

Die Wohn- und Lebenssituation alter Migranten: Aspekte zur Gesundheit und Gewalt

Rolf D. Hirsch, Bonn

*„Migrantinnen und Migranten sollen in Deutschland in Würde alt werden können“
(M. Beck 2004)*

*„Nichtanerkennung oder Verkennung kann Leiden verursachen,
kann eine Form von Unterdrückung sein, kann den anderen in ein falsches,
deformiertes Dasein einschließen“
(Ch. Taylor 1993)*

*„Aufeinander zugehen – voneinander lernen“
(AK „Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002)*

Einführung

Ein 70jähriger türkischer Patient kommt mit der Diagnose „mittelschwere dementielle Erkrankung“ zur Aufnahme in die gerontopsychiatrische Klinik. Er selbst kann nur einzelne Worte deutsch sprechen. Auf einzelne einfache Fragen reagiert er verständnislos. Er wirkt hilflos und angespannt in der neuen Umgebung. Sein Sohn, der ihn zur Aufnahme bringt, kann sich gut auf deutsch verständigen. Er berichtet, dass sein Vater seit einiger Zeit sehr vergesslich geworden wäre, Hilfe für viele Alltagsverrichtungen bedürfe, selbst kaum etwas machen könne und sich immer wieder verlaufe. Selbst kurze Zeiten des Alleinseins wären nicht mehr möglich. Er habe bis vor einem Jahr –wenn auch holperig- deutsch verstanden und sprechen können. Jetzt könne er nur noch wenige Wörter sprechen und verstehe auch deutsche Fragen nicht mehr. Er könne nicht mehr allein gelassen werden und zuhause kaum gepflegt werden.

Eine 80jährige Spätaussiedlerin, die seit ca. 20 Jahren in Deutschland lebt, wird wegen einer schweren Depression in die Klinik eingewiesen. Ihr Mann ist vor kurzem verstorben. Zwei Söhne wohnen mit ihrer Familie in Deutschland, weitere Verwandte in ihrer früheren Heim. Obwohl sich ihre Söhne sehr um sie kümmern, spricht, trinkt und isst sie kaum noch, möchte ihre Wohnung nicht mehr verlassen, klagt unter Einsamkeit und multiplen depressiven Beschwerden. Sie habe sich in Deutschland nie wohl gefühlt, wäre nur wegen ihrer Familie hierher gekommen und möchte wieder in ihre Heimat zurück.

Diese beiden Beispiele verdeutlichen nur einen Ausschnitt aus der Vielzahl von gesundheitlichen Problembereichen, mit welchen Migranten im Alter belastet sein können. Da im Zuge des demographischen Wandels auch der Anteil der alten Migranten erheblich zugenommen hat und noch weiter zunehmen wird, kann er nicht weiter als „Minderheit“ abgetan werden. Vielfältige Bemühungen gibt es in den letzten Jahren, um diesem Klientel in angemessener Weise Hilfs-, Behandlungs- und Pflegeangebote zur Verfügung stellen zu können. Insbesondere der Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“ (2002) und Bundes-, Länder- und Kommunen-Initiativen (im Internet sind diesbezügliche Arbeiten und Hilfsangebote abrufbar) haben dazu beigetragen, dass in der Gerontologie (insbes. Gerontopsychiatrie) und Altenhilfe ein Umdenken begonnen hat.

Gerade alte Menschen bedürfen, will man ihren gesundheitlichen Zustand feststellen, der besonderen Aufmerksamkeit ihrer Lebens- und Familiengeschichte und Herkunft, ihrer Wohnsituation, ihrer sozialen Bezüge, ihrer Lebenszufriedenheit, ihrer Ressourcen und ihrer Beeinträchtigungen. Einzubeziehen ist die jeweilige inter- und intraindividuelle Schwankungsbreite ihrer sozialen, psychischen und körperlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Der Faktor „Alter“, als Lebensalter verstanden, ist auch bei den Migranten ein schlechter Indikator für deren Charakterisierung. Leider gibt es derzeit kaum qualitative oder quantitative Untersuchungen über ältere Migranten. So können von daher weitere Angaben nur unbefriedigend sein. Allerdings gibt es doch einige Anhaltzahlen und Problemfelder, die bekannt sind. So wird sich z.B. in den Altenberichten der Bundesregierung mit dem Problembereich der Migranten in unterschiedlichster Weise befasst und Hinweise zur Verbesserung von deren Situation gegeben.

Alte Migranten

Migration bezeichnet „Wanderung, Bewegung von Individuen, Gruppen oder Gesellschaften (Bevölkerung) im geographischen und sozialen Raum, die mit einem ständigen oder vorübergehenden Wechsel des Wohnsitzes verbunden ist“ (Fuchs-Heinritz et al. 1995). Dabei handelt es sich um sehr heretogene Gruppen, die hierbei einzubeziehen sind. Werden im Alltagssprachgebrauch immer noch Begriffe wie „Gastarbeiter“ oder „Ausländer“ synonym für Migranten benutzt, so sind diese eher irreführend. Alternativ wird auch von „Einwanderern“ oder „Zuwanderern“ gesprochen. Hilfreich ist, unter Migranten mehrere unterschiedliche Gruppierungen zu unterscheiden (BMFSFJ 1998):

- Flüchtlinge und Asylsuchende
- Arbeitsmigranten aus den Anwerbeländern
- deutschstämmige Aussiedler.

Allerdings bedarf es erheblicher weiterer Differenzierung der einzelnen Gruppen nach Herkunftsland, ethnischen Aspekten, familiäre Strukturen, Dauer des Aufenthaltes in Deutschland, Art der derzeitigen Lebenssituation u.ä. (Abb. 1).

Abbildung 1: Alte Menschen ausländischer Herkunft (n. Geiger 2002)



Aufgrund der sehr heterogenen Population von alten Migranten gibt es derzeit kaum verlässliche Angaben über diese. Auch sind die einzelnen statistischen Angaben hierüber z.T. nicht vergleichbar, da Migranten, Spätaussiedler, Staatsangehörigkeit und Ausländer häufig nicht klar unterschieden werden. Auch in dieser Arbeit kann daher eine deutliche Differenzierung nicht erfolgen. Dieser Bevölkerungsanteil hat sich seit den 50er Jahren sozio-kulturell, ökonomisch und hinsichtlich der Nationalität sehr stark differenziert (BMFSFJ 1998). Nicht vergessen werden darf der kaum zu beziffernde Anteil von illegalen Einwanderern, deren Lebensqualität, Wohnen und gesundheitliche Verfassung meist erschreckend ist.

Migranten leben oft in einem Spannungsverhältnis zwischen Altersbilder ihrer Herkunftsregionen, die sie verinnerlicht haben und dem Muster des Alterns in ihrer aktuellen Umgebung. Markante Differenzen tauchen in den Bereichen Autorität, Paternalismus, Versorgung, Vererbung, Familienstruktur und in der Geschlechterdifferenzierung auf (Prahl & Schroeter 1996).

Im Jahr 2003 waren ca. 440 000 Personen (6% der ausländischen Bevölkerung) über 65 Jahre alt. Hinzukommen die Spätaussiedler, die von Migration geprägt hierunter ebenfalls aufzuführen sind. Ca. 6 000 von diesen (ca. 7%) sind im Rentenalter (Dietzel-Papakyriakou 2005). Verglichen mit der deutschen Bevölkerung ist die ausländische insgesamt deutlich jünger. So ist 2003 ein Zehntel älter als 60 Jahre (ca. 25% der deutschen Bevölkerung). Mit zunehmendem Lebensalter nimmt der Anteil der männlichen Ausländer ab und der der Frauen zu (Schopf & Naegele 2005). So ist bei den über 85jährigen die Verteilung 60% (Frauen) zu 40% (Männer). Der Anteil der über 65jährigen ist unter den spanischen Migranten am höchsten (13,2%), gefolgt von den griechischen (10%) und kroatischen (8%).

Wohnsituation

Wohnqualität und Wohnausstattung sind für alte Menschen entscheidend für das Fortführen eines selbstbestimmten Lebens sowie das subjektive Wohlbefinden. Diese Bereiche sind auch ein zentraler Indikator für deren Integration. Aus Untersuchungen geht hervor, dass die Wohnbedingungen für Migranten, insbesondere für ältere, schlechter sind als die von Deutschen. Die meisten Migranten wohnen zur Miete und leben mehrheitlich in großen Ballungszentren. Charakterisiert werden sie nach Selle (1990):

- Ausländische Arbeiterhaushalte wohnen deutlich häufiger als vergleichbare deutsche Haushalte in schlecht oder einfach ausgestatteten Wohnungen.
- Der Anteil beengt lebender Familien steigt generell mit der Zahl der Personen pro Haushalt. Ausländische Familien sind besonders betroffen.
- Haushalte mit „ausländischem Haushaltvorstand“ zahlen für gleich ausgestattete Wohnungen mehr Miete als alle Haushalte im Durchschnitt.
- Mit zunehmender Aufenthaltsdauer verbessern sich die Wohnstandorte und die durchschnittliche Wohnungsausstattung.

Nach den Angaben des Sozialökonomischen Panels 2002 (Özcan & Seifert 2006) leben knapp 70% der über 65jährigen Migranten in Mietshaushalten. Die Wohnungen sind insgesamt erheblich kleiner. Vor allem für die älteren Migranten ist die Wohnfläche sehr gering (34 qm). Dies ist oft hinderlich bei der Anwendung von notwendigen Hilfsmitteln.

Bekannt ist, dass ältere Migranten bei Pflegebedürftigkeit eher in der Familie bleiben als in ein Pflegeheim umziehen. Das Leben in diesen Einrichtungen ist bei Migranten in noch höherem Maße stigmatisiert als in der deutschen Bevölkerung (BMFSFJ 1998). Zudem beginnen Pflegeheime erst allmählich, sich auf die spezifischen Bedürfnisse der älteren Migranten einzustellen. Insbesondere sprachliche Verständigung und Kommunikation, Ernährungsgewohnheiten, Pflegekonzepte, religiöse Bedürfnisse und Umgang mit Angehörigen sind oft Barrieren, die z.B. durch den Ansatz der „kultursensiblen Altenpflege“ derzeit verringert werden (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002).

Gesundheitszustand

Trotz unbefriedigender Datenlage sind sich die Experten einig, dass der Gesundheitszustand der älteren Migranten allgemein als schlecht einzuschätzen ist (BMFSFJ 1998). Dies ist eigentlich erstaunlich, da Migranten bei ihrer Einwanderung eher gesünder sind als die gleichaltrige deutsche Bevölkerung. Ein Grund hierfür dürfte sein, dass Migranten zu der einkommensschwachen und durch ein niedrigeres Bildungsniveau gekennzeichnete Gruppe gehören. Ihr Einkommen liegt unter dem Durchschnitt. Sie sind während ihres Arbeitslebens stärker von Arbeitslosigkeit betroffen gewesen und leben unter schlechteren Wohnbedingungen als der Durchschnitt der Bevölkerung. Zudem kam es bei den heutigen älteren Migranten zur Kumulation von gesundheitlichen Belastungsfaktoren. So waren sie großteils in Akkord- sowie Schichtarbeit tätig, machten viele Überstunden und verrichteten körperlich schwere Arbeit, die mit weiteren Risikofaktoren einhergingen (z.B. chemische Noxen, starke Lärm- und Hitzebelastung). Desweiteren können Belastungen durch die Trennung von der Familie und dem Freundeskreis im Herkunftsland, soziale Ausgrenzung und der aufgrund sprachlicher und kultureller Barrieren schlechtere Zugang zu Gesundheitsleistungen (Schopf & Naegele 2005). Zudem werden heute noch Migranten, auch jüngere, bei Fragen zur Prävention und Gesundheitsförderung immer noch zu wenig berücksichtigt. Auch ist die Verarbeitung von Erkrankungen kulturell und ethnisch sehr unterschiedlich. Sie sind häufiger und auch früher von körperlichen, geistigen und seelischen Beeinträchtigungen und Behinderungen betroffen als gleichaltrige Deutsche (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005). Ältere Ausländer weisen höhere Diabetes-Prävalenzraten sowie Tuberkulose-Inzidenzraten auf. Bei Männern sind Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankheiten, Krankheiten des Bewegungsapparates und der Atmungsorgane überdurchschnittlich häufig Anlass für Rehabilitation. Bei Frauen treten häufiger psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen sowie Krankheiten des Bewegungsapparates auf.

Bei älteren Migranten treten alterstypische gesundheitliche Risiken im Lebenslauf zeitlich früher auf. Dies trifft auch für alterstypische Erkrankungen wie Demenz. zu. Da auch bei Migranten der Anteil der Hochbetagten ansteigt, ist zu erwarten, dass Multimorbidität und Chronizität sowie krankheitsbedingter Hilfe- und Pflegebedarf weiter zunehmen.

Bei der Diagnostik psychischer Störungen gilt es zu berücksichtigen, dass der Arzt geprägt ist durch seinen eigenen sozialen und kulturellen Hintergrund und von seinen subjektiven Werturteilen und Wahrnehmungen beeinflusst wird. Notwendig ist zudem, dass er bei der Beurteilung eines Migranten, ob eine psychische Erkrankung

vorliegt, dessen Lebensgeschichte, Gebräuche und Wertvorstellungen sowie dessen kulturellen und ethnischen Hintergrund einbezieht. Oft sind die Sprach- und Ausdrucksbarrieren -trotz Dolmetscher- so groß, dass häufig die Einbeziehung eines Arztes oder Sozialarbeiters aus demselben Kulturkreis des Migranten sinnvoll ist. Da dies nur z.T. realisierbar ist, bleiben bei der Beurteilung, ob eine psychische Störung vorliegt und wie diese behandelt werden kann, häufig Unklarheiten, die für den Patienten negative Folgen haben können. Daher ist es gerade in Ballungsgebieten wünschenswert, dass sich diesbezügliche professionelle Gruppierungen bilden und zumindest ein kultursensibler Umgang angestrebt wird (Tab. 1).

Tabelle 1: Modell zur Kulturkompetenz (Orlandi 1992)

Kognitive Dimension	Blind	gewisses Wissen	weitreichendes Wissen
Affektive Dimension	Gleichgültig	Wohlwollend	engagiert
Fachliche Dimension	ohne Fachkenntnisse	kaum Fachkenntnisse	weitreichende Kenntnisse
Gesamtwirkung	Destruktiv	Neutral	Konstruktiv

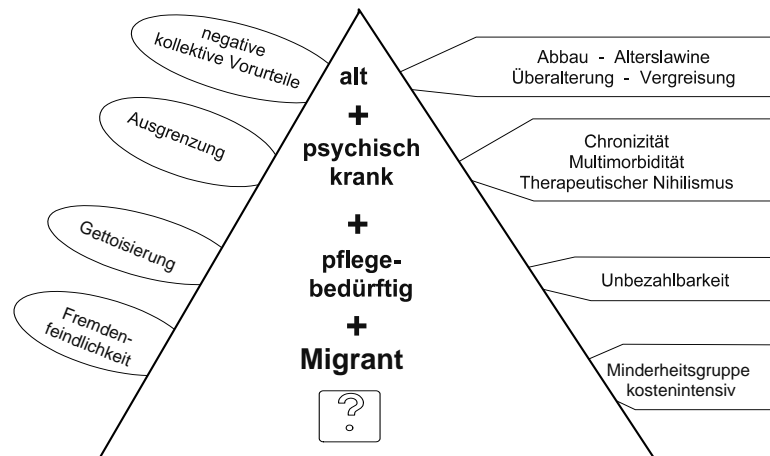
Diskriminierung

Auf dem Boden von Vorurteilen und Mythen gegen alte Menschen als Gruppe bestehen eine Reihe von Ansichten, die Ausgangspunkt von Diskriminierungen sind, eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen und ein Nährboden für Gewalt gegen alte Menschen bilden können (Abb. 1). Begriffe, eine Form von symbolischer Gewalt (Bourdieu & Passeron 1973) wie „Altenplage“, „Seniorenlawine“, aber auch Einstellungen wie z.B. „Bilanzsuizid“, „Altersstarrsinn“ oder „Abbau“ sowie ein immer wieder beklagter „Fach-Jargon“ von Professionellen, wie z.B. „fertig machen“, „ruhig stellen“ oder „gut führbar“ sind hierunter zu zählen. Diese Vorurteile entstehen durch (Illhardt 1995):

- die Schwierigkeit, die Perspektive der Betroffenen einzunehmen,
- geschichtlich gewachsene, nur schwach kaschierte, aber immer noch tabuisierte Aversion oder sogar Aggression gegen alte Menschen,
- unrealistische Wahrnehmung der Lebenswelt alter Menschen,
- abwertende sprachliche Beurteilung des Alters und der Alten.

Eine Fokussierung der Perspektive auf „alt“ mit negativer Einstellung (Belastung, Pflegebedürftigkeit) führt sowohl bei der Diagnostik wie auch bei der Behandlung, Rehabilitation und Pflege zu Unterlassungen und Vernachlässigungen, die dem alten Menschen schaden. Psychische Erkrankung und Pflegebedürftigkeit haben heute ebenfalls häufig eine gesellschaftliche Diskriminierung zur Folge. Wer alt, psychisch krank und pflegebedürftig ist, hat in unserer Gesellschaft oft keine Chance, in Würde alt werden zu dürfen.

Abbildung 2: Vorurteile gegen alte Menschen



Vorurteile gegen Migranten prägen häufig die Umgangsweise mit ihnen. Diese richten sich auch gegen alte Migranten. Anzutreffen ist Fremdenfeindlichkeit, Unverständnis gegenüber ethnischen Gewohnheiten, Vorwürfe, sich nicht zu integrieren, dem deutschen Bürger „auf der Tasche zu liegen“, das Gesundheitswesen übermäßig zu belasten u.a.. Hackhausen (2002) spricht von einem dreifachen Widerstand:

- dem Widerstand, der in uns keimt gegen das Ungewohnte, das Unbekannte und das Fremde,
- dem Widerstand der Ausländer selbst, der Angst vor Integration mit gleichzeitigem Verlust der heimatlichen Bindungen, möglicherweise mit dem Gefühl des Verrats an der Heimat,
- dem Widerstand im Austausch, in der konkreten Auseinandersetzung im Alltag und im gesellschaftlichen Leben.

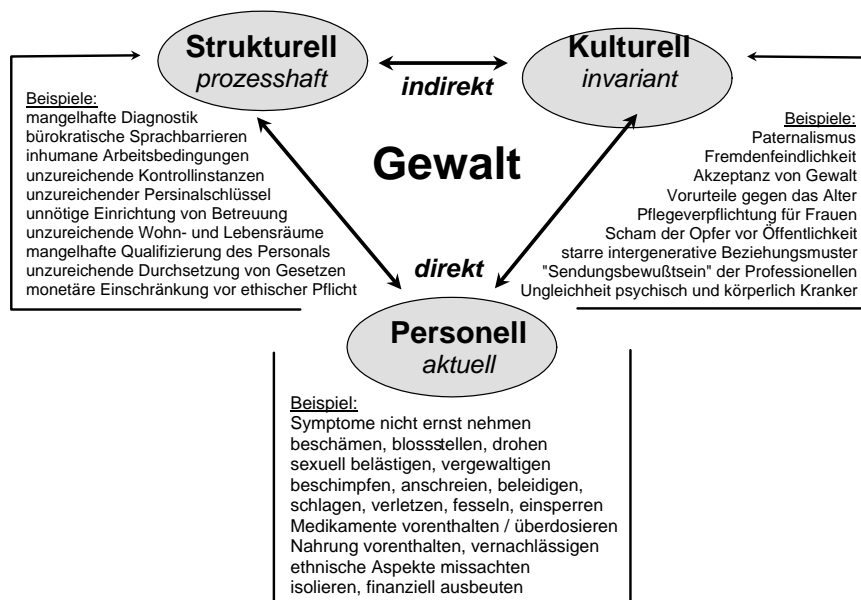
Lebt ein Migrant schon länger in Deutschland und kann sich nicht auf deutsch verständigen, wird ihm oft ohne Hinterfragung der Vorwurf gemacht, sich nicht dem Gastland anpassen zu wollen. Mag dies im Einzelfall auch stimmen, so nützen pauschale Vorwürfe wenig. Oft trifft dies alte Migrantinnen, die z.T. ihre Wohnung nicht verlassen oder keine Kontakte zu Deutschen aufnehmen dürfen. Zudem ist nicht jeder Mensch in der Lage, eine Fremdsprache zu erlernen.

Gewalt

Kennzeichnend für die Diskussion um Gewalt gegen ältere Menschen ist ein Gewaltkonzept, welches sich nicht nur auf den physischen und psychischen Bereich bezieht, sondern auch auf die Misshandlung und die Unterlassung. Die Arbeit von Dieck (1987), in welcher in Anlehnung an die englischsprachige Literatur, zwischen „Misshandlung“ als ein aktives Tun (körperliche und psychische, finanzielle Ausbeutung und Einschränkung des freien Willens) und „Vernachlässigung“ (passive und aktive) unterschieden wird, wurde von vielen Wissenschaftlern aufgegriffen. Nachteil ist allerdings, dass nur direkte Gewalthandlungen zwischen Personen beschrieben werden, strukturelle und kulturelle, die auch die personelle mitbedingen, aber keine Berücksichtigung finden. Galtung (1975, 1993) bezieht diese Ebenen in sein Konzept ein und versteht unter Gewalt jedes Handeln, welches potentiell realisierbare grund-

legende menschliche Bedürfnisse (Überleben, Wohlbefinden, Entwicklungsmöglichkeit, Identität und Freiheit) durch personelle, strukturelle oder kulturelle Determinanten beeinträchtigt, einschränkt oder deren Befriedigung verhindert. Auch wenn diese Beschreibung von Gewalt manchem zu umfangreich und damit schwer operationalisierbar scheint, bevorzugen wir diese in weiterentwickelter Form für die Beschreibung von Gewalt gegen alte Menschen (Abbildung 3), Deutlich wird durch das „Gewaltdreieck“, dass Gewalthandlungen, die in Beziehungen auftreten, vielfältige Hintergründe haben können und von daher deren Verhinderung oder Prävention eines umfangreicheren Konzeptes bedarf.

Abbildung 3: *Triade der Gewalt gegen alte Menschen*
(nach Galtung 1993; Hirsch 2001)



Dieses Modell bietet für Handlungsstrategien die Aspekte (Hirsch & Vollhardt 2002):

- Gewalt als eine vermeidbare Beeinträchtigung menschlicher Grundbedürfnisse: zu sehen: diese Definition ist neutral und vermeidet den Skandalisierungseffekt von Sachverhalten, deren Emotionalisierung häufig einer Aufklärung, Korrektur und Suche nach Alternativen im Wege steht;
- der Bedeutung von multifaktoriellen und mehrdimensionalen Entstehungsbedingungen, die veränderbar sind und somit zum Handeln auffordern;
- der Vermeidung, lediglich eine Opfer-Täter-Dichotomisierung oder eine reine Beziehungsproblematik zu sehen; dies ist zur Vermeidung von Emotionalisierung und zur Operationalisierung von Alternativen entscheidend.

Die Gewalt gegen alte Migranten kann in vielfältiger Form von der eigenen Gruppe stattfinden sowie durch ihre Umwelt, der sie oft fremd sind. Wird auch immer wieder betont, dass die Familienbande von vielen Migranten „besser und intensiver“ sind als bei Deutschen, so trifft dies zunehmend weniger zu. So wird z.B. im Bericht zur Lebenssituation alleinstehender Migrantinnen festgestellt, dass die Großfamilien, das Zusammenleben mehrerer Generationen in einem Haushalt auch bei ihnen eine ver-

schwindende Lebensform ist (BMFSFJ 2004). Aufgrund vielfältiger Isolierungen und Sprachbarrieren, gerade wenn alte Migranten pflegebedürftig sind, können sie Gesundheits- und Pflegeleistungen nicht in Anspruch nehmen. Leider gibt es über Gewalthandlungen nur Einzelberichte z.B. von Beratungsstellen und Schilderungen bei der Aufnahme in eine Klinik. Bei den Krisen- und Notruftelefonen tauchen sie kaum auf. Auch das Krisentelefon der Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter - HsM e.V. (Jahresbericht 2004) wurde wenig frequentiert. Grundsätzlich waren die Notrufe sehr individuell und von der Problematik der jeweiligen Migrantengruppe geprägt. Zwei kleine Vignetten:

Die Tochter einer 62jährigen Koreanerin, die nach einem Schlaganfall pflegebedürftig wurde, berichtet über die häusliche Pflegesituation. Die Pflege wäre durch den deutschen Ehemann, der Alkoholiker ist, nicht gewährleistet. Er wäre völlig überfordert, würde die Kranke oft anschreien und auch schlagen. Hilfe von außen lasse er kaum zu, obwohl sie eine Magensonde habe und ganz auf Hilfe angewiesen wäre. Da sie auch nicht mehr sprechen könne, wäre die Verständigung mit ihr kaum noch möglich. Bei einem Hausbesuch durch Mitarbeiter von HsM bestätigte sich die desolade Situation. Diesen ließ der Ehemann nur widerstrebend zu. Zudem war der Ehemann nicht bereit, für sich professionelle Hilfe anzunehmen. Die Tochter war verzweifelt. Nach mehreren Gesprächen und Hilfeversuchen für die Pflegebedürftige konnte eine Übersiedlung in ein Pflegeheim angesprochen werden. Es wurde ein Heim gefunden, welches sich sehr bemüht, eine kultursensible Pflege durchzuführen. Die Tochter war nach der Heimübersiedlung sehr erleichtert und kann nun, was zuhause nicht möglich war, regelmäßig ihre Mutter im Heim besuchen. Erst allmählich kann der Ehemann zugeben, dass auch er erleichtert ist. Die Pflegebedürftige fühlt sich in der neuen Umgebung sehr wohl.

Eine 74jährige Türkin ruft bei HsM an. Sie ist verzweifelt und bittet um Hilfe und Unterstützung. Ihre Deutschkenntnisse sind so ausreichend, dass eine Sprachbarriere nicht gegeben ist. Ihr Ehemann habe sie vor einigen Jahren verlassen. Sie wäre sehr deprimiert gewesen und habe, obwohl sie als Türkin keinen Alkohol trinken dürfe, dies, obwohl sie diesen nicht vertrage, immer mehr getan. Ihre Söhne hätten daraufhin den Kontakt mit ihr abgebrochen. Sie habe ihr Leben nicht mehr geschafft und wäre immer hilfloser geworden. Daher wäre eine rechtliche Betreuung eingerichtet worden. Der Betreuer habe sie in ein 70 km von ihrer Wohnung entferntes Pflegeheim gebracht. Sie wäre nun am Ende, da sie keinerlei Kontakte mehr habe. Eine Mitarbeiterin von HsM nahm Kontakt mit dem Betreuer auf. Es erfolgte ein Heimbesuch. Die Möglichkeit mit professionellen Hilfen wieder in ihrer Wohnung leben zu können, war auf grund der schon durchgeführten Wohnungsaufgabe durch den Betreuer nicht möglich. Zudem schien ein Wohnen allein wegen der körperlichen Immobilität nicht mehr möglich. Gemeinsam war es dann möglich, ein Heim in der Nähe des alten Wohnsitzes zu finden. Zudem wurde Kontakt mit den Söhnen aufgenommen, die sich schließlich einen Kontakt mit ihrer Mutter wieder vorstellen konnten.

Gewalthandlungen gegen alte Migranten -bezieht man auch das Dunkelfeld ein- sind sicherlich nicht geringer als in der deutschen Bevölkerung. Allerdings sind ihre Formen z.T. anders (religiöse Einflüsse, Mann-Frau-Beziehung, Paternalismus, Sitten und Gebräuche). Hinzukommt, dass Gewalt ethnisch sehr unterschiedlich definiert und erlebt wird. Gewalthandlungen gegen Frauen werden in manchen Migrantengruppen als „normal“ gesehen und auch als solche oft von den Opfern erlebt. Hinzu kommen Formen der strukturellen Gewalt, die natürlich nicht pauschaliert werden

können, allerdings auch keine reinen „Einzelfälle“ wie z.B. Armut, Ausgrenzung, Einschränkung von medizinischer Behandlung, Einschränkung von Pflegemaßnahmen und Missachtung der Würde, Schwierigkeiten bei der Einstufung zur Pflegeversicherung, Ungleichbehandlung durch Gerichte und Behörden, Wegsehen bei rechtsextremistischen Ausschreitungen oder deren Duldung sowie bürokratische Hindernisse.

Beeinflussungsmöglichkeiten

Vielfältig sind die derzeitigen Bemühungen, Migranten nicht mehr auszugrenzen und als „unerwünschte“ Konkurrenten im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen zu sehen und zu erleben, sondern diese als Partner einer multi- und interkulturellen Gemeinschaft anzuerkennen. Allerdings treffen auch auf alte Migranten –ähnlich wie auf alte Menschen in Deutschland- Ausgrenzungen und Rationierungsmaßnahmen zu. Soll eine Verbesserung der Situation aller Migranten erreicht werden, gilt es daher, nicht nur die Problembereiche von Migranten, sondern auch die von alten Menschen in Verbesserungskonzepte (auch der Wohn- und Lebensbedingungen) einzu beziehen. Aufeinander zugehen, voneinander zu lernen und gemeinsam die gesellschaftliche Zukunft zu gestalten ist die Vision, die wir im Interesse aller verwirklichen müssen. Schritte hierzu werden von einer Vielzahl von Länder- und Kommunen-Initiativen sowie durch die Aktivitäten des Arbeitskreises „Charta für eine kultursensible Altenpflege“ (2002) gemacht. Auch das Projekt von AKTIONCOURAGE mit dem Informationsdienst der Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit älteren MigrantInnen (IkoM) verbreitet nicht nur Informationen (IkoM-Newsletter) und unterhält eine Kontaktdatenbank, sondern unterstützt auch die Entwicklung von neuen Konzepten und führt Schulungen für Fachkräfte durch (IkoM@aktioncourage.org). Die Krankenkassen sind ebenfalls seit einigen Jahren um eine verbesserte Gesundheitsförderung für Migranten aktiv. So hat z.B. der BKK Bundesverband (2005) die Broschüre „mehr Gesundheit für alle“ veröffentlicht und macht sich für ein verbessertes System der Gesundheitsförderung nicht nur für, sondern gemeinsam mit Migranten stark. Als weiteres Beispiel soll noch das Projekt des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE) genannt werden, welches von Bund und Ländern gemeinsam gefördert wird. Es beschäftigt sich mit der Frage, welche Maßnahmen der Personalgewinnung und Qualifizierung geeignet sind, Zuwanderern die Berufstätigkeit in der Altenpflege zu erleichtern und diese zu befähigen, die Betreuung älterer Menschen angemessen zu erbringen (www.die-bonn.de). Auch die Wohlfahrtsverbände sind in den letzten Jahren sehr aktiv geworden. Sie führen Schulungen, Tagungen und Einzelprojekte durch.

Für die Praxis ist es sinnvoll, mobile Dolmetscherdienste kommunal einzurichten, um Sprachbarrieren zu verringern. Bei diesen Diensten müssen nicht examinierte Dolmetscher tätig sein, sondern auch in einem Helferberuf ausgebildete Menschen, die eine oder mehrere Fremdsprachen beherrschen und ehrenamtlich bzw. für wenig Entgelt sich zur Verfügung stellen. Diesbezügliche Angebote gibt es z.B. in der Bundesstadt Bonn. Einrichtungen der Altenhilfe und der Geriatrie/Gerontopsychiatrie sollten bei Stellenneubesetzungen darauf Wert legen, Migranten einzustellen.

Kriseninterventionsstellen für Migranten, denen Gewalt widerfahren ist, gibt es derzeit kaum, sollten aber auf kommunaler Ebene angesiedelt werden. Möglichkeiten hierzu könnten z.B. die regionale Altenhilfe oder Krisen-, Notruf- und Beratungsstellen, wie z.B. die Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter - HsM e.V., bieten.

Eine interkulturelle Altenhilfe und Altersmedizin bedarf auf mehreren Ebenen unterschiedliche Vorgehensweisen. Eine veränderte Einstellung zu dem Problembereich der Migranten beginnt im Kopf. Migranten brauchen nicht nur Hilfe und Unterstützung, sondern auch die Einsicht der „Nicht-Migranten“, dass sie voneinander lernen und profitieren können. Zudem fördert ein –beidseitiges- interkulturelles Verständnis die Lebensqualität aller Bürger. Migranten nehmen nicht nur, sie geben auch. Junge Migranten, die derzeit auch in der Altenhilfe und Medizin vermehrt tätig sind, sind wichtige Partner. So geht z.B. aus einer Untersuchung von 96 stationären Altenpflegeeinrichtungen in NRW hervor, dass 30% der Mitarbeiter/innen einen Migrationshintergrund hatten (Friebe 2005).

Weitere Öffentlichkeitsarbeit ist notwendig, um gegenseitige Vorurteile abzubauen und Interesse zu wecken. Die Medien haben hierbei eine wichtige Funktion. Die Unterstützung durch die Politik und gesetzgeberische Maßnahmen sind notwendig. Die Einbeziehung kulturspezifischer Aspekte in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Berufsgruppen, die alte Migranten beraten, behandeln oder pflegen sollte grundsätzlich erfolgen. Wege der Finanzierung sind aufzuzeigen. Zudem bedarf es einer Öffnung der Mitarbeiter von Behörden und staatlichen Organen für kulturspezifische Belange. Andererseits sollten aber auch Migranten ermutigt und unterstützt werden, mehr ihre Selbstsorge und Eigenverantwortung zu übernehmen, Zugangs- und Sprachbarrieren zu verringern und sich deutschen Sitten und Gepflogenheiten weiter zu öffnen.

In der sich verändernden Gesellschaft bedarf es auch in unserem Gesundheitswesen eine veränderte Denk- und Handlungsweise. Schon im Hinblick auf die wachsende Zahl von Migranten ist dies erforderlich. „Das Wissen um die ethnischen und kulturellen Unterschiede bei der Gesundheit, der Inanspruchnahme der Versorgung und Vorsorge zwischen Deutschen und Migranten, aber auch unter den Migrantengruppen selber, ist bei der Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten in einem auf Deutsche ausgerichteten Gesundheitssystem unerlässlich“ (Keller 2004).

Der Arbeitskreis Charta für eine kultursensible und das Kuratorium Deutsche Altershilfe (2002) haben für eine kultursensible Altenpflege, deren Notwendigkeit angesichts der demographischen Entwicklung unbestreitbar ist eine praxisorientierte Handreichung erarbeitet. Im Memorandum werden folgende „Marksteine auf dem Weg zu einer kultursensiblen Altenhilfe“ ausgeführt, die für die Praxis von großer Bedeutung sind (Tabelle 2).

Im Artikel 7 der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen wird bekräftigt, dass jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch das Recht hat, „seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben“. Ist auch die Charta noch nicht endgültig verabschiedet, so sollte sie doch eine Selbstverpflichtung für alle Einrichtungen der Altenhilfe sein.

Tabelle 2: Marksteine für eine kultursensible Altenpflege

Bestehende Barrieren zwischen den Institutionen der Altenhilfe und zugewanderten Seniorinnen und Senioren können über zugehende und partizipative Ansätze überwunden werden.

Kultursensible Pflege trägt dazu bei, dass eine pflegebedürftige Person entsprechend ihrer individuellen Werte, kulturellen und religiösen Prägungen und Bedürfnissen leben kann.

Der Prozess der interkulturellen Öffnung ist kein Zusatzangebot, sondern betrifft die ganze Organisation und erfordert einen transparenten langfristigen Entwicklungsprozess auf allen Ebenen.

Eine interkulturelle Öffnung der Altenhilfe ist eine Aufgabe der Personal- und Teamentwicklung. Ein Team, das sich aus Menschen verschiedener Herkunft zusammensetzt, braucht Anstöße und Begleitung für einen bewussten Teamfindungsprozess, um sich zu einem interkulturell kompetenten Team zu entwickeln.

Die Institutionen der Aus-, Fort- und Weiterbildung sind aufgefordert, das Thema kultursensible Pflege als Querschnittsthema zu verankern.

Institutionen und Verbände, die sich auf dem Weg der Interkulturellen Öffnung der ambulanten und stationären Altenpflege und Altenarbeit begeben, brauchen politische, fachliche sowie finanzielle Unterstützung.

Die Selbstorganisationen der Migrantinnen und Migranten sind als Potential und Ressource anzuerkennen und bei politischen Entscheidungen sowie der Verteilung von Geldern zu berücksichtigen.

Ausblick

Vielfältig sind heute die Bemühungen und Ansätze, Vorurteile gegen Migranten abzubauen, Diskriminierungen zu verringern und eine Gesundheitsförderung für alle Menschen, die in Deutschland leben zu garantieren. Viele von ihnen sind zwar wünschenswert, klingen aber utopisch in einer Zeit, die von Bürokratismus, Technologie, Rationierung und „leeren Kassen“ geprägt wird. Dennoch ist es erstaunlich, wie viele Gruppierungen, auch ehrenamtliche sich auf den Weg zu einer interkulturellen Gesellschaft, in welcher Platz für Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen ist, gemacht haben. Allerdings ist das Ziel noch weit entfernt und sehr steinig. Wie rasch neigt man auch selbst zu pauschalen Vorurteilen und Vorverurteilungen bereit, hat Angst vor Fremdheit und möchte vieles nicht so genau wissen. Gewalthandlungen gegen alte Migrantinnen und Migranten sind keine „Einzelfälle“. Allerdings sollte man sich auch vor Pauschalierungen hüten. Vielfältige Mängel bestehen im Gesundheitswesen und in der Altenhilfe. Entscheidend dürften regionale Netze sein, die Migranten als notwendige Partner und nicht als lästige Bittsteller einbeziehen. Kein Mensch sollte seine kulturelle innere Heimat aufgeben und sich nur anpassen müssen, um in Deutschland als gleichwertig und gleichberechtigt anerkannt zu werden. Die Vielfältigkeit der Einflüsse zu nützen, um manche verkrustete deutsche Vorstellungen vom Leben zu verringern, nützt unserer Gesellschaft mehr als starre Muster von Beziehungen. Kulturen und Lebensweisen sind nicht statisch und homogen, sondern verändern sich. Gerade die Gerontologie verdeutlicht wie sehr jeder Mensch im Laufe seines Lebens veränderungsfähig bleibt und sich an seine Umwelt durch eine aktive Auseinandersetzung anpassen kann. Kultur ist ohne alte Menschen nicht vorstellbar!

Jeder Mensch hat seine eigene Geschichte, bleibt unverwechselbar und einmalig. Wer sich mit alten Menschen unterhält, wer neugierig auf ihre Geschichte ist, erfährt dies in sehr beeindruckender Weise. Diese Chance sollten wir mehr auch Fremden, Migranten geben, um sie erleben und mit ihnen die Zukunft in unserer Gesellschaft gestalten zu können. „Der Fremde ist nicht der Wandernde, der heute kommt und morgen geht, sondern der, der heute kommt und morgen bleibt“ (G. Simmel 1992). Für ihn und uns lohnt es sich, dem Bleibenden eine neue Heimat zu bieten.

Literatur:

- Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege / Kuratorium Deutsche Altershilfe (2002): Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung. KDA, Köln.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2005): 6. Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, Berlin.
- Beck, M. (2004): Grußworte beim Internationalen Tag der älteren Menschen“ am 1. Oktober 2004 in Berlin.
- BKK Bundesverband (2005): Mehr Gesundheit für alle. Broschüre, Essen.
- Bourdieu, P. & Jean-Claude Passeron, J.-C. (1973): Grundlagen einer Theorie der symbolischen Gewalt, Frankfurt am Main.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998): Zweiter Altenbericht: Wohnen im Alter. Deutscher Bundestag, Drucksache 13/9750, Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004) (Hrsg.): Lebenssituation der älteren alleinstehenden Migrantinnen. Berlin.
- Dieck, M. (1987): Gewalt gegen ältere Menschen im familialen Kontext - Ein Thema der Forschung, der Praxis und der öffentlichen Information. Z Gerontologie 20, 305-313.
- Dietzel-Papakyriakou, M. (2005): Potentiale älterer Migranten und Migrantinnen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38, 396-406.
- Friebe, J. (2005): Pflegeperspektiven in einer globalisierten Welt. http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2005/friebe05_02pdf
- Fuchs-Heinritz, W., Lautmann, R., Rammstedt O. & Wienold H. (1995): Lexikon zur Soziologie (3. Aufl.). Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Galtung, J. (1975): Strukturelle Gewalt. Reinbek, Rowohlt.
- Galtung, J. (1993): Kulturelle Gewalt. in: Landeszentrale für politische Bildung BW (Hrsg.), Aggression und Gewalt. Stuttgart, Kohlhammer, S. 52-73.
- Geiger, I. (2002): Grafik in: Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege / Kuratorium Deutsche Altershilfe): Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung. KDA, Köln, S. 49.
- Hackhausen, W. (2002): Arbeitsmigration und soziale Absicherung in Deutschland. In: Dettmers, Ch., Albrecht, N.-J. & Weiller, C. (Hrsg.): Gesundheit Migration Krankheit. Hippocampus, Bad Honnef, S. 221-239.
- Haasen, C. & Yagdiran, O. (2002): Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen. In: Dettmers, Ch., Albrecht, N.-J. & Weiller, C. (Hrsg.): Gesundheit Migration Krankheit. Hippocampus, Bad Honnef, S. 151-162.
- Hirsch, R.D. & Vollhardt, B.R. (2002): Elder maltreatment. In Jacoby, R.; Oppenheimer, C. (ed.) Psychiatry in the elderly. New York, Oxford press (3.ed.), pp 896-918.

- Illhardt, F.J. (1995): Ageism im Umgang mit alten Menschen und seine Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 8, 9-16.
- Keller, A. (2004): Beitrag in: Hinz, S., Keller, A. & Reith, Chr.: Migration und Gesundheit. Mabuse, Frankfurt. Zit n. <http://socialnet.de/rezensionen/1940/.php>
- Kramer, U. (2003): Ageismus – Zur sprachlichen Diskriminierung des Alters, In: Reinhardt Fiehler, R. & Thimm, C. (Hrsg.), Sprache und Kommunikation im Alter, Radolfzell.
- Orlandi, M.A. (1992): Defining cultural competence: an organizing framework. Zit. nach: Haasen, C. & Yagdiran, O. (1992): Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen. In: Dettmers, Ch., Albrecht, N.-J. & Weiller, C. (Hrsg.): Gesundheit Migration Krankheit. Hippocampus, Bad Honnef, S. 151-162.
- Özcan, V. & Seifert W. (2006): Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Expertise für den 5. Altenbericht der Bundesregierung (im Erscheinen).
- Prahl, H.-W. & Schroeter K.R. (1996): Soziologie des Alterns. Schöningh, Paderborn-München-Wien-Zürich.
- Schopf, C. & Naegele G. (2005): Alter und Migration. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38, 384-395.
- Selle, K. (1990): Keine Wahl – Anmerkungen zu den Wohnchancen der Ausländer in deutschen Städten. Zit. n. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998): Zweiter Altenbericht: Wohnen im Alter. Deutscher Bundestag, Drucksache 13/9750, Bonn. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998).
- Simmel, G. (1992): Exkurs über den Fremden. In: Ders.: Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. Gesamtausgabe Band 11. Suhrkamp, Frankfurt
- Taylor, Ch. (1997): Multikulturalismus und die Politik der Anerkennung. Fischer, Frankfurt.