



Empfehlungen des Deutschen Vereins zur besseren Teilhabe älterer Menschen mit Migrationshintergrund¹

I. Einleitung

Der demografische Wandel hat die Fragen des Alterns in den Mittelpunkt der gesellschaftlichen Debatten gerückt. Eine Folge der demografischen Entwicklung und des sozialen Wandels ist der Strukturwandel des Alters mit einer Ausdifferenzierung sozial-kultureller Milieus und einer wachsenden ethnischen, kulturellen und religiösen Vielfalt innerhalb der Altersbevölkerung. Darin liegen Chancen für ein besseres Verständnis im Zusammenleben verschiedener Kulturen und für neue, differenzierte Altersbilder.

In einigen Jahren wird ein Viertel der Bevölkerung älter als 65 Jahre sein, und ein wachsender Anteil wird eine Zuwanderungsgeschichte haben. Diese Entwicklungen fordern eine veränderte Perspektive auf das Alter(n) und die Potenziale aller älteren Menschen. Die längere Lebenszeit so lange wie möglich aktiv und selbstständig gestalten zu können, ist der Wunsch der meisten Menschen, unabhängig von Herkunft, Kultur oder Religion.

Die Politik für ältere Menschen berücksichtigt zunehmend die wachsende Vielfalt des Alter(n)s mit einer Differenzierung ihrer Angebote und Maßnahmen, die auch eine stärkere Teilhabe älterer Menschen einschließt und ehrenamtliches Engagement fördert. Die ethnisch-kulturelle Differenzierung der Altersbevölkerung und die spezifischen Potenziale und Bedarfslagen der älteren Menschen mit Migrationshintergrund finden dabei – trotz einzelner eindrucksvoller Beispiele – noch zu wenig Aufmerksamkeit.

¹ Verantwortliche Referentin im Deutschen Verein ist Barbara Kahler. Die Empfehlungen wurden nach Beratungen im Fachausschuss „Alter und Pflege“ vom Präsidium des Deutschen Vereins am 8. Dezember 2010 verabschiedet. Ergänzend kann eine Linkliste interessanter Projekte und weiterer Hinweise in der Geschäftsstelle angefordert werden.

In den 2006 vorgelegten „Empfehlungen für die Gestaltung einer sozialen Infrastruktur in Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung“² hat sich der Deutsche Verein eingehend mit den Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten einer älter werdenden Bevölkerung auseinandergesetzt. Die vorliegenden Empfehlungen richten den Blick nun gezielt auf ältere Menschen mit Migrationshintergrund.³ Seit den 1998 vorgelegten Empfehlungen „Ältere Migrantinnen und Migranten in Deutschland“⁴ gibt es Bemühungen, die Regelangebote der Altenhilfe für diese Gruppe zugänglicher zu machen. Ein Meilenstein war das „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ im Jahr 2002. Dennoch gelingen die Öffnung der Regelversorgung und der bessere Zugang zu Angeboten des Gesundheitssystems und der Altenhilfe für die Gruppe der älteren Zuwanderer und Zuwanderinnen nur unzureichend.⁵

Der Deutsche Verein will daher die Akteure auf Bundes- und Länderebene für die Belange der alten Menschen mit Zuwanderungsgeschichte erneut sensibilisieren und insbesondere die Kommunen als Träger der örtlichen Altenhilfe und der Daseinsfürsorge ermutigen, ihre Dienste und Einrichtungen der Regelversorgung zu öffnen und stärker als bisher an den Bedürfnissen und Wünschen älterer Menschen mit Zuwanderungsgeschichte auszurichten und Zugangsbarrieren abzubauen.

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund – ein vielschichtiges Bild

Noch sind ältere Migrantinnen und Migranten eine in absoluten Zahlen gemessen kleine Gruppe innerhalb der älteren Menschen, ihr Anteil nimmt jedoch überproportional zu. Dazu trägt insbesondere die Alterung der großen Gruppe der Arbeitsmigrant/innen bei. Sind heute 1,4 Mio. oder 9 % der Migrationsbevölkerung älter als 65 Jahre, so waren es im Jahr 1991 erst 2,4 %. Oder anders betrachtet: Heute haben 8,4 % der gesamten Altersbevölkerung einen Migrationshintergrund und bis 2030 wird sich ihre absolute Zahl voraussichtlich nahezu verdoppeln auf 2,8 Mio. Sie alle sind potenzielle Nutzer und Nutzerinnen des Gesundheits- und Pflegesystems und der örtlichen Altenhilfe.

² NDV 2006, 529 ff.

³ Menschen mit Migrationshintergrund werden in der amtlichen Statistik mit unterschiedlichen Begriffen erfasst. Die Statistiken basieren auf unterschiedlichen Erhebungsmethoden, dienen unterschiedlichen Zwecken und benutzen abweichende Klassifikationen. Die weiteste Definition ist die der Menschen mit Migrationshintergrund – hier wird darauf Bezug genommen. Siehe auch: Gerostat/DZA: Ältere Migrantinnen und Migranten 01/2009.

⁴ NDV 1998, 132.

⁵ Robert Koch-Institut: Migration und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2008.

Das öffentliche Bild älterer Menschen mit Migrationshintergrund ist wenig differenziert und geprägt durch alt gewordene Arbeitsmigrant/innen. Die kleineren Migrantengruppen aus Asien und Afrika werden dagegen öffentlich kaum wahrgenommen.

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich aber sehr stark in Bezug auf Aufenthaltsdauer, Aufenthaltsstatus, Motive und Umstände der Zuwanderung, Bildungsgrad, Einkommen usw. Die längste Zeit in Deutschland leben die hier alt gewordenen Arbeitsmigrant/innen der ersten Generation und ihre Angehörigen aus den südeuropäischen Anwerbeländern Griechenland, Italien, Spanien, der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien. Ihre durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 36 Jahre. Die Zuwanderer aus den mittel- und osteuropäischen Ländern sind kaum zehn Jahre in Deutschland und oft im Familienverband gekommen. Nahezu 50 % der älteren Migrantinnen und Migranten kommen aus den Ländern der EU-27, aus der Türkei 16 %. Die Gruppe der meist erst im höheren Lebensalter zugewanderten Spätaussiedler und Kontingentflüchtlinge aus den Ländern der Russischen Föderation ist mit ca. 7 % deutlich kleiner.

Der weit überwiegende Teil der älteren Zuwanderer und Zuwanderinnen lebt in Ballungsräumen, mit starker regionaler Streuung. In den Stadtstaaten Hamburg und Berlin liegt ihr Anteil bei 14 %, bei den Großstädten sind München (23,5 %), Stuttgart (23,1 %) und Frankfurt am Main (21 %) führend, Leipzig (6,4 %) und Dresden (4,8 %) haben die niedrigsten Anteile. Von zehn älteren Menschen mit Zuwanderungsgeschichte leben neun in den alten Bundesländern. Den Stadtstaaten folgen Baden-Württemberg, Hessen und Nordrhein-Westfalen mit 12 %, allerdings mit einer hohen räumlichen Konzentration in innerstädtischen Gebieten. In einzelnen Stadtteilen oder innerstädtischen Quartieren liegen die Anteile bei 30 bis 50 %. Insofern besteht auf der lokalen und regionalen Ebene unterschiedlicher Handlungsbedarf und Handlungsdruck.⁶

Lebenslagen älterer Migrantinnen und Migranten

Zentrale Bausteine für Wohlbefinden im Alter und den Erhalt der selbständigen Lebensführung sind Wohnen, Gesundheitsstatus und Alterseinkommen. Die vorhandenen Daten⁷

⁶ Quelle: Statistisches Bundesamt 2008.

⁷ Noch immer fehlt es an repräsentativen, migrationssensiblen Daten z.B. zu Gesundheitsstatus, Pflegebedürftigkeit und qualitative Daten zu lebensweltlichen Aspekten wie der Transmigration („Pendeln“), insbesondere auch zu kleineren Migrantengruppen afrikanischer und asiatischer Herkunft. Vorliegende Studien mit umfassenderem Anspruch sind meist auf die regionale und kommunale Ebene beschränkt. Einige Großstädte

zeigen, trotz bestehender Wissenslücken, für die Mehrheit der älteren Menschen mit Zuwanderungsgeschichte ein im Vergleich zur Altersbevölkerung ohne Migrationshintergrund durchschnittlich niedrigeres Alterseinkommen und ein deutlich höheres Armutsrisiko (Grundsicherungsquote im Alter: 13 %) mit erheblichen Disparitäten innerhalb der unterschiedlichen Gruppen.⁸ Alleinlebende Frauen haben in allen Gruppen das höchste Armutsrisiko, allerdings leben alleinstehende Migrantinnen weniger oft in Ein-Personenhaushalten und öfter im Familienverbund.

Die Aussagen zum Gesundheitsstatus sind widersprüchlich, es gibt aber deutliche Hinweise auf einen um fünf bis zehn Jahre früheren Beginn einer alterstypischen Zunahme von mehrfachen und chronischen Erkrankungen und von Pflegebedürftigkeit. Repräsentative und migrationssensible Daten allerdings fehlen. In den Bereichen Rehabilitation, Prävention und Pflege wird eine Unter- und Fehlversorgung bei den über 60-Jährigen festgestellt.⁹

Zugangsbarrieren für die Angebote der Altenhilfe und zu sozialen Dienstleistungen sind Sprachbarrieren, Informationsdefizite, auch kulturell-religiöse Einstellungen und Vorbehalte gegenüber Behörden sowie Ängste, soziale Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Ältere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte nutzen kaum die Angebote der Prävention und Rehabilitation, die den Verlauf von Alterungsprozessen nachhaltig positiv beeinflussen können. Zielgruppenspezifische und kultursensibel angepasste Angebote, Dienste und Einrichtungen sind, sofern vorhanden, nicht oder nur wenig bekannt.

Migration als spezifische biografische Erfahrung

Ältere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte können für eine gelingende Gestaltung ihres Alters auf Kompetenzen zurückgreifen, die aus der Migration selbst erwachsen sind. Jede Migration ist eine prägende biografische Erfahrung. Aus ihr entstehen sowohl Befähigungen, z.B. durch erbrachte Integrationsleistungen, als auch Belastungen, wie dem Verlust tradierter Werte, Abbrüche von Familienbeziehungen usw. Die Bedeutung der Biografie für das subjektive Altern und seinen Verlauf, damit verbundene Einstellungen zum Le-

wie Stuttgart, München und Dortmund haben einige Erhebungen durchgeführt, um Potenziale, Bedarfe und Problemlagen auf örtlicher Ebene praxis- und realitätsnah zu erfassen.

⁸ Armutsrisikoquoten und Durchschnittshaushaltseinkommen (Euro) für 60+ in 2003: Deutsche 9,7 % (1470), Türkei und Ex-Jugoslawien 35,5 % (816), EU-Anwerbeländer 22,7% (1190), Aussiedler 25,7 % (1043), in: SOEP DIW 2003, aus: Bericht der Bundesbeauftragten, 2005, S. 143.

⁹ 5. Altenbericht, Bonn 2006, S. 425 ff.; Robert Koch-Institut (Fußn. 5), S. 132 ff.

ben und die Chancen und Risiken für einen guten Umgang mit dem „Alt werden“ und dem „Alt sein“ hat die Altersforschung belegt.

Mit steigendem Lebensalter sind Belastungen oder Beeinträchtigungen schwerer zu kompensieren. Migrationsspezifische Belastungen, wie der gefühlte Verlust von Heimat, von Familienbeziehungen oder auch Gefühle der inneren Zerrissenheit („Rückkehr oder Bleiben“), können im Alter zu besonderen Belastungen und Bedarfslagen führen.¹⁰

Das „Pendeln“ zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland ist für mobile Ältere eine aktive Form der Altersgestaltung und eine Möglichkeit, das Entscheidungsdilemma zwischen Rückkehr oder Bleiben aufzulösen, mindestens zu verschieben. Diese Form der Transmigration verlangt älteren Menschen erhebliche organisatorische Kompetenzen ab und die Unterstützung ihrer Kinder ist eine Form des intergenerationellen Austauschs und der Stärkung kultureller Identität. Diese positiven Potenziale innerhalb der ethnischen Communities, wie ein starker Familienzusammenhalt oder soziale Netzwerke, sollten gesehen und für interkulturelle Öffnungsprozesse genutzt werden.

Vor Ort soziale Teilhabe gestalten

Kommunen gestalten als Träger der Altenhilfe nach § 71 SGB XII und der Daseinsfürsorge die Lebensbedingungen der älteren Menschen vor Ort. Dass die älteren Menschen selbst bei der Gestaltung guter Lebensbedingungen mitwirken möchten und können, gilt auch für ältere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Die Seniorenarbeit und Altenhilfe in den Kommunen nimmt ältere Migrant/innen zunehmend als Zielgruppe ihrer Arbeit wahr, wenn auch mit unterschiedlichen Ergebnissen.

Das Spektrum der Aktivitäten reicht von umfassenden lokalen Integrationsplänen bis zu Einzelmaßnahmen oder der Konzentration auf spezifische Bedarfslagen oder Gruppen. Dabei sind die unterschiedlichen örtlichen Gegebenheiten zu berücksichtigen. Insbesondere große Kommunen in Ballungsräumen waren stärker gefordert, ihre Angebote und Dienste auf ältere Zuwanderer/innen einzustellen. Die wachsende ethnische, kulturelle und religiöse Vielfalt der älteren Bevölkerung betrifft aber alle Kommunen, auch wenn die Entwicklungen regional in unterschiedlichem Maß und mit unterschiedlicher Geschwindigkeit erfolgen.

Kommunen, die ihre Maßnahmen und Angebote daraufhin prüfen, ob sie auch die älteren Menschen mit Zuwanderungsgeschichte einbeziehen und ansprechen, können davon profitieren: mit einer Stärkung des Sozialraums und der Gemeinwesenorientierung sowie einer besseren Nutzerorientierung. Dies gilt ebenso für die freie Wohlfahrtspflege, private Träger von Diensten und Einrichtungen, Wohnungswirtschaft, Migrantenorganisationen und andere zivilgesellschaftliche Akteure. Den Kommunen kommt dabei die Aufgabe zu, die Vernetzung der relevanten Akteure zu initiieren, zu begleiten und strukturell zu unterstützen.

II. Handlungs- und Politikfelder

Im Folgenden werden die zentralen Handlungs- und Politikfelder auf Bundes- und Landesebene sowie in den Kommunen dargelegt, die im Zusammenwirken aller Akteure und mit den älteren Menschen selbst so ausgestaltet werden müssen, dass für alle älteren Menschen, auch für diejenigen mit Migrationshintergrund, ein Alter(n) in Würde möglich wird.

1. Wohnen, Wohnumfeld und Quartier

Auch für Menschen mit Migrationshintergrund werden mit steigendem Lebensalter die kompensatorischen Funktionen einer altersgerechten Wohnung und eines barrierearmen Wohnumfeldes für den Erhalt eigener Häuslichkeit und selbstständiger Lebensführung wichtiger.

Die Kenntnisse über besondere **Wohnbedürfnisse** oder Anforderungen an bauliche Gestaltung, Wohnungsgröße und Ausstattung, über Wissen und Einstellungen der älteren Migrant/innen zu neuen Wohnformen oder zum Bedarf an Betreuungsangeboten und haushaltsnahen Dienstleistungen sind lückenhaft. Untersuchungen zeigen jedoch, dass ältere Migrant/innen häufiger als ältere Menschen ohne Migrationshintergrund mit erwachsenen Kindern zusammen und seltener alleine leben. Von den älteren Menschen aus der Türkei, der früheren Sowjetunion und Italien lebt nahezu jeder Zweite in intergenerativen Wohnformen.

¹⁰ Die Aussagen beschränken sich auf die Gruppe der älteren Menschen mit legalem Aufenthaltsstatus. Auf die besondere Problematik der älteren Menschen ohne legalen Aufenthalt wird nicht eingegangen.

Die **Wohnbedingungen** sind im Durchschnitt ungünstiger als die der Wohnbevölkerung insgesamt: überwiegend (älterer) Mietgeschosswohnungsbau, geringe Wohnfläche und Anzahl von Räumen, schlechte Ausstattung, kaum Freiflächen und ein „problematisches“ Wohnumfeld durch sozialräumliche Konzentration benachteiligter Gruppen. Barrierefreie Wohnungen sind hier kaum vorhanden. Typisch ist eine lange Wohndauer mit lokaler Verwurzelung und gewachsenen, häufig ethnisch homogenen Nachbarschaften. Das alterstypische „Pendeln“ schmälert finanzielle Ressourcen oder auch die Bereitschaft, in eine altersgerechte Wohnung umzuziehen bzw. eine höhere Miete zu zahlen.

Zur Verbesserung der Wohnsituation und des Wohnumfelds älterer Migrantinnen und Migranten bedarf es des Zusammenwirkens unterschiedlicher Akteure und auf der Nachfrageseite einer entsprechend qualifizierten Beratung. Empfohlen werden der Aufbau und die Verstärkung von **Kooperationsformen** und lokalen Netzwerken unter Einbeziehung der Altenhilfe, der Sozialplanung, des Stadtteil- oder Quartiersmanagements, der kommunalen Wohnberatung, kommunaler und privater Wohnungsunternehmen, Interessenvertretungen älterer Menschen sowie insbesondere von Migrationssozialarbeit, Migrant*innenorganisationen und den unmittelbar Betroffenen selbst. Die Kommunen sind gefordert, solche Prozesse anzustoßen, zu steuern, zu begleiten und strukturell abzusichern.

Eine qualifizierte **Wohnberatung** ist von großer Bedeutung nicht nur für den Erhalt eigener Häuslichkeit, sondern auch in ihrer „Scharnierfunktion“ zur häuslichen Versorgung bei wachsendem Hilfe- und Unterstützungsbedarf im Vorfeld von Pflege. Vorhandene Beratungsangebote sind daher mit Blick auf ältere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und ihre Angehörigen anzupassen und weiterzuentwickeln. Zum Abbau von Zugangsbarrieren tragen bei: mehrsprachige, kultursensible Informationen, interkulturell kompetente Mitarbeiter/innen mit Kenntnis der Lebenswelt älterer Migrant*innen und zugehörige Angebote. Um eine Vertrauensbasis zu schaffen, ist die Kooperation mit Migrationssozialdiensten und Migrant*innenorganisationen als Multiplikatoren zu suchen. Muttersprachliche Medien können die Öffentlichkeitsarbeit wirkungsvoll unterstützen. Beratungsangebote in den vertrauten Räumen der Migrant*innenorganisationen, Moscheevereinen o.ä. können für Gruppen mit geringen Außenkontakten die Hemmschwellen reduzieren.

Besonders hervorzuheben ist die Rolle der **Wohnungswirtschaft**. Einige Unternehmen arbeiten mit dem Konzept der „Transkulturalität“, wie der Verband der Wohnungswirtschaft

(VdW) Rheinland-Westfalen mit 1,2 Mio. Wohnungen und 450 Mitgliedsunternehmen.¹¹ Dabei wird kein reibungs- und voraussetzungsloses Zusammenleben unterschiedlicher Bewohnergruppen erwartet. Konflikte und Reibungspunkte sollen offen angegangen und ausgeräumt werden. Mehrsprachige, verständliche Informationen u.a. zur Hausordnung und zu Regeln des Zusammenlebens sind ein erster Schritt zur Vermeidung von Nachbarschaftsstreitigkeiten und zu mehr gegenseitigem Verständnis. Weitere Schritte sind: Erweiterung der interkulturellen Kompetenzen der Mitarbeiter/innen durch Qualifizierung und migrationssensible Personalentwicklung, mehrsprachige Informations- und Beratungsangebote zum altersgerechten Wohnen, Entwicklung und Vermittlung kultursensibler Angebote haushaltsnaher Dienstleistungen (z.B. Mittagstisch, Essen auf Rädern abgestimmt auf religiöse Vorschriften, kulturelle Traditionen, Essensgewohnheiten) und transkulturelle Betreuungsangebote (z.B. muttersprachliche ambulante Wohngruppen für an Demenz erkrankte ältere Mieter/innen), Förderung interkultureller Begegnungen innerhalb der Mieterschaft (Gemeinschaftsräume, Mietergärten), Belegungsmanagement im Sinne der Familienzusammenführung, Angebot an kleinen, preiswerten Wohnungen für „Pendler“, Nutzung moderner Technik für z.B. mehrsprachige Hausnotrufdienste, Bildkommunikation mit Heimatländern. Es wird darauf hingewirkt, dass die Struktur der Bewohnerschaft ihre Entsprechung in den Mieterbeiräten findet und eine interkulturelle Öffnung stattfindet. Die Möglichkeiten der „**intelligenten**“ **Haustechnologie** („Ambient assisted living“) zur leichteren Alltagsbewältigung sollten auch älteren Menschen mit Migrationshintergrund verfügbar gemacht werden.

Im Segment des **betreuten Wohnens** entstehen zunehmend kultursensible, transkulturelle und kulturspezifische Angebote. So gibt es z.B. Wohngemeinschaften für an Demenz erkrankte Menschen, die sich ausschließlich an bestimmte Gruppen richten, z.B. in Köln für russischsprachige oder in Mainz für türkische ältere Menschen. Über diese Angebote sollte in den Migrantenorganisationen informiert werden, organisierte Informationsbesuche können Ängste und Hemmschwellen abbauen.

Innerhalb von Wohnquartieren mit einem hohen Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund ist die „**Nachbarschaft**“ häufig ein wichtiges informelles Hilfe- und Unterstüt-

¹¹ Angelehnt an das Konzept von Welsch ist damit der Prozess des Verschwimmens oder Auflösens kultureller Grenzen durch die Begegnung unterschiedlicher Kulturkreise gemeint, nicht im Sinne einer Global- oder Einheitskultur, sondern die Individuen tragen transkulturelle Elemente in sich. Siehe dazu: Welsch, W.: Transkulturalität, in: Institut für Auslandsbeziehungen (Hrsg.): Migration und Kultureller Wandel, Zeitschrift für Kulturaustausch, 45. Jg. 1995/1. Vj., Stuttgart 1995.

zungsnetzwerk. Diese Ressource sollte wahrgenommen und unterstützt werden durch eine gemeinwesenorientierte kommunale Alten- und Sozialplanung mit interkultureller Ausrichtung im Rahmen der Stadtteilarbeit oder des Quartiersmanagements. Auch hier können die Wohnungsgesellschaften als lokale Partner die eigene Gemeinwesenarbeit einbringen und Räume für gemeinschaftliche Aktivitäten zur Verfügung stellen.

Die Erhaltung **außerhäuslicher Aktivität** ist eine zentrale Dimension von Lebensqualität im Alter. Wird das Quartier als „unsicher“ empfunden, verlassen ältere Menschen die Wohnung seltener. Ältere Migrantinnen und Migranten leben häufig in „sozialen Brennpunkten“ oder Quartieren, die als problematisch oder unsicher gelten. Einige Wohnungsgesellschaften haben mit einem „Conciergeservice“ bzw. einer Pfortenlösung gute Erfahrungen gemacht. Eine gute Beleuchtung der Freiflächen und eine attraktive Gestaltung der Grünräume erhöhen ebenfalls das subjektive Sicherheitsempfinden.

Die **Gestaltung von öffentlichen Räumen, Frei- und Grünflächen** kann zudem die kulturelle Vielfalt der Bewohnerschaft als Bereicherung sichtbar machen, z.B. durch Gärten der Kulturen, interkulturelle Mietergärten, Plätze mit mediterraner oder orientalischer Anmutung. So können Kommunikationsräume entstehen, die zur Begegnung einladen und Wertschätzung für unterschiedliche Kulturen vermitteln. Insbesondere Gärten erhöhen die Wohnqualität und sind wichtige Erholungs- und Begegnungsräume. Ältere Migrant/innen mit ländlich geprägter Herkunft können mit Gartenarbeit an biografische Erfahrungen in der alten Heimat anknüpfen. Kommunen und Wohnungswirtschaft sollten die dazu nötigen Flächen bereitstellen und bei Neugestaltungen die Ideen der Bewohnerschaft aufnehmen. Aktivierende, partizipative Methoden wie Stadtteil- oder Quartiersspaziergänge regen an, eigene Ideen zu entwickeln und selbst aktiv zu werden, z.B. durch die Gestaltung interkultureller Kleingartenprojekte. Auch hier bedarf es der begleiteten Aushandlungsprozesse zur Konsensfindung und zur Vermeidung oder Verminderung von Reibungen und Konflikten.

In Zusammenarbeit mit Migrantorganisationen und Interessenvertretungen wie Ausländerbeiräten sollten kreative Wege gesucht werden, um **bezahlbare, kultursensible und innovative Wohnformen** für ältere Migrantinnen und Migranten zu erproben. Dies könnten z.B. (kulturspezifische ebenso wie kulturübergreifende) Altenwohngemeinschaften oder

Angebote des betreuten Wohnens im Tandem mit sozialem Wohnungsbau für Migrantenfamilien sein.

2. Interkulturelle Begegnung, Bildung und Kulturarbeit

Für die Lebensqualität im Alter und den Erhalt von Aktivität sind soziale Beziehungen außerhalb der Familie wichtig. Dafür braucht es Begegnungsräume. Seniorenbegegnungsstätten werden in der Regel von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte nicht besucht. Sie sind oft unzureichend informiert, die Angebote sprechen sie nicht an, sie fühlen sich nicht willkommen oder haben Berührungängste.

Die **interkulturelle Öffnung von Seniorenbegegnungsstätten** braucht daher viele kleine Schritte und einen langen Atem. Viele Kommunen streben eine qualitative Weiterentwicklung der Seniorenbegegnungsstätten an, die interkulturelle Öffnung und Erweiterung kann ein Baustein sein. Sie umfasst sowohl die Nutzer/innen, die hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen, als auch die inhaltliche Ausgestaltung der Angebote.

Interkulturelle Begegnungen gelingen und entstehen nicht von selbst. Sie brauchen Initiative, Begleitung und Moderation. Aktivitäten, bei denen das gemeinsame Erleben und Tun im Mittelpunkt steht: wie Tagesausflüge (im Tandem: ein Älterer mit und einer ohne Migrationshintergrund), kreative Aktivitäten, Spiele, Bewegungsangebote, gemeinsames Kochen und Essen helfen Berührungängste zu überwinden. Kulturelle Angebote, wie Ausstellungsbesuche, Tanz, Gesang, Einbeziehung von Künstler/innen und Literat/innen aus Herkunftsländern, erweitern das gegenseitige Verständnis und stärken die kulturelle Identität.

Der Erhalt körperlicher Mobilität ist für eine selbstständige Lebensführung im Alter eine zentrale Aufgabe. Interkulturelle und intergenerative Bewegungsangebote verbinden Bewegung und Begegnung. Sportvereine können neue Nachfragegruppen durch altersgerechte und kultursensible Bewegungsangebote erschließen.

Sprachbetonte Angebote wecken oft Versagensängste oder erinnern an beschämende Erfahrungen. Doch auch ältere Migrant/innen haben Interesse an mehr Sprachkompetenz oder wollen erworbene Sprachkenntnisse nach der Berufsaufgabe nicht verlieren. Niedrigschwellige Angebote wie „Sprach- und Erzählcafés“ verbinden Begegnung, Sprachtraining und die Pflege kultureller Traditionen, z.B. mit Hilfe des Erzählens von Märchen. An-

gebote mit lebensgeschichtlichen, biografischen Inhalten fördern die wechselseitige Toleranz und das Verständnis. Sie helfen, die Erfahrungen der Migration zu vermitteln und aufzuarbeiten.

Die „richtige“ bzw. erfolgreiche Ansprache der Zielgruppe ist nicht einfach. Hilfreiche „Türöffner“ sind vertrauenswürdige, angesehene Schlüsselpersonen in den Religionsgemeinschaften, Migrantenorganisationen, Kulturinitiativen und Pfarrgemeinden.

In der Praxis bewährte Konzepte sind noch zu wenig bekannt. Folgende Praxisbeispiele zeigen unterschiedliche Wege für die interkulturelle Öffnung von Begegnungsstätten:

- In **Stuttgart** wurde eine bestehende Seniorenbegegnungsstätte „interkulturell“ geöffnet durch einen Mitarbeiter der Migrationsberatung, der in der Begegnungsstätte Sprechstunden angeboten hat. Für die älteren Migrantinnen und Migranten war er eine Brücke in die Begegnungsstätte. In der Begegnungsstätte haben Seniorengruppen – auch homogene – die Möglichkeit, sich zu treffen. Es werden aber auch gemeinsame Aktivitäten mit den einheimischen Nutzer/innen der Begegnungsstätte durchgeführt und so Annäherung und Austausch ermöglicht.
- Die Interkulturelle Begegnungsstätte **Düsseldorf-Kürtenhof** hat einen intergenerativen Ansatz gewählt. Sie wurde von der AWO Düsseldorf initiiert durch gezielte Gewinnung von Ehrenamtlichen bzw. freiwillig engagierten älteren und die Einbindung junger/jugendlicher Migrantinnen und Migranten.
- In der Interkulturellen Begegnungsstätte in **Hannover** wird den homogen zusammengesetzten Seniorengruppen der Migrant/innen durch gezielten Austausch und die Koordination durch eine Mitarbeiterin die Möglichkeit gegeben, auch gemeinsame Aktivitäten zu planen und umzusetzen. Im Haus wird zusätzlich eine offene Beratung für ältere Migrant/innen angeboten.
- In **Berlin-Kreuzberg** besteht seit mehr als 30 Jahren ein interkulturelles Begegnungszentrum für alle Altersgruppen. Insbesondere Kinder können als „Integrationshelfer“ wirken. Aktionen, wie z.B. der jährliche „Kiez-Putz“, binden bisher Unbeteiligte ein und schaffen Anerkennung innerhalb der Gesamtbewohnerschaft.

In der **interkulturellen Kulturarbeit** sind ältere Menschen wenig vertreten und auch das bereichernde und integrative Potenzial kultureller Aktivitäten, wie sie in den Kulturinitiativen und -vereinen von Migrant/innen stattfinden, wird oft übersehen. Hier könnte jedoch auch

kulturübergreifend angeknüpft werden. Kulturelle Aktivitäten und Bedürfnisse bieten einen Anknüpfungspunkt für Biografie- oder Erinnerungsarbeit, wie sie z.B. von Age Exchange (administrator@age-exchange.org.uk), dem intergenerativen Erinnerungsprojekt in London für ältere Menschen und junge Menschen entwickelt wurde.

Kulturspezifische und interkulturelle **Altersbildung** findet bisher kaum Beachtung. Bildungsangebote für ältere Zuwanderer und Zuwanderinnen müssen differenziert auf deren heterogene Bildungsniveaus (vom Analphabetismus bis zu Universitätsabschlüssen) eingehen. Insofern braucht es kultursensible und differenzierte Angebote (vom Literaturkreis und der Schreibwerkstatt bis zu alltagsrelevanten Themen, wie z.B. Kursen zur Nutzung neuer Medien und Kommunikationsformen, wie Internet, E-Mail, Handy). Gruppen, die einer Förderung auch im Sinne des Empowerment bedürfen, wie z.B. ältere Migrantinnen mit wenig formaler Bildung sollten dabei besonders in den Blick genommen werden. Kulturarbeit mit älteren Migrantinnen und Migranten braucht, um ihre Zielgruppe zu erreichen, die Vernetzung mit den Selbstorganisationen, aber auch das Wissen, die Erfahrung sowie die spezifischen Zugänge der Altenarbeit und der Migrationssozialarbeit.

3. Engagement und Partizipation

Innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund gibt es reichhaltige Formen des Engagements. Dafür stehen ca. 16.000 Vereine und Migrantenorganisationen. Öffentlich wird dies aber kaum wahrgenommen, so hat auch der letzte Freiwilligensurvey von 2009 hier einen (methodisch bedingten) „blinden Fleck“. Für die Migrant/innen selbst ist der traditionell deutsch geprägte Begriff „Ehrenamt“ eher fremd. Hilfe in Nachbarschaft und Familie wird als selbstverständlich betrachtet. Formale Strukturen und Arbeitsweisen wirken eher als Barrieren. Die effektivste **Zugangsmöglichkeit** für die Gewinnung von Migrant/innen für das bürgerschaftliche Engagement außerhalb des direkten Lebensumfeldes ist – wie bei anderen Gruppen auch – die persönliche Ansprache.

Etablierte **Engagementstrukturen**, wie Freiwilligenagenturen, Seniorenbüros usw., sind gefordert, sich stärker als bisher interkulturell zu öffnen, z.B. durch neue Inhalte, die an der Erfahrung der Migration selbst ansetzen im Sinne einer „Erinnerungskultur“. Gerade ältere Migrant/innen sind kompetente **Zeitzeugen** einer Einwanderungsgesellschaft. Hier sind insbesondere die Bildungsträger gefragt. Modellprogramme und -projekte auf Bundes- und Länderebene sollten ältere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte gezielter als Adressa-

tengruppe einbinden. Dabei sind auch Aktivitäten von und für Migrant/innen zu akzeptieren. Neue Strukturen wie Integrationslotsen und kleinräumige Partizipationsformen (Stadtteilgespräche/Quartiersrundgänge/„Stadtteilmütter“) helfen bei der Aktivierung.

Innerhalb der ethnischen Communities gibt es einen hohen Grad von **Selbstorganisation** und „Selbsthilfe“. Gerade älteren Migrant/innen bedeutet ihr religiöses Engagement viel, sie unterstützen materiell und immateriell die soziale Arbeit der Gemeinden, der Moscheevereine usw. Diese Form des Engagements braucht öffentliche Akzeptanz und darf nicht als „Abschottung“ abgewertet werden.

Das Engagement der älteren Migrant/innen muss öffentlich sichtbar werden. Auszeichnungen, wie z.B. die „Berliner Ehrennadel“, können dazu beitragen. Ein anderes Beispiel ist der Niedersächsische Integrationspreis 2010, der unter dem Motto „Integration durch Engagement“ steht und explizit die integrative Funktion von Engagement öffentlich anerkennt. Die erforderliche „**Anerkennungskultur**“ zeigt sich aber vor allem im täglichen Miteinander durch Begegnung auf Augenhöhe sowie bedarfsgerechte Bildungs- und Qualifizierungsangebote.

In **Seniorenbeiräten** und **Seniorenvertretungen** auf kommunaler und Landesebene sind Migrant/innen kaum vertreten. Um dies zu ändern, braucht es das Engagement der Kommunen bzw. der Länder. In Hannover z.B. arbeitet der „Runde Tisch“ in Zusammenarbeit mit Migrantorganisationen daran, ältere Migrant/innen für die Arbeit im Seniorenbeirat zu gewinnen. In Berlin hat der Landesseniorenbeirat eine Arbeitsgruppe „Interkulturelle Arbeit mit Migrant/innen“ eingerichtet. Für ihre Mitwirkung in Gremien sind Ermutigung, Begleitung und Qualifizierung nötig. Hier sind die Trägerstrukturen des Engagements gefragt, sich auf diese Gruppe einzustellen, Zugangsbarrieren abzubauen und sie gezielt zu fördern und zu begleiten, wie es z.B. in der Arbeit des Kompetenzzentrums (kom-zen) in Berlin geschieht.¹²

Gegenwärtig wird in Deutschland eine **nationale Engagementstrategie** entwickelt. Daran sind auch die älteren Menschen mit Migrationshintergrund zu beteiligen. In Bundes- und Länderprogramme zum bürgerschaftlichen Engagement könnten Migrantengruppen durch eine gezielte Steuerung der Fördermittel besser einbezogen werden. Einige Kommunen

¹² Weitere Informationen hierzu finden sie unter: <http://www.kompetenzzentrum-altenhilfe.de/>

und Länder (z.B. Berlin) machen in bestimmten Bereichen „Tandemprojekte“ zur Voraussetzung der Förderung, um eine systematische Öffnung der Strukturen zu erreichen.

4. Gesundheit und Pflege

Verbesserung der Daten- und Wissensbasis

Repräsentative Daten zum objektiven Gesundheitszustand älterer Menschen mit Migrationshintergrund liegen nicht vor, auch zur Zahl der an Demenz erkrankten Menschen sind keine soliden Daten vorhanden.¹³ So werden in den bundesweit erhobenen Daten der gesetzlichen Pflegeberichterstattung, der Berichterstattung zur Pflegebegutachtung und -qualität und in der Gesundheitspersonalstatistik migrationsensible Daten nicht erhoben. Allein der Mikrozensus erhebt auf den Migrationshintergrund und die soziale Lage (eng begrenzt) bezogene Daten. Wegweisend können Ansätze sein, wie sie in der Schuleingangsuntersuchung, im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiJGS) oder im telefonischen Bundesgesundheits-Survey genutzt werden. Auch für das Integrationsmonitoring wären diese Daten wichtig.¹⁴

Ältere Migrantinnen und Migranten sind nicht per se gesünder oder kränker, dennoch gibt es deutliche Hinweise auf einen schlechteren gesundheitlichen Allgemeinzustand und eine signifikant früher einsetzende Pflegebedürftigkeit. Auch beurteilen sie ihren Gesundheitszustand schlechter als gleichaltrige Menschen ohne Migrationshintergrund, dies trifft für ältere Migrantinnen in besonderem Maß zu. Die wechselseitige Beeinflussung von Gesundheit, Bildung und sozialer Lage gilt in den Gesundheitswissenschaften als belegt. Unklar ist aber, welchen Anteil an der Gesundheitsbelastung jeweils migrations- oder statusbedingte Faktoren haben.¹⁵ Auch ist das **Verständnis von Gesundheit und Krankheit** kulturell geprägt und ein naturwissenschaftlich begründetes Verständnis kann mit Krankheits- bzw. Gesundheitskonzepten kollidieren, die auf einem ganzheitlicheren Verständnis basieren und mit religiösen Ansätzen verknüpft sind. Ebenso unterscheiden sich Empfindung und Äußerung von Schmerzen und Symptomen. Das Wissen darum ist ein Bestandteil interkultureller Kompetenz und für eine kultursensible Gesundheitsförderung oder Pflege Voraussetzung.

¹³ Robert-Koch-Institut (Fußn. 5), S. 100 ff.

¹⁴ Es gibt nur einen Indikator des pflegerischen Bedarfs: „Einschränkung in der alltäglichen Lebensführung“.

¹⁵ Robert Koch-Institut (Fußn. 5), S. 132; Sozioökonomische Daten werden in der amtlichen Statistik kaum erhoben.

Die Erfahrungen zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund präventive Angebote in allen Altersgruppen weniger nutzen als die Gesamtbevölkerung, Ältere nehmen Angebote der Rehabilitation kaum wahr. Es fehlen ihnen Kenntnisse über die Struktur des Gesundheits- oder Pflegesystems und den Stellenwert eines gesunden Lebensstils. Gesundheitsfördernde Potenziale wie soziale Netzwerke und Familienzusammenhalt gilt es wahrzunehmen, zu unterstützen und zu stärken.

Für eine auf die ältere Migrationsbevölkerung bezogene regionale und kommunale Gesundheitsplanung, die gezielte Angebotsentwicklung und für den Nachweis einer aus Nutzerperspektive angemessenen Versorgung ist die Verbesserung der Wissensbasis geboten. Auch der Nationale Integrationsplan benennt Verbesserungsbedarf bei bedarfsorientierten Angeboten, interkultureller Regelversorgung, interdisziplinärer Vernetzung, Erschließung adäquater Zugangswege und Sicherung der Datenbasis. Für eine realitäts- und praxisnahe Datenlage sollten die Gesundheits- und Sozialberichterstattungen in Kommunen und Ländern feinere Altersdifferenzierungen enthalten (z.B. 60+, 65+, 75+ usw.), denn die noch kleine Gruppe der sehr alten Menschen wird auch in der Altersbevölkerung mit Migrationshintergrund deutlich wachsen.

Sprach- und Informationsdefizite

Mangelnde Sprachkenntnisse verringern Teilhabe- und Integrationschancen in allen Lebensbereichen. Bei Gesundheit, Krankheit und Pflege können die Folgen besonders gravierend sein. Eine wesentliche Barriere für eine gute medizinische oder pflegerische Versorgung sind sprachliche Verständigungsschwierigkeiten. Sie bergen die Gefahr von Unter- oder Fehlversorgung und Behandlungsabbruch, gefährden den Therapieerfolg und beschränken Selbstbestimmungs- und Mitbestimmungsrechte. Auch setzt eine erschwerte sprachliche Verständigung alle Beteiligten unter erheblichen Stress.

Die kultursensible Übermittlung von Gesundheitsinformationen erfordert über die sprachliche Ebene hinausgehende Kompetenzen im Sinne einer **Sprach- und Kulturvermittlung**. Die hier eingesetzten Dolmetscher/innen sind für diese Aufgabe eigens qualifizierte sprachkundige Migrant/innen. Ihre Qualifikation umfasst: kultursensibles Wissen (z.B. Tabus, tradiertes Krankheitsverständnis), Kenntnis notwendiger Fachbegriffe, Neutralität (kommentarlos übersetzen) und Verpflichtung zur Verschwiegenheit. Flächendeckend stehen solche Dolmetscher/innen nicht zur Verfügung und die verfügbaren Angebote sind unzureichend bekannt. Inzwischen ist auch ein telefonischer Dolmetscherservice „SprachX-

press“ entstanden, der in kürzester Zeit (zwei Minuten) bundesweit eine/n Dolmetscher/in zur Verfügung stellen kann. Dieses Modell ist in mehreren europäischen Ländern alltags-erprobt und wird regelhaft im Gesundheits- und Sozialdienst eingesetzt.

Für die Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Migrant/innen ist die Überwindung von Sprachbarrieren notwendig. Nach Bedarf und auf Wunsch sollten für ältere Menschen mit unzureichenden Sprachfertigkeiten Dolmetscheinsätze verfügbar sein. Der Umgang und die Erfahrung mit transkultureller Kommunikation können so auch zum festen Bestandteil beruflicher Fachkompetenz in der Regelversorgung werden. Zur Überwindung solcher Sprachbarrieren hat das „Ethno-Medizinische Zentrum e.V.“ in Hannover mit dem Aufbau eines qualifizierten **Dolmetscherdienstes** Pionierarbeit geleistet. Später hat das „Bayerische Zentrum für transkulturelle Medizin“ solches für den süddeutschen Raum entwickelt. In Berlin arbeiten sog. „Gemeindedolmetscher“ auf ehrenamtlicher Basis mit Aufwandsentschädigung.

Neben Sprachbarrieren verhindern Informationsdefizite eine Inanspruchnahme und/oder eine kompetente Nutzung des Gesundheitssystems. Angebote zur Patienteninformation und -aufklärung, wie z.B. das Internetportal der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland¹⁶, sollten mehrsprachig verfügbar sein und auch Personen mit wenig Vorwissen verständliche Orientierungshilfen bieten.

Noch erwerbstätigen älteren Migrant/innen könnten auch im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gezielt kultursensible, muttersprachliche Informationen zu Fragen der Gesundheitsförderung im Alter und den Strukturen von Altenhilfe und Pflege vermittelt werden.

Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe und der Regelversorgung

Vor dem Hintergrund wachsender ethnisch-kultureller Vielfalt sind Sonderdienste oder Sonderwege zu vermeiden; vorrangig ist die interkulturelle Öffnung der Regelversorgung anzustreben. Interkulturelle Öffnung bedeutet die gezielte Verbesserung der Bedingungen, unter denen Zugangsrechte verwirklicht werden können.¹⁷

Für mehr Gesundheitschancen sollten Programme zur Aufklärung, Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation von Sozialversicherungsträgern sowie Bund,

¹⁶ <http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/>

Ländern und Kommunen spezifische, kultursensible Handlungsansätze für ältere Migrantinnen und Migranten enthalten, die unterschiedliche Bildungsniveaus berücksichtigen. Zum Abbau bestehender Zugangs- und Nutzungsbarrieren und gesundheitlicher Ungleichheit sind vorhandenes Wissen und praxiserprobte Handlungsansätze, wie sie z.B. das Ethno-Medizinische Zentrum in Hannover mit dem Projekt „Mit Migranten für Migranten“ oder die Stadt Hannover mit der Qualifizierung von „Integrationslotsen“ erarbeitet hat, in die Fläche zu bringen.

Die wachsende Zahl älterer Migrant/innen und ihre früher einsetzende Alterung und Pflegebedürftigkeit erfordert mehr Anstrengungen zur **interkulturellen Öffnung der Altenhilfe** in den Kommunen. Kultursensible, mehrsprachige, leicht verständliche **Informationen zu Gesundheitsfragen** im Alter (Lebensstil, Demenz usw.), Gesundheitswegweiser zu mehrsprachigen Gesundheitseinrichtungen und Informationen zu Strukturen und Angeboten der Altenhilfe und Pflege (offene, ambulante Dienste, Wohnformen) sollten vor Ort vorhanden sein. Zielgruppen zur Verbreitung sind nicht nur die älteren Menschen selbst, sondern auch Vertrauenspersonen wie Vorstände von Gemeinden, Missionen, Vereinen usw. Sinnvoll sind Mehrgenerationenansätze, so können über jüngere Angehörige z.B. in Integrationskursen auch die Älteren erreicht werden.

Für ihre Verbreitung sind die in den ethnischen Communities genutzten lokalen und überregionalen **Medien** (Tageszeitungen, Fernseh- und Radiosender, Webseiten der Migranten Communities mit Lokalbezug in Deutschland) zu nutzen. Ergänzend sind auch „sprachärmerere“ und kreative Wege (Bilder, Piktogramme, Filme) der Vermittlung zu wählen. Die kultursensiblen Materialien der Informationsreihe „Älter werden in Deutschland“¹⁸ können dafür eingesetzt werden und Vorbild sein.

Notwendig ist der Ausbau der **Kooperation und die Vernetzung** mit Migrationsfachdiensten, Integrationsagenturen, Migrantenorganisationen, Interessenvertretungen wie Ausländer- oder Integrationsbeiräten usw. Aus der Vernetzung der lokalen Akteure mit Kooperationspartnern und Multiplikatoren können vor Ort (interkulturelle) **Gesundheitsteams** aus hauptamtlichen Kräften und freiwillig Engagierten, z.B. den Integrationslotsen, entstehen.

¹⁷ Zeman, P.: Ältere Migranten in Deutschland, Berlin 2005, S. 79.

¹⁸ Mit der Informationsreihe „Älter werden in Deutschland“ – <http://www.aelter-werden-in.de> – können vor Ort kultursensible Informationen über Angebote der Altenhilfe und Fragen der Gesundheit und Prävention vermittelt werden. (Aus der Umsetzung der Informationsreihe sind in der Folge auch Aktivitäten der Selbsthilfe und des Engagements älterer Migranten entstanden.)

Kommunen engagieren sich mit Blick auf die Alterung ihrer Bevölkerung zunehmend in der seniorenbezogenen **Gesundheitsförderung**. Sie bilden „Gesunde-Städte-Netzwerke“, implementieren Arbeitsgremien wie „Gesundheits- oder Pflegekonferenzen“, führen „Gesundheitstage oder -wochen“ durch und formulieren lokale Gesundheitsziele. Einige verfügen über eine regelmäßige Gesundheitsberichterstattung.

Die Kommunen sollten prüfen, ob ihre Maßnahmen die Gruppe der älteren Migrant/innen berücksichtigen und erreichen, ob sie die Bedarfe treffen, welche Methoden adressatengerecht sind und welche Wirkung sie erzielen. Die Gesundheitsberichterstattung ist migrations-sensibel auszugestalten. Auch die potenziellen Kooperationspartner sollten bekannt sein. So hat das Gesundheitsamt Bremen z.B. ein interkulturelles Gesundheitsnetzwerk aufgebaut einschließlich eines Dolmetschdienstes.

Zur Zielgruppenorientierung gehört die **Entwicklung zugehender, adressatengerechter Angebote im sozialen Umfeld älterer Migrant/innen (Setting)** wie ethnischen Communities, Begegnungsstätten, Moscheevereinen usw. Solche Angebote können z.B. sein:

- mobile Sprechstunden von (muttersprachlichen) Ärzten oder Gesundheitsberatern zu alltags- und lebensweltlich relevanten Themen,
- themenspezifische muttersprachliche Gesundheitstage für ältere Migrantengruppen,
- Kochkurse ergänzen Informationsveranstaltungen zu Diabetes,
- Bewegungsangebote mit Begegnungscharakter: „Bewegte Spaziergänge“ im Wohnumfeld,
- Stärkung und Unterstützung der Selbsthilfe,
- Entwicklung von präventiven Angeboten wie Gedächtnistraining, hierzu sind geeignete Materialien für Migrant/innen mit wenig Deutschkenntnissen und die Schulung von Gedächtnistrainer/innen mit Migrationshintergrund erforderlich,
- Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede, gendersensible Angebote der Aufklärung, Information und Beratung.

Medizinische Versorgungsstrukturen kultursensibel weiterentwickeln

Die ambulanten und stationären **Versorgungsstrukturen** sind im Hinblick auf bessere Verständigungsmöglichkeiten, leichteren Zugang und zugehende, aufsuchende Angebote weiterzuentwickeln. Dies betrifft alle Akteure, wie Gesundheitsämter, öffentlicher Gesund-

heitsdienst, stationäre und ambulante Rehabilitation und Pflege, Krankenhäuser, Leistungsträger der Sozialversicherung usw. Wichtige lokale Akteure **sind muttersprachliche Ärzte und Ärztinnen**. Über Versorgungsstrukturen und vorhandene kultursensible Angebote sollten ihnen mehrsprachige Informationen zur Verfügung gestellt werden. Daneben ist die persönliche Ansprache der beste Zugang. Dies kann z.B. über die Pflegestützpunkte oder die kommunale Altenhilfe geschehen. Die Einbindung in Netzwerke wie das „Geriatrische Netzwerk Wiesbaden“ ist sinnvoll, wenn auch in der Praxis schwierig. Auch hier bedarf es der Vernetzung mit Migrantenorganisationen.

Zur nachhaltigen interkulturellen Öffnung der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen braucht es verbindliche Aktivitäten im Sinne von **Diversity Management und Organisationsentwicklung** auf allen Ebenen. Ärzte, ambulante und stationäre Dienste und Einrichtungen sowie Krankenhäuser haben eine Schlüsselfunktion für kultursensible, innovative Versorgungsstrategien. Konsequenterweise umgesetzte Konzepte zum Aufbau interkultureller Kompetenz und kultursensibler Pflege haben eine Signalwirkung. Dienste und Einrichtungen¹⁹, die aktiv den Öffnungsprozess vorantreiben, nennen als notwendige Schritte: ein klares Bekenntnis der Leitung, interkulturelle Öffnung als Teil des Qualitätsmanagements, Implementierung verbindlicher Strukturen (z.B. Integrationsbeauftragte), Verfügbarkeit eines Dolmetschernetzes für (mindestens) Diagnostik-, Behandlungs- und Entlassungsgespräche (in der Klinik), mehrsprachige Formulare und Informationsschriften, kultursensible Angebote der seelsorglichen Betreuung, Beachtung religiöser Speisevorschriften, Zugang zu relevanten Informationen für alle Mitarbeiter/innen durch Intranet, kontinuierliche Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals, gezielte Personalpolitik zum Aufbau multikultureller Teams, Erhebung migrationsspezifischer Informationen in der internen Dokumentation. Nach Krankenhausaufenthalt ist mit Blick auf die Weiterversorgung die Vernetzung mit Institutionen, Initiativen und Selbstorganisationen der Migranten dringend geboten.

Die Bedeutung kultursensibler Angebote der seelsorglichen Betreuung für ältere Menschen in stationären Einrichtung wird oft übersehen:

- In Wiesbaden wurde eine institutionalisierte Anlaufstelle zur kultur- und religionssensiblen Versorgung und Betreuung von Muslimen für Muslime (MUSE) geschaffen. Zur Qualitätssicherung wurden mit mehreren Vereinen Kriterien erarbeitet, mit denen ge-

¹⁹ Beispiele Marien-Hospital Wesel, LVR-Klinik Köln, Städtisches Klinikum München; s.a IKOM-Newsletter, 4/10.

eignete Personen oder Organisationen ausgesucht werden. Das Angebot umfasst auch Sterbegleitung und Fragen der Religionspraxis.

Interkulturelle Öffnung in der Pflege

Auch das Verständnis von Pflege ist kulturell geprägt und kann mit religiösen Traditionen und Regeln verknüpft sein. Die Ausrichtung am Leitbild der aktivierenden Pflege kann sich reiben an einem kulturell geprägten Verständnis, das Pflege als „Verwöhnung“ im Sinne fürsorglicher Betreuung versteht. Kultursensible Pflege weiß um diese Zusammenhänge.

Die Erwartungen an die Pflege innerhalb der Familie sind in Migrantenfamilien traditionell hoch, in der Realität sind die Familien oft überfordert. Die Angebote zur Unterstützung häuslicher Pflege sind kaum bekannt oder finden wenig Akzeptanz. Bei Pflegebedürftigkeit wird meist das Pflegegeld in Anspruch genommen. Aus der Praxis wird über Schwierigkeiten berichtet, zu Beratungsbesuchen oder zur Begutachtung in die Wohnung eingelassen zu werden. Dies unterstreicht die Notwendigkeit frühzeitiger Information und Beratung über Strukturen der Altenhilfe und Pflege mit Hilfe der und in den Migrantenorganisationen.

Pflegeberatung und Pflegestützpunkte

Die **Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI** ist kultursensibel und entsprechend des Bedarfs mehrsprachig umzusetzen. Ohne Verstehen des kulturellen Kontextes und eine differenzierte sprachliche Verständigung ist die Qualität der Beratung deutlich eingeschränkt. Pflegeberater/innen nach § 7 a SGB XI benötigen daher interkulturelle Kompetenzen. Entsprechend dem Anteil älterer Migrant/innen an der Altersbevölkerung sollten **Pflegestützpunkte** nach § 92 c SGB XI über interkulturelle Kompetenz verfügen. Vor Ort sind verschiedene Wege möglich: interkulturelle Schwerpunktstützpunkte oder ein Personalaustausch innerhalb von Pflegestützpunkten mit festen Zeiten für interkulturell kompetente Ansprechpartner etc.

Die gezielte Unterstützung pflegender Angehöriger ist eine vordringliche Aufgabe. Neben muttersprachlichen Informationen zu Tagespflege, Kurzzeitpflege, haushaltsnahen Dienstleistungen, Essen auf Rädern usw. sind die **Schulungskurse nach § 45 c SGB XI** migrationsensibel weiterzuentwickeln. Ein wichtiges Instrument zur Unterstützung häuslicher Pflege und zur Vermeidung unzureichender Pflege sind die Beratungseinsätze nach **§ 37 Abs. 3 SGB XI**, auch sie sollten kultursensibel und möglichst muttersprachlich erfolgen. Ist dies nicht möglich, sollte nach Bedarf und Wunsch des Pflegebedürftigen ein Dolmetsch-

dienst verfügbar sein. Bei Anspruch auf **Hilfe zur Pflege** nach SGB XII sollte der örtliche Sozialhilfeträger derart ausgestaltete Beratungsbesuche anbieten.

Zur Entlastung der Angehörigen können muttersprachliche **Selbsthilfegruppen** beitragen, deren Implementierung können Vernetzungen mit Migrantenorganisationen unterstützen. Allgemeine, offen gestaltete Informationsveranstaltungen zu den Themen Pflege, Demenz und Gesundheit helfen, diese Themen auch außerhalb der Familie anzusprechen.

Auch die **Begutachtung der Pflegebedürftigkeit** durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) wird durch sprachliche Verständigungsschwierigkeiten erschwert. Pflegebedürftigkeit ist ein komplexer psychisch-somatisch-sozialer Sachverhalt, dessen Erfassung der differenzierten sprachlichen Verständigung bedarf. Der in der Praxis oft getätigte Rückgriff auf Familienangehörige u.a. als Helfer in der Not führt zu einer Reihe von Schwierigkeiten.²⁰ Aus Rücksichtnahme oder Scham werden „peinliche“ Themen nicht angesprochen, in die Übersetzung können Wertungen einfließen. Neben dem Einsatz von Dolmetschdiensten ist der gezielte Ausbau der interkulturellen Kompetenz des MDK – auch durch muttersprachliche Fachkräfte – notwendig.

Zu wissen, ob ältere Migrant/innen in vergleichbarer Weise an der pflegerischen Versorgung partizipieren, wäre für die Versorgungsplanung und bedarfsgerechte Ausgestaltung von Angeboten wichtig. **Migrationssensible Begutachtungsberichte** des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) und eine migrationssensible **Pflegeberichterstattung nach § 109 SGB XI** könnten wertvolle Daten liefern.

Die Qualitätsprüfungen der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in Form der „**Transparenzkriterien**“ (§ 115 Abs. 1a SGB XI) sind migrationssensitiv mit Blick auf die Bedarfe von Nutzer/innen mit Migrationshintergrund weiterzuentwickeln.

Eine besonders vulnerable Gruppe sind ältere Migrant/innen mit **Demenzerkrankung**. Erworbene Sprachkenntnisse gehen durch die Erkrankung verloren, ohne muttersprachliche Kommunikation verstärken sich Ängste und Gefühle der Verlorenheit. Auch der für das Verstehen demenzkranker Menschen in der Pflege so bedeutsame biografische Ansatz braucht die muttersprachliche Verständigung. Die vielfach vorhandenen starken kulturell-

²⁰ Eine Auswertung des Gesundheitsamtes Bremen hat für 77 % der Fälle Schwierigkeiten aufgrund von Sprachproblemen ergeben.

religiös basierten Tabus bezogen auf diese Erkrankung sind dem Pflegepersonal nicht immer bekannt. Hier sind die Erfahrungen und das Wissen von Initiativen, wie IDEM in Berlin, dem Kompetenzzentrum Demenz in Hannover oder dem Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte des Landes NRW in die Fläche zu bringen. Muttersprachliche, kultursensible Angebote zur Aufklärung und Information der Angehörigen und Betroffenen selbst werden dringend benötigt. Für die Begutachtung und Diagnose von Demenz bei Migrant/innen braucht es kultursensible Diagnose- und Begutachtungsverfahren, die auch den Bildungsstand berücksichtigen. Die vorhandenen Instrumente und Verfahren (Tests, Assessment, Interviews) sind stark sprachlich bestimmt und werden der Situation älterer Migrant/innen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nicht gerecht.

In der **ambulanten Pflege** gibt es bereits etablierte Angebote von interkulturellen oder transkulturellen Pflegediensten, aber auch zunehmend Pflegedienste, die bestimmte Gruppen ansprechen, wie z.B. russischsprachige ältere Menschen.

Die gesellschaftliche Diskussion um die Einrichtung migrationsspezifischer stationärer Angebote wie dem türkischen Pflegeheim in Berlin ist noch offen (oder wird nicht geführt). Schon aufgrund der regional sehr unterschiedlichen Anzahl der älteren Migrant/innen können solche Angebote nicht überall funktionieren. Das vorrangige Ziel sollte stets die interkulturelle Öffnung und Ausrichtung der Regelversorgung im Sinne einer inklusiven Gesellschaft sein. Eine Reihe von stationären Einrichtungen verfolgt gezielt ihre interkulturelle Öffnung, in der Fläche stehen solche Ansätze noch am Anfang.

- Ein Beispiel für die interkulturelle Öffnung der stationären Pflege ist das „Haus am Sandberg“ in Duisburg des DRK-Landesverbandes Nordrhein. Hier arbeiten Mitarbeiter/innen unterschiedlicher Herkunft (Deutschland, Türkei, Russland, Polen, Italien, Kasachstan, Niederlande). Für Bewohner/innen und Angehörige sind neben der kultursensiblen Pflege weitere kultursensible Angebote (Gebetsräume, interkulturelle Besuchsdienste, internationale Bibliothek, mediterraner Wochenmarkt, kulturelle und religiöse Traditionen und Regeln berücksichtigendes Speisenangebot) vorhanden. Die interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiter wird durch kontinuierliche Fortbildungen und Supervision gestärkt.

Interkulturelle Pflege benötigt wegen der Aspekte der sprachlichen Kompetenz und der kultursensiblen Vorgehensweise einen höheren **Zeitaufwand**. Dieses Argument sollte in den Pflegesatzverhandlungen gehört werden.

Kultursensible Personalgewinnung

Vor dem Hintergrund einer multikultureller werdenden Altersbevölkerung und dem sich abzeichnenden **Fachkräftemangel** sind verstärkt junge Migranten und Migrantinnen für den Pflegeberuf zu gewinnen. Eine weitere Zielgruppe sind Migrantinnen im mittleren Lebensalter. Der eigenständige Wert muttersprachlicher Kompetenz in der Pflege sollte verdeutlicht werden, so erfahren Nachwuchskräfte und Quereinsteiger mit Migrationshintergrund in der Ausbildung eine Aufwertung ihrer Sprachfähigkeiten. Diese Aufwertung könnte Teil einer Strategie zur gezielten Anwerbung von jungen Menschen mit Migrationshintergrund für die Pflegeberufe werden. So spricht z.B. das vom Land Hessen und dem Europäischen Sozialfonds (ESF) geförderte Projekt AjuMA gezielt junge muslimische Männer für die Altenpflegehilfeausbildung an. Darüber hinaus ist eine gezielte Personalrekrutierung zum Auf- und Ausbau interkultureller/transkultureller Kompetenz in allen Bereichen der gesundheitsbezogenen Dienste und Einrichtungen notwendig. Die Ausbildungsinhalte in den Pflegeberufen sind in Bezug auf Kultursensibilität und die Vermittlung interkultureller/transkultureller Kompetenzen weiterzuentwickeln und die Curricula entsprechend anzupassen. Auch die Hochschulen sind gefordert, sich zu überlegen, wie junge Menschen mit Migrationshintergrund für die Ausbildungsgänge im Gesundheits- und Pflegebereich gewonnen werden können.

III. Ausblick

Die Ausdifferenzierung einer älter werdenden Bevölkerung auch im Hinblick auf eine stärkere ethnische und kulturelle Vielfalt sollte als Selbstverständlichkeit und Normalität begriffen werden. Dennoch bedarf es zur Verbesserung der Teilhabe und zum Abbau bestehender Zugangsbarrieren verstärkter Anstrengungen. Ein Schritt dazu ist die Verbesserung und Verbreiterung der Wissensbasis zu den Lebenswelten und Lebenslagen älterer Migrantinnen und Migranten.

Die interkulturelle Öffnung der Regeldienste und der Regelversorgung erfordert ein stärkeres Zugehen auf die Organisationen der älteren Migrantinnen und Migranten selbst mit dem Ziel, verbindliche Kooperations- und Vernetzungsstrukturen aufzubauen.

Die systematische Stärkung und Ausweitung interkultureller Kompetenzen der Mitarbeiter/innen in den Sozial- und Gesundheitsdiensten und der Sozialverwaltung ist eine vorrangige Aufgabe. Dazu gehört auch die Gewinnung von entsprechend fachlich gebildeten Migrantinnen und Migranten.

Ältere Migrantinnen und Migranten haben eine Vielzahl von Ressourcen und Kompetenzen auch durch ihre Migrationserfahrung erworben. Diese sollten stärker als bisher öffentlich wahrgenommen und anerkannt werden. Auch das Feld des bürgerschaftlichen Engagements ist gefordert, sich zu öffnen und die bestehenden Vereine, Initiativen und sonstigen Organisationen der älteren Migrant/innen als Kompetenzgeber einzubinden.