezeigt hat, dass die frühzeitige Einbindung der Zielgruppen in die Erarbeitung von Maßnahmen von Vorteil ist und wesentlich zur Akzeptanz und Wirkung dieser beitragen kann, ist in der Bedarfserhebung auch die Frage gestellt worden, ob die befragten Personen bereit sind, bei der Erarbeitung des Konzepts mitzuwirken.

Während in der Bedarfserhebung auch Menschen mit anderen chronischen Krankheiten teilnehmen konnten, konzentrierte sich die Einbindung im Herbst 2022 auf Menschen mit Diabetes. So sollte einerseits sichergestellt werden, dass das Konzept langfristig auch für Menschen mit anderen chronischen Krankheiten umgesetzt werden kann. Andererseits sollten bereits gezielt Betroffene sensibilisiert und motiviert werden, an einer Pilotierung im Jahr 2023 teilzunehmen.

### 3.2 Literatursuche und -selektion

Zur Identifizierung von internationalen Erkenntnissen zum Aufbau von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationserfahrung wurde im Februar 2022 eine systematische Literaturrecherche in ausgewählten Datenbanken (MEDLINE(R) und PsycINFO über Ovid) durchgeführt.

Für die Suche in den Datenbanken wurden Schlagwortgruppen zur Population (Menschen mit Migrationshintergrund) sowie zur untersuchten Intervention (Aufbau von Selbsthilfegruppen) gebildet. Es erfolgte weder eine Einschränkung auf den medizinischen Schwerpunkt Diabetes noch eine zeitliche Eingrenzung, um einen umfassenden Überblick über die verfügbare Literatur zu ermöglichen. Deutsch- und englischsprachige Publikationen wurden berücksichtigt. Die Suchstrategien finden sich im Anhang. Zur Identifizierung relevanter Studien wurden vorab Selektionskriterien definiert (vgl. Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1:  
Ein- und Ausschlusskriterien

<b>Formale Ausschlusskriterien</b>
Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
Studien aus Ländern, deren Inhalte nicht primär auf den europäischen Kontext übertragbar sind, z. B. Studien aus Afrika oder Asien
Duplikate
<b>Thematische Ausschlusskriterien</b>
andere Fragestellung, z. B. kein konkreter inhaltlicher Zusammenhang von Selbsthilfegruppe(n) und Migrantinnen bzw. Migranten; Literatur, die sich ausschließlich mit der Rekrutierung von Migrantinnen und Migranten für SHG auseinandersetzt; Studien, deren Fokus nicht auf gesundheitsbezogenen Themen liegt, z. B. Transition, Erziehung, Adoption, Ausbeutung
andere Intervention, z. B. keine Informationen zum Aufbau von Selbsthilfegruppen*, sondern Studien, bei denen ausschließlich telefonische (Einzel-)Beratung, Beratung in Onlineforen etc. im Fokus stehen
andere Zielgruppe, z. B. keine Migrantinnen und Migranten, sondern geflüchtete/vertriebene Personen
<b>Einschlusskriterien</b>
alle relevanten Artikel und Studien, die keinem Ausschlusskriterium unterliegen
Hintergrundartikel
* Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen zur gemeinsamen Bewältigung von Krankheiten oder psychischen und sozialen Problemen. SHG arbeiten themenbezogen. Die Mitglieder sind entweder selbst oder als Angehörige betroffen. Aufgaben: positive Veränderung der persönlichen Lebensumstände; Wirkung im sozial- und gesundheitspolitischen Umfeld, <a href="https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/inline-files/oekuss_bild-der-sh.pdf">https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/inline-files/oekuss_bild-der-sh.pdf</a> [Zugriff am 16.8.2022]

Quelle und Darstellung: GÖG

Die systematische Literaturrecherche identifizierte 261 Abstracts (dedupliziert innerhalb der beiden Datenbanken). Nach Selektion der Abstracts wurden zwölf Volltexte gesichtet; darunter befand sich eine Studie mit relevanten Anhaltspunkten zum Aufbau von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationserfahrung.

Die ergänzende Handsuche wurde auf den unten angeführten einschlägigen Websites durchgeführt und identifizierte 19 relevante Artikel und Studien – Suchbegriffe: (kultursensible) Selbsthilfegruppe(n), Aufbau von Selbsthilfegruppen, Migration, Migrantinnen, Migranten; Zugriffe: Februar und März 2022:

- » Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE e.V., [www.bag-selbsthilfe.de](http://www.bag-selbsthilfe.de)),
- » Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, [www.bzga.de](http://www.bzga.de)),
- » Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS, [www.nakos.de](http://www.nakos.de)),
- » Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven (SHILD, [www.uke.de/extern/shild/index.html](http://www.uke.de/extern/shild/index.html)),
- » Netzwerk Selbsthilfe ([www.netzwerk-selbsthilfe.com](http://www.netzwerk-selbsthilfe.com)),
- » Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. ([www.der-paritaetische.de](http://www.der-paritaetische.de)),
- » Google Scholar,
- » Bundesverband Selbsthilfe Österreich (BVSHOE, [www.bundesverband-selbsthilfe.at](http://www.bundesverband-selbsthilfe.at)),
- » Vereine, die spezifische Unterstützungsangebote für Menschen mit Migrationserfahrung inklusive Gruppenangeboten umsetzen (z. B. Omega, ZEBRA, AFYA, migrare).

Die Ergebnisse der identifizierten Artikel und Studien werden in Kapitel 4 textlich und tabellarisch dargestellt.

### 3.3 Erhebung von Erfahrungen von Expertinnen und Experten

Um Erfahrungen aus der Praxis erheben zu können, wurden zunächst zwei Vertreter:innen von Selbsthilfeorganisationen kontaktiert und nach ihnen bekannten Beispielen für Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit Migrationserfahrung gefragt. Auf diesem Weg konnten wir allerdings keine passenden Gruppen und Erfahrungen eruieren. Über Multiplikatorinnen konnten schließlich drei Menschen identifiziert werden, die eine Selbsthilfegruppe für Menschen mit Migrationserfahrung initiiert hatten. Ein Interview konnte jedoch nur mit einer dieser Frauen durchgeführt werden. In einem weiteren Schritt kontaktierten wir vier Expertinnen aus Vereinen, die etwas Ähnliches wie eine Selbsthilfegruppe für Menschen mit Migrationserfahrung initiiert hatten bzw. leiten. Der Leitfaden für diese Interviews wurde vom Projektteam der GÖG erstellt.

### 3.4 Bedarfserhebung unter Menschen mit Migrationserfahrung und einer chronischen Erkrankung

Mitarbeiterinnen von FEM Süd hatten über ihre bestehenden Kontakte Menschen mit Migrationserfahrung und einer chronischen Erkrankung zu fünf nach Geschlechtern getrennten Fokusgruppen eingeladen. Auf diesem Weg konnten insgesamt 31 Menschen mit den Sprachen Türkisch, Arabisch und Dari/Farsi eingebunden werden. Der Leitfaden für die Fokusgruppen (vgl. Anhang) wurde vorab vom Projektteam der GÖG mit dem Team von FEM Süd abgestimmt.

### 3.5 Partizipative Entwicklung des Konzepts

Auf Basis der Literatursuche und Erhebung wurde vom Projektteam der GÖG ein Entwurf eines Konzepts erstellt. Dieser wurde in einem Workshop im Oktober 2022 mit Vertreterinnen des Projektpartners, FEM Süd, und einer Gruppe aus interessierten Expertinnen mit Migrationserfahrung bzw. aus der Selbsthilfe (insgesamt 13 Personen) diskutiert. Dabei stellte sich heraus, dass die Annahmen und Schlussfolgerungen im Großen und Ganzen geteilt werden. Es wurde festgehalten, dass zwar ein grobes Konzept für den Anfang hilfreich ist, viele Details (wie z. B. Häufigkeit, Uhrzeit und Ort der Treffen) jedoch mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ausgehandelt werden sollten. Dabei gilt es, eine Balance zu finden, zwischen dem Anliegen, flexibel auf die Bedürfnisse der Teilnehmer:innen einzugehen, und dennoch eine Struktur „vorzugeben“, um Klarheit in Bezug auf das Angebot zu vermitteln und eine Überforderung durch viele Entscheidungen zu vermeiden. Im Rahmen des Workshops wurden viele Ideen für potenzielle Selbsthilfegruppen eingebracht. Es wurde aber auch sehr klar der Wunsch nach Unterstützung bei der Pilotierung geäußert.

Im Rahmen eines zweiten Workshops wurden diese Unterstützungsmöglichkeiten und die Möglichkeiten der Begleitung konkretisiert, wobei zu diesem Zeitpunkt die Fortführung des Projekts nicht gesichert war. Es wurde dennoch vereinbart, insgesamt vier Austauschtreffen in der großen Runde vorzusehen sowie eine laufende Beratung und Unterstützung (z. B. bei der Suche nach Referentinnen und Referenten) durch das Projektteam. Weitere Unterstützung bietet die Selbsthilfeunterstützungsorganisation an (z. B. Schulung), aber auch die Vertreterinnen bestehender Selbsthilfeorganisationen helfen bei der Suche nach Referentinnen und Referenten für fachliche Inputs (vgl. auch Kapitel 7).

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Erfolgsfaktoren aus der Literatur

Die internationalen Erkenntnisse zu den Erfolgsfaktoren beim Aufbau und bei der Umsetzung von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationserfahrung sind äußerst vielfältig und umfangreich. Grundsätzlich lassen sich die **Erfolgsfaktoren** drei übergeordneten Kategorien zuordnen:

- » Zugang zu Menschen mit Migrationserfahrung erhalten,
- » bedürfnisorientierte Arbeit in SHG sicherstellen,
- » Nachhaltigkeit sichern.

Hintergründe, konkrete Vorschläge zur Förderung von bzw. Umsetzung der einzelnen Erfolgsfaktoren der drei übergeordneten Kategorien finden sich detailliert aufbereitet in Tabelle 4.1.

Um **Zugang zu Menschen mit Migrationserfahrung zu erhalten**, ist wesentlich, die Zielgruppe zu verstehen. Beispielsweise ist das Konzept der Selbsthilfe bzw. der Selbsthilfegruppen aus dem deutschsprachigen Raum in vielen Ländern unbekannt, die Aufgaben und der Nutzen der SH müssen für die Zielgruppe (ZG) erst sichtbar gemacht werden. Weiters hat die ZG möglicherweise ein kulturell bedingt anderes Verständnis von Gesundheit/Krankheit, wobei Krankheit häufig als ein „von außen“ kommendes Ereignis wahrgenommen wird, das auch „von außen“ über Fachkräfte gelöst werden muss. Die Orientierung der ZG an Autoritäten und Schlüsselpersonen der Gemeinschaft (Multiplikatorinnen und Multiplikatoren) sowie die große Bedeutung von gemeinsamen sozialen Aktivitäten (z. B. gemeinsames Kochen/Essen) sind zu berücksichtigen. Die zielgruppenorientierte Bewerbung des Angebots (z. B. durch mehrsprachige Informationen an relevanten Orten der ZG, gezielte Netzwerkarbeit, direkte Ansprache durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren etc.), Kooperationen mit anderen Netzwerkpartnern (z. B. Nutzung bestehender Angebote, Vernetzung mit Beratungsstellen/Migrantenselbstorganisationen etc.) sowie die Auswahl eines passenden Orts und dessen räumliche Gestaltung (z. B. gute Erreichbarkeit der SHG, jedoch nicht in räumlicher Nähe zu Orten, wo sich ZG aufhält, ggf. Möglichkeit der Kinderbetreuung etc.) sind ebenfalls wichtige Erfolgsfaktoren, um Zugang zu Menschen mit Migrationserfahrung zu erhalten. Für Menschen mit Migrationserfahrung sollte der Zugang zur SHG einfach und leicht gestaltet sein (z. B. Anpassung der SHG an die Bedürfnisse der ZG hinsichtlich Sprache, Ort, Zeit, Gruppenzusammensetzung und Ablauf, Einbeziehung von muttersprachlichen Schlüsselpersonen, aktive Ansprache von potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern etc.). Ein wesentlicher Erfolgsfaktor umfasst die Aufklärung, Information und das Wissen über SHG, um bei der ZG Bewusstsein zu schaffen (z. B. Organisation von niederschweligen Informationsveranstaltungen, Informationen in verschiedenen Sprachen unter Verwendung einer einfachen, verständlichen Sprache, passende Informationskanäle verwenden, Merkmale der interkulturellen Öffentlichkeitsarbeit beachten etc.).

Zu den Erfolgsfaktoren einer **bedürfnisorientierten Arbeit in SHG** zählen die sprachliche Verständigung (z. B. Angebot der SHG in jeweiliger Muttersprache bzw. mit Dolmetscherinnen oder Dolmetschern, Arbeiten mit kultursensiblen Symbolen und Bildern etc.), die Entwicklung einer

wertschätzenden und einbindenden Kommunikationskultur (z. B. gemeinsame Regeln und Umgangsformen vereinbaren, kultursensible Sprache verwenden etc.) sowie das Aufbauen von Vertrauen (z. B. durch klare Definition von Rollen und Zuständigkeiten, Sicherstellung der Kontinuität, Anbieten von fachlichen Vorträgen etc.). Ebenso ist die Gruppenzusammensetzung der SHG mit Bedacht zu wählen, wobei u. a. Geschlechts- und Altersaspekte sowie verschiedene andere Kriterien (z. B. Herkunftsland, ethnische Zugehörigkeit, Sprache) berücksichtigt werden sollten. Weiters sollte ein passender zeitlicher Ablauf gewählt (z. B. Beginn- und Endzeiten an die Bedürfnisse der ZG anpassen, ggf. Moderation durch Gruppenleitung etc.) und die SHG ansprechend gestaltet werden (z. B. Kennenlernen unterstützen, Bedarf hinsichtlich gemeinsamer Freizeitaktivitäten, themen- und problemspezifischer Austauschmöglichkeiten prüfen, gemeinsames Erarbeiten von Lösungsvorschlägen, Einbindung von Expertinnen und Experten etc.). Innerhalb von Selbsthilfeorganisationen sollte der Einsatz bzw. die Abstimmung von angestelltem Personal, Aktiven und Freiwilligen besprochen und die entsprechende Unterstützung, Qualifizierung (z. B. interkulturelle Schulungen und Fortbildungen) und Anerkennung sollten bereitgestellt werden.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor umfasst die **Sicherung der Nachhaltigkeit**, indem beispielsweise ein gemeinsames Verständnis von Selbsthilfe mit den Migrantinnen und Migranten entwickelt wird sowie ausreichend finanzielle und zeitliche Ressourcen für den Aufbau und die Umsetzung der SHG eingeplant werden.

Tabelle 4.1:

Erfolgsfaktoren für Aufbau und Umsetzung/Arbeit von SHG für Menschen mit Migrationserfahrung

<b>Zugang zu Menschen mit Migrationserfahrung erhalten</b>	
<b>das Angebot bewerben</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» gezielte Netzwerkarbeit betreiben (z. B. direkte Ansprache durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren) sowie Mundpropaganda</li> <li>» Schlüsselpersonen (mit6 anderen Erstsprachen) bei der Bewerbung einbinden</li> <li>» mehrsprachige Infos an relevanten Orten streuen</li> <li>» aktive, d.h. auf die Zielgruppe zugehende und wertschätzende Ansprache</li> <li>» Schneeballverfahren zur Verbreitung von Informationen</li> <li>» interne Verteiler nutzen, Informationen an Kooperationspartner und ähnliche Projekte weiterleiten</li> <li>» Aufrufe und Ankündigungen in der örtlichen Presse</li> <li>» gezielte Verteilung von Informationsflyern</li> <li>» Präsentationen in Fachgremien und Arbeitskreisen</li> <li>» Aufruf in der örtlichen Freiwilligenbörse</li> <li>» Aufruf an Schwarzen Brettern (digital oder analog in Form von Aushängen)</li> <li>» Informationen in Bildungseinrichtungen und Fachhochschulen</li> <li>» Vorstellung des Projekts in Deutschkursen</li> <li>» Besuche bei regionalen Migrantenselbstorganisationen (MSO), bei größeren Migrantengruppen ev. über Regionalfernsehen bewerben</li> </ul>
<b>Kooperationen mit anderen Partnern/Organisationen eingehen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Vernetzung mit MSO und Nutzung von Potenzialen der Migrantenselbstorganisationen, der Beratungsstellen für Migrantinnen und Migranten, der etablierten und interkulturell aktiven Einrichtungen in Bezug auf Zugang und Bewerbung (z. B. Kontaktaufnahme über Migrantenselbstorganisationen, Gewinnung von Schlüsselpersonen)</li> <li>» Vernetzung mit Stellen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich – als strategische Partner für die Verbreitung von Informationen, Organisation und Kooperation</li> <li>» Lotsenprojekte, Mentorenprogramme und Peer-to-Peer-Beratung (durch Menschen, die in ähnlicher Weise betroffen sind, ähnliches Alter, ähnliche Herkunft oder ähnlichen sozialen Status haben) nutzen</li> <li>» gezielte Netzwerkarbeit betreiben (z. B. direkte Ansprache durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren)</li> <li>» Koordinierung mit mehreren Selbsthilfeorganisationen</li> <li>» ggf. bestehende Angebote anderer Einrichtungen und Institutionen nutzen, z. B. offene Treffen, die bereits gut genutzt werden</li> </ul>
<b>die Zielgruppe verstehen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Das Konzept der Selbsthilfegruppen ist in vielen Ländern (z. B. in der Türkei) unbekannt.</li> <li>» Die ZG hat möglicherweise ein kulturell bedingt anderes Verständnis von Gesundheit/Krankheit. Krankheit wird häufig als ein „von außen“ kommendes Ereignis wahrgenommen, das auch „von außen“ über Fachkräfte gelöst werden muss.</li> <li>» Mit Problemen wird ev. anders umgegangen (Probleme werden z. B. gerne nebenbei besprochen, während man etwas miteinander macht: kochen, nähen ...).</li> <li>» wahrnehmen von Ängsten der ZG (z. B. die Angst, das Gesicht zu verlieren, wenn man zugibt, eine Depression zu haben)</li> <li>» Die ZG hat möglicherweise ein anderes Zeitverständnis (z. B. kommt man nicht auf die Minute genau, sondern innerhalb eines Zeitintervalls).</li> <li>» Die ZG orientiert sich ggf. an Autoritäten/Schlüsselpersonen der Gemeinschaft.</li> <li>» Gemeinsame soziale Aktivitäten (z. B. gemeinsames Essen) haben eine große Bedeutung für die Gemeinschaft.</li> </ul>

Fortsetzung auf nächster Seite



Fortsetzung der Tabelle 4.1

**Zugang zu Menschen mit Migrationserfahrung erhalten**

<p><b>einen passenden Ort und eine passende räumliche Gestaltung wählen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» dem Wunsch nach Anonymität Rechnung tragen und SHG nicht in räumlicher Nähe zur Wohnung, Kultureinrichtung oder zu Orten, wo sich ZG normal aufhält, anbieten (Gefühl, beobachtet zu werden)</li> <li>» SHG sollte gut erreichbar sein (wo ist die nächste Haltestelle, wann fährt der letzte Bus oder die Straßenbahn?).</li> <li>» Der Ort sollte nach Möglichkeit einen geschützten Zugang bieten.</li> <li>» Der Raum sollte gemütlich sein.</li> <li>» Bei Bedarf sollten die Räumlichkeiten für eine Kinderbetreuung geeignet sein.</li> <li>» Die Räumlichkeiten sollten mindestens eine kleine Tee-Küche haben.</li> <li>» günstige Räumlichkeiten</li> </ul>
<p><b>Aufklärung/Information/Wissen über SHG bieten – Bewusstsein schaffen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Informationsstrategien entwickeln</li> <li>» Schulungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren anbieten</li> <li>» Informationsveranstaltung/Pilotveranstaltung als niederschweligen Einstieg organisieren</li> <li>» „Umetikettierung“ der Selbsthilfegruppe (z. B. Aufgaben und Nutzen der SH erklären, da in vielen Ländern das Konzept der SHG unbekannt ist)</li> <li>» Informationen in verschiedenen Sprachen anbieten (muttersprachliche Flyer und Aushänge nur, wenn dann auch eine Person mit dieser Sprache verfügbar ist), einfache Sprache verwenden</li> <li>» passende Informationskanäle benutzen: Erklärvideos, Flyer, Aushänge, Basismaterialien</li> <li>» Merkmale der interkulturellen Öffentlichkeitsarbeit beachten</li> </ul>

**Bedürfnisorientierte Arbeit in SHG sicherstellen**

<p><b>sprachliche Verständigung sicherstellen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Das Angebot einer SHG in der jeweiligen Muttersprache wird meistens bevorzugt.</li> <li>» Gruppen mit Menschen unterschiedlicher Muttersprache verständigen sich auf Basis einer „Verkehrssprache“ (z. B. Englisch).</li> <li>» ggf. zwei- oder mehrsprachige Gruppen</li> <li>» Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern bzw. diese bei Bedarf zur Verfügung stellen</li> <li>» mehrsprachige Mitglieder und Dolmetschende zur Verfügung stellen</li> <li>» Arbeiten mit passenden/kultursensiblen Symbolen/Bildern/Metaphern</li> </ul>
<p><b>eine wertschätzende und einbindende Kommunikationskultur entwickeln</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» gemeinsame soziale und kommunikative Regeln sowie Umgangsformen vereinbaren, um Spannungen und Unsicherheiten zu vermeiden (z. B. wie wird miteinander gesprochen, Pünktlichkeit)</li> <li>» kultursensible Sprache benutzen</li> <li>» Antworten auf relevante Fragen geben (z. B. was bringt dieser Austausch, gibt es auch professionellen Rat, werden auch andere Themen behandelt, wie wird Vertraulichkeit gesichert?)</li> </ul>
<p><b>Vertrauen aufbauen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Kontinuität sicherstellen (z. B. Gruppenleitung, die kontinuierlich begleitet und steuert; Fortbestand von Angeboten in den entsprechenden Sprachen)</li> <li>» Rollen und Zuständigkeiten klar definieren</li> <li>» gemeinsame Rituale einführen</li> <li>» Teilnehmer:innen in die Terminplanung einbinden</li> <li>» Aufgaben an Teilnehmer:innen verteilen</li> <li>» Selbstverpflichtung zur unbedingten Vertraulichkeit</li> <li>» Anonymität wahren, wenn gewünscht/wichtig</li> <li>» Moderation der SHG</li> </ul>

Fortsetzung auf nächster Seite

Fortsetzung der Tabelle 4.1

**Bedürfnisorientierte Arbeit in SHG sicherstellen**

<p><b>Gruppenzusammensetzung mit Bedacht wählen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Berücksichtigung von Geschlechts- und Altersaspekten</li> <li>» geschlechtsspezifische Gruppen statt indikationsspezifische Gesundheitsselbsthilfegruppen bilden – ermöglicht, über viele Themen zu reden (indikationsübergreifend)</li> <li>» verschiedene Gruppenformen möglich: klassische SHG, Frühstücksgruppen, bestehende Gruppen in Migrantenorganisationen</li> </ul>
<p><b>einen passenden zeitlichen Ablauf wählen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» (Beginn- und End-)Zeiten an die Bedürfnisse der ZG anpassen, ggf. flexible Anfangszeiten mit offenem Austausch zu Beginn, mehr Zeit für die SHG-Treffen einplanen, ggf. auch kürzere Informationsreihen anbieten</li> <li>» Pausen für informelle Gespräche und Erfrischungen einplanen</li> <li>» Gruppenleitung moderiert, steuert und begleitet über längeren Zeitraum.</li> <li>» Aufgaben klar verteilen</li> <li>» Vereinbarungen schriftlich festlegen</li> <li>» Teilhabe an Entscheidungsprozessen möglich machen</li> <li>» kulturelle/religiöse Feiertage berücksichtigen</li> <li>» Einladungen mit was, wo, wann, wie lange und Zusage durch die Teilnehmer:innen bestätigen lassen</li> <li>» Erinnerung am Vortag ausschicken</li> <li>» flexibles Zeitmanagement ermöglichen</li> </ul>
<p><b>die SHG ansprechend bzw. bedürfnisgerecht gestalten</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» zu Beginn Kennenlernen unterstützen und Fremdheit abbauen (Unsicherheit, Nervosität, Ängste, Scham der Teilnehmer:innen)</li> <li>» fachliche Vorträge anbieten</li> <li>» praktische Alltagstipps vermitteln (hoher Stellenwert)</li> <li>» Soziale Aspekte stehen im Vordergrund (Alltag, Probleme und Erfahrungen).</li> <li>» offene Herangehensweise festlegen</li> <li>» Themen anhand der Bedürfnisse der Teilnehmer:innen wählen (z. B. zu Beginn oftmals rechtliche/finanzielle Themen)</li> <li>» gemeinsames Erarbeiten von Lösungsvorschlägen</li> <li>» Gruppenprozesse berücksichtigen</li> <li>» Gruppenleitungen mit derselben Migrationserfahrung helfen bei der Identifikation passender SHG.</li> <li>» Einbindung von Autoritäten und passenden Expertinnen und Experten (z. B. professionell angeleitete Gruppen, professionell unterstützte Gruppen, befristete externe Unterstützung bei Neugründung, Expertenvorträge, Einzelgespräche mit Fachkräften, Informationen und Schulungen zur Bedeutung des Selbstmanagements durch angesehene Autoritäten; Verknüpfung mit Angeboten wie Blutzuckermessungen und Diabetesberatung)</li> <li>» abwechslungsreiche und interaktive Gestaltung</li> <li>» Bedarf prüfen hinsichtlich gemeinsamer Freizeitaktivitäten (Kochen, Essen, Musik, Tanzen, Ausflüge etc.) sowie themen- und problemspezifischer Austauschmöglichkeiten. Dies kann Gespräche über Gesundheitsthemen in einen anderen Kontext stellen, eigenes Engagement kann sich entwickeln, Geselligkeitsmoment wird gestärkt.</li> <li>» Zusätzlich passende Medien für Austausch nutzen, etwa Onlineaustausch über Internetforen und Messengerdienste sowie Newsletter und Videos (z. B. zur Alltagsbewältigung; medizinische Erklärungen, partizipative Erstellung und kultursensible Übersetzungen sind dabei wichtig)</li> <li>» Bedarf an Kinderbetreuung vorab abklären, Betreuungspersonen zur Verfügung stellen</li> </ul>

Fortsetzung auf nächster Seite

Fortsetzung der Tabelle 4.1

**Bedürfnisorientierte Arbeit in SHG sicherstellen**

<b>Aktivitäten innerhalb der Selbsthilfeorganisationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» hauptamtliches/angestelltes Personal einsetzen</li> <li>» Hauptamtliches Personal unterstützt Selbsthilfeaktive und Freiwillige.</li> <li>» Qualifizierung und Unterstützung von Gruppenleitungen, Aktiven und Freiwilligen ermöglichen (z. B. Schulungen, Fortbildungen für Vereins- und Verbandsarbeit, interkulturelle Schulung)</li> <li>» Multiplikatorenschulungen bzw. Ausbildung von gut integrierten Migrantinnen und Migranten zu Vermittlerinnen und Vermittlern</li> <li>» Anerkennungskultur – ideelle Würdigung der Ehrenamtlichen</li> <li>» ev. finanzielle Entlastung</li> <li>» Gruppenleitung gut vorbereiten (humanistische Grundhaltung sowie Moderations- und Gesprächstechniken), Grundsätze wie Toleranz, Integration und Austausch vereinbaren</li> <li>» Netzwerkarbeit betreiben und fördern</li> </ul>
--	---

**Nachhaltigkeit von SHG sichern**

<b>Nachhaltigkeit sichern</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» ein gemeinsames Verständnis von SH entwickeln – Aktivierung der Selbsthilfepotenziale von Menschen mit Migrationserfahrung, am besten über Migrantenorganisationen aktivierbar</li> <li>» Ausdauer für Beziehungsaufbau mitbringen</li> <li>» frühzeitige Nachfolgeregelungen für Vorstands- und Gremienarbeit</li> <li>» Schulungen und Trainings anbieten (z. B. für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen, Menschen aus der SHG etc.)</li> <li>» Workshopreihe für Menschen mit Migrationserfahrung zum Thema „Selbsthilfegruppen – Menschen in ähnlichen Situationen unterstützen einander“</li> <li>» Planung längerfristiger Projekte der SHG</li> <li>» ausreichend finanzielle und zeitliche Ressourcen einplanen</li> </ul>
-------------------------------	--

Quelle und Darstellung: GÖG

## 4.2 Stolpersteine aus der Literatur

Aus der Literatur lassen sich **Stolpersteine in Zusammenhang mit der Migration bzw. dem Herkunftsland** sowie **organisatorische und strukturell bedingte Stolpersteine** ableiten (vgl. Tabelle 4.2).

Demnach können Diskriminierungserfahrungen der Migrantinnen und Migranten mit staatlichen Stellen, Behörden oder der Gesellschaft, emotionale Hürden (z. B. Scham, Berührungängste, Angst vor komplizierten und bürokratischen Abläufen etc.) und eine fehlende kultursensible Ausrichtung der Angebote (z. B. fehlende Anonymität, Sprachbarrieren, unpassende Gruppenzusammensetzung) Stolpersteine beim Aufbau und bei der Umsetzung von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationserfahrung sein. Ebenso können unterschiedliche kulturspezifische Krankheitsvorstellungen (z. B. Konzept der von außen beeinflussten und fremdbestimmten Gesundheit) sowie der kulturspezifische Umgang mit Erkrankungen (z. B. eher abwartende und nicht Hilfe aufsuchende Haltung) Hindernisse für den Aufbau und die Umsetzung einer SHG für Migrantinnen und Migranten darstellen. Weiters ist das ggf. fehlende Wissen über Selbsthilfe, die fehlende Kenntnis über das Gesundheitssystem und die geringe Gesundheitskompetenz der Migrantinnen und Migranten zu berücksichtigen.

Hinsichtlich der **organisatorischen und strukturell bedingten Stolpersteine** sind fehlende bzw. bereits bestehende Angebote an SHG (z. B. SHG-ähnliche Strukturen im religiösen und familiären Kontext, traditionell gewachsene SHG in Migrantengemeinschaften, schwierige Umsetzung einer SHG im ländlichen Raum etc.), die mangelnde Nachfrage nach SHG (z. B. werden Menschen mit Migrationserfahrung oftmals nicht als primäre ZG der SH-Unterstützung gesehen), Barrieren innerhalb der Selbsthilfe (z. B. kein Wissen über andere Kulturen und mit der Migrationserfahrung einhergehende Belastungen und deren potenzielle soziale und gesundheitliche Auswirkungen sowie wenig Erfahrung im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen) sowie organisatorische Barrieren (z. B. Zeitmangel durch Alltagsbelastungen, Existenzsorgen, eingeschränkte Mobilität) zu berücksichtigen.

Tabelle 4.2

Stolpersteine beim Aufbau und bei der Umsetzung von SHG für Menschen mit Migrationserfahrung

<b>Stolpersteine im Zusammenhang mit der Migration bzw. dem Herkunftsland</b>	
<b>Verständnis von und Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» kulturspezifische Krankheitsvorstellungen: Oftmals liegt das Konzept der von außen beeinflussten und fremdbestimmten Gesundheit vor, d. h., Krankheitsentstehung wird externen Ursachen zugeschrieben (Strafe Gottes, Schicksal). Ärztinnen und Ärzte oder religiöse Autoritäten sind für Krankheit und Gesundheit verantwortlich. Die Person selbst kann darauf nur wenig Einfluss nehmen.</li> <li>» kulturspezifischer Umgang mit Erkrankungen: Die Haltung ist eher abwartend und nicht Hilfe aufsuchend; die „Komm-Mentalität“, wie in der Alltagspraxis von SHG gelebt, funktioniert hier nicht.</li> <li>»</li> </ul>
<b>fehlendes Wissen über SH, fehlende Kenntnis über das Gesundheitssystem und geringe Gesundheitskompetenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Das Konzept der SHG ist in vielen Ländern nicht bekannt bzw. sind Gruppentreffen in einigen Ländern verfassungsmäßig zwar erlaubt, werden in der Praxis aber zum Teil kriminalisiert. Die SH wird oft durch die Familie und/oder Freundinnen und Freunde (familienorientiertes Unterstützungssystem) kompensiert.</li> <li>» Für den Begriff „Selbsthilfe“ gibt es in vielen Sprachen keine direkte Entsprechung. Oftmals erfolgt eine Umschreibung, z. B. „Solidaritätsgruppe“, oder er wird ganz weggelassen (z. B. bei „Diabetikergruppe“, „Frauen-Krebsgruppe“ etc.).</li> <li>» Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe wird in bestimmten Kulturen als Niederlage und nicht als Chance gesehen. Die Möglichkeiten der SH sind oftmals unbekannt bzw. die Einschätzungen über den Nutzen sehr unterschiedlich. Zusätzlich besteht oft ein geringes Problembewusstsein.</li> <li>» Oftmals liegt wenig formale Bildung (z. B. mangelnde Lese- und Schreibkompetenzen) vor.</li> <li>» Unterschätzung der Wirkung einer SHG, da z. B. keine Fachperson (Therapeut:in, Ärztin oder Arzt) anwesend ist oder die SHG moderiert/leitet</li> </ul>
<b>emotionale Hürden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Viele Themen (Gesundheit, Krankheit, Behinderungen, andere) sind schambesetzt und lassen sich nur selten außerhalb der Familie oder Community bzw. oftmals nicht einmal dort ansprechen.</li> <li>» Angst, Vorurteilen ausgesetzt zu sein, sowie Angst vor dem Unbekannten, Berührungssängste, Angst vor komplizierten und bürokratischen Abläufen</li> </ul>
<b>Diskriminierungserfahrungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» negative Erfahrungen in Bezug auf den Umgang mit einer Krankheit und/oder Behinderung seitens staatlicher Stellen, Behörden oder der Gesellschaft</li> </ul>
<b>Gruppenzusammensetzung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Heterogene Gruppen, in denen Frauen und Männer gemeinsam über Probleme sprechen, sind für Migrantinnen und Migranten z. T. undenkbar.</li> <li>» Die Teilnahme an einer SHG für Frauen kann möglicherweise durch männliche Familienmitglieder aus sehr traditionellen Familien verboten werden.</li> <li>» Homogene Gruppen führen ev. zu Parallelstrukturen, sind aber einfacher umsetzbar.</li> </ul>

Fortsetzung auf nächster Seite

Fortsetzung der Tabelle 4.2

**Stolpersteine im Zusammenhang mit der Migration bzw. dem Herkunftsland**

<b>Sprachbarrieren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Sprachbarrieren (Muttersprache vs. deutsche Sprache) sind für beide Seiten schwierig. Übersetzungen können zu einer verzögerten Gesprächsdynamik führen.</li> <li>» aufgrund von Sprachbarrieren oft keine zielführende Ansprache der ZG bzw. Kontaktaufnahme mit der ZG und infolgedessen mangelnde Wahrnehmung der Angebote durch Betroffene</li> <li>» vorliegende Illiteralität (Einhaltung von Terminen ist für einige Migrantinnen bzw. Migranten oftmals schwierig)</li> </ul>
<b>fehlende kultursensible Ausrichtung der Angebote</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» fehlende Anonymität in kleinen Communitys</li> </ul>
<b>Organisatorische und strukturell bedingte Stolpersteine</b>	
<b>fehlendes bzw. bereits bestehendes Angebot an SHG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» bereits bestehende bzw. traditionell gewachsene SHG in Migrantengemeinschaften sowie SHG-ähnliche Strukturen im religiösen und familiären Kontext</li> <li>» Die Gründung einer SHG im ländlichen Raum ist oftmals schwierig, da weniger Multiplikatorinnen und Multiplikatoren verfügbar sind.</li> </ul>
<b>mangelnde Nachfrage nach SHG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Menschen mit Migrationserfahrung werden oftmals aufgrund der geringen Nachfrage nicht als primäre Zielgruppe der SH-Unterstützung gesehen.</li> </ul>
<b>Barrieren innerhalb der Selbsthilfe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» kein Wissen über andere Kulturen bzw. mit Migrationserfahrungen einhergehende Belastungen / wenig Erfahrungen im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen</li> </ul>
<b>organisatorische Barrieren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Zeitmangel durch Alltagsbelastungen</li> <li>» Existenzsorgen, die gesundheitliche Probleme überdecken</li> <li>» eingeschränkte Mobilität der ZG</li> </ul>

Quelle und Darstellung: GÖG

### 4.3 Ergebnisse aus den Interviews mit Fachleuten

Wie in Kapitel 3 erwähnt, wurden Gespräche mit unterschiedlichen Gruppen von Fachleuten geführt.

Den Vertreterinnen von Selbsthilfeorganisationen waren keine Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit Migrationserfahrung bekannt. Sie berichteten aber, dass einzelne Menschen aus dieser Bevölkerungsgruppe schon an Selbsthilfegruppen teilnehmen. Die erfahrenen Hürden sind ident mit jenen, die in der Literatur zu finden sind: Sprachbarrieren, Mentalität, Sozialisation, familiärer Zusammenhalt etc.

Laut einer Person, die aus Betroffenheit selbst eine Selbsthilfegruppe initiiert hat, gibt es bereits Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit Migrationserfahrung – allerdings eher in jenen Bevölkerungsgruppen, die einen großen Anteil an der Bevölkerung ausmachen und gut vernetzt sind. Diese Person lehnt spezielle Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit Migrationserfahrung aus nur einem Kulturkreis ab, da sie der Integration entgegenwirken würden.

Die Vertreterinnen von Vereinen, die Erfahrungen mit Gruppenangeboten von und für Menschen mit Migrationserfahrung haben, haben über ähnliche Erfahrungen berichtet, wie sie in der Literatur beschrieben sind. Diese Angebote entsprechen nicht dem üblichen Konzept von Selbsthilfegruppen. Auch die Vertreterinnen der Vereine, die diese Gruppenangebote teilweise schon über einen

langen Zeitraum umsetzen, sind keine Fachleute für gemeinschaftliche Selbsthilfe. Sie können aber dennoch relevante Erfahrungen beisteuern. Das Ziel der Gruppenangebote ist oft Wissensvermittlung und Empowerment bzw. Stärkung/Stabilisierung der Teilnehmer:innen. Sie entstehen meist im Rahmen spezieller und kurzfristiger Projekte, manchmal gelingt es, sie darüber hinaus weiterzuführen. Sie haben daher auch oft – wenn auch nicht immer – einen definierten Zeitraum (z. B. 10 Wochen), wenngleich es auch Gruppenangebote gibt, die schon seit vielen Jahren bestehen. Diese Gruppen sind dann eher als offene Gruppen konzipiert, d. h., die Teilnehmer:innen kommen, wenn sie Zeit haben, und es kommen immer wieder neue Teilnehmer:innen dazu. Die berichteten Gruppen finden in der Regel in jenem Verein statt, der sie organisiert. Während der Pandemie wurde manches auch online umgesetzt.

Die Zielgruppe und die Themen unterscheiden sich daher stark voneinander. Berichtet wurde z. B. von folgenden Zielgruppen:

- » Mütter mit pubertierenden Kindern,
- » Erwachsene bzw. Frauen oder Männer mit Flucht- und Migrationserfahrung, die psychisch belastet sind,
- » asylberechtigte junge Erwachsene
- » Familien mit Fluchterfahrung und traumatisierten Kindern.

Die Teilnehmer:innen sind aus unterschiedlichen Herkunftsländern nach Österreich gezogen, wobei sie in manchen Gruppen gemischt und in anderen homogen sind. Die Gruppen werden meist in der Erstsprache geführt, manchmal auch auf Deutsch bzw. mit Übersetzung (v. a. bei einer gemischten Gruppe). Als Vorteil einer homogenen Gruppe mit einer gemeinsamen Erstsprache wird angeführt, dass der Kulturkreis geteilt wird, der Austausch über sensible Themen auf dieselbe Art und Weise erfolgt und damit leichter fällt – v. a. auch, wenn es dabei um Gefühle geht. Mit gemischten Gruppen mit Deutsch als gemeinsamer Sprache gibt es unterschiedliche Erfahrungen: von nicht erfolgreich bis läuft nach Anfangsschwierigkeiten (nicht alle Teilnehmer:innen können damit gut umgehen) gut. Eine Lösung ist z. B. auch, nur für spezielle Inputs gemischte Gruppen mit Übersetzung zu organisieren. Es ist aber auch berichtet worden, dass manche Menschen in Bezug auf die Herkunft gemischte Gruppen bevorzugen, aus Angst vor dem Weitertragen von Informationen in der eigenen Community.

Wichtig sei, dass es neben dem gemeinsamen Problem (Erkrankung) eine Gemeinsamkeit gäbe: Das kann die Sprache sein, aber auch das Geschlecht oder die Altersgruppe sowie die Erkrankung bzw. das übergeordnete Thema. In Bezug auf das Geschlecht wurde einerseits betont, dass Gruppen mit Frauen und Männern für manche Menschen (z. B. aufgrund ihrer Religiosität oder der gelebten Traditionen) schwierig seien. Andererseits hängt es anscheinend sehr von den beteiligten Individuen ab und kann auch funktionieren.

Als Nutzen für die Teilnehmer:innen wurden neben dem erworbenen Wissen und den erhaltenen Impulsen durch den gezielten Austausch zu einem gemeinsamen Thema auch die sozialen Kontakte angesprochen, die manche Menschen sonst gar nicht hätten. Außerdem sei in diesen Gruppen möglich, auch andere Themen zu besprechen, für die es sonst keinen Raum und kein passendes Gegenüber gäbe. Oft werden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern auch gemeinsame Aktivitäten gewünscht, was jedoch nach Meinung einer Befragten für ein zeitlich befristetes

Gruppenangebot (wie es oft im Zuge eines Projekts entsteht) nicht leistbar sei. Andere Gruppen, die länger bestehen und dadurch keinen Zeitdruck haben, inkludieren kreative oder soziale Aktivitäten (z. B. Museumsbesuch, Parktreffen, Malen), da auch diese als guttugend erlebt würden.

Zu den bisher erprobten Formaten für Gruppen wurde außerdem festgestellt, dass das Workshopmodell sehr europäisch wäre und mit Menschen aus anderen Regionen nicht gut funktionieren würde (zum Teil sogar trotz Übersetzung). Hier bräuchte es andere bzw. kreativere Ansätze, wie z. B. aufsuchende Angebote. Hierzu ist anzumerken, dass üblicherweise weder Workshops noch aufsuchende Arbeit Bestandteile von Selbsthilfegruppen sind. Diese Erfahrung aus anderen (Gruppen-)Angeboten kann somit im Rahmen einer Pilotierung von Selbsthilfegruppen nicht umgesetzt werden.

Für die Ansprache der Zielgruppe hat sich bewährt, mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zusammenzuarbeiten. Das können z. B. Menschen sein, die früher Unterstützung erhalten haben und mittlerweile stark genug sind. Diese sollten jedoch für ihre Arbeit entlohnt werden und Weiterbildung erhalten.

Wie bereits erwähnt, sind die Gruppenangebote, über die die Befragten ihre Erfahrungen berichteten, meist keine Selbsthilfegruppen im klassischen Sinn. Es handelt sich eher um angeleitete bzw. expertengestützte Gruppen. Bei praktisch allen Gruppen übernahm eine Expertin die Organisation der Gruppe und gab einen fachlichen Input. Interessant ist dennoch, dass die meisten der befragten Fachleute die Ansicht vertreten, dass die Gruppen ohne Anleitung nicht weiterbestehen würden. Folgende Gründe wurden dafür angegeben:

- » Die Teilnehmer:innen seien durch ihre Lebensumstände zu stark belastet (krank und arm), als dass sie sich auch noch engagieren und aktiv werden könnten.
- » Der Organisationsaufwand wird von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als zu hoch erachtet (es braucht starke Menschen dafür).
- » Es wird von selbst keine Hilfe gesucht und braucht daher eine Vertrauensperson, die die Teilnehmer:innen darin bestärkt, dass sie sich die Zeit für die Gruppe nehmen dürfen, die sensible Themen auf eine passende Art und Weise ansprechen und bei Bedarf zu einem weiterführenden Angebot vermitteln kann.
- » Auch der Name Selbsthilfegruppe würde auf keine Akzeptanz stoßen, daher werden andere Namen gewählt.
- » Es braucht eine „neutrale“ und geschulte Person, die die Gruppendynamik handeln kann. Das Konfliktpotenzial sei in gemischten Gruppen hinsichtlich ethnischer Zugehörigkeit, Religion, politischer Ansichten etc. recht hoch.
- » Es braucht viel Geduld und Durchhaltevermögen, da Gruppenbildung Zeit benötigt.
- » Die Verknüpfung zu anderen Angeboten wie Beratung scheint wichtig zu sein, damit einerseits von dort Menschen in die Gruppen geschickt und andererseits aus der Gruppe dorthin vermittelt werden können.

Es wurden bzw. werden von den Befragten durchaus Überlegungen angestellt, wie bestehende angeleitete Gruppen in selbstständig weitergeführte Gruppen überführt werden können. Über diesbezügliche Erfolge konnte jedoch nicht berichtet werden. Dies könnte unter Umständen auch daran liegen, dass nach dem Ende eines zeitlich befristeten Gruppenangebots der Kontakt zu den



Teilnehmerinnen und Teilnehmern abreißt. Ob und wie intensiv diese nachher im Austausch bleiben, ist daher meist unbekannt. In einem Fall wurde zumindest davon berichtet, dass der Kontakt anschließend über WhatsApp-Gruppen bestehen geblieben sei.

## 4.4 Ergebnisse aus der Bedarfserhebung bei Menschen mit Migrationserfahrung und chronischer Erkrankung

Die Frage nach der Bekanntheit des **Begriffs Selbsthilfe** wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmern von drei Fokusgruppen (insgesamt 17 Teilnehmer:innen) gestellt und nur von einer Gruppe (5 Männer) mit Ja beantwortet. Diese Männer verbinden den Begriff mit einem Treffen bei Kaffee/Tee, zu dem sie ein Imam wöchentlich nach dem Gebet einlädt. Die anderen Teilnehmer:innen gaben an, den Begriff nicht zu kennen bzw. verbanden sie mit ihm in erster Linie, dass sie sich selbst um ihre Gesundheit kümmern und damit sich selbst helfen sollten.

Bei der Frage, was den Teilnehmerinnen und Teilnehmern aller fünf Fokusgruppen bei der **Bewältigung ihrer Krankheit** helfe bzw. geholfen habe, wurden folgende Aspekte genannt:

- » das Leben,
- » die Erfahrungen,
- » Aktivitäten wie Kochen und Backen, Meditation, Spaziergehen, der Besuch von Vorlesungen,
- » Freundlichkeit,
- » Hoffnung,
- » Haustiere,
- » Vertrauen in sich selbst, aber auch in andere,
- » soziale Kontakte (Freundinnen und Freunde, Verwandte, Nachbarinnen und Nachbarn) und deren Unterstützung sowie
- » beratende/behandelnde Fachleute (inklusive Fachärztinnen und Fachärzte).

Des Weiteren wurden Ernährungsumstellung, Psychotherapie, die richtige Einnahme von Medikamenten und andere Behandlungen sowie Kur und Reha genannt. Wobei eine Frau auf die zu hohen Kosten verwiesen hat, die mit einer Beratung durch eine Psychologin verbunden sind.

Gewünscht hätten sich die Befragten z. B. mehr Informationen über die Zusammenhänge, Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten sowie Ratschläge statt Medikamente. Aber auch psychische Unterstützung wurde erwähnt sowie leichter zu handhabende Medizinprodukte, wie z. B. Sensoren für Diabetes (die jedoch nicht allen bewilligt werden).

Bezüglich der Informationen ist darauf hingewiesen worden, dass fehlende Sprachkenntnisse zu Missverständnissen und womöglich Fehlinterpretationen, aber unter Umständen – aufgrund der damit verbundenen Verständigungsschwierigkeiten mit den Ärztinnen bzw. Ärzten – sogar zu falschen Diagnosen führen können. Deshalb seien Informationen in den Social Media so hilfreich, denn die gäbe es in verschiedenen Sprachen.

Der Großteil der Befragten ist der Meinung, dass ein Austausch wichtig und hilfreich sei – auch, weil z. B. die Familie an die Einnahme von Medikamenten erinnert oder im Internet recherchiert. Dieser Austausch erfolgt üblicherweise mit der Familie oder mit Freundinnen und Freunden, aber auch mit Nachbarinnen und Nachbarn. Er findet dort statt, wo die Menschen einander begegnen, z. B. zu Hause, auf dem Spielplatz oder bei Hochzeiten. Allerdings merkte eine Frau an, dass bei einem solchen Austausch die Gefahr besteht, sich gegenseitig zu traumatisieren. Denn es gäbe immer Personen, die von unheilbaren Fällen oder Todesfällen berichten würden. Ein Mann meinte, dass die familiären Verpflichtungen kaum Zeit für Selbsthilfe lassen. Eine andere Person meinte, dass die Familie nicht nur über das Thema Krankheiten sprechen will bzw. soll.

In Bezug auf die **Organisation einer Selbsthilfegruppe** wurden in den Fokusgruppen verschiedene Aspekte diskutiert:

Hinsichtlich der Zusammensetzung einer Selbsthilfegruppe wurde von vielen Befragten angemerkt, dass die Teilnehmer:innen derselben Religion angehören bzw. aus demselben Herkunftsland kommen, dieselbe Sprache sprechen und dasselbe Geschlecht haben sollten. Damit sei sichergestellt, dass sie offen miteinander reden können und die Kommunikation reibungslos möglich und verständlich ist. In einer Fokusgruppe herrschte die Meinung vor, es könne über Gefühle nur in der Erstsprache gesprochen werden, denn nur in dieser Sprache können diese richtig benannt und ausgedrückt bzw. von den anderen verstanden werden. Auch dieselbe Herkunft wäre wichtig, da sich die Gefühle und damit deren Verständnis je nach Herkunft unterscheiden würden. Eine Person erzählte in diesem Zusammenhang, dass sie bereits Erfahrung mit einer österreichischen Selbsthilfeorganisation gemacht hätte. Sie sei Mitglied geworden, konnte aber aufgrund der Sprache nicht gut in Kontakt treten. Daher sei sie wieder ausgetreten. Nur wenige der Befragten meinten, die Zusammensetzung der Gruppe spiele keine Rolle. Hinsichtlich sozialer Herkunft und Bildungsniveau wurde in einer Fokusgruppe auch angesprochen, dass durch eine Mischung mehr Wissen zusammenkommen würde. Hinsichtlich des Alters der Teilnehmer:innen wird einerseits eine gewisse Homogenität bevorzugt, andererseits wird dies auch von der Größe der Gruppe abhängig gemacht: Bei kleineren Gruppen sei eine Trennung nicht notwendig. Außerdem könnten dann jüngere von älteren Menschen lernen.

Manche der Befragten vertreten die Meinung, dass die Teilnehmer:innen nicht alle dieselbe Krankheit haben müssten, denn dann könnten sie voneinander lernen, v. a. über Vorbeugung und Früherkennung von Erkrankungen. Andere sehen durchaus Vorteile in einer Gruppe aus Menschen mit derselben Krankheit, da dann spezifischere Fragen diskutiert werden können. In einer Fokusgruppe wurden jedoch Bedenken geäußert, dass in einer gemischten Gruppe andere Probleme angesprochen und damit bekannt werden würden. Ein Mann machte den Vorschlag, verschiedene Arten von Gruppen zu organisieren: eine für allgemeinere Themen und spezifischere für bestimmte Krankheiten. Die allgemeineren Themen könnten nach Meinung eines Mannes sogar in Gruppen für Frauen und Männer besprochen werden, während spezifische Gruppen eher nach Geschlechtern getrennt werden sollten.

Es sollten jedenfalls maximal zehn bis 15 Personen sein, damit alle zu Wort kommen können.

Viele der Befragten sind der Meinung, dass eine Vertrauensperson die Gruppe organisieren sollte. Eine Person, die von allen akzeptiert wird und nicht nur organisiert, sondern auch anleitet und Aufgaben verteilt. Ein Mann vertrat hingegen die Meinung, dass die administrative Verwaltung von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern übernommen werden könnte. Wobei in einer Fokusgruppe auch vorgeschlagen wurde, dass eine Institution oder Einrichtung die Organisation übernehmen könnte. Es scheint unter den Befragten die Vorstellung weit verbreitet zu sein, dass die Organisation sehr aufwendig sei.

Die Anwesenheit einer Fachperson wurde von den Befragten oft gewünscht, was eigentlich im Widerspruch zum Konzept der gemeinschaftlichen Selbsthilfe steht. Zum Ausmaß eines fachlichen Inputs scheint es unterschiedliche Vorstellungen zu geben: von bei jedem Termin bis hin zu zumindest einmal jährlich. Als Begründung wurde angegeben, dass Fachpersonen nützliche und gute Informationen weitergeben und damit falsche Informationen korrigiert werden können. Mit Spezialistinnen und Spezialisten sei auch möglich, über Details zu reden. Medizinische Fakten und Ratschläge zur Gesundheit müssten nach Meinung der Befragten immer von Fachpersonen kommen, sonst seien sie nicht glaubwürdig. Ein Mann erwähnte allerdings, dass er aufgrund seiner Erfahrungen und seines Austausches mit einem Arzt selbst anderen in einer ähnlichen Situation viel Wissen und Ratschläge weitergeben könne. Dieser Austausch von Erfahrungen untereinander wird auch von anderen als hilfreiche Ergänzung zu Arztbesuchen gesehen. Denn er zeige, dass „man nicht alleine ist“ und andere auch Probleme hätten, womöglich sogar mehr, oder dass die anderen Teilnehmer:innen stärker seien und damit ein Vorbild sind.

In Bezug auf die Themen von Selbsthilfegruppen wurde daher einerseits angeführt, dass über die Krankheiten gesprochen werden soll, von denen die Teilnehmer:innen betroffen sind, sowie über die Ursachen und wie mit Einschränkungen umgegangen werden kann. Es sollten alle Informationen gegeben werden, die für diese Krankheiten relevant sind. Darüber hinaus sollten aber auch andere Themen Platz haben, z. B. wird im Sommer auch gerne über den Urlaub gesprochen. In diesem Zusammenhang wurde in einer Fokusgruppe darauf hingewiesen, dass es nicht hilfreich sei, untereinander über Gesundheitsprobleme, anstrengende Situationen, Depression etc. zu reden und zu klagen. Dies würde die Situation nur verschlechtern. Sie ziehen es deshalb vor, mit Fachleuten über diese Themen zu reden. Eine Selbsthilfegruppe sollte jedoch aufbauen und ermöglichen, Neues zu tun und zu lernen.

Als passende Orte für die Treffen einer Selbsthilfegruppe wurden z. B. der Seminarraum einer Moschee, Gesundheitszentren, Vereine und der öffentliche Raum (Parks) – für Treffen im Freien – genannt. Wobei der öffentliche Raum manchen zu wenig Privatsphäre zu bieten scheint. Explizit abgelehnt wurden in einer Fokusgruppe Onlinetreffen. Von einzelnen anderen Personen wurden diese jedoch als Lösung zwischen anderen (monatlichen) Treffen vorgeschlagen – um die Kontinuität zu sichern und weil die Menschen nicht viel Zeit hätten.

Hinsichtlich einer passenden Zeit kam die Anregung, dass das Wochenende oder der Nachmittag (nach der Arbeit) für berufstätige Menschen besser geeignet wäre. Und in Bezug auf die Häufigkeit wurden 14-tägige Intervalle genannt, aber auch monatliche.

Gemeinsame Aktivitäten sollten Bestandteil sein, wobei Tee/Kaffee trinken, wandern oder spazieren gehen, Sport machen bzw. Fußball spielen in der Halle, Musik machen, Yoga, aber auch ein gemeinsames Picknick und Grillen als Beispiele genannt wurden.

Schließlich wurde in einer Gruppe noch darauf hingewiesen, dass eine Kinderbetreuung benötigt würde, damit auch Menschen mit Kleinkindern an den Treffen teilnehmen können.

## 5 Schlussfolgerungen hinsichtlich der Anschlussfähigkeit des Selbsthilfekonzpts

Das Feld der gemeinschaftlichen Selbsthilfe ist vielfältig. Die Merkmale von „klassischen“ Selbsthilfegruppen (vgl. Kapitel 2.2) scheinen gemäß der Literatur, den geführten Interviews und Expertengesprächen in der aktuellen Umsetzung im deutschsprachigen Raum nicht zu 100 Prozent anschlussfähig für Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit Migrationserfahrung zu sein. Insbesondere die verfügbaren Ressourcen sowie die kulturelle Prägung der Menschen mit Migrationserfahrung erschweren die Teilnahme an einer von westlichen Werten wie Autonomie und Selbstbestimmung geprägten Selbsthilfegruppe.

Nachfolgend werden zentrale Merkmale von Selbsthilfegruppen vor dem Hintergrund der Rechercheergebnisse diskutiert.

Der Begriff „Selbsthilfegruppe“ und das Konzept Selbsthilfe sind in anderen Ländern und damit bei Menschen, die nach Österreich ziehen, weitgehend unbekannt. Gleichzeitig ist der Bedarf an Maßnahmen zur Stärkung der (krankheitsbezogenen) Gesundheitskompetenz gegeben. Die klassischen Aktivitäten von Selbsthilfegruppen, wie Erfahrungsaustausch und Auseinandersetzung mit Fachwissen über die Erkrankung, stoßen gemäß den Interviews bei Menschen mit Migrationserfahrung durchaus auf Anklang. Kritische Fragen sind jene nach der Organisation dieser Aktivitäten und jene nach der Involvierung von Fachleuten.

Rahmenbedingungen von Selbsthilfegruppen, wie vom gleichen Thema betroffen zu sein, überschaubare Gruppengröße von sechs bis zehn Personen und die kostenlose Teilnahme an Selbsthilfegruppen, scheinen anschlussfähig zu sein. Mitglieder bzw. Teilnehmer:innen von Selbsthilfegruppen sind vom gleichen Problem betroffen. Auch die Fokusgruppen zeigen tendenziell ein Interesse an homogenen Gruppen, die jedenfalls eine Gemeinsamkeit (insbesondere das Betroffensein von einer Erkrankung) und eine gemeinsame Sprache haben sollen. Auch ein Interesse an eher kleineren Gruppen für einen besseren Austausch untereinander scheint vorhanden zu sein. Angesichts des Umstands, dass Menschen mit Migrationserfahrung auch sozioökonomisch benachteiligt sein können, scheint eine kostenlose Teilnahme an Selbsthilfegruppen von Vorteil. Inwieweit allfällige Unkostenbeiträge nötig und möglich sein werden, wird sich zeigen.

Eine größere Herausforderung scheint die Rahmenbedingung der Unabhängigkeit von religiösen, politischen und wirtschaftlichen Interessen zu sein. Menschen mit Migrationserfahrung berichteten in der Erhebung auch von religiös geleiteten Selbsthilfegruppen und politischer Einflussnahme. Hier kann gegebenenfalls mit einer offenen Diskussion und Bewusstseinsbildung am Unabhängigkeitsverständnis der zu gründenden Selbsthilfegruppe gearbeitet werden. Dies bietet dann auch „Schutz“ bzw. Unterstützung bei der Wahrung der Unabhängigkeit. Bei Fragen und Verdacht auf Instrumentalisierung kann auch die Kontaktaufnahme mit einer Selbsthilfeunterstützungseinrichtung hilfreich sein.

Ein erster Schritt hierzu kann auch die gemeinsame Festlegung der Ziele, Funktionen, Aktivitäten und Arbeitsweise sein. Die klassischen Merkmale von Selbsthilfegruppen können hier als Refle-

xionsrahmen dienen – sowohl bei der Diskussion des Konzepts für Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationserfahrung (vgl. Kapitel 6) als auch bei der Gründung einer entsprechenden Selbsthilfegruppe:

- » regelmäßige Gruppentreffen (wöchentlich – monatlich),
- » Verschwiegenheit, „was gesagt wird, bleibt in der Gruppe“,
- » keine oder nur geringfügige Mitarbeit von professionellen Helferinnen und Helfern,
- » Arbeitsweise betont gegenseitige Hilfe und gleichberechtigte Zusammenarbeit,
- » Gleichberechtigung aller Mitglieder – meist gibt es jedoch eine Ansprechperson (als Kontaktperson nach außen).

Während die ersten beiden Aspekte grundsätzlich für alle Gruppen wichtig sind, scheint, unabhängig von der Herkunft der Teilnehmenden, der Gedanke der Gleichberechtigung aller Mitglieder und die geringfügige Mitarbeit von professionellen Helferinnen und Helfern herausfordernder zu sein. In der Erhebung wurde immer wieder der Wunsch nach der Einbindung von Fachleuten geäußert bzw. der hohe Stellenwert von deren Einbindung betont. Diese scheinen nicht nur verlässlichere bzw. glaubwürdigere Informationsquellen zu sein, sondern auch für die Motivation zur Teilnahme eine Rolle zu spielen.

Dies führt zu den individuellen Voraussetzungen, welche „klassische“ Selbsthilfegruppen von ihren Mitgliedern erwarten. Die Menschen müssen über ausreichend Ressourcen verfügen, um sich aktiv in eine Selbsthilfegruppe einbringen zu können, sowie ausreichend Gesundheitskompetenz aufweisen, um die Inhalte der Gruppengespräche für ihre Situation abstrahieren zu können. Eine unreflektierte Übernahme von Gesprächsinhalten kann auch medizinisch problematisch werden (z. B. Übernahme der Medikation einer anderen Gruppenteilnehmerin oder eines anderen Gruppenteilnehmers).

Aufgrund der Belastungen durch eine Erkrankung, sozioökonomische Benachteiligung und allfällige Ausgrenzungserfahrungen können diese Ressourcen bei Menschen mit Migrationserfahrung und chronischer Erkrankung stark eingeschränkt sein. Dies gilt es, beim Aufbau der Selbsthilfegruppe zu berücksichtigen, ohne entsprechende Personen grundsätzlich von der Teilnahme auszuschließen.

Um für Menschen mit Migrationserfahrung einen Zugang zur Selbsthilfe zu schaffen bzw. diesen zu fördern, sind daher grundsätzlich folgende Aktivitäten denkbar:

- » Aktivitäten zur Vermittlung des in Österreich gängigen Konzepts der Selbsthilfe in migrantischen Communitys (z. B. Information über das Konzept, Diskussion und Sensibilisierung bezüglich der Grundwerte von Selbsthilfegruppen, wie Autonomie, Selbstbestimmung, Wechselseitigkeit). Es könnten dafür z. B. jene Schulungen genutzt werden, die Diabetiker:innen erhalten. Falls solche Schulungen in verschiedenen Sprachen angeboten werden, wäre das ein ideales Setting dafür. Dieser Ansatz allein scheint jedoch nicht ausreichend zu sein, da damit die bestehenden Hürden nur teilweise abgebaut werden.
- » Unterstützung von Menschen mit Migrationserfahrung, ihr eigenes Konzept von Selbsthilfegruppen zu entwickeln. Menschen mit Migrationserfahrung können so Ziele, Arbeitsweise, Funktionen etc. selbst festlegen. Dazu übernimmt eine Person die Gruppenleitung für einen

beschränkten Zeitraum, mit dem Ziel, diese Gruppe zu initiieren, gemeinsam aufzubauen und dann die Verantwortung an die Gruppe abzugeben. Zentral sind hierfür die Rolle der Gruppenleitung und der Stellenwert, der das Fachwissen im Austausch einnimmt. Denkbar ist auch, eine neue Form der Zusammenarbeit zu entwickeln, oder die Unterstützung einzelner Personen mit einer Erkrankung und Migrationserfahrung beim Aufbau einer Selbsthilfegruppe.

- » Aktivitäten zur Förderung der Reflexion der Erkenntnisse aus der Bedarfserhebung und der unter Umständen neu entwickelten Konzepte bzw. der Form von Zusammenarbeit in der Selbsthilfe-(Fach-)Community. Dies kann helfen, das Konzept der Selbsthilfe insgesamt weiterzuentwickeln, z. B. die Merkmale von Selbsthilfegruppen aufzuweichen (wie dies z. B. bei Gruppen von Personen mit Suizidgedanken oder mit Demenz durch eine zusätzliche, begleitende Person, die nicht betroffen ist, gehandhabt wird) oder zu festigen (Bestätigung), und andere Lösungen zu finden, um die bestehenden Hürden abzubauen.

Für die weitere Entwicklung des Konzepts von Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit Migrationserfahrung und dessen Pilotierung ist daher wichtig, dass die Zielsetzung des Projekts sowie die Rollen bei der Prozessbegleitung klar sind. Die Merkmale von Selbsthilfegruppen können als Reflexionsrahmen dienen, inwieweit die klassischen Merkmale anwendbar sind.

Besondere Aufmerksamkeit ist auch auf die Rolle jener Personen zu legen, die den Aufbau der Selbsthilfegruppe unmittelbar begleiten. Eine Begleitung der Anfangsphase scheint auf Basis der Erhebungsergebnisse zentral für den Aufbau der Selbsthilfegruppe zu sein. Idealerweise findet sich eine engagierte, betroffene Person aus der Community, die sich als Ansprechperson und Gruppenkoordinator:in zur Verfügung stellt.

Vorgeschlagen wird daher, einen partizipativen Gesundheitsforschungsprozess aufzusetzen, in welchem GÖG, FEM und zumindest ein:e „Gruppenkoordinator:in“ als Praxispartner:in gemeinsam arbeiten, um das Konzept Selbsthilfegruppe von und für Menschen mit Migrationserfahrung weiterzuentwickeln und zu pilotieren. Möglich wäre auch die Gründung mehrerer Gruppen, die längerfristig zusammenarbeiten und sich mittelfristig zu einer Selbsthilfeorganisation mit auch stärker nach außen hin orientierten Aktivitäten, wie Interessenvertretung, entwickeln.

Ein Entwurf für das Konzept für die zu pilotierenden Selbsthilfegruppen liegt vor und beinhaltet folgende Themen (vgl. Kapitel 6):

- » Initiierung einer Selbsthilfegruppe,
- » gemischte versus homogene Gruppen,
- » Auswahl des Schwerpunktthemas,
- » Ansprache und Einladung potenzieller Teilnehmer:innen,
- » Organisation der Selbsthilfegruppe (Ort, Zeitpunkt, Häufigkeit),
- » inhaltliche Gestaltung der Treffen.

Für die Prozessbegleitung liegt ebenfalls ein Vorschlag vor (vgl. Kapitel 7). Dieser hängt jedoch sehr von den Gruppenkoordinatorinnen und -koordinatoren sowie von den Entscheidungen in den Gruppen ab.

## 6 Konzept für eine Selbsthilfegruppe für Menschen mit Migrationserfahrung und Adipositas bzw. Diabetes

### Initiierung einer Selbsthilfegruppe

Aufgrund der Ergebnisse der Literatursuche und der Erhebung scheint es zielführend zu sein, Selbsthilfegruppen gezielt mithilfe von engagierten Personen zu initiieren. Diese Personen sollten selbst auch Migrationserfahrung bzw. kultursensible Kompetenzen haben. Sie können auch Fachwissen über die in den Selbsthilfegruppen adressierten Krankheiten haben, das ist jedoch keine Voraussetzung. Im Idealfall sind sie selbst von der Krankheit betroffen. Es muss klar sein, dass sie sich auf ein längerfristiges Engagement einlassen, da Kontinuität und Vertrauen wichtige Erfolgskriterien sind. Von Vorteil sind Selbstsicherheit und Durchsetzungsfähigkeit sowie eine Orientierung an einer empowernden Haltung und Herangehensweise (so wenig Unterstützung wie möglich, so viel Unterstützung wie nötig). Aber auch Offenheit ist erforderlich, um das gemeinsame Erarbeiten zu unterstützen. Erfahrungen mit Gruppenprozessen sind daher ebenfalls von Vorteil.

Diese engagierten Personen sollen über persönliche Kontakte sowie über Vereine, Gesundheitseinrichtungen etc. angesprochen werden. Am Erfolg versprechendsten ist die Kontaktaufnahme mit bereits bekannten und engagierten Personen. Da die Anbindung einer Selbsthilfegruppe an eine Gesundheitseinrichtung von Vorteil wäre, scheint auch eine persönliche Ansprache von als passend erachteten Patientinnen und Patienten zielführend.

Um bei der Aufbauarbeit zu unterstützen, soll der Kontakt zu einer regionalen Selbsthilfeunterstützungseinrichtung hergestellt werden. Diese bieten Schulungen, aber auch organisatorische und finanzielle Unterstützung an. Dies ist insofern wichtig, als passende Räumlichkeiten gesucht und womöglich gemietet werden müssen. Es braucht außerdem Geduld, Ausdauer und eine hohe Frustrationstoleranz (z. B. wenn in der ersten Phase nur wenige Teilnehmer:innen erscheinen), wozu der Austausch mit einer Selbsthilfeorganisation beitragen kann. Allerdings ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass üblicherweise Selbsthilfegruppen ehrenamtlich organisiert werden. Eine Finanzierung von Aufwandsentschädigungen ist nur im Zusammenhang mit einem begleitenden Projekt für den administrativen Aufwand im Zuge der Pilotierung (u. a. Abstimmungstermine mit GÖG-Team) möglich und birgt die Gefahr, dass die pilotierten Gruppen nach Projektabschluss nicht mehr weitergeführt werden. Eine Aufwandsentschädigung sollte daher nur für zusätzliche Aktivitäten, die nicht per se mit der Organisation der Selbsthilfegruppen zusammenhängen, angeboten werden. Umso wichtiger erscheint, die Vorteile für alle an einer Selbsthilfegruppe beteiligten Menschen, wie z. B. Austausch, Empowerment, sinnstiftende Tätigkeit, in einem mehrsprachigen Infoblatt klar verständlich zu beschreiben. Dies kann sowohl für die Ansprache von engagierten Menschen für die Pilotierung als auch für zukünftige Teilnehmer:innen verwendet werden. Bei der Erstellung des Infoblatts kann das Projektteam (GÖG, FEM Süd) unterstützen.



## Gemischte versus homogene Gruppen

Die Literaturrecherche und Erhebung zeigen, dass in Bezug auf die Gruppenzusammensetzung verschiedene Möglichkeiten bestehen, mit denen jeweils Vor- und Nachteile verbunden sind. Gemeinsamkeiten der Teilnehmer:innen spielen eine wichtige Rolle, ebenso die gemeinsame Sprache. Hinsichtlich Herkunft und Sprache gemischte Gruppen scheinen hingegen mit durchaus höheren Anforderungen an die Gruppenleitung verbunden zu sein (z. B. Übersetzung und hohe Toleranz bzw. Kultursensibilität der Teilnehmer:innen notwendig). Bezüglich der Sprache ist auch zu berücksichtigen, dass manche Themen (insbesondere Gefühle) leichter in der Erstsprache besprochen werden können. Auch der Kontakt zueinander kann leichter hergestellt werden. Die in der Erhebung befragten Teilnehmer:innen waren sich in Bezug auf die gemeinsame Sprache ziemlich einig. Wobei dies schon auch die deutsche Sprache sein kann, wenn sich alle Teilnehmer:innen gut auf Deutsch verständigen können und damit wohlfühlen. Bezüglich der Herkunftsländer scheint es mehr Spielraum zu geben, sofern es einen ähnlichen kulturellen Rahmen gibt. In Bezug auf manche Herkunftsländer gilt außerdem zu berücksichtigen, dass unter Umständen politische Ansichten und ethnische Zugehörigkeit Herausforderungen darstellen können. Dies hängt von den jeweiligen Individuen ab, aber auch von der engagierten Person, die die Initiierung der Selbsthilfegruppe übernimmt.

In Bezug auf das Geschlecht werden nach Frauen und Männern getrennte Gruppen eindeutig bevorzugt. Es gibt zwar einzelne Personen, die sich unter Umständen (z. B. für allgemeine Themen) auch gemischte Gruppen vorstellen können. Hinsichtlich anderer Merkmale, wie Alter und Bildungsniveau, kann abgeleitet werden, dass eine Mischung möglich bzw. sogar von Vorteil sein kann.

Da das Konzept der Selbsthilfegruppen erst bekannt gemacht und Akzeptanz finden muss, erscheint es aktuell unrealistisch, viele verschiedene Gruppen gleichzeitig zu initiieren und dann jeweils ausreichend Teilnehmer:innen zu finden. Ein pragmatischer Zugang wäre, je nach Interesse die Gruppen homogen bzw. heterogen zu organisieren. Bei weit verbreiteten Krankheiten wie Diabetes wird es leichter sein, homogene Gruppen (in Bezug auf Sprache und Herkunft) zu organisieren, als bei seltenen Krankheiten. In Bezug auf einzelne fachliche Inputs können jedenfalls Kooperationen zwischen verschiedenen Gruppen (auch mit bereits bestehenden) angestrebt werden. In solchen Fällen – wie auch bei mehrsprachigen Gruppen – muss jedoch auch eine Übersetzung organisiert werden, damit wirklich alle Teilnehmer:innen von der Teilnahme profitieren können. Für eine Pilotierung wird empfohlen, einzelne, sprachlich homogene Gruppen für weit verbreitete Krankheiten zu initiieren.

In Bezug auf die Teilnahme von Menschen mit derselben oder mit unterschiedlichen Krankheiten ist aus der Erhebung keine eindeutige Präferenz herauszulesen. Beides ist mit Vor- und Nachteilen verbunden. Indikationsübergreifende Selbsthilfegruppen ermöglichen, verschiedene Themen sowie auch Prävention anzusprechen. Allerdings scheint es so zu sein, dass ein krankheitsspezifischer Austausch gewünscht wird, was – in dieser Hinsicht – für eher indikationsspezifische Gruppen spricht. Für themenbezogene Selbsthilfegruppen spricht auch, dass das „klassische“ Selbsthilfekonzept ebenfalls einen thematischen Bezug (die Erkrankung als verbindende Gemeinsamkeit) vorsieht.

## **Auswahl des Schwerpunktthemas**

Grundsätzlich, aber erst recht in einer Phase der Sensibilisierung, scheint zielführend, zunächst ausgehend von den motivierten Personen eine Erkrankung als Schwerpunktthema zu wählen, mit der diese entweder selbst Erfahrungen gemacht oder einen anderen Zugang (z. B. Erfahrungen als Angehörige, Teilnahme an einer Schulung) dazu haben. Wichtige Themen für Menschen mit Migrationserfahrung sind erfahrungsgemäß Adipositas, Diabetes, Demenz, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Kinder mit Behinderung. Diese Themen betreffen auch relativ große Bevölkerungsgruppen, was die Wahrscheinlichkeit für ein Interesse an einer Selbsthilfegruppe erhöht. Unabhängig davon – und um Synergien mit anderen Aktivitäten nutzen zu können – soll jedenfalls versucht werden, eine Selbsthilfegruppe für Menschen mit Diabetes zu initiieren, die an das geplante Diabeteszentrum im 10. Bezirk von Wien andocken könnte.

Grundsätzlich werden Ziele, Aktivitäten und Strukturen in Selbsthilfegruppen von den jeweils teilnehmenden Menschen selbst definiert. Im Vordergrund steht immer der Umgang mit der Krankheit. Je nach Interesse kann das Schwerpunktthema einer Selbsthilfegruppe breiter aufgesetzt oder stärker eingegrenzt werden. In der Pilotphase scheint sinnvoll, zunächst ein breiteres Spektrum abzudecken und bei entsprechendem Andrang und Interesse über eine Teilung der Gruppe und eine stärkere Fokussierung zu entscheiden. Zum Beispiel ist zunächst eine Kombination der Themen Adipositas und Diabetes denkbar um aus einem größeren Pool an potentiellen Teilnehmer:innen schöpfen zu können, bei größerem Andrang könnten diese Themen getrennt und damit spezifischer behandelt werden. Diese Veränderung kann auch erst im Laufe der Zeit relevant werden.

## **Ansprache und Einladung potenzieller Teilnehmer:innen**

Potenzielle Teilnehmer:innen sollen ebenfalls über bestehende Kontakte, Organisationen und Angebote, die speziell mit Menschen mit Migrationserfahrung und/oder mit von der jeweiligen Krankheit betroffenen Menschen arbeiten, angesprochen und eingeladen werden. Dabei gilt es, auch Schlüsselpersonen zu identifizieren, die eine wichtige Rolle in der Ansprache potenzieller Teilnehmer:innen spielen können. Zusätzlich wird empfohlen, lokale Presse, Bildungseinrichtungen, Deutschkurse etc. für die Bewerbung zu nutzen. Bei der persönlichen Ansprache sollte auch berücksichtigt werden, dass unter Umständen ein anderes Verständnis von Gesundheit/Krankheit vorliegt und mit einem Austausch über die Erkrankung bzw. mit einem Offenlegen einer Krankheit womöglich Ängste (z. B. davor, das Gesicht zu verlieren) verbunden sind. In jedem Fall ist auf eine wertschätzende Kommunikation zu achten. Es empfiehlt sich daher, auch auf die Vertraulichkeit der Treffen einzugehen und darauf hinzuweisen, dass die Gruppen allen Interessierten offenstehen.

Ein besonderes Augenmerk muss auch auf die Einladung und die Namensgebung der Gruppe gelegt werden. Da den Angesprochenen das Konzept von Selbsthilfegruppen oftmals unbekannt sein wird, müssen die Vorteile bzw. muss der Nutzen der Teilnahme, aber auch ein üblicher Ablauf der Treffen der Selbsthilfegruppen vermittelt werden, damit sie sich ein Bild machen können und keine falschen Erwartungen geweckt werden. Dabei sollte auch darauf hingewiesen werden, dass Ziele, Aktivitäten und Strukturen dann in der Gruppe gemeinsam konkretisiert werden. Es besteht allerdings die Gefahr, dass sich Interessierte, die sich selbst bisher nicht in einer aktiven Rolle gesehen

haben und sich das vielleicht auch nicht zutrauen, dadurch überfordert fühlen und von einer Teilnahme Abstand nehmen. Die Erwartung einer aktiven Beteiligung ist also v. a. in der Phase der Pilotierung behutsam zu vermitteln. In Bezug auf die Namensgebung liegen Erfahrungen vor, dass der Begriff „Selbsthilfegruppe“ nicht verwendet werden sollte. Auch in der Literatur wird eine andere „Etikettierung“ empfohlen bzw. die konkrete Benennung z. B. als „Gruppe für Diabetikerinnen“. Eine Expertin hat berichtet, dass sie ihre Gruppen „Zeit für mich“ nennt, weil es genau darum gehen würde. Abgesehen von diesen Anregungen sollte die Wahl des Namens der initiiierenden Person bzw. der Gruppe überlassen werden.

Die Einladung sollte in jener Sprache erfolgen, in der die Gruppe abgehalten werden soll. Auch hier liegt die Entscheidung letztendlich bei der Person, die die Gruppe initiiert, sowie bei jenen Menschen, die für eine Teilnahme gewonnen worden sind. Wichtig ist, dass sie sich gut verständigen können (siehe gemischte versus homogene Gruppen). Ist für die initiiierende Person vorstellbar, dass in einer Gruppe mehrere Sprachen gesprochen werden, weil sie selbst diese Sprachen spricht oder Unterstützung bei der Übersetzung organisieren kann, so sollte die Einladung in diesen Sprachen erfolgen. Unabhängig von der Sprache selbst ist auf eine einfache Sprache und passende Symbole/Metaphern zu achten. Im Idealfall kann dafür das mehrsprachige Infoblatt (siehe Initiierung) adaptiert werden.

In der Literatur werden auch Informationsveranstaltungen empfohlen. Dies scheint für eine Pilotphase, in der noch keine oder nur wenige Selbsthilfegruppen vorhanden sind und erst dafür sensibilisiert werden muss, weniger passend zu sein. Unter Umständen können aber andere Veranstaltungen für eine Bewerbung der Selbsthilfegruppen genutzt werden.

### **Organisation der Selbsthilfegruppe (Ort, Zeitpunkt, Häufigkeit)**

Aufgrund des Wunsches nach fachlichem Input bzw. Know-how kann es von Vorteil sein, den Selbsthilfegruppen in passenden Gesundheitseinrichtungen Räumlichkeiten für ihre Treffen zur Verfügung zu stellen. Das kann z. B. für Menschen mit Diabetes eine Diabetesambulanz oder das geplante Diabeteszentrum sein. Dies würde erleichtern, einen fachlichen Input zu organisieren/erhalten, und würde unter Umständen auch die Akzeptanz erhöhen. Auch die Erfahrungen aus den „Frühen Hilfen“ zeigen, dass Räumlichkeiten auf einem Krankenhausgelände oder in einem öffentlichen Gebäude, das aus verschiedensten Gründen aufgesucht wird, als akzeptabel empfunden werden.

Alternativ können Räume von passenden Vereinen angefragt bzw. gemietet werden, wichtig ist jedoch, dass diese unabhängig von politischen Parteien etc. sind. Religiöse Einrichtungen haben in diesem Zusammenhang den Nachteil, dass sie vermutlich eher religiöse Menschen ansprechen und jene von einer Teilnahme abhalten, die sich als nicht religiös definieren. In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass laut Literatur der Raum eher nicht in unmittelbarer Nähe zu jenen Orten sein soll, an denen sich die Teilnehmer:innen normalerweise aufhalten, um Anonymität sicherzustellen. Auch ein geschützter Zugang wird aus diesem Grund empfohlen. Es ist jedoch zu beachten, dass die dafür anfallenden Kosten nicht zu hoch sind, damit sie auch langfristig getragen werden können. Eine Beratung mit der Selbsthilfeunterstützungseinrichtung hinsichtlich einer finanziellen Unterstützung für die Raummiete vor der Erstellung einer Einladung ist zu

empfehlen. Bei der Suche nach passenden Räumlichkeiten kann das Projektteam (GÖG, FEM Süd) unterstützen.

Die Räumlichkeiten müssen jedenfalls verschiedene Bedingungen erfüllen: Sie sollten öffentlich gut erreichbar sein, die Möglichkeit für ein ungezwungenes Zusammensein bieten – es sollte auch eine Teeküche vorhanden sein – und eine angenehme Atmosphäre vermitteln. Unter Umständen wird auch ein Raum für Kinderbetreuung benötigt. Die Barrierefreiheit kann ebenfalls ein Thema sein.

In der Erhebung wurde auch der öffentliche Raum vorgeschlagen, z. B. Parks. Er kann v. a. in den warmen Monaten bzw. in Zeiten einer Pandemie eine gute Alternative sein, vorausgesetzt, eine gewisse Privatsphäre kann gewährleistet werden. Allerdings ist die Sichtbarkeit im öffentlichen Raum aufgrund der bereits erwähnten Sorgen um Bekanntwerden einer Erkrankung bzw. das Weitergeben von persönlichen Informationen innerhalb einer Community unter Umständen eine Hürde für die Teilnahme. Es muss daher sorgfältig und idealerweise gemeinsam in der Gruppe abgewogen werden, in welcher Situation dies eine passende Alternative darstellt und wann nicht.

Die Treffen der Selbsthilfegruppen sollten entweder nach der Arbeit (später Nachmittag) oder am Wochenende angesetzt werden, damit auch berufstätige Menschen daran teilnehmen können. Erfahrungsgemäß ist ein Abendtermin auch für Menschen mit familiären Verpflichtungen gut geeignet, da dann leichter eine Kinderbetreuung organisiert werden kann. Dies hängt jedoch auch davon ab, wer einen Raum zur Verfügung stellen kann und wann dieser frei ist. Abendtermine scheinen auch vor dem Hintergrund, dass hin und wieder Fachpersonen eingeladen werden sollen, realistischer zu sein als Wochenendtermine. Sowohl in der Literatur als auch bei der Bedarfserhebung wurde immer wieder auf die Notwendigkeit einer Kinderbetreuung für jene Teilnehmer:innen, die kleine Kinder haben und auf keine familiäre Unterstützung zurückgreifen können, hingewiesen. Diese ist in der Selbsthilfe eher nicht üblich. Dennoch sollte das Thema mit den potenziellen Teilnehmer:innen und Teilnehmern besprochen und gemeinsam nach Lösungen gesucht werden.

Hinsichtlich der Häufigkeit lassen sich aus der Erhebung 14-tägige bis monatliche Treffen als realistisch ableiten, wobei immer wieder darauf hingewiesen worden ist, dass wenig Zeit bei den Teilnehmer:innen und Teilnehmern zur Verfügung steht. Da es sich bei den Selbsthilfegruppen um ein längerfristiges Angebot handelt, das nicht nach zehn Terminen automatisch beendet sein soll, scheinen monatliche Treffen auf Dauer realistischer zu sein. Dafür sollte dann bei den einzelnen Terminen ausreichend Zeit zur Verfügung stehen (2–2,5 Stunden).

Es empfiehlt sich, am Vortag der Treffen eine Erinnerung auszuschicken – idealerweise per SMS. Dies ist z. B. eine Aufgabe, die von der initiiierenden Person relativ schnell an die Teilnehmer:innen abgegeben werden kann.

### **Inhaltliche Gestaltung der Treffen**

Ein wichtiges Thema ist der Vertrauensaufbau. Damit dieser gut gelingen kann, sollte zu Beginn ein gegenseitiges Kennenlernen unterstützt werden. Es ist mit Unsicherheit, Nervosität, Ängsten und Scham zu rechnen. Die initiiierende Person hat den Auftrag, mit ihrer Moderation zu einem

Abbau dieser für den Austausch in der Selbsthilfegruppe hinderlichen Gefühle beizutragen. Fühlt sich die initiiierende Person dem nicht gewachsen, kann sie dafür Unterstützung erhalten. Einerseits bieten Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen Schulungen an, andererseits kann in der Pilotphase das Projektteam (GÖG, FEM Süd) unterstützen.

Des Weiteren ist zunächst notwendig, an einem gemeinsamen Verständnis vom Ziel der Gruppe zu arbeiten. Dabei sollte auf Unterschiede im Verständnis von Gesundheit und Krankheit eingegangen werden und es sollten die Möglichkeiten sowie der Nutzen von Selbsthilfegruppen erläutert und diskutiert werden. In diesem Zusammenhang kann auch über die Struktur und die gewünschten Aktivitäten gesprochen werden. So entsteht ein erstes „Konzept“, das im Laufe der Zeit immer wieder reflektiert und adaptiert werden kann. Als Diskussionsbasis könnte das vorliegende Konzept dienen, es könnten aber auch andere im Zuge des Projekts identifizierte Materialien verwendet werden. Dies hängt jedoch von der initiierenden Person ab und kann vom Projektteam (GÖG, FEM Süd) nur angeregt werden.

In dieser ersten Phase sollten auch gemeinsame Regeln für einen respektvollen Umgang miteinander, die Kommunikation, die Verbindlichkeit der Teilnahme sowie eine Entschuldigung bei Fernbleiben, Anonymität und Vertraulichkeit, Offenheit gegenüber anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern etc. erarbeitet werden. Dabei sollten auch Rollen und Zuständigkeiten definiert werden. Durch das Aufteilen von Aufgaben kann von Beginn an das Commitment gestärkt und klargestellt werden, dass die Teilnehmer:innen eine aktive Rolle einnehmen sollen. Unter Umständen ist hilfreich, Regeln und Aufgaben auch schriftlich festzuhalten.

Der Fokus von Selbsthilfegruppen liegt an und für sich auf der gegenseitigen Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung. Fachliches Wissen über die Erkrankung und Behandlung sollte von Fachleuten vermittelt werden. Die Selbsthilfegruppen können und sollen dies nicht übernehmen. Sie können aber bei Bedarf Fachleute in die Gruppe einladen, damit diese einen fundierten Input über Hintergründe, Möglichkeiten von Prävention/Behandlung und potenzielle Nebenwirkungen geben. Dies wird in der Literatur empfohlen, wurde auch in der Erhebung gewünscht und kann zur Motivation, an der Selbsthilfegruppe teilzunehmen, wesentlich beitragen. Sollte dieser Wunsch daher in den neu gegründeten Selbsthilfegruppen geäußert werden, sollte er auch – nach Möglichkeit – erfüllt werden. Dann ist eine passende Vortragende oder ein passender Vortragender zu suchen, die bzw. der die Information verständlich und anschaulich vermitteln kann. Ideal ist, möglichst interaktiv, anschaulich und kreativ zu arbeiten. Praktische Alltagstipps haben einen hohen Stellenwert und sollten immer Teil des Austausches sein. Geht es z. B. um die Ernährung, können geeignete Produkte mitgebracht und verkostet oder auch gemeinsam hergestellt werden. Unter Umständen empfiehlt sich, zu Beginn bereits spezifische Themen zu identifizieren, damit der gewünschte fachliche Input organisiert werden kann. Diese Liste kann regelmäßig aktualisiert werden.

Die Erhebung hat gezeigt, dass auch anderen Themen Raum gegeben werden muss. Es empfiehlt sich, dafür jeweils zu Beginn eines Treffens einen gewissen Zeitraum (z. B. eine halbe Stunde) einzuplanen. Dieser Einstieg kann z. B. als Blitzlicht gestaltet werden. (Wie geht es mir? Was beschäftigt mich?) Damit kann auch ein Spielraum für das Eintreffen der Teilnehmer:innen geschaffen werden. Auch für den Abschluss – inklusive des gemeinsamen Aufräumens – sollte Zeit eingeplant

werden, damit diejenigen, die ein größeres Austauschbedürfnis haben, dieses noch abdecken können.

Folgende Aktivitäten haben im Rahmen der Pilotierung der neuen Selbsthilfegruppen im Jahr 2023 stattgefunden:

- » Erfahrungsaustausch untereinander, Sammeln von offenen Fragen,
- » fachlicher Input und Diskussion mit einer Fachperson.

Nicht organisiert wurden der Besuch einer relevanten Einrichtung oder einer anderen zum Thema passenden Selbsthilfegruppe sowie kulturelle Aktivitäten oder Aktivitäten im Freien. Dafür fehlte den Initiatorinnen die Zeit bzw. waren die Gruppen nicht stabil genug.

Es wird empfohlen, sowohl Aktivitäten als auch den konkreten Ablauf und Zeitplan gemeinsam zu entwickeln, um die Wünsche bzw. Bedürfnisse der Teilnehmer:innen berücksichtigen zu können. Dabei kann ebenso geklärt werden, ob ein fachlicher Input auch gemeinsam mit anderen Gruppen oder in einem anderen Format organisiert werden soll. Auch in die Planung konkreter Termine sollten die Teilnehmer:innen eingebunden werden, damit auf allfällige persönliche/kulturelle/religiöse Feiertage Rücksicht genommen werden kann. Es empfiehlt sich, z. B. einen bestimmten Wochentag im Monat auszuwählen (etwa jeden 2. Montag im Monat).

# 7 Pilotierung des Konzepts im Jahr 2023

## 7.1 Ziel und Vorgangsweise

Die Pilotierung des in Kapitel 6 beschriebenen Konzepts sollte überprüfen, inwieweit es damit gelingen kann, auch in Österreich Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationserfahrung zu etablieren. Aufgrund des hohen Anteils an Menschen mit Diabetes auch unter jenen mit Migrationserfahrung wurde dieser Schwerpunkt für die Pilotierung definiert. Eine Prozessbegleitung sollte einen laufenden Austausch dazu ermöglichen und bei Bedarf gezielte Unterstützung sicherstellen. Konkret sollten damit folgende Fragen beantwortet werden:

- » Kann es gelingen, Menschen mit Migrationserfahrung zur Initiierung einer Selbsthilfegruppe nach dem erarbeiteten Konzept zu motivieren?
- » Können Menschen mit Migrationserfahrung zur Teilnahme an dieser Selbsthilfegruppe über einen längeren Zeitraum motiviert werden?
- » Erleben die Teilnehmer:innen einen Nutzen und kann ihre Gesundheitskompetenz damit gestärkt werden?
- » Muss das Konzept überarbeitet werden, damit es breiter umgesetzt werden kann?

Schließlich war das Ziel auch, unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Motivation dafür zu stärken, die initiierten Selbsthilfegruppen nach Ende des Jahres 2023 selbstständig weiterzuführen.

Die Prozessbegleitung erfolgte durch das GÖG-Projektteam, wobei in den Austausch auch Expertinnen von FEM Süd und der Selbsthilfeunterstützungsorganisation (SUS) Wien eingebunden waren. Gemeinsam wurden die Fragebögen adaptiert und übersetzt für Erhebungen unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern (vgl. Anhang), die im Vorjahr vom Projektteam erstellt worden waren, adaptiert und übersetzt. Die ausgefüllten Fragebögen wurden von der GÖG ausgewertet. FEM Süd unterstützte u. a. bei der Suche nach Initiatorinnen, Teilnehmerinnen und Teilnehmern für die Selbsthilfegruppen. Im Herbst 2023 fand außerdem ein Workshop mit mehreren Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfeunterstützungsorganisationen Österreichs statt, bei dem die Erfahrungen berichtet und diskutiert wurden.

## 7.2 Umsetzung der Pilotierung

In diesem Abschnitt wird beschrieben, wie die Pilotierung umgesetzt wurde und welche Erkenntnisse sich hinsichtlich der Initiierung und Umsetzung von Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit Migrationserfahrung daraus ableiten lassen. Des Weiteren werden die relevantesten Charakteristika der tatsächlich erreichten Personengruppe beschrieben. Zuletzt wird auf die beobachteten Veränderungen durch die Teilnahme an der Pilotierung eingegangen.



## 7.2.1 Initiierung von Selbsthilfegruppen

Durch die gute Vernetzung von FEM Süd konnten drei engagierte Frauen mit Migrationserfahrung dazu motiviert werden, eine Selbsthilfegruppe für Menschen mit Migrationserfahrung und Diabetes zu initiieren. Zwei arabischsprachige Frauen versuchten in der Folge arabischsprachige Frauen und Männer für ihre Gruppe zu gewinnen, eine türkischsprachige Frau versuchte türkischsprachige Frauen zu gewinnen. Eine weitere Frau ohne Migrationserfahrung erklärte sich bereit, eine deutschsprachige Gruppe für von Diabetes betroffene Menschen mit Migrationserfahrung aus unterschiedlichen Herkunftsländern anzubieten. Von diesen vier Frauen sind zwei selbst von Diabetes betroffen, die anderen nicht.

Drei der vier Initiatorinnen nahmen zunächst an einem Workshop der SUS Wien für Selbsthilfegruppengründerinnen teil und erhielten eine Einführung in das Thema Diabetes und Ernährung von einem bei FEM Süd beschäftigten Arzt. Beide Termine wurden als sehr hilfreich erachtet. Eine weitere Initiatorin hatte bereits langjährige Erfahrung in der Selbsthilfe und zum Thema Diabetes.

Potenzielle Teilnehmer:innen wurden auf verschiedenen Wegen angesprochen:

- » Es wurden Flyer zu den verschiedenen Gruppen gestaltet und beim neuen Diabeteszentrum Wienerberg aufgelegt bzw. aufgehängt.
- » Es wurden Menschen, die an Angeboten der MA 17 (z. B. Nachbarschaftstag) oder von FEM Süd teilnahmen, auf die neuen Selbsthilfegruppen aufmerksam gemacht.
- » Für die deutschsprachige Selbsthilfegruppe wurden Flyer bei „Therapie Aktiv“-Ärztinnen und -Ärzten aufgelegt.

Das GÖG-Team nahm am Tag der Selbsthilfe im Wiener Rathaus teil und legte dort Flyer auf. Allerdings kamen dort nur sehr wenige Menschen mit Migrationserfahrung vorbei, auch der Zeitpunkt (November 2023) war für die Pilotierung eigentlich schon zu spät (da sich bereits abzeichnete, dass das Projekt mit Ende des Jahres abgeschlossen wird und zu diesem Zeitpunkt eine eventuelle Weiterführung der Selbsthilfegruppen durch die Teilnehmer:innen unklar war).

Es bestätigte sich, dass das Aushängen/Auflegen von Flyern nicht ausreicht. Potenzielle Teilnehmer:innen müssen aktiv angesprochen und motiviert werden. Dort, wo das möglich war und Synergien mit anderen Aktivitäten für Menschen mit Migrationserfahrung genutzt werden konnten, konnten laufend neue Teilnehmer:innen für die Selbsthilfegruppen gewonnen werden. Für die deutschsprachige Gruppe hingegen wurden solche Aktivitäten nicht gesetzt, auch weil sie sich nicht nur an eine bestimmte Gruppe von Menschen mit Migrationserfahrung richtete.

Es bestätigte sich auch, dass die angesprochenen potenziellen Teilnehmer:innen oft wenig Wissen über die Erkrankung und das Konzept von Selbsthilfegruppen haben. Sie gehen davon aus, dass sie nur von Ärztinnen und Ärzten gute und konkrete Informationen zu ihrer Erkrankung erhalten können, und halten einen Austausch unter Betroffenen für nicht hilfreich. Hinzu kommt, dass sie sich teilweise auch für ihre Krankheit schämen. Gleichzeitig scheint es jedoch kein anderes passendes Angebot für sie zu geben. Das Interesse an den Selbsthilfegruppen konnte im Rahmen der persönlichen Ansprache durch die Initiatorinnen zwar geweckt werden, aber neben der fehlenden

Einschätzbarkeit des Angebots hinderte oft Zeitmangel die Menschen daran, an den Selbsthilfegruppen teilzunehmen. Aufgrund all dieser Herausforderungen dauerte es insgesamt länger als geplant, bis diese Gruppen ins Laufen kamen. Als hinderlich erwiesen sich außerdem der Ramadan gleich im Frühling und die langen Sommerferien. In diesen Zeiten war es kaum möglich, Treffen zu organisieren, da die Familien anderweitig beschäftigt bzw. abwesend sind. Die Erfahrung zeigte auch, dass nach einer langen Pause mit der Motivationsarbeit fast wieder von vorne zu beginnen ist.

## 7.2.2 Gestaltung dieser Selbsthilfegruppen

Die Gruppen fanden im Großen und Ganzen einmal monatlich und meist am Wochenende statt. Die Koordination der Termine erfolgte vorwiegend über WhatsApp.

Eine Gruppe konnte Räumlichkeiten eines Kulturvereins nutzen, andere die Räumlichkeiten von FEM Süd. Ein Treffen konnte auch in der Wohnung einer Teilnehmerin durchgeführt werden. Die Suche nach Räumlichkeiten, die kostenlos zur Verfügung stehen, gestaltete sich nicht einfach. Sehr hilfreich waren auch hier bereits bestehende Kontakte bzw. die Unterstützungsmöglichkeit durch FEM Süd. Grundsätzlich scheinen auch Ausflüge und Gruppentreffen im Freien großen Anklang zu finden, zumindest wurden solche von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern vorgeschlagen und zeigen das Erfahrungen aus anderen Bereichen. Dies wurde jedoch im Rahmen der Pilotierung nicht umgesetzt.

Es wurden für Menschen mit Diabetes passende Getränke und in einer Gruppe auch Brötchen mit Gemüse und Obst angeboten. Hierfür erwies sich die fachliche Einschulung im Vorfeld als sehr hilfreich für die Initiatorinnen.

Sowohl in der türkischsprachigen Gruppe als auch in den arabischsprachigen Gruppen wurden Informationsmaterialien in der jeweiligen Erstsprache verwendet. Dafür musste von den Initiatorinnen der arabischsprachigen Gruppen viel recherchiert werden. Die Initiatorin der türkischsprachigen Gruppe konnte hier von der Nähe zu FEM Süd profitieren.

Die Wünsche der Teilnehmer:innen zu Themen für die Treffen wurden bei den ersten Treffen abgefragt, aber auch bei späteren Treffen angesprochen. Fachliche Inputs durch Ärztinnen, Ärzte und andere Berufsgruppen wurden von allen gewünscht und – zumindest in der türkischsprachigen Gruppe – auch organisiert. Ernährung wurde als ein sehr wichtiges Thema identifiziert, wobei in diesem Zusammenhang auch gemeinsames Kochen und gemeinsame Bewegung gewünscht wurden. Bewegungselemente wurden in der Folge in der türkischsprachigen Gruppe ebenfalls umgesetzt. Beim Thema Kochen ging es den Teilnehmerinnen nicht nur darum, einen fachlichen Input zu erhalten und praktische Tipps auszutauschen, sondern auch gemeinsam Freude zu erleben. Weitere konkrete Ideen zu Umsetzungsmöglichkeiten wurden im begleitenden Austauschtreffen diskutiert:

- » So könnte z. B. ein gemeinsames Kochen unter Umständen bei Community Cooking im 10. Bezirk stattfinden.

- » Gemeinsame Bewegung könnte in Form von (Nordic) Walking in einem der großen Parks umgesetzt werden.

Insgesamt fanden seit dem Februar 2023 23 Gruppentreffen statt, wobei die arabischsprachigen Gruppen insgesamt 17 Termine durchführten. Während die türkischsprachige Gruppe nur für Frauen geöffnet war, organisierten die beiden arabischsprachigen Initiatorinnen auch Termine, an denen Frauen und Männer teilnehmen konnten (insgesamt vier Termine). Bei den arabischsprachigen Gruppen war die Fluktuation recht hoch bzw. teilten sich die Gruppen im Laufe der Zeit immer wieder. Die Teilnehmeranzahl bei den einzelnen Terminen reichte von zwei bis zu 13 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, wobei mit vorangeschrittener Umsetzungszeit die Anzahl tendenziell gestiegen ist.

### 7.2.3 Auswertung der Fragebögen

Im Rahmen der Pilotierung sollte einerseits erfasst werden, welche Personengruppen durch die SHG erreicht wurden, und andererseits, welche Veränderungen bzgl. des Verständnisses von SHG auftraten bzw. wie zufrieden die Teilnehmer:innen mit den Gruppen waren. Es gab also zwei Zeitpunkte, an welchen die Teilnehmer:innen gebeten wurden, die Fragebögen auszufüllen: am ersten Teilnahmetermin (Fragebogen zur Erhebung der soziodemografischen Daten, Fragebogen zur Erhebung des Verständnisses von SHG) und zu einem Zeitpunkt etwa sechs bis neun Monate später (Fragebogen zur Erhebung des Verständnisses von SHG, Fragebogen zur Erhebung der Zufriedenheit mit der Gruppe) (vgl. Anhang). Die Fragebögen wurden von den arabischsprachigen Initiatorinnen ins Arabische übersetzt. In der türkischsprachigen Gruppe wurde, wenn notwendig, der deutsche Fragebogen gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgegangen und bei Bedarf vor Ort übersetzt.

Einführend sei gesagt, dass Limitationen vorliegen. Die Anzahl der ausgefüllten Fragebögen aus der Erst- und Follow-up-Erhebung ist etwa sehr unterschiedlich: Zu den soziodemografischen Daten liegen 43 Fragebögen vor, zur Ersterhebung des Verständnisses von SHG lediglich zehn und zur Follow-up-Erhebung zum Verständnis von SHG und zur Zufriedenheit wiederum 45 Fragebögen. Dementsprechend können keine Aussagen zur Veränderung des Verständnisses von SHG unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern getroffen werden. Auch die Anzahl der Termine pro Teilnehmer:in und damit der Erhebungszeitraum unterscheiden sich sehr stark. Dennoch geben die Angaben einen Einblick in das Verständnis und die Erfahrungen der Teilnehmer:innen.

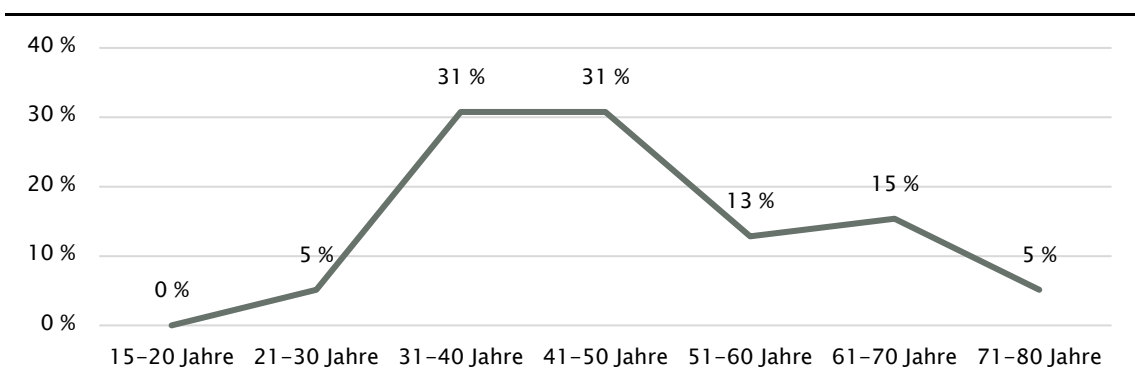
Weiters wurde vereinzelt von den Initiatorinnen rückgemeldet, dass womöglich nicht alle Fragen/Antwortmöglichkeiten durchgehend für alle Teilnehmer:innen verständlich waren, trotz des Versuchs des Projektteams, die Fragebögen – auch in Zusammenarbeit mit den Initiatorinnen – leicht verständlich zu gestalten. Für künftige Erhebungen dieser Art gilt, die Erhebungsinstrumente noch niederschwelliger und verständlicher zu gestalten.

## Teilnehmer:innen

Insgesamt konnten mehr Frauen als Männer für die Teilnahme motiviert werden. Die türkischsprachige Gruppe war von vornherein rein auf Frauen ausgerichtet, für die arabischsprachigen Gruppen wurden jedoch beide Geschlechter angesprochen.

Von insgesamt 43 Personen, die die Fragebögen ausgefüllt hatten, waren **86 Prozent weiblich** und **14 Prozent männlich**. Das **Durchschnittsalter** lag bei knapp **48 Jahren** (n = 39). Lediglich zwei Personen, die ihr Alter angegeben hatten, waren zwischen 21 und 30 Jahre alt (5 %), jeweils zwölf Personen (31 %) waren zwischen 31 und 40 bzw. 41 und 50 Jahre alt. Fünf Personen (13 %) waren zwischen 51 und 60 Jahre alt und acht Personen (20 %) zwischen 61 und 80 Jahre (siehe Abbildung 7.1)

Abbildung 7.1:  
Altersverteilung der an den SHG Teilnehmenden, n = 39

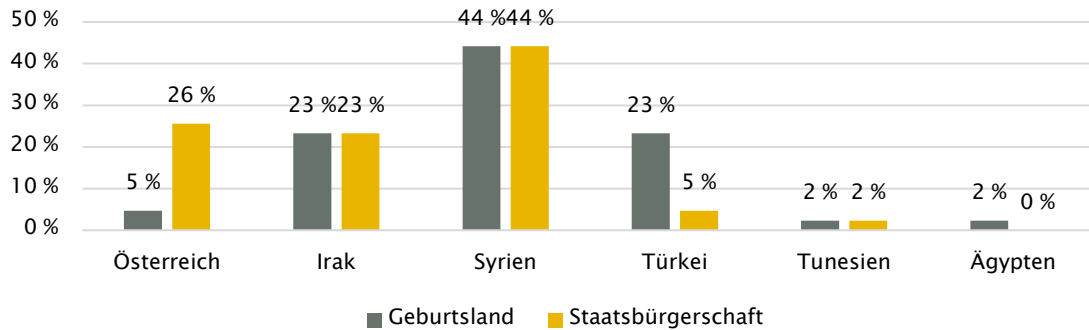


Quelle: GÖG

Es liegen 43 Fragebögen mit Informationen zum Geburtsland und zur Staatsbürgerschaft vor. 19 der 43 Personen (44 %) vermerkten als Geburtsland und als Staatsbürgerschaft Syrien. Jeweils zehn Personen (23 %) nannten den Irak und die Türkei als Geburtsland. Die Menschen mit dem Geburtsland Irak hatten auch diese Staatsbürgerschaft. Von den zehn Personen mit dem Geburtsland Türkei hatten acht Personen die österreichische Staatsbürgerschaft, während die anderen beiden Personen mit dem Geburtsland Türkei entweder den Aufenthaltsstatus „Daueraufenthalt EU“ oder „Niederlassungsbewilligung“ als Antwort ausgewählt haben. Zwei Personen (5 %) nannten Österreich als Geburtsland und haben die österreichische Staatsbürgerschaft und jeweils eine Person (2 %) gab Tunesien (Aufenthaltsstatus: Daueraufenthalt EU) oder Ägypten (Aufenthaltsstatus: österreichische Staatsbürgerschaft) als Geburtsland an (siehe Abbildung 7.2).

Abbildung 7.2:

Geburtsland und Staatsbürgerschaft der SHG-Teilnehmenden, n = 43

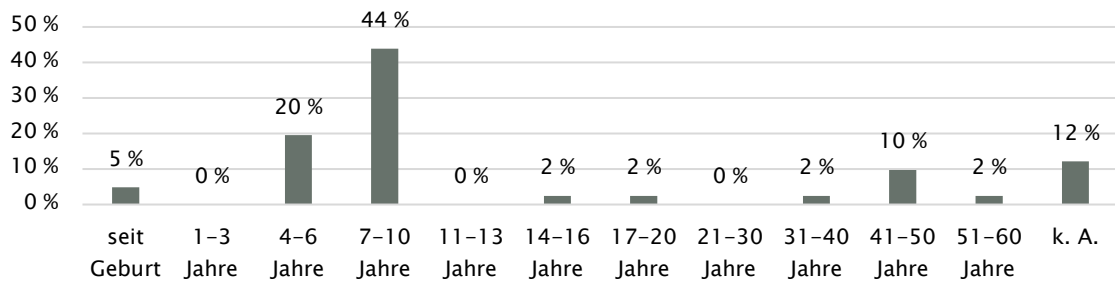


Quelle: GÖG

Im Hinblick auf die Aufenthaltsdauer ist von 41 Personen die Zeitspanne 7–10 Jahre am häufigsten vermerkt worden (44 %, n = 18), gefolgt von acht Personen (20 %), die eine Aufenthaltsdauer von 4–6 Jahren angegeben hatten (siehe Abbildung 7.3).

Abbildung 7.3:

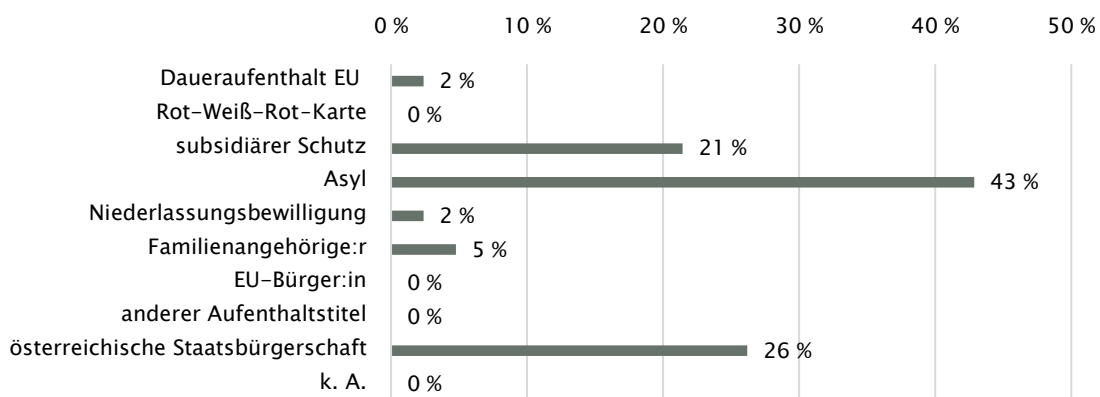
Aufenthaltsdauer in Österreich, n = 41



Quelle: GÖG

Weiters wurde im Fragebogen der Aufenthaltstitel der SHG-Teilnehmer:innen erhoben. 42 Personen beantworteten diese Frage. Mehr als die Hälfte der Personen hatte keine österreichische Staatsbürgerschaft. Der größte Anteil, nämlich 18 Personen (43 %), nannte als Aufenthaltstitel Asyl, gefolgt von der österreichischen Staatsbürgerschaft (26 %, n = 11) und dem subsidiären Schutz (21 %, n = 9) (siehe Abbildung 7.4).

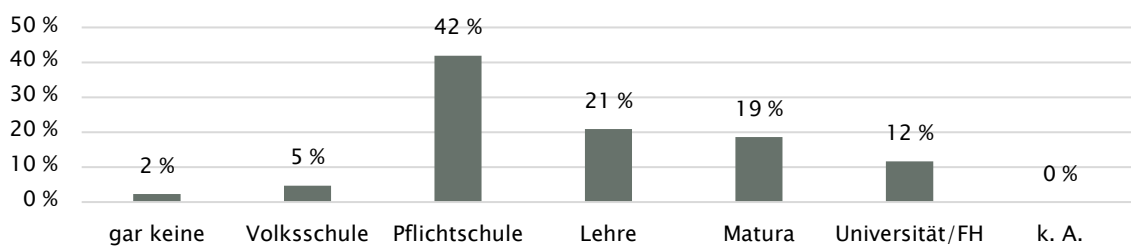
Abbildung 7.4:  
Aufenthaltstitel, n = 42



Quelle: GÖG

Die Erhebung des Bildungsabschlusses war ebenfalls relevant, um festzustellen, welche Personengruppen erreicht werden konnten. In 43 vorliegenden Fragebögen gaben drei Personen (7 %) an, einen Volksschulabschluss oder keinen Bildungsabschluss zu haben. 18 Personen (42 %) – und somit der größte Anteil – vermerkten, einen Pflichtschulabschluss zu haben, gefolgt von neun Personen (21 %) mit Lehrabschluss, acht Personen (19 %) mit Matura und fünf Personen (12 %) mit Hochschulabschluss (siehe Abbildung 7.5). Die Gruppen scheinen also im Hinblick auf Bildung relativ divers gewesen zu sein.

Abbildung 7.5:  
Höchste abgeschlossene Bildung, n = 43



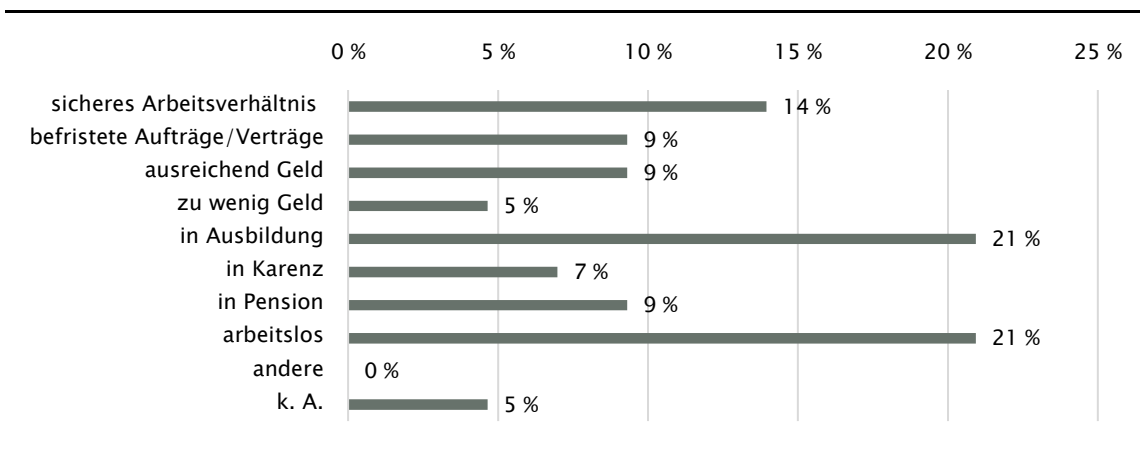
Quelle: GÖG

Im Rahmen der Erhebung der beruflichen Situation waren zwar Mehrfachantworten möglich, doch wurde in den 43 vorliegenden Fragebögen durchgehend nur eine Antwortmöglichkeit ausgewählt, was limitierend für die Ableitung von Aussagen wirkt. Sechs Personen (14 %) gaben an, sich in einem sicheren Arbeitsverhältnis zu befinden, vier Personen (9 %) gaben an, ausreichend Geld zu haben oder schon in Pension zu sein.

Dem gegenüber stehen neun Personen (21 %), die zum Zeitpunkt der Erhebung arbeitslos oder in Ausbildung waren. Vier Personen (9 %) arbeiteten im Rahmen befristeter Aufträge/Verträge.

Es zeigt sich also auch in diesem Punkt ein relativ diverses Bild, dennoch scheinen insbesondere Menschen, die sich in eher strukturell vulnerablen Situationen befinden (insgesamt 35 % waren arbeitslos, befanden sich in befristeten Arbeitsverhältnissen oder gaben an zu wenig Geld zu verdienen), erreicht worden zu sein (siehe Abbildung 7.6).

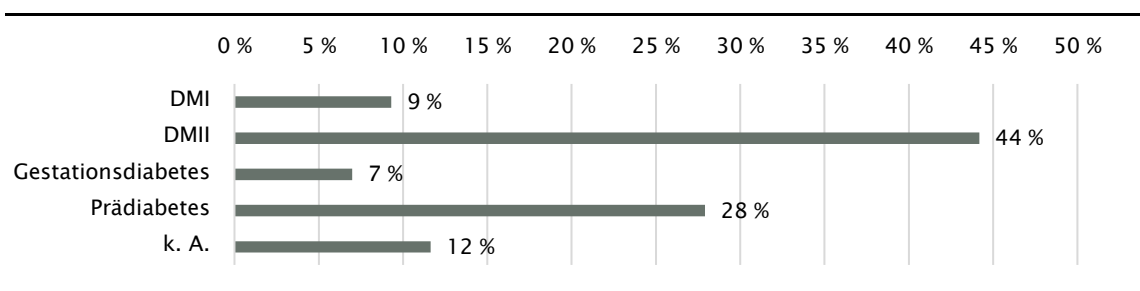
Abbildung 7.6:  
Berufliche Situation, n = 43



Quelle: GÖG

Weiters relevant für die Erhebung war der Grund für die Teilnahme an den SHG. 19 der 43 Personen (44 %), welche die Frage beantworteten, gaben an, an Diabetes mellitus Typ 2 (DMII) erkrankt zu sein und deshalb an der SHG teilzunehmen. Zwölf Personen (28 %) wählten die Antwortoption Prädiabetes aus, gefolgt von keiner Angabe (12 %, n = 5), Diabetes mellitus Typ 1 (DMI) (9 %, n = 4) und Gestationsdiabetes (7 %, n = 3) (siehe Abbildung 7.7).

Abbildung 7.7:  
Grund für die Teilnahme an den SHG, n = 43



Quelle: GÖG

## Wissen über und Einschätzung von Selbsthilfegruppen

Die Ausgabe der unterschiedlichen Evaluationsbögen erwies sich als herausfordernd. Einerseits, weil sich die Gruppenzusammensetzung über die gesamte Pilotphase stark veränderte, wodurch von vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern letztendlich nur ein Fragebogen vorlag. Andererseits weil diese – wie bereits erwähnt – trotz Überarbeitung nach wie vor als zu kompliziert empfunden wurden. Ins Arabische übersetzt wurden die Fragen daher noch niederschwelliger.

Aufgrund der bereits beschriebenen Limitationen werden nachfolgend lediglich die Angaben aus der Follow-up-Erhebung dargestellt, aufgedröseln in türkisch- und arabischsprachige Gruppe(n). Aus der türkischsprachigen Gruppe liegen Fragebögen von 13 Personen vor, während von den arabischsprachigen Gruppen Fragebögen von 32 Personen vorliegen.

Die erste Frage, die die Teilnehmer:innen bei dieser Befragung beantworten sollten, lautete: „Was verbinden Sie mit dem Begriff Selbsthilfegruppe?“. Mehrfachantworten waren möglich.

Der größte Anteil verbindet zum jeweiligen Zeitpunkt der Beantwortung mit dem Begriff „Selbsthilfegruppen“, Informationen zur Erkrankung zu erhalten, Unterstützung bei Navigationsfragen im System („Ich erfahre, wo ich mich mit Fragen hinwenden kann“) (insbesondere unter den arabischsprechenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern) und auch eine gegenseitige Unterstützung zu erfahren (siehe Abbildung 7.8). Das sind Antworten, die auch tatsächlich dem Konzept der SHG entsprechen. Sieben türkischsprachige Teilnehmer:innen verbinden mit SHG sowohl gegenseitige Hilfe und Unterstützung als auch Unterhaltung. Hervorzuheben ist dennoch, dass insgesamt bei zwölf Prozent aller 151 Antworten ( $n = 18$ ) die Antwortmöglichkeiten „Ich bekomme [...] medizinische Beratung“ und „Ich bekomme eine medizinische Behandlung“ ausgewählt wurden. Das sind Erwartungen, die bei SHG nicht erfüllt werden können bzw. im Vordergrund stehen. Diese Tendenz gibt Hinweise darauf, dass bei der künftigen Umsetzung von SHG für Menschen mit Migrationserfahrung in dieser Hinsicht noch verstärkt Aufklärung betrieben werden sollte.

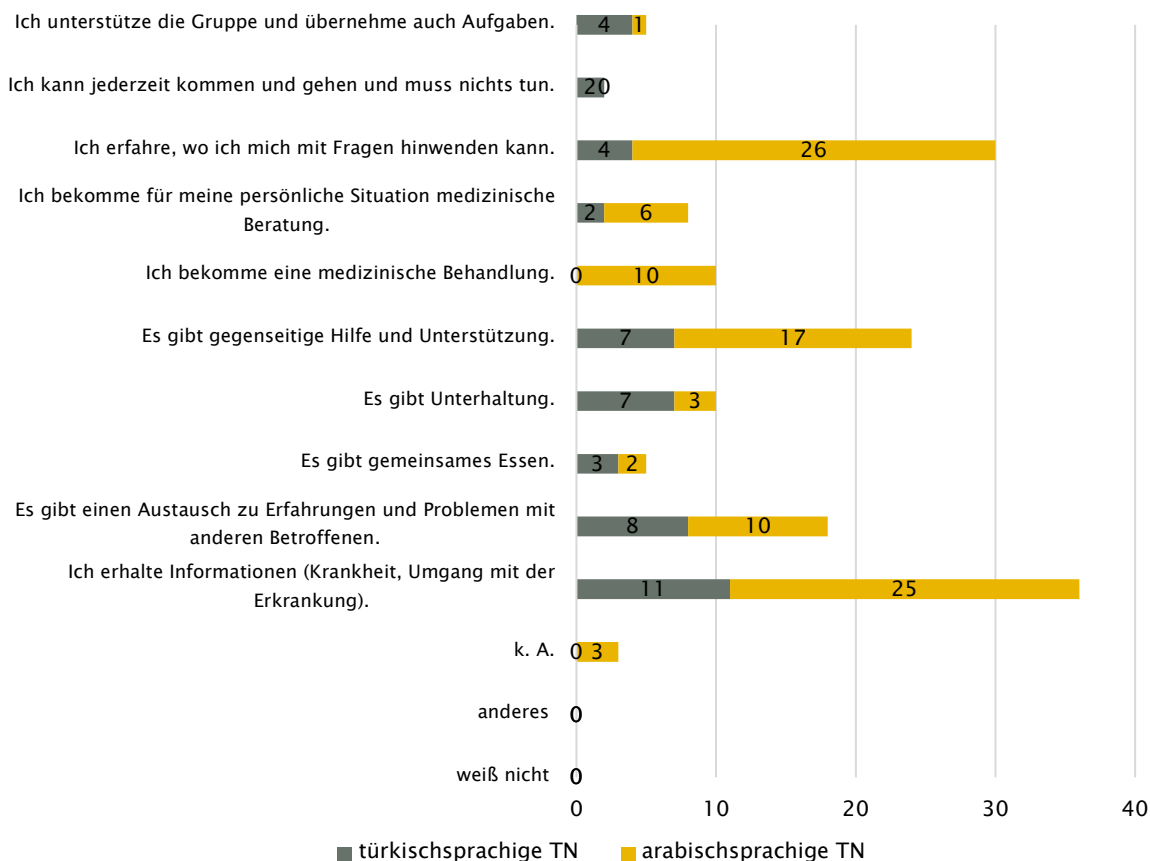


Abbildung 7.8:

Was verbinden Sie mit dem Begriff Selbsthilfegruppe?

Gegenüberstellung von allen Antworten der 13 türkischsprachigen Teilnehmer:innen (n = 48)

und allen Antworten der 32 arabischsprachigen Teilnehmer:innen (n = 103)



Anm.: Mehrfachantworten, n = Anzahl aller ausgewählten Antworten

TN = Teilnehmer:innen

Quelle: GÖG

Weiters sollte die Frage „An wen richtet sich eine Selbsthilfegruppe?“ beantwortet werden, wobei auch hier Mehrfachantworten möglich waren.

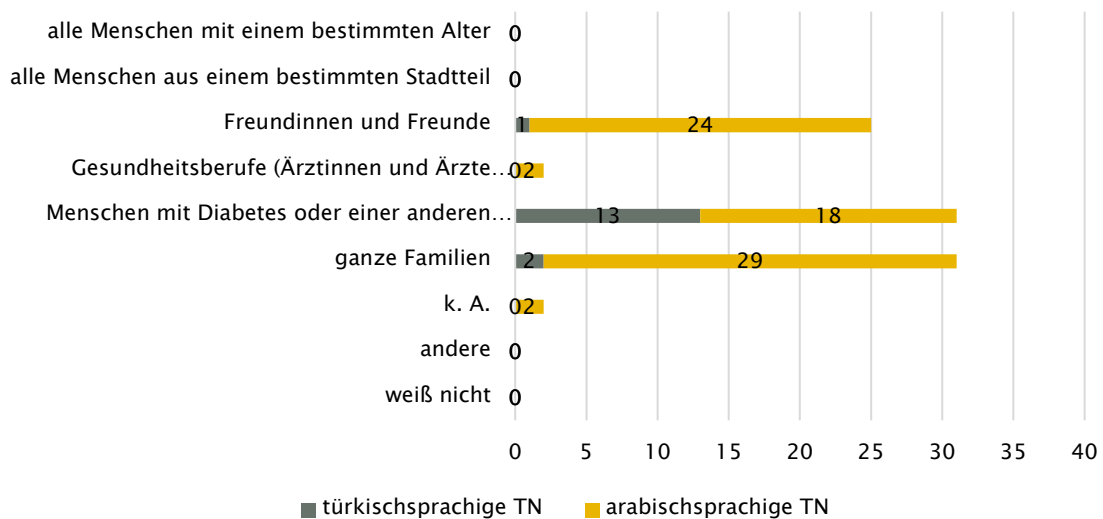
Es wurden von 45 Personen insgesamt 91 Angaben gemacht. Ausgewählt wurde zum größten Teil, von 13 türkischsprachigen und 18 arabischsprachigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, „Menschen mit Diabetes oder einer anderen chronischen Erkrankung“, gefolgt von „ganze Familien“, was insbesondere von den arabischsprachigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern ausgewählt wurde (türkischsprachig: 2 Personen, arabischsprachig: 29 Personen). Auffällig ist ebenso die hohe Anzahl der Auswahl „Freundinnen und Freunde“ zum Zeitpunkt der Follow-up-Befragung, insbesondere durch arabischsprachige Teilnehmer:innen (siehe Abbildung 7.9). Eine

Erklärungsmöglichkeit könnte sein, dass die Teilnehmer:innen sich untereinander bereits als Freundinnen und Freunde sehen. Zudem wurde im Rahmen einer späteren Frage von vielen Personen mitgeteilt, dass sie Freundinnen und Freunde in die Gruppen mitgenommen haben.

Abbildung 7.9:

An wen richtet sich eine Selbsthilfegruppe?

Gegenüberstellung von allen Antworten der 13 türkischsprachigen Teilnehmer:innen (n = 16) und allen Antworten der 32 arabischsprachigen Teilnehmer:innen (n = 75)



Anm.: Mehrfachantworten, n = Anzahl aller ausgewählten Antworten

TN = Teilnehmer:innen

Quelle: GÖG

Weiters beantworteten 45 Teilnehmer:innen im Follow-up-Fragebogen die Frage: „Wie können Selbsthilfegruppen wirken?“.

Die ausgewählten Antworten sind sehr divers, ersichtlich ist aber, dass bei der Follow-up-Befragung die nicht zum Konzept passenden Antwortmöglichkeiten (die Teilnehmer:innen „werden Diabetes oder eine andere Erkrankung los“, „haben gemeinsam Spaß, ohne weiteren Zweck“) kaum ausgewählt wurden. Insgesamt am häufigsten ausgewählt wurden folgende Antworten: Die Teilnehmer:innen ...

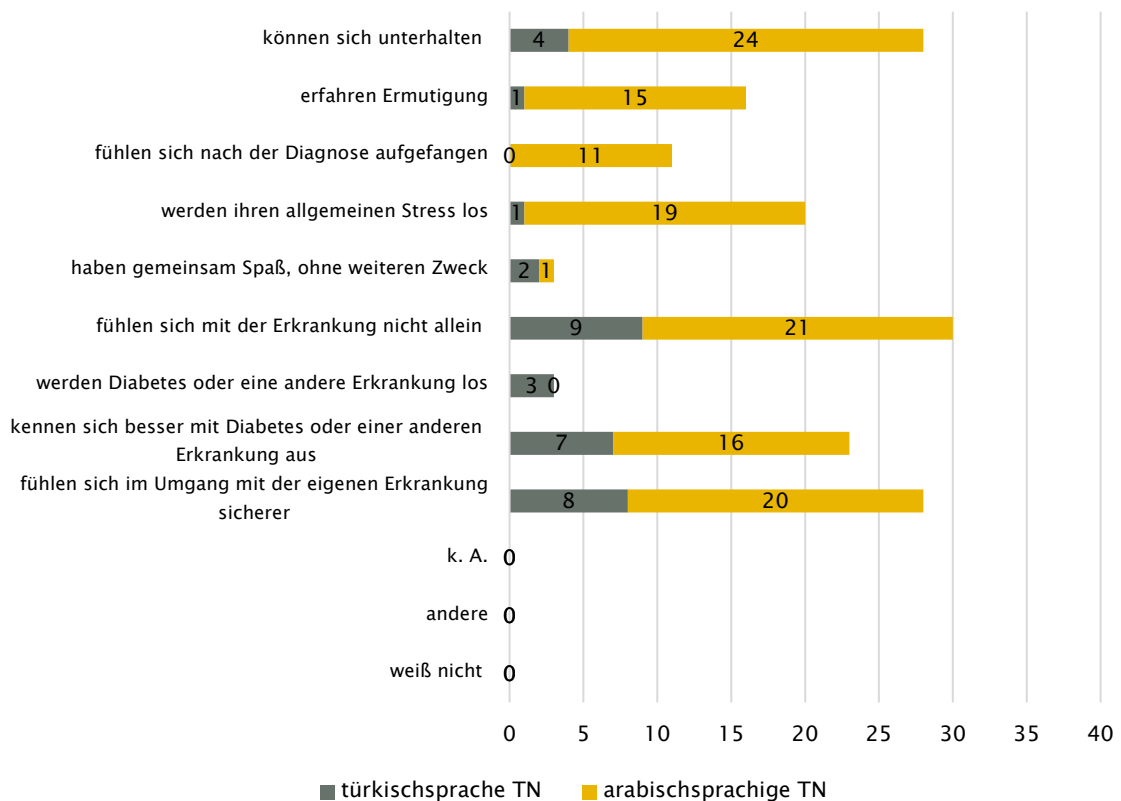
- » „... fühlen sich mit der Erkrankung nicht allein.“ (türkischsprachig: 9 Personen, arabischsprachig: 21 Personen)
- » „... fühlen sich im Umgang mit der eigenen Erkrankung sicherer.“ (türkischsprachig: 8 Personen, arabischsprachig: 20 Personen)
- » „... können sich unterhalten.“ (türkischsprachig: 4 Personen, arabischsprachig: 24 Personen)
- » „... kennen sich besser mit Diabetes oder einer anderen Erkrankung aus.“ (türkischsprachig: 7 Personen, arabischsprachig: 16 Personen) (siehe Abbildung 7.10)

Interessant hervorzuheben ist, dass drei der 13 türkischsprachigen Teilnehmer:innen folgende Antwortmöglichkeit ausgewählt haben: Die Teilnehmer:innen „werden Diabetes oder eine andere Erkrankung los“. Diesbezüglich sollte noch eine verstärkte Aufklärung von (künftigen) SHG-Teilnehmerinnen und -teilnehmern erfolgen.

Abbildung 7.10:

Wie können Selbsthilfegruppen wirken?

Gegenüberstellung von allen Antworten der 13 türkischsprachigen Teilnehmer:innen (n = 35) und allen Antworten der 32 arabischsprachigen Teilnehmer:innen (n = 127)



Anm.: Mehrfachantworten, n = Anzahl aller ausgewählten Antworten

TN = Teilnehmer:innen

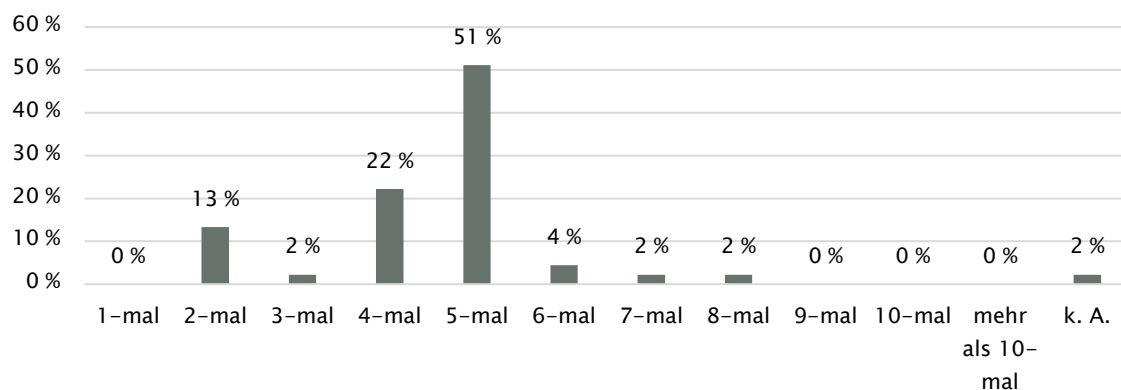
Quelle: GÖG

Abschließend wurde erhoben, inwieweit die Teilnehmer:innen SHG als sinnvoll erachten. Auf einer Skala von 1 („gar nicht sinnvoll“) bis 5 („sehr sinnvoll“) gaben 43 der 45 Personen (96 %) die Antwort „sehr sinnvoll“. Eine Person gab die Antwort „eher sinnvoll“ und eine Person hat die Frage nicht beantwortet.

## Zufriedenheit der Teilnehmer:innen

In der Erhebung sollte weiters festgestellt werden, wie zufrieden die Teilnehmer:innen waren, wie sie sich eingebracht haben, ob sie selbst eine Selbsthilfegruppe organisieren würden und welche weiteren Themen für Selbsthilfegruppen in ihren Augen relevant sind. Zu diesem Teil des Fragebogens liegen zu jeder Frage Antworten von 45 Personen vor. Von diesen Personen haben 23 (51 %) an fünf Terminen teilgenommen, gefolgt von zehn Personen (22 %), die an vier Terminen teilgenommen haben, und sechs Personen (13 %), die an zwei Terminen teilgenommen haben. Vier Personen (8 %) haben an sechs oder mehr Terminen teilgenommen.

Abbildung 7.11:  
Häufigkeit der Teilnahme, n = 45



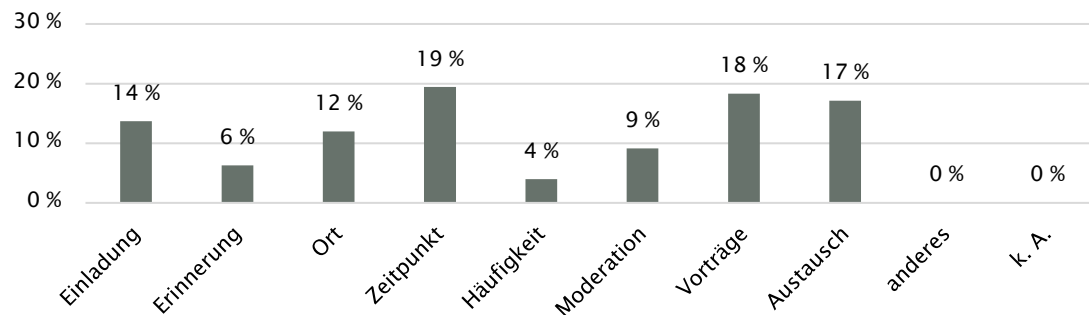
Quelle: GÖG

Wenn Teilnehmer:innen nicht teilnehmen konnten, lag das zum größten Teil daran, dass sie keine Zeit hatten (49 %, n = 33), weil sie Angehörige pflegen mussten oder keine Kinderbetreuung hatten (je 19 %, n = 13) oder krank waren (12 %, n = 8).

44 der 45 befragten Personen (98 %) waren zufrieden mit der Organisation, eine Person machte dazu keine Angabe. Besonders zufrieden waren die Teilnehmer:innen mit dem Zeitpunkt der Selbsthilfegruppentermine (19 %, n = 34), mit den Vorträgen (18 %, n = 32) und mit dem Austausch (17 %, n = 30) (siehe Abbildung 7.12).

Abbildung 7.12:

Zufriedenheit mit der Organisation, besonders mit ..., n = 175



Anm.: Mehrfachantworten, n = Anzahl aller Angaben

Quelle: GÖG

Etwa die Hälfte der Befragten unterstützte die Gruppeninitiatorin(nen) bei den Treffen, etwa indem sie Freundinnen und Freunde mitnahmen, Essen mitbrachten oder sich mitteilten. Jene, die nicht unterstützten, gaben als Grund „Scheu“ an oder keine Zeit zu haben oder auch „kein Spezialist“ zu sein.

Der Austausch mit anderen Menschen wurde durchwegs als persönlich hilfreich gewertet. Auf die offene Frage, was denn besonders hilfreich war, gaben die Teilnehmer:innen folgende Antworten:

- » keine Hemmungen und freies Gefühl über die Erkrankung zu sprechen
- » Über die Erkrankung wurde im Rahmen des Erfahrungsaustausches mehr erfahren.
- » Sicherheitsgefühl und Gefühl der Zugehörigkeit
- » Motivation

Wenn die Teilnehmer:innen Fragen einwarfen, so betrafen diese insbesondere die Themen gesunde Ernährung, Sport und Bewegung, Krankheitsprävention und Medikamente. Ein darauf aufbauendes Bild ergeben die Antworten auf die offene Frage, was man im Rahmen der SHG noch besser machen könnte: So wurden etwa Sportgruppen, Sportworkshops und Ausflüge vorgeschlagen sowie Infoveranstaltungen zur gesunden Ernährung/Küche.

Die Fragen, ob die Vorträge von Expertinnen und Experten hilfreich waren, alle Fragen beantwortet wurden, die Teilnehmer:innen sich bei den Treffen wohlfühlten und sie die Teilnahme an SHG auch anderen Menschen mit Diabetes empfehlen würden, wurden allesamt durchwegs mit Ja beantwortet.

Positiv hervorgehoben wurden auf die offene Frage, warum sich die Teilnehmer:innen wohlfühlten haben, folgende Punkte:

- » familiäre, freundschaftliche Atmosphäre
- » gegenseitiges Verständnis

Selbsthilfegruppen wurden also von jenen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bereits an mehreren Terminen teilgenommen hatten, überaus positiv angenommen. Auf die Frage hin, ob sich die Personen vorstellen könnten, selbst eine SHG aufzubauen, ist die Zustimmungsrate weniger hoch: Von 45 Personen konnten sich lediglich fünf Personen (11 %) vorstellen, selbst eine Gruppe zu initiieren. 40 Personen (89 %) konnten sich nicht vorstellen, selbst eine Gruppe zu initiieren.

In einer abschließenden Frage wurde erhoben, ob die Personen auch zu anderen Themen Selbsthilfegruppen brauchen und, falls dem so ist, welche Themen für sie noch relevant sind. 24 Personen (53 %) gaben einen Bedarf an SHG zu anderen Themen an, 20 Personen (44 %) gaben keinen anderen Bedarf an. Folgende Themen wurden vermehrt vorgeschlagen:

- » Sucht (z. B. Spielsucht, Zucker, Nikotin)
- » Kindererziehung
- » häusliche Gewalt
- » „Zurechtfinden in der Fremde“ (auch Thema Asyl, Diskriminierung, Rassismus, Umgang mit Kriegstraumata)
- » Blutdruck

## 7.3 Schlussfolgerungen aus der Pilotierung

Die Erfahrungen zeigen, dass sich potenzielle Teilnehmer:innen nicht leicht zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe motivieren lassen. Mundpropaganda, eine motivierende Ansprache bei anderen Gelegenheiten und ständige Erinnerungen, meist per WhatsApp, aber auch per SMS oder E-Mail, jedenfalls kurz vor dem nächsten Termin, sind notwendig, was für die Initiatorinnen sehr aufwendig ist. Dies liegt unter anderem daran, dass es in manchen Herkunftsländern nicht üblich ist, einen Kalender zu führen. Bei Treffen wird jeweils der nächste Termin ausgemacht und dazwischen daran erinnert. Eine der Initiatorinnen holte ein paar wenige Frauen sogar persönlich ab, da deren Wohnung auf ihrem Weg lag. Aus den **Beobachtungen und Einschätzungen der Initiatorinnen** kann geschlossen werden, dass die Teilnehmer:innen in der kurzen Zeit der Pilotierung gut gegenseitiges Vertrauen aufbauen konnten. Wobei betont wurde, dass dieser Prozess nicht leicht war und z. B. durch zuvor erlittene Traumata erschwert wurde. Dadurch wurde es leichter, über die eigene Situation und Erkrankung zu sprechen. Auch der durch die Gruppe ermöglichte Austausch mit anderen außerhalb der Familie wurde sehr geschätzt. Freundschaften sind entstanden, das Selbstwertgefühl der Frauen konnte gestärkt werden. Der Austausch in der eigenen Erstsprache ist dabei wesentlich, auch die Kenntnisse der jeweiligen kulturellen Gepflogenheiten. Insbesondere die Teilnehmerinnen der türkischsprachigen Gruppe hätten sich mehr Treffen als eines pro Monat gewünscht, was ebenfalls auf gute Erfahrungen in der Gruppe schließen lässt. Insbesondere zu der türkischsprachigen Gruppe wurde von den Organisatorinnen berichtet, dass ärztliche Vorträge einen besonders hohen Stellenwert und auch zu einer höheren Teilnehmerzahl bei diesen Terminen geführt hatten.

Es ist den Initiatorinnen zwar gelungen, auch eine arabischsprachige Gruppe mit Männern zu initiieren, die auch dazu motiviert wurden, ihre Frauen mitzubringen. Aber womöglich wäre hier ein Mann als Initiator gefragt und erfolgreicher. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass

nach Erfahrungen aus der Selbsthilfe auch in Selbsthilfegruppen ohne Bezug zu einer Migrationserfahrung zum Thema Diabetes Männer unterrepräsentiert sind. Vermutet wird, dass das einerseits am Thema Ernährung liegt, das gerade in diesem Fall so wichtig ist. Andererseits zeigen viele Erfahrungen, dass es Männern schwererfällt, über ihre Krankheit zu reden. Fachleute, die mit Menschen mit Migrationserfahrung arbeiten, beobachten auch einen besonderen Bedarf an (Selbsthilfe-)Gruppenangeboten unter Menschen aus Somalia oder Albanien. Es war jedoch im Rahmen der Pilotierung schwer, Initiatorinnen zu finden.

Obwohl die Teilnehmer:innen den Austausch in den Pilotgruppen sehr positiv und hilfreich empfanden, konnte sich niemand vorstellen, die Gruppe selbstständig weiterzuführen. Hinderlich scheint die aktuelle Lebenssituation zu sein, die wenig Zeit und Energie für dieses Engagement lässt. Es ist den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bewusst, wie viel Arbeit die Organisation einer Gruppe darstellt. Ohne eine anleitende Person, die die Organisation übernimmt, erscheint das weitere Bestehen der Selbsthilfegruppen jedoch eher unwahrscheinlich. Damit Betroffene in diese Rolle hineinwachsen können, bedarf es einer längeren persönlichen Begleitung.

Im Austausch mit den Initiatorinnen wurde bestätigt, dass die Sensibilisierung für ein unbekanntes Konzept Zeit braucht. Hinsichtlich des persönlichen Engagements für eine Selbsthilfegruppe sei auch zu berücksichtigen, dass die Bewusstseinsbildung hinsichtlich der eigenen Erkrankung womöglich zunächst eine negative Reaktion (z. B. Unzufriedenheit) auslösen kann, weil klar wird, dass eine betroffene Person selbst für ihre Erkrankung und den Umgang damit verantwortlich ist. Erst wenn dieser Punkt überwunden ist und die Vorteile der Selbsthilfegruppe erkannt worden sind, kann die Motivation für eigenes Engagement steigen. Aber auch andere Prioritäten, wie z. B. Ramadan, oder Ferienzeiten können diesen Prozess verlängern. Es wird daher vom Projektteam geschätzt, dass mindestens ein Jahr, aber eher eineinhalb Jahre dafür benötigt werden, eine Selbsthilfegruppe so aufzubauen, dass sie selbstständig weitergeführt werden kann. Sehr hilfreich wären in dieser Phase Aufwandsentschädigungen für die Initiatorinnen und Initiatoren sowie das Zur-Verfügung-Stellen eines geeigneten Raums. Alternativ wäre eine finanzielle Unterstützung für die Miete eines Raumes nötig.

Gegen Ende der Pilotierung konnte zwar geklärt werden, dass weiterhin die jeweiligen Räumlichkeiten des Vereins genutzt werden können, bzw. wurde der türkischsprachigen Gruppe die Nutzungsmöglichkeit eines Raumes im neu eröffneten FEM Med in Aussicht gestellt. Allerdings blieb bis zum Ende der Pilotierung unklar, ob sich einzelne Teilnehmer:innen für die weitere Organisation der Gruppen finden. Es bestehen jedenfalls die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingerichteten WhatsApp-Gruppen weiter, auch der Kontakt zur SUS Wien wurde für eine potentielle weitere Unterstützung hergestellt. Außerdem bewährt sich hier die Kooperation mit einer gut vernetzten Einrichtung wie FEM Süd, die Möglichkeiten für eine gewisse weitere Unterstützung hat. So soll der türkischsprachigen Selbsthilfegruppe ein Raum im neuen FEM Med für weitere Treffen angeboten werden.

Im Austausch mit Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen zu den Ergebnissen des Projekts und der Pilotphase wurde klar, dass diesen Einrichtungen die Ressourcen für eine intensive Begleitung bei der Initiierung einer Selbsthilfegruppe von und für Menschen mit Migrationserfahrung fehlen. Eine Selbsthilfegruppe kann auch nur dann um Förderung ansuchen, wenn sie bereits ein Jahr lang

besteht. Allerdings wurde von allen am Austausch Beteiligten betont, dass das Konzept und die Pilotierung gut seien.

Der Handlungsbedarf wurde also wahrgenommen und die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Unterstützung wurden angeboten. Aufgrund der Lücke zwischen diesen Unterstützungsmöglichkeiten und dem Bedarf scheint für eine erfolgreiche Umsetzung die Kooperation mit solchen Einrichtungen notwendig, die gut mit den Communitys vernetzt sind und unter Umständen sogar eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter über einen längeren Zeitraum mit der Initiierung einer SHG betrauen können. Im Idealfall haben diese Einrichtungen auch Räume, die von den Gruppen kostenlos genutzt werden können.

Wir möchten daher solche Einrichtungen motivieren, geeignete Personen unter ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu identifizieren und mithilfe dieser und der Selbsthilfeunterstützungsorganisation des jeweiligen Bundeslandes Selbsthilfegruppen zu initiieren und zu begleiten, bis sie in die Selbstständigkeit entlassen werden können. Das vorliegende Konzept sowie die Ergebnisse aus der Pilotierung können dabei als Orientierung dienen. Für die Motivationsarbeit wurde ein Video erstellt, wofür Aufnahmen aus der Pilotierung verwendet wurden. Dieses ist im [Gesundheitsportal](#)<sup>5</sup> zu finden. Das Video wurde Vertreterinnen und Vertretern von Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen und Selbsthilfeorganisationen in einem Workshop präsentiert und wird ihnen zur Verbreitung zur Verfügung gestellt.

---

5

zu finden unter: [Selbsthilfegruppen – gemeinsam voneinander lernen | Gesundheitsportal](#)



# Literatur

- Dierks, M. L.; Kofahl, C. (2018): Die Rolle der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in der Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 62/07:17–25
- Forster, Rudolf; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Nowak, Peter; Österreicher, Sonja (2009a): Funktionen gesundheitsbezogener Selbstorganisation – eine Analyse am Beispiel einer österreichischen Untersuchung. In: SWS-Rundschau 49/4:468–490
- Forster, Rudolf; Nowak, Peter (2011): Zur Rolle von Patientengruppen und –organisationen in einem "lernenden Gesundheitssystem" Schlussfolgerungen aus einer österreichischen Studie. In: Lernen für Gesundheit Tagungsband der 13 wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. Hg. v. Krajic, Karl. Johannes Kepler Universität Linz; Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Linz. S. 103–S. 120
- Forster, Rudolf; Nowak, Peter; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Österreicher, Sonja; Krajic, Karl (2009b): Patienten- und Angehörigenorganisationen bzw. –gruppen in Österreich: Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus einem bundesweiten Forschungsprojekt. In: Soziale Sicherheit 2009/Dezember 2009:614–629
- Gaiswinkler, Sylvia; Weigl, Marion (2019): Verständnis von Gesundheit und Krankheit von Frauen mit Migrationshintergrund. Gesundheit Österreich, Wien
- Geene, Raimund; Huber, Ellis; Hundertmark-Mayser, Jutta; Möller-Bock, Bettina; Thiel, Wolfgang (2009): Entwicklung, Situation und Perspektiven der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 52/1:11–20
- Janig, Herbert (1999): Wirkungen von Selbsthilfegruppen auf Lebensqualität und Gesundheit. Erste Ergebnisse einer österreichischen Studie. In: Selbsthilfegruppenjahrbuch 1999:103–108
- Klimont, Jeanette; Kytir, Josef; Pohl, Pauline; Schuster, Julia; Wisbauer, Alexander; Wiedenhofer-Galik, Beatrix (2022): Statistisches Jahrbuch Migration & Integration. Zahlen, Daten, Indikatoren 2022. Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien
- Kofahl, Christopher; Haack, Marius; Nickel, Stefan; Dierks, Marie-Luise (Hg.) (2019): Wirkungen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe. Medizinsoziologie. Band 29. LIT Verlag, Münster
- Kofahl, Christopher; Kohler, Susanne; Trojan, Alf (2010): Projekt „Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen“ – Eine zusammenfassende Betrachtung. In: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2010:127–135
- Rojatz, Daniela (2016): Kollektive Patientenbeteiligung als (Heraus-)Forderung. Eine qualitative Analyse von Selbsthilfeorganisationen zur Reflexion ihrer Möglichkeiten und Grenzen. Dissertation. Universität Wien, Wien

Schulz–Nieswandt, Frank; Köstler, Ursula; Langenhorst, Francis (2015): Die Entwicklung der Selbsthilfe von der Laienkompetenz zur Professionalität? Gesundheitsselfhilfe im Wandel, Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Statistik Austria (2022): Statistisches Jahrbuch. Zahlen, Daten, Indikatoren 2022. Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien

Weigl, Marion; Ecker, Sandra; Gaiswinkler, Sylvia (2021a): Gute Gesundheitsinformation für Menschen mit Migrationshintergrund. Gesundheit Österreich, Wien

Weigl, Marion; Gaiswinkler, Sylvia (2019): Blickwechsel – Migration und psychische Gesundheit. Gesundheit Österreich, Wien

Weigl, Marion; Haas, Sabine; Schipper–Schauer, Michaela; Winkler, Petra (2021b): Sasto Chavoripe – Soziale Inklusion von Roma durch Frühe Hilfen. Gesundheit Österreich, Wien

# Anhang

## Suchstrategien

Tabelle A 0.1:

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to February 22, 2022>

Datum der Suche: 23. 2. 2022

#	Abfrage	Treffer
1	exp "Transients and Migrants"/	13.162
2	exp "Emigrants and Immigrants"/	14.483
3	exp Human Migration/	27.273
4	"migrant*".ab,kf,ti.	22.875
5	migration.ab,kf,ti.	297.361
6	"immigrant*".ab,kf,ti.	28.087
7	exp "Self-Help Groups"	10.556
8	(self adj help adj group*).ab,kf,ti.	1.819
9	(support adj group*).ab,kf,ti.	8.258
10	(self adj help adj organi#ation*).ab,kf,ti.	239
11	(mutual adj aid adj group*).ab,kf,ti.	71
12	(therapeutic adj social adj club*).ab,kf,ti.	9
13	7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12	17.625
14	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	350.125
15	13 and 14	143

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle A 0.2:

APA PsycInfo <1987 to February Week 2 2022>

Datum der Suche: 23. 2. 2022

#	Abfrage	Ergebnisse 23. 2. 2022
1	exp "Human Migration"/	15.268
2	exp "immigration"/	23.817
3	migration.ab,hw,ti.	21.386
4	"migrant*".ab,hw,ti.	10.795
5	"immigrant*".ab,hw,ti.	27.069
6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	57.575
7	exp support groups/	6.070
8	(self adj help adj group*).ab,hw,ti.	1.647
9	(support adj group*).ab,hw,ti.	9.441
10	(self adj help adj organi#ation*).ab,hw,ti.	201
11	(therapeutic adj social adj club*).ab,hw,ti.	116
12	(mutual adj aid adj group*).ab,hw,ti.	152
13	7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12	12.514
14	6 and 13	165

Quelle und Darstellung: GÖG

# Gesprächsleitfäden

## Leitfragen für Expertengespräche im Rahmen der Bedarfserhebung

Einleitung: Wir haben vom BMSGPK den Auftrag, ein Konzept für Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationserfahrung zu erarbeiten. Dazu haben wir in einem ersten Schritt bereits Literatur recherchiert und schon gute Hinweise gefunden. Uns interessieren aber auch Erfahrungen aus der Praxis.

Wir haben gehört, dass Sie Erfahrungen mit der Organisation und Umsetzung von (Selbsthilfe-) Gruppen für Menschen mit Migrationserfahrung haben, die entweder selbst von einer speziellen Erkrankung oder Behinderung betroffen sind oder deren Angehörige. Wir möchten Ihnen daher gerne ein paar Fragen zu diesen Erfahrungen stellen.

Wie sind diese Gruppen zustande gekommen (wer hat sie initiiert und in welchem Zusammenhang)?

Wer nahm/nimmt daran teil?

Wie lange sind diese Gruppen schon aktiv bzw. aktiv gewesen?

Inwieweit wurden/werden diese Gruppen von externen (Fach-)Personen begleitet/unterstützt? Ist das Ihrer Erfahrung nach unbedingt notwendig oder ginge es auch anders?

Was macht(e) die Gruppen aus?

Wie wurden/werden diese Gruppen gestaltet (Ort, Zeit, Inputs, Aktivitäten ...)

Was sind wichtige Eigenschaften/Merkmale der Gruppen bzw. Gruppenmitglieder, die den Zusammenhalt und die Kontinuität stützen?

Was trägt dazu bei, dass die Gruppen als attraktiv erachtet werden/wurden?

Würden Sie diese Gruppen als Selbsthilfegruppen bezeichnen?

Wenn ja, warum?

Wenn nein, inwieweit sehen Sie Verbindungen zwischen diesen Gruppen und Selbsthilfegruppen?

Was würden Sie uns für unser Konzept noch mitgeben wollen?

## **Leitfaden für Fokusgruppen mit Menschen mit chronischen Erkrankungen im Rahmen der Bedarfserhebung**

Einleitung: Wir beschäftigen uns im Auftrag des BMSGPK mit dem Thema Selbsthilfegruppen für Menschen mit chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes oder Krebs). Selbsthilfegruppen sind Gruppen von Menschen, die an derselben Krankheit leiden und sich gegenseitig im Umgang damit unterstützen. Wir wissen, dass dieser Austausch in Gruppen mit anderen Betroffenen sehr förderlich ist – auch in Bezug auf die Krankheit. Sie haben eine chronische Erkrankung. Wir möchten Ihnen gerne ein paar Fragen dazu stellen, was Sie im Umgang mit Ihrer Erkrankung hilfreich finden.

Bevor wir starten, möchte ich Sie gerne fragen, ob Ihnen der Begriff „Selbsthilfe“ bekannt ist und was Sie damit verbinden?

Nun möchte ich gerne zu Ihrer Situation kommen.

1. Zu Beginn möchte ich Sie gerne fragen, wie es Ihnen mit Ihrer Krankheit geht? Was hilft Ihnen im Umgang damit?

*Hintergrund der Frage: herausfinden, inwiefern die befragten Personen selbst aktiv sind (in Bezug auf ihre Gesundheit/Erkrankung) und sich das auch vorstellen können*

2. Haben Sie Unterstützung für den Umgang mit Ihrer Krankheit?

*Wenn ja:* Welche Art von Unterstützung ist das? Was ist daran hilfreich?

Würden Sie sich eine andere Form der Unterstützung wünschen?

*Wenn ja:* Welche Form wäre das und warum?

*Hintergrund dieser Fragen: herausfinden, ob ein gezielter Austausch mit anderen Menschen als Unterstützung von selbst angesprochen und als wichtig erachtet wird. Wenn dieser Austausch von den Teilnehmenden angesprochen wird, dann nachfragen, wie dieser Austausch aussieht, organisiert wird etc. Wenn er nicht angesprochen wird, dann gezielt danach fragen.*

3. Reden Sie mit anderen Menschen über Ihre Krankheit? Wenn ja, mit wem? Familienangehörigen, Freundinnen und Freunden, Nachbarinnen und Nachbarn, Kolleginnen und Kollegen, anderen Betroffenen, Fachkräften oder sonstigen Personen?

*Wenn ja:* In welchem Rahmen passiert das? Findet das regelmäßig und organisiert statt oder eher bei Bedarf oder zufällig? Was ist daran hilfreich?

*Anmerkung: Wenn jemand hier berichtet, dass es einen regelmäßigen organisierten Austausch gibt, dann nachfragen, wie dieser Austausch aussieht, organisiert wird, wer daran teilnimmt etc.*

*Wenn nein:* Können Sie sich vorstellen, dass ein Austausch in einer Gruppe für Sie hilfreich wäre?

*Wenn die Antwort nein ist:* Warum meinen Sie das? Was bräuchte es, damit das möglich wäre

*Wenn ja:* Welche Art von Gruppe sollte das sein? Also wer sollte zu dieser Gruppe kommen?  
Zum Beispiel:

- » eine Gruppe aus ganz unterschiedlichen Personen,
- » Menschen, die mir vertraut/fremd sind,
- » Menschen mit derselben/anderer Krankheit,
- » Menschen in derselben/unterschiedlicher Lebenssituation,
- » Menschen mit demselben/unterschiedlichem Geschlecht,
- » Menschen aus derselben/anderen Altersgruppe(n),
- » Menschen, die dieselbe/unterschiedliche Sprache(n) sprechen,
- » Menschen, die im selben Land / in unterschiedlichen Ländern geboren sind,
- » ...

Wer sollte diese Gruppe organisieren?

Wie sollte diese Gruppe gestaltet werden? (Ort, Zeit, Gruppengröße, Themen/Informationen, Aktivitäten ...)

4. Nehmen wir an, jemand mit einer chronischen Erkrankung möchte eine Gruppe organisieren, damit Menschen mit einer chronischen Erkrankung mit anderen Betroffenen darüber reden können: Wie sollte diese Person das Ihrer Meinung nach angehen? Woran sollte diese Person denken?

*Anmerkung: Mit dieser Frage wollen wir die Teilnehmenden dazu anregen, Ideen zu entwickeln und damit Anregungen zu liefern, die wir im Konzept aufgreifen könnten. Alternativ kann auch gemeinsam anhand eines Beispiels vorgegangen werden.*

# Fragebögen Pilotierungsphase

## Erhebung soziodemografischer Daten

### Persönliche Angaben

Erhebung am ersten Termin

**Datum:**

**Geschlecht:**

- männlich
- weiblich
- divers/inter/offen
- keine Angabe

**Alter:** (Jahre)

**Geburtsland:**

- Österreich
- Afghanistan
- Irak
- Österreich
- Somalia
- Syrien
- Türkei
- Rumänien
- anderes Geburtsland:

**Staatsbürgerschaft:**

- Österreich
- Afghanistan
- Irak
- Rumänien
- Somalia
- Syrien
- Türkei
- andere Staatsbürgerschaft:

**Seit wann in Österreich (Jahr):**

**Aufenthaltstitel:**

- Daueraufenthalt EU
- Rot-Weiß-Rot – Karte
- subsidiärer Schutz
- Asyl
- Niederlassungsbewilligung
- Familienangehörige:r
- EU-Bürger:in
- anderer Aufenthaltstitel:

**Wohnsituation:**

Anzahl der Personen, die im Haushalt leben:

Wie viele Zimmer stehen zur Verfügung?

**Höchste abgeschlossene Ausbildung:**

- gar keine
- Volksschule (4 Jahre Schulbildung)
- Pflichtschule (9 Jahre Schulbildung)
- Lehre
- Matura
- Universität/FH



**Berufliche Situation:**

- Ich habe ein sicheres Arbeitsverhältnis.
- Ich habe nur befristete Aufträge/Verträge (für wenige Tage, Wochen, Monate) und weiß nie, wie es danach weitergeht.
- Ich verdiene mit meiner Arbeit ausreichend Geld, sodass ich jeden Monat gut über die Runden komme.
- Ich verdiene für meine Arbeit so wenig Geld, dass ich am Ende des Monats nicht weiß, wie ich die Kosten für Notwendiges (z. B. Essen, Miete, Strom) begleichen kann.
- Ich bin in Ausbildung.
- Ich bin in Karenz (Bildungskarenz, Mutterschutz, Elternkarenz).
- Ich bin in Pension.
- Ich bin arbeitslos (Arbeit suchend, keine Arbeitsberechtigung, Mindestsicherung).
- andere:

**Grund für die Teilnahme an der Selbsthilfegruppe:**

- Ich habe
  - Diabetes mellitus Typ 1
  - Diabetes mellitus Typ 2
  - Gestationsdiabetes
  - Prädiabetes

## Erhebung des Verständnisses von Selbsthilfegruppen

### Verständnis von Selbsthilfegruppen

Erhebung am ersten Termin / Erhebung nach sechs bis neun Monaten

**Datum:**

**Name oder Anfangsbuchstaben des Vor- und Nachnamens:**

**Was verbinden Sie mit dem Begriff Selbsthilfegruppe?**

- Ich erhalte Informationen (Krankheit, Umgang mit der Erkrankung).
- Es gibt einen Austausch zu Erfahrungen und Problemen mit anderen Betroffenen.
- Es gibt gemeinsames Essen.
- Es gibt Unterhaltung.
- Es gibt gegenseitige Hilfe und Unterstützung.
- Ich bekomme eine medizinische Behandlung.

- Ich bekomme für meine persönliche Situation medizinische Beratung.
- Ich erfahre, wo ich mich mit Fragen hinwenden kann.
- Ich kann jederzeit kommen und gehen und muss nichts tun.
- Ich unterstütze die Gruppe und übernehme auch Aufgaben.
- weiß nicht
- anderes:

**Wer soll in eine Selbsthilfegruppe als Teilnehmer:in kommen?**

- ganze Familien
- Menschen mit Diabetes oder einer anderen chronischen Erkrankung
- Gesundheitsberufe (Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonen etc.)
- Freundinnen und Freunde
- alle Menschen aus einem bestimmten Stadtteil
- alle Menschen mit einem bestimmten Alter
- weiß nicht
- andere:

### **Was bringt eine Selbsthilfegruppe?**

Die Teilnehmer:innen ...

- ... fühlen sich im Umgang mit der eigenen Erkrankung sicherer.
- ... kennen sich besser mit Diabetes oder einer anderen Erkrankung aus.
- ... werden Diabetes oder eine andere Erkrankung los.
- ... fühlen sich mit der Erkrankung nicht allein.
- ... haben gemeinsam Spaß, ohne weiteren Zweck.
- ... werden ihren allgemeinen Stress los.
- ... fühlen sich nach der Diagnose aufgefangen.
- ... erfahren Ermutigung.
- ... können sich unterhalten.
- weiß nicht
- andere:

### **Halten Sie Selbsthilfegruppen für Sie persönlich sinnvoll?**

- ja, sehr sinnvoll
- eher sinnvoll
- mittel
- eher nicht sinnvoll
- gar nicht sinnvoll
- weiß nicht

## Erhebung der Zufriedenheit mit der Selbsthilfegruppe

### **Zufriedenheit und Nutzen**

Erhebung nach sechs bis neun Monaten

### **Wie oft haben Sie an den Gruppentreffen teilgenommen?**

- 1-mal
- 2-mal
- 3-mal
- 4-mal
- 5-mal
- 6-mal
- 7-mal

- 8-mal
- 9-mal
- 10-mal
- mehr als 10-mal

**Wenn Sie nicht an allen Treffen teilgenommen haben: warum nicht?**

- keine Zeit
- keine Lust
- Ich war krank.
- Ich musste Angehörige pflegen.
- Ich hatte keine Kinderbetreuung
- andere Gründe:

**Waren Sie mit der Organisation und Gestaltung dieser Treffen zufrieden?**

- ja  nein

**ja:** Was war aus Ihrer Sicht besonders gelungen?

**nein:** Was sollte anders gemacht werden? Bitte beschreiben Sie neben Ihrer Auswahl, was Sie gestört hat.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Einladung                | <input type="radio"/> Einladung_____                |
| <input type="radio"/> Erinnerung               | <input type="radio"/> Erinnerung_____               |
| <input type="radio"/> Ort                      | <input type="radio"/> Ort_____                      |
| <input type="radio"/> Zeitpunkt                | <input type="radio"/> Zeitpunkt_____                |
| <input type="radio"/> Häufigkeit der Treffen   | <input type="radio"/> Häufigkeit der Treffen_____   |
| <input type="radio"/> Moderation der Gespräche | <input type="radio"/> Moderation der Gespräche_____ |
| <input type="radio"/> Fachvorträge             | <input type="radio"/> Fachvorträge_____             |
| <input type="radio"/> Zeit für Austausch       | <input type="radio"/> Zeit für Austausch_____       |
| <input type="radio"/> anderes: _____           | <input type="radio"/> anderes: _____                |

**Haben Sie bei den Treffen die Gruppenleitung unterstützt (z. B. Erinnerung ausgeschickt, Obst mitgebracht)?**

- ja  nein

**ja:** Wie haben Sie mitgeholfen?

**nein:** Warum haben Sie nicht mitgeholfen?

\_\_\_\_\_

---

---

**War der Erfahrungsaustausch mit anderen Menschen mit Diabetes für Sie persönlich hilfreich?**

ja

nein

**ja: Was war hilfreich?**

**nein: Warum war der Austausch nicht hilfreich?**

---

---

---

**Haben Sie bei den Treffen Fragen gestellt und mitgeredet?**

ja

nein

**ja: Wie haben Sie sich eingebracht?**

**nein: Warum haben Sie sich nicht eingebracht?**

---

---

---

**Wenn Ärztinnen bzw. Ärzte oder andere Expertinnen bzw. Experten in der Gruppe zu Besuch waren: Waren ihre Vorträge hilfreich?**

ja

nein

**ja: Was war hilfreich?**

**nein: Warum waren die Vorträge nicht hilfreich?**

---

---

---

**Wurden Ihre Fragen durch die Expertinnen und Experten (zum Beispiel Ärztinnen bzw. Ärzte) beantwortet?**

ja

nein

**Fühlten Sie sich bei den Treffen wohl?**

ja

nein

**ja: warum?**

**nein: Warum fühlten Sie sich nicht wohl?**

---

---

---

---

---

---

**Was könnte man in den Treffen besser machen?**

ja

nein

**ja: Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?**

---

---

---

**Würden Sie die Teilnahme an den Treffen auch anderen Menschen mit Diabetes empfehlen?**

ja

nein

**ja: warum?**

**nein: warum nicht?**

---

---

---

---

---

---

**Könnten Sie sich vorstellen, selbst eine Selbsthilfegruppe aufzubauen?**

ja

nein

**Bräuchten Sie Selbsthilfegruppen zu anderen Themen?**

ja

nein

**ja: zu welchen Themen?**