

Gesundes Altern in vielen Welten

Gesundheit von älteren Zugewanderten

© babelsberger / Fotolia



© Budimir Jevic / Fotolia



© Halipoint / Fotolia



© deVante / Photacase



**Gesundes Altern in
vielen Welten**
Gesundheit von älteren
Zugewanderten

Grüne Reihe „Gesund im Alter“ – 2016



Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Alter, Migration und Gesundheit

CAROLA PÖHLMANN

Gesundheit Berlin-Brandenburg..... 5

Soziale und gesundheitliche Lage bei Älteren mit Migrationshintergrund

DR. HELEN BAYKARA-KRUMME

Universität Duisburg-Essen 8

Zuwanderung und die Logik der Praxis in der Altenhilfe

DR. MEGGI KHAN-ZVORNIČANIN

Camino – Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und
Forschung im sozialen Bereich gGmbH 12

Gesundheitsförderung bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund:

Praxisbeispiel DOSB-Projekt „Zugewandert und Geblieben“

VICTORIA ARBUZOVA

Brandenburgische Sportjugend im Landessportbund Brandenburg e. V. 18

Gesundheit im Alltag geflüchteter älterer Menschen

PROF. DR. JOSEFINE HEUSINGER

Hochschule Magdeburg-Stendal 22



Vorwort

Alter, Migration und Gesundheit

CAROLA PÖHLMANN

Gesundheit Berlin-Brandenburg

Zugewanderten Menschen ein gesundes Altern zu ermöglichen – dies stellt kommunale Akteurinnen und Akteure vor besondere Herausforderungen, was die Ansprache der Zielgruppe, die kultursensible Gestaltung von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung sowie die interkulturelle Öffnung von Einrichtungen anbelangt.

Die vorliegende Ausgabe der Handreichung „Grüne Reihe“ der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg beleuchtet daher verschiedene Aspekte rund um das Thema „Gesundes Altern in vielen Welten“, um ein Bewusstsein für die Belange älterer Menschen mit Migrationshintergrund zu schaffen. Somit erhalten kommunale Akteurinnen und Akteure einen Einblick in die spezifischen Bedarfslagen der Gruppe der älteren Migrantinnen und Migranten sowie Anregungen für ein kultursensibles Handeln in der Lebenswelt Kommune.

Migrantinnen und Migranten in der Lebensphase Alter stellen aufgrund des demografischen Wandels in Deutschland eine stetig wachsende Bevölkerungsgruppe dar (Hoffmann & Romeu Gordo 2016). Zudem handelt es sich bei älteren Migrantinnen und Migranten um eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe, die hauptsächlich durch zwei Zuwanderungsbewegungen geprägt wurde: denen der Arbeitsmigrantinnen und -migranten einerseits und der Spätaussiedlerinnen und -aussiedler andererseits (ebd.). In den westdeutschen Bundesländern ist ein erheblicher Teil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund auf die Arbeitsmigration in den 1950er und 1960er Jahren zurückzuführen. In diesem Zeitraum wanderten vor allem Arbeitskräfte aus südeuropäischen Ländern und der Türkei nach Deutschland ein. Dagegen unterscheidet sich die Zuwanderungssituation in den ostdeutschen Bundesländern deutlich. Zwar existierte Arbeitsmigration auch in der ehemaligen DDR, jedoch in einem deutlich geringeren Umfang und von anderen Herkunftsländern (beispielsweise Vietnam, Kuba) ausgehend (Brückner 2016).

Definition: Personen mit Migrationshintergrund

„Personen, die als Ausländerinnen und Ausländer oder als Deutsche nach Deutschland zugewandert sind, sowie in Deutschland geborene ausländische Personen und jeweils deren Nachkommen.“ (Hoffmann & Romeu Gordo 2016, S. 64)

Insgesamt ist der Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund in ostdeutschen Bundesländern deutlich geringer als in westdeutschen Bundesländern (MASGF 2009). Der Anteil der ausländischen Bevölkerung lag 2014 in den neuen Bundesländern bei 2,4 Prozent, in den alten Bundesländern hingegen bei knapp zehn Prozent (Brückner 2016). Ein Großteil der Einwanderung erfolgte in ostdeutschen Bundesländern erst nach der Wiedervereinigung durch den Zuzug von Spätaussiedlerinnen und -aussiedlern aus mittel- und osteuropäischen Ländern, der hauptsächlich im Zeitraum von 1990 bis 2000 stattfand (ebd.).

Im Land Brandenburg stellen Spätaussiedlerinnen und -aussiedler die größte Gruppe an Zugewanderten dar. Diese erscheinen nicht im Ausländerzentralregister, da sie von Beginn an die deutsche Staatsbürgerschaft erhielten (Landesgesundheitsamt Brandenburg 2008). Im Jahr 2015 lebten in Brandenburg etwa 145.000 Menschen mit Migrationshintergrund mit den Hauptherkunftsländern Polen, Russland, Ukraine sowie Kasachstan (MASGF 2016). Dies entspricht einem Anteil von etwa sechs Prozent an der Gesamtbevölkerung Brandenburgs. Darunter waren laut Ausländerzentralregister gut 88.000 Ausländerinnen und Ausländer, wovon wiederum etwa 4,5 Prozent, also ca. 3.900 Personen, der Altersgruppe ab 65 Jahren angehörten (ebd). Seit 2005 hat sich diese Gruppe in etwa verdoppelt.

Somit ist der Anteil von zugewanderten über 65-Jährigen in Brandenburg zwar relativ gering, dennoch ist auch hier ein Anstieg zu beobachten. In Zukunft wird die Gruppe der älteren Migrantinnen und Migranten noch weiter an Relevanz gewinnen. Insbesondere im Hinblick auf den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit bestehen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung zielgruppenspezifische Barrieren, die zu einer geringeren Inanspruchnahme von gesundheitlicher Versorgung sowie Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung führen. In den folgenden Beiträgen der vorliegenden Handreichung werden die daraus erwachsenden Herausforderungen dargestellt und Impulse dafür geben, diese Hürden durch eine niedrigschwellige und kultursensible Arbeitsweise zu reduzieren.

Im ersten Beitrag gibt Frau Dr. Baykara-Krumme einen Überblick über aktuelle Daten und Informationen zur Gruppe der Migrantinnen und Migranten im höheren Lebensalter. Obwohl der Forschungsstand zur Lebens- und Gesundheitssituation von älteren Migrantinnen und Migranten noch Lücken aufweist, lassen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen älteren Menschen mit und ohne Migrationshintergrund bezüglich der Gesundheit, der sozialen Lage und ihrer Einstellung gegenüber der pflegerischen Versorgung darstellen. Darüber hinaus zeigt der Artikel migrations- und systembedingte Barrieren in der pflegerischen Versorgung auf.

Der Fokus des nachfolgenden Beitrags liegt auf der Handlungspraxis der Altenhilfe im Hinblick auf die Arbeit mit älteren Migrantinnen und Migranten. Um die interkulturelle Öffnung im Bereich Altenhilfe bzw. Pflege sowie eine kultursensible Arbeitsweise voranzubringen, ist es wichtig, einen Einblick zu erhalten, wie Praktikerinnen und Praktiker bislang damit umgehen. Frau Dr. Khan-Zvorničanin stellt daher zentrale Ergebnisse ihrer Studie anhand von drei Typen von Versorgungsmilieus vor und zeigt auf, welche Chancen und Herausforderungen sich daraus ergeben, um dieses Handlungsfeld weiterzuentwickeln.

Ein Praxisbeispiel aus Brandenburg zur Bewegungs- und Gesundheitsförderung bei älteren Zugewanderten stellt Frau Arbuzova in ihrem Beitrag zum Projekt „Zugewandert und Geblieben“ des Deutschen Olympischen Sportbundes vor. Das bundesweite Projekt wurde unter anderem auch durch fünf Brandenburger Sportvereine umgesetzt. Nach Projektende steht fest, welche Besonderheiten im Hinblick auf die Gruppe der älteren Migrantinnen und Migranten zu beachten sind. Insbesondere der Zugang zur Zielgruppe stellt oft eine große Herausforderung dar. Hier spielen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eine entscheidende Rolle, um Vertrauen zu schaffen und somit Brücken zu den Angeboten zu bauen.

Der letzte Beitrag widmet sich den älteren Geflüchteten, die bislang noch kaum als Zielgruppe für Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention wahrgenommen werden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich hauptsächlich jüngere Menschen auf den Fluchtweg nach Deutschland begeben. In Brandenburg machte der Anteil der über 55-Jährigen an den Flüchtlingen und Geduldeten im Jahr 2015 beispielsweise nur 3,5 Prozent aus (MASGF 2016). Nichtsdestotrotz stellen ältere Geflüchtete in Bezug auf ihre Gesundheit eine vulnerable Gruppe dar. Frau Professorin Dr. Heusinger stellt eine Interviewstudie des Studiengangs Soziale Arbeit an der Hochschule Magdeburg vor, die einen Einblick in die gesundheitlichen Ressourcen und Bedarfe von Geflüchteten über 50 Jahren gibt. Abschließend werden in dem Beitrag Ansatzpunkte zur Verbesserung der Situation der älteren Geflüchteten abgeleitet.



Christian Steiner/pixelio.de

Literatur:

- Brückner, G. (2016): Bevölkerung mit Migrationshintergrund. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Sozio-ökonomisches Panel (SOEP) (Hrsg.), Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, S. 218-243. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung/bpb. Online: www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2016.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff 08.11.2016)
- Hoffmann, E. & Romeu Gordo, L. (2016): Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Sozio-ökonomisches Panel (SOEP) (Hrsg.), Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, S. 64-73. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung/bpb. Online: www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2016.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff 08.11.2016)
- Landesgesundheitsamt Brandenburg (2008): Migration und Gesundheit. In: Inpuncto, Ausgabe 02/08. Online: www.lugv.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3310.de/inpo2_o8.pdf (Zugriff: 14.04.2016)
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (MASGF) (2009): Bericht der Integrationsbeauftragten des Landes Brandenburg. Zuwanderung und Integration im Land Brandenburg. Online: www.masgf.brandenburg.de/sixcms/media.php/lbm1.a.1333.de/Bericht-Integrationsbeauftragte.pdf (Zugriff 08.11.2016)
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (MASGF) (2016): Daten und Grafiken. Menschen mit Migrationshintergrund, ausländische Bevölkerung, Flüchtlinge/ Asylsuchende. Online: www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/KOMPENDIUM-o8-2016.pdf (Zugriff 08.11.2016)

Soziale und gesundheitliche Lage bei Älteren mit Migrationshintergrund

DR. HELEN BAYKARA-KRUMME
Universität Duisburg-Essen

Die Diversität des Alter(n)s in Deutschland wird unter anderem durch die älteren Migrantinnen und Migranten geprägt. Die wachsende Gruppe der Älteren mit Migrationshintergrund hat in den vergangenen Jahren zunehmende Aufmerksamkeit erfahren. Verschiedene Berichte und Publikationen widmen dieser Gruppe inzwischen separate Kapitel oder integrieren sie in die allgemeine Analyse und resümieren den aktuellen Wissens- und Forschungsstand. Dieser ist allerdings, vor allem aufgrund fehlender Daten, noch recht begrenzt und in vielen Themenbereichen äußerst lückenhaft.

Diversität:

Diversität bedeutet Vielfalt aufgrund von Migrationserfahrung, verschiedenen Religionszugehörigkeiten und unterschiedlicher kultureller Herkunft neben vielen weiteren Aspekten.

Von allen Menschen ab 65 Jahren haben inzwischen neun Prozent einen Migrationshintergrund, das sind 1,5 Millionen Personen. In der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen sind es bereits 15 Prozent, etwa 2,6 Millionen Menschen, die aus verschiedenen Herkunftsländern stammen und zu unterschiedlichen Zeiten und in verschiedenen biographischen Lebensphasen nach Deutschland eingewandert sind. Unter allen über 50-Jährigen bilden die (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler mit 35 Prozent die größte Gruppe, gefolgt von den Migrantinnen und Migranten aus den Ländern des Mittelmeerraums (32 Prozent), von denen der größte Teil als Arbeitsmigrantin oder -migrant bis zum Anwerbestopp 1973 einwanderte. Die früheren Arbeitsmigrantinnen und -migranten haben heute ein Durchschnittsalter von 63 Jahren und sind die älteste Bevölkerungsgruppe mit Migrationserfahrung. Im Schnitt leben sie seit 45 Jahren in Deutschland. (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler sind im Mittel jünger (48 Jahre), leben aber durchschnittlich auch bereits seit 31 Jahren in Deutschland. Etwa acht Prozent der Migrantinnen und Migranten über 50 Jahre stammen aus westeuropäischen, weitere acht Prozent aus osteuropäischen und die verbleibenden 13 Prozent aus anderen Ländern (Hoffmann & Romeu Gordo 2016).

Der aktuelle Bericht zur Gesundheit in Deutschland (RKI 2015) betont, dass Menschen mit Migrationshintergrund nicht generell kränker oder gesünder als Menschen ohne Migrationshintergrund sind. Vielmehr ist die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten häufig zunächst besser, weil in der Regel – und dies gilt in besonderem Maße für die gezielte Arbeiteranwerbung in den 1960er und 1970er Jahren – eher gesündere Menschen ihr Land verlassen und in ein anderes einwandern. Dieser sogenannte Healthy-Migrant-Effekt erklärt zumindest teilweise die geringere Sterblichkeit von ausländischen Staatsangehörigen bzw. Migrantinnen und Migranten in Deutschland (Zur Nieden & Sommer 2016).

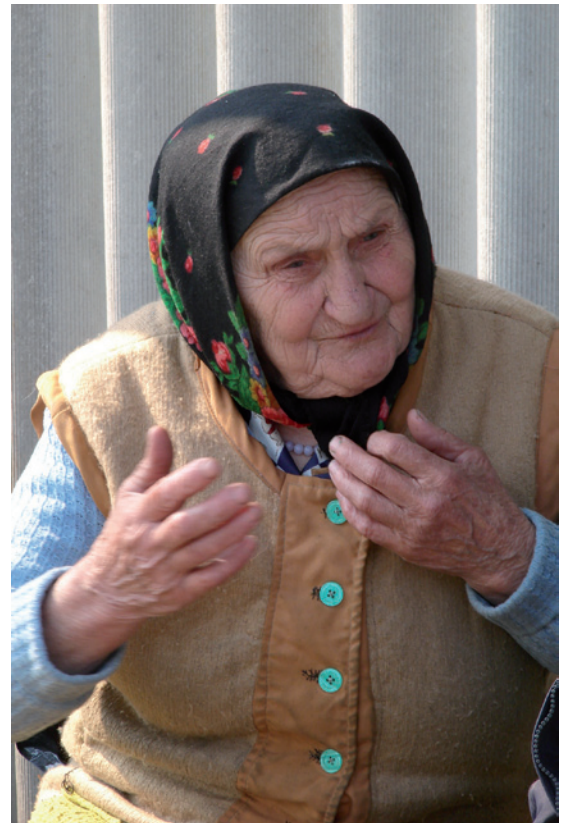
Nachteile für Migrantinnen und Migranten entstehen mit längerer Aufenthaltsdauer durch die schlechtere soziale Lage. Besonders die früheren Arbeitsmigrantinnen und -migranten sind aufgrund ihres geringeren Bildungsstatus, der kürzeren Erwerbsbiographien in Deutschland und der niedrigeren Arbeitseinkommen jetzt im Alter deutlich schlechter gestellt. Dies zeigt sich an den niedrigeren Einkommen und dem höheren Armutsrisiko. Die Armutsgefährdungsquote, das heißt der Anteil jener, deren verfügbares Einkommen weniger als 60 Prozent des Durchschnittseinkommens beträgt, liegt in der Gruppe der über 65-jährigen ehemaligen Arbeitsmigrantinnen und -migranten bei 36,5 Prozent. Der Anteil bei den über 65-jährigen (Spät-)Aus-

siedlerinnen und Aussiedler ist mit 27,5 Prozent im Vergleich zu dem Wert für Ältere ohne Migrationshintergrund (12,5 Prozent) aber ebenfalls sehr hoch. Insgesamt machen sich mehr Ältere mit Migrationshintergrund Sorgen um die eigene wirtschaftliche und gesundheitliche Situation als Ältere ohne Migrationshintergrund (Hoffmann & Romeu Gordo 2016). Denn ein niedriger Sozialstatus bedingt gesundheitliche Nachteile und beeinflusst die Selbsteinschätzung der Gesundheit. So zeigen Studien, dass sich ältere Menschen mit und ohne Migrationshintergrund, die einen ähnlichen Sozialstatus haben, in der Selbsteinschätzung ihrer Gesundheit oft kaum unterscheiden. Insgesamt gibt es aber nur wenige Daten, die tatsächlich Auskunft zur gesundheitlichen Situation älterer Migrantinnen und Migranten geben. Der aktuelle Gesundheitsbericht fordert vor diesem Hintergrund eine deutlich verbesserte Einbindung von Migrantinnen und Migranten in das Gesundheitsmonitoring unter Berücksichtigung sowohl des Migrationshintergrundes als auch weiterführender soziodemographischer Informationen, um aussagekräftige Vergleiche ziehen zu können (RKI 2015).

Eine aktuelle Publikation des Alterssurveys, die sich auf Befragungen aus den Jahren 2008 und 2014 bezieht, legt weiterhin deutliche Differenzen nahe: So berichten in der zweiten Lebenshälfte signifikant mehr Menschen mit Migrationshintergrund als Menschen ohne Migrationshintergrund von funktionalen Einschränkungen und depressiven Symptomen. Vor allem frühere Arbeitsmigrantinnen und -migranten, aber auch (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler berichten deutlich häufiger von gesundheitlichen Problemen (Klaus & Baykara-Krumme 2016).

Gleichzeitig verfügen ältere Migrantinnen und Migranten über wichtige familiäre Ressourcen, die Unterstützungsressourcen darstellen können. Ältere Zugewanderte leben häufiger in Mehrpersonenhaushalten und seltener allein. Außerdem haben Menschen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt mehr Kinder und sie leben häufiger mit diesen zusammen. Schließlich sind die Anteile derjenigen, die regelmäßig von ihren Kindern finanziell oder instrumentell unterstützt werden, in einigen Migrantengruppen deutlich höher als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Zugleich spielen allerdings Freizeitaktivitäten mit Freundinnen und Freunden eine geringere Rolle im Alltag (Klaus & Baykara-Krumme 2016). Insofern ist die soziale Einbindung von älteren Migrantinnen und Migranten in der Gesamtbetrachtung nicht unbedingt größer als jene der Älteren ohne Migrationshintergrund, vielmehr variiert möglicherweise vor allem die Zusammensetzung sozialer Netzwerke. Dazu gibt es bisher kaum belastbare Befunde.

Weiterhin darf nicht übersehen werden, dass nach Angaben des Mikrozensus immerhin auch 19 Prozent der früheren Arbeitsmigrantinnen und -migranten und 22 Prozent der (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler über 50 Jahre (und 27 Prozent der Menschen ohne Migrationshintergrund) ohne weitere Personen allein in einem Haushalt leben (Hoffmann & Romeu Gordo 2016). Im höheren Alter können trotz größerer familiärer Ressourcen bei Migrantinnen und Migranten also durchaus ähnliche (außerhäusliche) Unterstützungsbedarfe entstehen. Dies gilt insbesondere für diejenigen Personen, deren (nahe) Familienangehörige weit entfernt im Ausland leben.



fotosergio / Fotolia

In der Pflege spielen Partnerin oder Partner und Kinder eine wichtige Rolle, sowohl für Menschen mit als auch ohne Migrationshintergrund. So unterscheiden sich die Vorstellungen älterer Menschen mit Migrationshintergrund über ihre pflegerische Versorgung im Alter weniger von denen der Menschen ohne Migrationshintergrund als oft vermutet. Verschiedene kleinere Studien wie auch eine größere Studie des Bundesgesundheitsministeriums legen aber nahe, dass Migrantenfamilien im Fall der Pflege eines Angehörigen Geldleistungen gegenüber Sachleistungen präferieren. Erstere werden angesichts geringer finanzieller Mittel vor allem für den laufenden Lebensunterhalt benötigt. Zugleich scheint dabei der Wunsch der pflegebedürftigen sowie der pflegenden Person, Fremde nicht in die Pflege einzubeziehen, eine Rolle zu spielen, der bei Menschen mit Migrationshintergrund stärker ausgeprägt ist (BMG 2011). Über die tatsächliche Pflegesituation in Migrantenfamilien weiß man darüber hinaus nur wenig, und die Datensituation zur Pflegebedürftigkeit von Migrantinnen und Migranten gilt, wie jene zum Gesundheitszustand allgemein, als äußerst unbefriedigend (Kohls 2011).

Aus der Praxis sowie kleineren Befragungen ist aber bekannt, dass ältere Migrantinnen und Migranten und ihre Familien oft nur unzureichend über ambulante und stationäre Angebote der Pflege informiert sind. Neben fehlenden Informationen stellen geringe deutsche Sprachkenntnisse, das Vertrauen auf Pflege durch Partnerin oder Partner, Kinder und nahe Verwandte, das (weitere) Aufschieben einer möglichen Rückkehroption sowie die als solche empfundene Unübersichtlichkeit des Pflegesystems Barrieren für die Inanspruchnahme dar. Auch Vorbehalte gegenüber Pflegeinstitutionen spielen eine Rolle, denn entsprechende Angebote sind aus dem Herkunftsland oft nicht bekannt. Zugleich ist aber das System der pflegerischen Versorgung nach wie vor nicht ausreichend auf die (wachsende) Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund vorbereitet. Vorhandene Strukturen werden migrantenspezifischen Bedürfnissen bisher nicht ausreichend gerecht. Zwar weist der Gesundheitsbericht des Robert Koch-Instituts darauf hin, dass es bisher nur wenige Erkenntnisse darüber gibt, wie ungleich die (gesundheitliche) Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund tatsächlich ist. Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation aber konnten Studien beispielsweise zeigen, dass die Inanspruchnahme von Leistungen seitens der Migrantinnen und Migranten niedriger ist und darüber hinaus die Behandlungsergebnisse bei Migrantinnen und Migranten – und damit ihre Chancen, wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren – tendenziell schlechter ausfallen (RKI 2015). Als mögliche Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren werden Aspekte wie Verständigungsschwierigkeiten, kulturelle Unterschiede und Einstellungen der Einrichtungen diskutiert, die neben migrationsspezifischen auch systembedingte Faktoren umfassen. Inzwischen gibt es zahlreiche Initiativen im Bereich der interkulturellen Öffnung. Im Hinblick auf gesundheitliche und pflegerische Unterstützung, die für Migrantinnen und Migranten in der Lebensphase Alter besonders bedeutsam sind, bleibt aber der angemessene Umgang mit Diversität weiterhin eine zentrale Herausforderung und Aufgabe.

Kontakt

Dr. Helen Baykara-Krumme

Universität Duisburg-Essen

helen.baykara-krumme@uni-due.de

Literatur:

Bundesministerium für Gesundheit [BMG] (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des BMG von Infratest Sozialforschung München. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Hoffmann, E. & Romeu Gordo, L. (2016): Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund (Kap. 2.3). In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Sozio-ökonomisches Panel (SOEP) (Hrsg.), Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, S. 64-73. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung/bpb.

Klaus, D. & Baykara-Krumme, H. (2016): Die Lebenssituationen von Personen in der zweiten Lebenshälfte mit und ohne Migrationshintergrund. In K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson, & C. Tesch-Römer (Eds.), Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), S. 377-398. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Kohls, M. (2011): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Robert Koch-Institut [RKI] (2015): Gesundheit in Deutschland. Berlin. Online unter: www.rki.de/gesundheitsbericht

Zur Nieden, F. & Sommer, B. (2016): Life Expectancy in Germany Based on the 2011 Census: Was the Healthy Migrant Effect Merely an Artefact? *Comparative Population Studies*, 41(2).

Zuwanderung und die Logik der Praxis in der Altenhilfe

DR. MEGGI KHAN-ZVORNIČANIN

Camino – Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung
im sozialen Bereich gGmbH

Wie werden Menschen mit Migrationshintergrund in Einrichtungen der Altenhilfe beraten, betreut und gepflegt? So lautet das zentrale Erkenntnisinteresse einer Studie (vgl. Khan-Zvorničanin 2016), aus der wesentliche Ergebnisse vorgestellt und sich daraus ergebende Chancen und Herausforderungen für kommunale Entwicklungsprozesse diskutiert werden sollen.

Diesem Vorhaben liegt die Annahme zugrunde, dass nur dann steuernd auf ein Praxisfeld eingewirkt werden kann, wenn bekannt ist, an welchen handlungsleitenden Prinzipien sich die Akteurinnen und Akteure in diesem Feld orientieren. Denn die Praxis folgt einer eigenen Logik, die gemäß dem französischen Soziologen Pierre Bourdieu jenseits von Bewusstsein und diskursivem Denken funktioniert (vgl. Bourdieu 1982). Aus diesem Grund können auch professionelle Fachkräfte im Feld der Altenhilfe jene Orientierungsprinzipien, die ihrer Alltagspraxis handlungsorientierend zugrunde liegen, nicht ohne Weiteres darlegen. Anders ausgedrückt wissen die Akteurinnen und Akteure jenseits ihres theoretischen Fachwissens in der Regel selbst nicht so genau, „was sie da eigentlich alles wissen“ (Bohnsack 2007a: 224). Einen Ausweg aus dieser Problematik bieten praxeologisch fundierte wissenschaftliche Methoden. Diese eröffnen einen validen Zugang auch zu jenen „stillschweigenden“ (Polanyi 1985) Wissensbeständen, die „in die Handlungspraxis eingelassen sind“ (Bohnsack 2007b: 229).

Einen solchen Zugang stellt die in der Kulturosoziologie Karl Mannheims begründete und von Ralf Bohnsack zu einem Verfahren praxeologischer Wissenssoziologie weiterentwickelte Dokumentarische Methode dar (vgl. Bohnsack 2010; ces o. J.). Mittels der Dokumentarischen Methode lassen sich habituelle, kollektiv geteilte Orientierungen sozialer Milieus rekonstruieren (vgl. Bohnsack 2007a, 2007b, 2010).

Der **Milieubegriff** bezeichnet im Sinne der Dokumentarischen Methode kollektive Einheiten, die sich durch gemeinsam geteilte Orientierungen auf der Grundlage gemeinsam erlebter oder strukturidentischer Erfahrungen auszeichnen (vgl. ebd.). Auf der Grundlage dieses Verständnisses ist eine Person gleichzeitig immer verschiedenen sozialen Milieus zugehörig. Beispielsweise könnte eine in Deutschland lebende Ärztin mit Migrationshintergrund zugleich über professions-, geschlechts- und migrationspezifische Erfahrungen verfügen und würde aufgrund ihrer hieraus resultierenden Orientierungen mindestens drei verschiedenen sozialen Milieus angehören.

In der oben genannten Studie wurden professionelle Versorgungsmilieus rekonstruiert, die sich jeweils durch einen spezifischen Versorgungsstil im Sinne einer professionellen Grundhaltung auszeichnen. Die Untersuchungsgruppe umfasste Fachkräfte aus der (Alten-)Pflege und Sozialen Arbeit jeweils mit und ohne Migrationshintergrund, die in Einrichtungen der ambulanten, stationären oder offenen Al-

tenhilfe beschäftigt sind. Es wurden offene, leitfadengestützte Einzelinterviews und Gruppendiskussionen durchgeführt.¹

Ein zentrales, fallübergreifendes Ergebnis ist, dass professionelles Handeln im Migrationskontext keine abgrenzbare, eigenständige Erfahrungsdimension der methodisch breit angelegten Untersuchungsgruppe darstellt. Vielmehr basiert die implizite Logik der Versorgungspraxis auf einer gemeinsam geteilten Erfahrung, die als Grundproblem professioneller Versorgung gelten kann: *das Spannungsverhältnis zwischen verstehenden und instrumentellen Handlungslogiken*. So muss in jeder Versorgungssituation ein sozial verstehender Zugang zum Gegenüber gefunden werden, was ein Sich-Einlassen auf und Zulassen von persönlicher Betroffenheit erfordert, während auf der anderen Seite immer auch instrumentellen Handlungsanforderungen entsprochen werden muss, denen eine Logik der Objektivierung, Kategorisierung und (Stereo-)Typisierung des Gegenübers inhärent ist.

Instrumentelle Handlungsanforderungen:

Hierzu gehören manuelle Praktiken und Handlungsrouninen, wie das Anlegen eines Wundverbands. Ebenso zählen hierzu weitgehend standardisierte Abläufe der Einstufung und Zuordnung von Personen, beispielsweise die Erhebung eines vorab definierten Bedarfs oder der Abschätzung eines Gefährdungsrisikos.

Das hier charakterisierte Spannungsverhältnis müssen die Fachkräfte situativ immer wieder aufs Neue regulieren und zwar unabhängig davon, ob es sich hierbei um herkunftshomogene oder -heterogene Akteurskonstellationen handelt. Anhand der Art und Weise, wie die Akteure im Feld der Altenhilfe mit dem oben beschriebenen Grundproblem professioneller Versorgung umgehen, lassen sich drei verschiedene Versorgungsmilieus mit jeweils milieuspezifischen Versorgungsstilen voneinander abgrenzen. Die Orientierungsrahmen dieser Milieus werden im Folgenden zunächst benannt und im Anschluss näher erläutert:

Typus A

Der Vorrang der instrumentellen Expertise

Typus B

Die Balance zwischen der Anerkennung der individuellen Autonomie der Person und dem Prinzip der Versorgung

Typus C

Der professionelle Zugang zu gemeinsam geteilten Erfahrungsräumen

Typus A: Der Vorrang der instrumentellen Expertise

Bei diesem Versorgungsstil kommt dem sozial verstehenden Handeln eine nachrangige bzw. untergeordnete Bedeutung zu, denn allein das instrumentelle Handeln wird von den Repräsentantinnen und Repräsentanten dieses Milieus als „richtiges Arbeiten“ empfunden. Beziehungsaspekte werden dagegen im beruflichen Kontext auf rollenförmiges Handeln und eine stereotypisierende Wahrnehmung des Gegenübers begrenzt. Vor diesem Hintergrund gibt es für die Repräsentantinnen

¹ Weitere Informationen über die Untersuchungsgruppe und zum methodischen Vorgehen sind in Khan-Zvorničanin 2016 nachzulesen.

und Repräsentanten dieses Versorgungsmilieus nur zwei Kategorien von Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten: solche, die sich „normal“ bzw. rollenkonform verhalten, sodass instrumentelles Handeln reibungsfrei möglich ist und solche, die sich „nicht normal“ verhalten, indem sie nicht oder zumindest nicht auf eine von den Akteuren fraglos vorausgesetzte Weise „mitmachen“, sodass das instrumentelle Handeln erschwert oder unmöglich wird. Aus diesem Grund erleben die Repräsentantinnen und Repräsentanten dieses Milieus das Thema Versorgung im Migrationskontext nur dann als problematisch, wenn hiermit eine Abweichung von der „normalen“ Klienten- bzw. Patientenrolle verbunden ist. Dagegen werden jene Migrantinnen und Migranten, die sich stillschweigend in die von ihnen erwartete Patientenrolle einfinden (können) und damit die Expertenmacht dieses Milieus faktisch anerkennen, als unproblematisch und „gut integriert“ wahrgenommen. Exemplarisch kommt dies anhand der folgenden Textstelle zum Ausdruck. Darin schildert eine Pflegefachkraft aus der stationären Altenhilfe ihre Erfahrungen mit einem Patienten türkischer Herkunft:

„Den haben wir innerhalb von ‘nem halben Jahr auf Vordermann gekriegt. Der hat nicht ein Wort Deutsch gesprochen, aber wohl verstanden. Bei Parkinson musst du ja alle vier Stunden deine Medikamente nehmen und dann hat man die Krankheit halbwegs im Griff. Der war bettlägerig mit so ‘nem offenen Hintern. Nach ‘nem halben Jahr war der Dekubitus [= Druckgeschwür] weg. Der war gepflegt, der stand alle vier Stunden vor der Küche und hat seine Tabletten verlangt, also er stand da und guckte und wir wussten, er will seine Tabletten holen.“

Pflegekraft A, stationäre Altenpflege

Obwohl eine sprachliche Verständigung mit dem Patienten nicht möglich ist, hat dieser seine Patientenrolle „wohl verstanden“, was aus der Sicht der Mitarbeiterin zu einem erfolgreichen Behandlungsverlauf geführt hat („auf Vordermann gekriegt“, „der war gepflegt“).

Typus B: Die Balance zwischen der Anerkennung der individuellen Autonomie der Person und dem Prinzip der Versorgung

Für die Repräsentantinnen und Repräsentanten des Typus B stellt die Handlungspraxis des Versorgungsmilieus Typus A einen negativen Gegenhorizont dar, von dem diese sich implizit abgrenzen. Hierbei wird der eigene Versorgungsstil als gelungenes Ergebnis eines Lern- und Neuorientierungsprozesses präsentiert. Charakteristisch für diesen neueren Versorgungsstil ist ein als Dienstleistung am Individuum zu charakterisierender ‚Blick‘ auf die Adressaten des Hilfesystems, welche abwechselnd mal als „Kunden“, mal als „Klienten“ bezeichnet werden.

„Also so ein Dienstleistungsgedanke auch, wir möchten gerne zufriedene Kunden haben und Klienten und möchten mit unserer Arbeit auch zufrieden sein und auch eine Ergebnisqualität haben für uns.“

Sozialarbeiterin einer Fachberatungsstelle der offenen Altenhilfe

Versorgung im Migrationskontext stellt sich für die Repräsentantinnen und Repräsentanten des Typus B auf der handlungspraktischen Ebene als eine professionelle Herausforderung wie jede andere dar. Da sich ihr Aufmerksamkeitsfokus insbesondere auf individuelle Wünsche und Bedürfnisse des Gegenübers richtet, werden

migrationsbezogene Unterschiede zu einem Aspekt individueller Verschiedenheit. Berufszufriedenheit resultiert hier vor allem aus dem Auffinden von Konfliktlösungen, die einen Interessensausgleich schaffen, indem sie Nutzerinteressen ebenso dienen wie der Systemerhaltung:

„... dass nie eine Meinung zählt und wir überlegen, was ist der nächste Schritt? Und wenn dieser für beide Seiten gut funktioniert, dann können wir ihn weitermachen und wenn nicht, dann müssen wir eben noch einmal zusammenkommen.“

*Wohnbereichsleiterin einer
Altenpflegeeinrichtung*



Africa Studio / Fotolia

In Abgrenzung zum Versorgungsmilieu Typus A dokumentiert sich hier die Anerkennung eines fremden Normalitätshorizontes bzw. der individuellen Autonomie des Gegenübers als ein Ausdruck sozial verstehenden Handelns. Ebenso findet das Prinzip der Versorgung Berücksichtigung, welches dem instrumentellen Handeln im Versorgungskontext zugrunde liegt.

Typus C: Der professionelle Zugang zu gemeinsam geteilten Erfahrungsräumen

Ein besonderes professionelles Können im Bereich der Verstehens- und Beziehungsarbeit findet sich beim Versorgungsmilieu Typus C. Zwar verweist die Handlungspraxis dieses Typus, ähnlich wie die des Typus B, auch auf einen Ausgleich zwischen verstehenden und instrumentellen Handlungslogiken im Versorgungsprozess, wodurch sich ein gemeinsam geteiltes Abgrenzungsmerkmal der Typen B und C gegenüber dem Versorgungsmilieu Typus A ergibt – denn typisch für Letzteres ist ja die Unterordnung von Prinzipien des sozialen Verstehens unter die des instrumentellen Handelns. Jedoch weist allein der Typus C einen habituellen Versorgungsstil auf, der als ein professioneller Zugang zu gemeinsam geteilten Erfahrungsräumen bezeichnet werden kann. Hieraus resultiert eine als authentisch und übereinstimmend erlebte Situation der Verbundenheit mit dem Gegenüber jenseits rollenförmigen Handelns und jenseits der Vagheit „kommunikativer“ Annäherung. Zugleich reguliert dieser habituelle Beziehungs- und Verständigungsmodus dieses Milieus das Spannungsverhältnis zwischen verstehenden und instrumentellen Handlungslogiken. So wirkt die Suche nach Übereinstimmung als ein Begegnungs- und Verständigungsmodus, der der Objektivierung des Gegenübers in Phasen instrumentellen Handelns entgegengewirkt. Hierdurch werden die für soziale Berufe typischen grenzüberschreitenden Tätigkeiten (z. B. Befragung über intime Details, körperliche Berührungen) als weniger belastend erlebt, da persönliche Grenzen des Gegenübers (z. B. Schamgrenzen, unverarbeitete Themen) stillschweigend erkannt und gewahrt oder auf der Grundlage einer verstehenden Beziehung angemessen kommuniziert werden können. Exemplarisch kommt der professionelle Zugang zum konjunktiven Erfahrungsraum im folgenden Interviewausschnitt zum Ausdruck:

„Wenn ich den Erstbesuch mache, frage ich, was ist für Ihre Mutter wichtig, wie ist sie denn? ... [Und] dann muss man mit ihr selbst erleben, selbst erleben, individuell, was will sie jetzt? Ja, diese Empathie müssen wir – können wir – nur mit ihr dann eben reingehen und weitermachen.“

Pflegekraft und Geschäftsführerin einer ambulanten Pflegeeinrichtung

Situatives „selbst Erleben“ und beziehungsmaßiges „Reingehen“ verweisen auf das implizite Wissen der Interviewpartnerin, wie sie einen gemeinsam geteilten Erfahrungsraum zum Gegenüber aufspürt.

Chancen und Herausforderungen der drei Versorgungsmilieus

Vor dem Hintergrund der hier vorgestellten Forschungsbefunde soll folgende Frage diskutiert werden: Welche Chancen und Herausforderungen bergen die drei rekonstruierten Versorgungsstile für eine gelingende kommunale Altenplanung und Gesundheitsförderung in einer Migrationsgesellschaft?

Beim Versorgungsmilieu Typus A stellt dessen mangelhafte Anpassungsfähigkeit an unterschiedliche Bedürfnisse und Normalitätsverständnisse eine potenzielle Schwierigkeit dar in Bezug auf den Umgang mit Heterogenität und die Implementierung von Innovationen. Sein primär auf instrumentelle Aspekte fokussierter Habitus resultiert aus der Erfahrung, kontinuierlich unter einem hohem Handlungs- und Verantwortungsdruck zu stehen bei gleichzeitig geringen professionellen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen. Aus diesem Grund werden Interventionen, die dem durch Restriktionen und Handlungsdruck geprägten Erfahrungshorizont des Versorgungsmilieus Typus A nicht Rechnung tragen, kaum eine Veränderung seiner Handlungspraxis bewirken können.

Anders als der Versorgungsstil Typus A können die Typen B und C als Beispiele gelingender Praxis gelten. Hier stellt sich die Frage, unter welchen Umständen eine Übertragbarkeit auf andere Bereiche gegeben ist. Da die beiden Versorgungsmilieus – anders als der Typus A – über ein hohes Maß an professioneller Handlungs- und Entscheidungsfreiheit verfügen, sollte dieser Aspekt als ein Gelingensfaktor bei der Planung und Programmgestaltung auf der Ebene kommunaler Steuerung dort, wo dies möglich ist, Berücksichtigung finden. Darüber hinaus verdient das besondere professionelle Können des Versorgungsmilieus Typus C eine genauere Betrachtung. Dieser Versorgungsstil weist eine hohe Anschlussfähigkeit an das Konzept der Transkulturalität (Welsch 1994) auf, welches insbesondere Domenig (2001, 2003) und Uzarewicz (2003) bereits als Handlungs- und Kompetenzkonzept für die Gesundheits-, Sozial- und Pflegeberufe fruchtbar gemacht haben. Anders als die Konzepte der Multi- und Interkulturalität, welche rein diskursive Konstruktionen darstellen, ist das Konzept der Transkulturalität in der Handlungspraxis fundiert (vgl. Khan-Zvorničanin 2016: 273f). Während die Funktion der ersten beiden Konzepte darin besteht, Differenzkonstruktionen zu erzeugen, was Welsch zufolge auch „normativ gefährlich“ (Welsch 1994) ist, weil dies politischen Konflikten und Kriegen den Boden bereitet, betont das Konzept der Transkulturalität erfahrungsfundierte Gemeinsamkeiten ohne dabei existierende Differenzen zu leugnen (vgl. ebd.). Auf diese Weise wird dieses Kulturkonzept in hohem Maße den neuartigen kulturellen Verflechtungen gerecht, die als Folge von Migrationsprozessen, weltweiten Verkehrs- und Kommunikationssystemen sowie ökonomischen Interdependenzen entstanden sind (vgl. Welsch 2002). Da das Konzept der Transkulturalität, anders als reine „fachliche Vi-

sionen“ (vgl. Gaitanides 2006: 224), bereits in der Handlungspraxis fundiert ist, hat es das Potenzial, zu einem Leitkonzept gelingender kommunaler Altenplanung und Gesundheitsförderung einer durch Migration geprägten Gesellschaft zu avancieren.

Kontakt

Dr. Meggi Khan-Zvorničanin

Camino – Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung
im sozialen Bereich gGmbH

meggikhan@camino-werkstatt.de

Literatur:

Bohnsack, R. (2001). Dokumentarische Methode. Theorie und Praxis wissenssoziologischer Interpretation. In T. Hug, *Wie kommt Wissenschaft zu Wissen? Einführung in die Methodologie der Sozial- und Kulturwissenschaften* (Bd. 3, S. 326-345). Baltmansweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Bohnsack, R. (2007a). Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse: Grundprinzipien der dokumentarischen Methode. In R. Bohnsack, Nentwig-Gesemann, & A.-M. Nohl, *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (S. 225-253). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bohnsack, R. (2007b). Dokumentarische Methode. In R. Buber, & H. Holzmüller, *Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen* (S. 221-230). Wiesbaden: Gabler Verlag.

Bohnsack, R. (2010). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.

Bourdieu, P. (1982). *Die feinen Unterschiede – Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

ces – centrum für qualitative evaluations- und sozialforschung e. V. (o. J.). *Wie wir arbeiten*. Online: www.ces-forschung.de/index.php/ces-ug/wie-wir-arbeiten-ug (Zugriff: 04.11.2016).

Domenig, D. (2001). *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Verlag Hans Huber.

Domenig, D. (2003). *Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung*. In T. Borde, & M. David (Hrsg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen* (S. 85-103). Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.

Gaitanides, S. (2006). *Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste*. In H.-U. Otto, & M. Schrödter, *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft*. np Sonderheft 8 (S. 222-234). Lahnstein: Verlag neue praxis.

Khan-Zvorničanin, M. (2016). *Kultursensible Altenhilfe? Neue Perspektiven auf Programmatik und Praxis gesundheitlicher Versorgung im Alter*. Bielefeld: transcript Verlag.

Polanyi, M. (1985 [1966]). *Implizites Wissen*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Uzarewicz, C. (2003). *Transkulturalität und Interaktion. Theorie – Methodik – Praxis*. In D. Sing, & E. Kistler (Hrsg.), *Lernfeld Altenpflege. Praxisprojekte zur Verbesserung der Dienstleistung an und mit alten Menschen* (S. 159-175). München: Rainer Hampp Verlag.

Welsch, W. (1994). *Transkulturalität – Die veränderte Verfassung heutiger Kulturen*. Europäisches Kultur- und Informationszentrum Thüringen (Hg.): VIA REGIA – Blätter für internationale kulturelle Kommunikation. Abgerufen am 30. 11. 2014 von http://via-regia-kulturstrasse.org/bibliothek/pdf/heft20/welsch_transkulti.pdf (ohne Seitenangabe).

Welsch, W. (2002). *Netzdesign der Kulturen*. Zeitschrift für Kulturaustausch online: *Der Dialog mit dem Islam. Zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. Abgerufen am 30. 11. 2014 von <http://cms.ifa.de/index.php?id=welsch> (ohne Seitenangabe).

Gesundheitsförderung bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund: Praxisbeispiel DOSB-Projekt „Zugewandert und Geblieben“

VICTORIA ARBUZOVA

Brandenburgische Sportjugend im Landessportbund Brandenburg e. V.

Die Brandenburgische Sportjugend im Landessportbund Brandenburg e. V. war eine der vom Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) ausgewählten Mitgliedsorganisationen, die sich an der Umsetzung des Projektes „ZuG“ (Zugewandert und Geblieben) beteiligten. Das Projekt wurde im Zeitraum von Juni 2013 bis Juli 2016 vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und richtete sich an Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund ab einem Alter von 60 Jahren. Ziel des Projektes war es, neue Zugangswege zu der Zielgruppe zu erarbeiten und zielgruppengerechte Sportangebote zu entwickeln. In der Praxis ging es darum, ältere Migrantinnen und Migranten an den organisierten Sport heranzuführen, ihnen den Zugang zu Sport- und Gesundheitsangeboten zu ermöglichen und somit ein aktives gesellschaftliches Leben in Deutschland zu fördern.



Quelle: Brandenburgische Sportjugend

Aufgrund seiner Innovativität und der mangelnden Erfahrung zur Umsetzung solcher Projekte wurde das ZuG-Projekt von der Universität Nürnberg wissenschaftlich begleitet, seine Ergebnisse sollen im Weiteren eine Grundlage für ähnliche Projekte werden. Bereits die Zwischenergebnisse zeigten eindeutig, wie schwierig es ist, ältere Migrantinnen und Migranten für den Sport zu gewinnen, wie mühsam und steinig der Weg von der Ansprache älterer Menschen bis zum Erfolg – Eintritt in den Verein – ist.

Ältere Migrantinnen und Migranten standen in Brandenburg noch nie im Fokus von Integrationsprojekten. In diesem Sinne war die Gruppe lange isoliert. Mit der Umsetzung des Projektes „Zugewandert und Geblieben“ strebte die Brandenburgische Sportjugend Gesundheitsförderung von älteren Menschen mit Migrationshintergrund und ihre allmähliche Gewinnung für den organisierten Sport, aber auch ihre Herauslösung aus der Isolation, an. Die Sportjugend nahm sich dabei vor, verschiedene Zugangswege zu älteren Migrantinnen und Migranten sowie verschiedene Vorgehensmodelle in der Arbeit mit der neuen Zielgruppe zu erproben.

Für das Projekt konnten fünf brandenburgische Sportvereine gewonnen werden:

- Stützpunktverein *TSV Blau-Weiß 65 Schwedt e. V.*
- Migrantenvereine: *Makkabi Brandenburg e. V.* und *My Happy Body Cottbus; Sport- und Gesundheitszentrum Cottbus*
- *SV Motor Eberswalde e. V.* in Kooperation mit der Migrantenselbstorganisation *Kontakt Eberswalde e. V.*

Einen weiteren wichtigen Ansatzpunkt stellten dabei sogenannte „Kümmerer“ oder „Brückenbauerinnen und -bauer“ dar, die möglichst selbst einen Migrationshintergrund und geeignete Sprachkenntnisse haben sollten. Wie es sich bereits erwies, wird dadurch ein besserer Kontakt zu der Zielgruppe erreicht und mehr Vertrauen

seitens der älteren Menschen aufgebaut – gegenüber dem Projekt und dem System des organisierten Sports in Deutschland.

Jeder Verein gestaltete in Absprache mit den Seniorinnen und Senioren mindestens einen Kurs, wobei die Wünsche und Bedürfnisse der älteren Migrantinnen und Migranten sowie kulturelle Besonderheiten ihrer Herkunftsländer beachtet wurden. Die Kurse hatten Gesundheitsförderungscharakter, zielten also darauf ab, mehr Beweglichkeit in den Alltag der Seniorinnen und Senioren zu bringen sowie die körperliche Aktivität zu fördern. Folgende Erfahrungen konnten in den teilnehmenden Vereinen vor Ort gesammelt werden:



Quelle: Brandenburgische Sportjugend

Cottbus

Den Cottbuser Vereinen gelang es, über die Migrationsbeauftragten der Stadt Cottbus (Diakonie und AWO) an die Zielgruppe heranzukommen. Der Verein „My Happy Body“ bot älteren Migrantinnen einen modernen Zumba-Kurs an. 20 Seniorinnen nahmen am Kurs teil. Im Sport- und Gesundheitszentrum Cottbus bildete sich eine gemischte Seniorengruppe mit ca. 12 Teilnehmenden. Der Kurs orientierte sich am allgemeinen Sport und Gesundheitssport.

Schwedt

Trotz der Motivation und Bereitschaft des Vereins, an dem Projekt teilzunehmen, scheiterten erste Versuche, Migrantinnen und Migranten anzusprechen und sie für das Projekt zu gewinnen. Problematisch war gerade die Kontaktaufnahme mit älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Es fehlte an Zugangswegen zur Zielgruppe sowie an der dafür passenden Ansprechperson. Sichtbare Erfolge brachten erst die Kooperation mit der Migrationsstelle in der Region und der Einsatz einer Migrantin als „Kümmerin“ für die Ansprache potenzieller Teilnehmender. Die Kontakte der Migrationsberatung zu Menschen in Schwedt ermöglichten einen Zugang zu älteren Migrantinnen und Migranten. Fast innerhalb einer Woche gelang es, das ZuG-Projekt in Schwedt in Gang zu setzen und die Gruppe zu starten. Die Sportgruppe bestand aus 15 Personen, 11 Frauen und vier Männern. Sie traf sich einmal wöchentlich für eine Stunde zum gemeinsamen Sporttreiben.

Brandenburg an der Havel

Die Seniorengruppe bildete sich über persönliche Ansprache von Seniorinnen und Senioren durch den Übungsleiter, der selbst einen Migrationshintergrund hat. Dies ermöglichte die Absprache der Kursgestaltung und aller wichtigen Details vor Ort. Die Gruppe trainierte dreimal pro Woche. Der Verein bot den Seniorinnen und Senioren Gesundheitssport, Reha und Prävention im orthopädischen und kardiologischen Bereich. Im Mittelpunkt stand dabei das Wohlbefinden der Teilnehmenden.

Eberswalde

Der Zugang zu Älteren mit Migrationshintergrund erfolgte in Eberswalde über die Migrantenselbstorganisation „Kontakt Eberswalde“ e. V. und den Verein „SV Motor Eberswalde“, der zum damaligen Zeitpunkt schon lange im Integrationsprojekt der Sportjugend tätig war. Für Seniorinnen und Senioren wurden Infoveranstaltungen organisiert, in deren Rahmen das ZuG-Projekt vorgestellt wurde. Es bildeten sich drei Gruppen – eine Frauengruppe, eine Männergruppe und eine gemischte Gruppe. Die Frauen entschieden sich für einen allgemeinen Sportkurs, Männer spielten



Quelle: Brandenburgische Sportjugend

Schach und die gemischte Gruppe übte Qigong, eine Kombination aus Kampfkunst und Bewegungsmediation.

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind eine **sehr sensible Zielgruppe** und bedürfen somit eines höheren Ressourceneinsatzes. In einem fortgeschrittenen Alter erfolgt die Integration besonders mühsam. Mit der zunehmenden Routine des Alltags erlischt zudem die Motivation zu weiterer Integration. Es baut sich langsam eine Komfortzone unter den neuen Bedingungen auf, die ungern verlassen wird. Das erklärt auch eine gewisse Zurückhaltung und manchmal auch negative Einstellung älterer Menschen gegenüber Neuem.

Ein solcher Bereich wie der organisierte Sport in Deutschland stellt generell ein neues „Feld“ für die meisten Migrantinnen und Migranten dar und für die Älteren unter ihnen insbesondere. Sie verfügen über geringe oder gar **keine Kenntnisse über die Sportstrukturen** in Deutschland, da das Sportsystem in ihren Herkunftsländern meistens anders organisiert war. Und das für jeden Einheimischen bekannte Wort „Sportverein“ löst bei ihnen erst einmal viele Fragen und Skepsis aus.

Kulturell bedingt scheint auch die generelle **Einstellung älterer Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber Sport** zu sein. Sport im engeren Sinne gilt für sie als Präferenz jüngerer Generationen, obwohl die Vorteile regelmäßigen Sporttreibens und sein krankheitspräventiver und gesundheitsfördernder Charakter den Seniorinnen und Senioren bewusst sind. Für ältere Menschen sind eher alltägliche und mit der Haushaltsführung und dem Familienleben verbundene Bewegungsformen und Aktivitäten üblich.

Einen Stolperstein bilden meistens **geringe Sprachkenntnisse** und damit verbundene Hemmungen. Dies gilt nicht nur für den Sport, sondern für alle anderen Lebensbereiche. Sie haben Angst, in einem neuen Kreis nicht richtig verstanden zu werden bzw. Gesprächspartnerinnen und -partner nicht zu verstehen. Dies lässt Migrantinnen und Migranten weiterhin unter sich bleiben. Ohne Notwendigkeit setzen sie sich äußeren „Schwierigkeiten“ nicht aus. Deshalb bleiben sie lieber unter sich.

Eine nicht genügend offene und interkulturell ausgerichtete **Willkommenskultur** der Sportvereine kann ebenfalls eine Barriere auf dem Weg älterer Migrantinnen und Migranten zum organisierten Sport sein.

Vereine sollen daher für das Thema sensibilisiert werden und an ihrer Willkommenskultur arbeiten. Beim Sporttreiben ist es entscheidend, wie wohl sich die Teilnehmenden in der Gruppe fühlen. Bei Migrantinnen und Migranten kommt es ebenso wie bei Einheimischen auf die Wahrnehmung an, im Verein als vollwertige Mitgliederinnen und Mitglieder angenommen zu werden.

Zugewandert und Geblieben (ZuG)

Im Rahmen des Projektes gelang es, circa 100 Senioren und Seniorinnen mit Migrationshintergrund für regelmäßiges und gesundheitsorientiertes Sporttreiben zu gewinnen. Die Teilnehmenden probierten sich in verschiedenen Sportarten aus. Die Bandbreite der Sportangebote der brandenburgischen Vereine war sehr breit aufgestellt. Sie reichte von ganz klassischen allgemeinen Sportkursen über intensive Sportarten wie Volleyball bis hin zu exotischem Qigong und trendigem Zumba. Auch

wenn manche Sportangebote bereits bestehende Kurse der Vereine waren, wurden sie genau **auf die Teilnehmenden zugeschnitten**. Zudem wurden **neue Übungsleiterinnen und -leiter** sowie **Multiplikatorinnen und Multiplikatoren** mit und ohne Migrationshintergrund gewonnen. Im Laufe des Projektes nahmen viele von ihnen an der Qualifikationsmaßnahme der Brandenburgischen Sportjugend „Sport interkulturell“ teil, die auf die Sensibilisierung der Bevölkerung in Fragen rund um die Integration und auf die Vermittlung bzw. Entwicklung notwendiger Kompetenzen für erfolgreiche Integrationsarbeit abzielt.

Fazit

Zusammenfassend sind ältere Menschen also eine besondere Gruppe, die etwas mehr Aufmerksamkeit und Zeiteinsatz braucht. Wegen geringer Kenntnisse der Sportstrukturen in Deutschland ist das Misstrauen gegenüber den Sportangeboten und Sportvereinen relativ groß. So muss zunächst das Vertrauen älterer Migrantinnen und Migranten gewonnen werden. Der Prozess gestaltet sich kaum ohne sogenannte „Brückenbauerinnen und -bauer“, die selbst einen Migrationshintergrund haben und interkulturelle Kompetenzen besitzen. Sie können Seniorinnen und Senioren praktisch an die Hand nehmen und auf dem Weg in einen Sportverein begleiten. Parallel dazu arbeiten sie mit den Vereinen und unterstützen diese in der Gestaltung spezifischer Sport- und Gesundheitsangebote für Ältere mit Migrationshintergrund. Erwähnenswert ist, dass nach dem Projektabschluss die meisten Seniorengruppen erhalten geblieben sind. Sie werden nun durch das Programm „Integration durch Sport“ des DOSB unterstützt.

Kontakt

Victoria Arbuzova
Brandenburgische Sportjugend im Landessportbund Brandenburg e. V.
victoria.arbuzova@sport-fuer-alle.net

Gesundheit im Alltag geflüchteter älterer Menschen

PROF. DR. JOSEFINE HEUSINGER

Hochschule Magdeburg-Stendal

Wenn von den in die Bundesrepublik geflüchteten Menschen die Rede ist, denken wohl die meisten an junge Leute. Zu Recht, denn ein gutes Viertel von ihnen ist unter 16, insgesamt rund drei Viertel sind unter 30 Jahre alt. Das verstellt leicht den Blick auf die 3,7 Prozent über 50-Jährigen, die 2016 erstmals einen Asylantrag stellten (BAMF 2016-7). Oft sind sie in Begleitung von Familienangehörigen geflohen und anders als in den anderen Altersgruppen sind unter den über 65-Jährigen etwas mehr Frauen als Männer (ebd). Sehr kranke oder gebrechliche Alte sind langen Fluchtrouten nicht gewachsen, ältere Menschen suchen in aller Regel eher im Heimatland oder Nachbarstaaten Schutz. Zusätzlich ist das Leben in den Armut- und Krisenregionen der Welt oft so belastend, dass die Lebenserwartung weitaus geringer ist als in Europa. Aber auch wenn der Anteil älterer Geflüchteter in Deutschland gering ist, stellt sich die Frage, ob und wenn, welche besonderen Ressourcen und Bedarfe diese Menschen haben.

Der United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2000) stellt dazu in einem Policy-Papier zu älteren Flüchtlingen fest:

„Die Potenziale älterer Menschen dürfen nicht übersehen werden. Es sind Menschen mit einem großen Erfahrungs- und Wissensschatz, die sehr gut in der Lage sind, sich an Entscheidungen und Aktivitäten zu beteiligen, die ihr eigenes Leben und das ihrer Familien und Communities betreffen. Hilfen für alte Flüchtlinge, die diese nur als verletzte Individuen wahrnehmen, die mit Essen und Obdach versorgt werden müssen, sind nicht ausreichend; sie müssen als wertvolle Mitglieder ihrer Gemeinschaften behandelt werden.“ [Übersetzung der Autorin]

Wie sich das aus Sicht der Betroffenen darstellt, wurde im Rahmen eines Seminars im Studiengang Soziale Arbeit im Frühsommer 2016 an der Hochschule Magdeburg untersucht. Dazu wurden zunächst wissenschaftliche Recherchen vorgenommen. Sie zeigen, dass es über diese Zielgruppe in Europa bisher nur wenig Forschung gibt. Untersuchungen bei über 60-jährigen syrischen Geflüchteten in Flüchtlingslagern im Libanon und in Jordanien, die Help Age (2014) durchführen ließ, ergaben, dass mehr als zwei Drittel von ihnen schwer psychisch belastet sind, 77 Prozent haben besondere Bedarfe. Für Ältere ist während der Flucht der Zugang zu Hilfen oft problematisch, die Anpassung an die neue Umgebung kann ihnen besonders schwerfallen und ihre Stellung in der Familie kann sich verändern (Bolzmann 2014, 2ff). Als meist angesehene Familienmitglieder, die Verantwortung tragen, leiden sie besonders darunter, wenn ihre Familien auseinander gerissen werden oder sie sie nicht schützen können. Angesichts der Arbeitsmarktlage in Magdeburg, bei der erwerbslose über 50-Jährige kaum erwarten dürfen, noch einmal in Arbeit zu kommen, stellt sich außerdem die Frage nach ihren Integrationsperspektiven in Deutschland.

In Kleingruppen interviewten die Studierenden des Seminars vier Frauen und sechs Männer aus Syrien und Afghanistan im Alter zwischen 51 und 62, deren Flucht sie nach Magdeburg geführt hat. Sie waren zum Interviewzeitpunkt seit drei bis 24 Monaten in der Bundesrepublik, wohnten überwiegend in Gemeinschaftsunterkünften, drei in eigenen Wohnungen. Zwei warteten noch auf ihre Anhörung im Asylverfahren, die anderen auf die Entscheidung. Einer von ihnen, ein mittlerweile 60-jähriger Arzt

aus Afghanistan, wartet seit nunmehr zwei Jahren. Mehrere beschreiben teils drastisch, wie sie unter der Untätigkeit leiden:

„Wenn ich arbeite nicht, dann bin ich krank.“

Neben der Erleichterung, den Kriegen und Bedrohungen entkommen zu sein, belastet die Sorge um die Angehörigen in der Heimat fast alle Befragten. Die Chancen auf Familienzusammenführung werden immer wieder erwogen, das Wissen über die Asylgesetzgebung ist jedoch oft gering, Beratungsstellen zum Asylverfahren waren im Gegensatz zur Sozialberatung keinem bekannt. Einige leisteten sich Rechtsbei-

stand. Wer darf, besucht einen Sprachkurs, andere nutzten ehrenamtliche Angebote. Mehrere berichteten jedoch, dass es ihnen sehr schwer falle, dem Sprachkurs zu folgen. Zwei Frauen haben nie lesen und schreiben gelernt, andere beklagten, sich nicht konzentrieren zu können. Spezialisierte Angebote für Analphabetinnen und Analphabeten oder Ältere gibt es nicht. Die Sprachbarriere behindert die Teilhabe, die Kontakte zu Deutschen und nicht zuletzt die Verständigung auf Ämtern und bei Arztbesuchen. Dolmetschende werden nur sehr selten gestellt, meist müssen Angehörige oder Bekannte aushelfen – oder die Kommunikation erfolgt mit „Händen und Füßen“, manchmal auch mit per Telefon zugeschalteten Bekannten.



S. Hofschläger/pixelio.de

Im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung sind die Älteren zunächst von den gleichen gesetzlichen Restriktionen betroffen wie alle Geflüchteten: In Magdeburg bekommen sie bisher keine Gesundheitskarte, vor jedem Arztbesuch ist im Sozialamt ein Behandlungsschein zu besorgen, über dessen Bewilligung Mitarbeitende des Sozialamtes entscheiden. Die Fahrkarten für Ämter- und Arztbesuche müssen vom Taschengeld bezahlt werden. Magdeburgs (Fach-)Ärztinnen und -Ärzte sind oft ohnehin überlastet, fast alle Befragten berichten von langen Wartezeiten auf Termine und teilweise von Problemen, überhaupt in einer Praxis angenommen zu werden. Die eingeschränkten Gesundheitsleistungen für Geflüchtete betreffen Ältere besonders: Ein alter Mann hat auf der Flucht seine Zahnprothese verloren, eine neue müsste er selbst zahlen, wofür ihm das Geld fehlt. Eine 60-jährige mit Gehbehinderung musste sich den benötigten Rollator von ihrem Neffen kaufen lassen. Die eingeschränkte Diagnostik und Beschränkung der Behandlungen auf das Nötigste trifft Ältere ebenfalls besonders schwer: Eine 51-jährige Afghanin, die mit zwei minderjährigen Kindern, darunter einem behinderten Jungen, allein in die Bundesrepublik gekommen ist, leidet unter „Nervosität“, Angst und Schlafstörungen. Als Therapie erhielt sie Beruhigungsmittel, auf eine mögliche Traumatisierung wurde sie nicht untersucht. Dabei stellten wissenschaftliche Untersuchungen aus den vergangenen Jahren wiederholt fest, dass zwischen 33 und 50 Prozent der Geflüchteten Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung aufweisen (vgl. zusfsd. Baron et al 2014). Es mangelt an geeigneten, geschweige denn altersspezifischen Therapieangeboten. Andere Befragte beklagen, dass sie sich nicht ernst genommen fühlen, wenn sie ihre Schmerzen berichten und nur Tabletten bekommen, ohne dass ihrer Ansicht nach

die Ursachen abgeklärt worden wären. Unterschiedliche Krankheitsverständnisse und immer wieder Verständigungsschwierigkeiten wegen fehlender Dolmetschen kommen hinzu.

Was könnte also älteren Geflüchteten helfen, in einem umfassenden Sinne gesund zu bleiben oder zu werden?

- Ältere Menschen, die nach Deutschland geflüchtet sind, bringen viele Kompetenzen mit, die gemeinsam mit ihnen systematisch erschlossen werden sollten. Ihre Aussichten auf Integration durch Arbeit sind jedoch meist begrenzt. Trotzdem wünschen sich viele die Chance, sich durch sinnvolle (ehrenamtliche) Tätigkeiten in die Gesellschaft einzubringen.
- Ältere Geflüchtete sollten bevorzugt das Recht erhalten, zu Familienangehörigen in anderen Städten der Bundesrepublik zu ziehen, bei denen sie Unterstützung in der Alltagsbewältigung und der Anpassung an die neue Lebenslage bekommen können.
- Ältere Geflüchtete brauchen verstärkt spezielle, ihren Möglichkeiten angepasste Deutschkurse.
- Die Asylgesetzgebung behindert die Lösung vieler, auch für Ältere sehr drängender Probleme. Informationen und Beratung zum Asylverfahren sind für sie besonders wichtig.
- Ältere Geflüchtete brauchen eine umfassende, kultursensible Gesundheitsversorgung in Diagnostik und Behandlung, besonders in der Versorgung mit Hilfsmitteln, und Unterstützung beim Zugang zu (Fach-)Ärztinnen und Ärzten. Die Anordnung einer großzügigen Bewilligungspraxis bei Behandlungsscheinen und Hilfsmitteln, Sprechstunden in den Unterkünften und spezialisierte Angebote bei Krankenhäusern, die außerdem gezielt weitervermitteln, können erste Schritte sein. Ziel sollte die flächendeckende Einführung einer Gesundheitskarte mit den Leistungsansprüchen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung sein.

Kontakt

Prof. Dr. Josefine Heusinger
Hochschule Magdeburg-Stendal
josefine.heusinger@hs-magdeburg.de

Literatur:

Baron, J. et al (2014): Traumatisiert. Ausgegrenzt. Unterversorgt. Versorgungsbericht zur Situation von Flüchtlingen und Folteropfern in den Bundesländern Sachsen, Sachsen Anhalt und Thüringen. Hrsg. von: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF e.V.), refugio thüringen e.V., Psychosoziales Zentrum für MigrantInnen Sachsen-Anhalt e.V. und Cactus e.V.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [BAMF] (2016): Aktuelle Zahlen zu Asyl (07/2016). Online unter: www.bamf.de/DE/Infothek/Statistiken/Asylzahlen/AktuelleZahlen/aktuelle-zahlen-asyl-node.html

HelpAge International (2014): Hidden victims of the Syrian crisis: disabled, injured and older refugees. Online: www.helpage.de/material/HiddenVictimsoftheSyrianCrisis.pdf.

UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees (2000): UNHCR's Policy on Older Refugees, 19 April 2000, EC/50/SC/CRP.13, Annex II, Online unter: www.refworld.org/docid/47036b502.html

Impressum

Gesundes Altern in vielen Welten.
Gesundheit von älteren Zugewanderten

Herausgeber

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
Koordinierungsstelle
Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg
Behlerstraße 3a, Haus H1
14467 Potsdam
www.gesundheitbb.de
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/brandenburg

Redaktion

Ute Sadowski (V.i.S.d.P.)

Autorin

Carola Pöhlmann
Koordinierungsstelle
Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg
Gesundheit Berlin-Brandenburg

Satz und Layout

Connye Wolff
www.connye.com

Druck

Druckerei Christian & Cornelius Rüss GbR, Potsdam
www.druckerei-ruess.de

Fotos des Titelbildes (v. l. n. r.):

babelsberger / Fotolia
Budimir Jevtic / Fotolia
Halfpoint / Fotolia
deVante / Photocase

Stand: November 2016



Gesundheit
Berlin-Brandenburg e.V.
Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung



Kooperationsverbund
GESUNDHEITLICHE
CHANCENGLEICHHEIT

Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg wird gefördert durch: die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen(-verbände) und das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg.



HANSEATISCHE KRANKENKASSE



Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg
Behlertstraße 3a, Haus H1
14467 Potsdam