

Inhalt

Vorworte	5
Vorwort der Herausgeberin	5
Vorwort des Verfassers	7
Sozialausschuss Teil 1: Beschluss des Sozialausschusses	8
1 Vortrag des Referenten	9
1.1 Vorbemerkung	9
1.2 Auftrag und Erstellung der Studie	10
1.3 Inhalte der Studie und wichtige Ergebnisse	10
1.4 Demografische Entwicklung mit steigender Anzahl älterer Migrant(inn)en	12
1.5 Weiterentwicklung über die Altenhilfe	12
1.5.1 Beratung, Pflegebörse, Informationen, Qualifizierungen/Schulungen	12
1.5.2 Alten- und Service-Zentren: interkulturelle Orientierung und Öffnung, Projekt „Interkulturelle Qualitätsentwicklung“	14
1.5.2.1 Schwerpunkt Beratung und Versorgung in Alten- und Service-Zentren	14
1.5.2.2 Schwerpunkt Demenz und psychische Veränderungen im Alter	15
1.5.2.3 Schwerpunkt Gruppen und Kurse, Begegnung	16
1.5.2.4 Schwerpunkt Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement	16
1.5.2.5 Schwerpunkt Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit	17
1.5.2.6 Personal und Qualifizierung	18
1.5.2.7 Fazit für die Integrationsangebote in den Alten- und Service-Zentren	18
1.5.3 Bildung und lebenslanges Lernen	19
1.6 Partizipation, bürgerschaftliches Engagement, Gremien, Vernetzung	20
1.7 Sprachbarrieren, freiwillige Helfer(innen), Dolmetscherdienst	20
1.8 Vollstationäre Versorgung Pflegebedürftiger	21
Die Alten- und Pflegeheime für MigrantInnen öffnen – zum Antrag Nr. 02-08/A03733 der Stadtratsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen/RL vom 06.06.2007	
1.8.1 Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger älterer Migrant(inn)en in vollstationären Pflegeeinrichtungen	23
1.9 Situation betreuungsbedürftiger Menschen mit Migrations- hintergrund in München: rechtliche Betreuung	24
1.9.1 Projekt „Rechtliche Betreuung für Migrant(inn)en“	24
1.9.2 Projekt „Gewinnung und Begleitung von Berufsbetreuer(inne)n mit Migrationshintergrund“	25
1.9.3 Fazit zur transkulturellen Querschnittsarbeit im Betreuungsbereich	26



1.10	Wohnen im Alter für Migrant(inn)en	26
1.11	Empfehlungen der Studie	27
1.11.1	Zum Aspekt „Informationspolitik: schriftliche Informationen und Internet“	27
1.11.2	Zum Aspekt „Verbesserung der sprachlichen Verständigung und der interkulturellen Kommunikation“	28
1.11.3	Zum Aspekt „Multiplikatorenpolitik und Formen der Vernetzung: Austausch und Seminare“	29
1.11.4	Zum Aspekt „Fort- und Weiterbildung, Ausbildung und interkulturell ausgerichtete Beschäftigungspolitik“	30
1.11.5	Zum Aspekt „Die offene Altenhilfe: Best Practice erweitern, den zugehenden Ansatz entwickeln“	30
1.11.6	Zum Aspekt „Der ambulante Bereich: Unterstützung pflegender Familien mit Migrationshintergrund“	31
1.11.7	Zum Aspekt „Anregungen für eine kultursensible Pflege im Krankenhaus“	32
1.11.8	Zum Aspekt „Die stationäre Altenhilfe“	35
1.11.9	Zum Aspekt „Modellprojekt ‚Interkulturelles Mehrgenerationenzentrum‘“	35
1.12	Zusammenfassung der Projekte und Maßnahmen, die über das Sozialreferat (Abteilung Hilfen im Alter und bei Behinderung) als Fazit aus den Ergebnissen der Studie initiiert und gefördert werden	35
2	Antrag des Referenten	38
3	Beschluss	39

Dr. Philip Anderson

Teil 2: Untersuchung zur Lebenssituation älterer Migrantinnen und Migranten in München **40**

1	Einleitung	41
1.1	Einleitende Worte	41
1.2	Stand der Forschung	42
1.3	Methodische Hinweise	44
1.4	Die Zielgruppe(n) der älteren Migrant(inn)en: theoretische Aspekte	45
1.4.1	Besondere sozialstatistische und rechtliche Merkmale	45
1.4.2	Der Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und Problemen beim Zugang zur Altenhilfe	47

2	Empirie und Bestandsaufnahme	49	
2.1	Aus Sicht der Betroffenen: die besondere Lebenslage und die Bedarfe älterer Migrant(inn)en	49	
2.1.1	Der Migrationsprozess und brüchige Biografien – ein großer Zwiespalt zwischen Verbleib und Rückkehr	49	
2.1.2	Gesundheitliche Belastungen, Altwerden in der Fremde und fehlende „Institutionenkunde“	51	
2.1.3	Die Bedeutung von Selbstorganisationen der Migrant(inn)en	54	
2.1.4	Die innerfamiliäre Dimension in Migrantenfamilien: das Tabu der Pflege und der Versorgung im Ernstfall	55	
2.1.5	Ökonomische Lage, Verarmung und Vereinsamung, Isolation	57	
2.1.6	Die besondere ökonomische Schlechterstellung älterer Migrantinnen	59	
2.1.7	Die Bedeutung des Pendelns für ältere Migrant(inn)en und die Reisefreiheit für ältere Flüchtlinge	60	
2.1.8	Ältere Menschen mit Migrationshintergrund in der Illegalität	61	
2.2	Die offene Altenhilfe	62	
2.2.1	Interkulturelle Arbeit als ein Angebot der Alten- und Service-Zentren: getrennte Lebenswelten	62	
2.2.2	Migrantengruppen in den Alten- und Service-Zentren	64	
2.2.3	Das Thema Diskriminierung in den Alten- und Service-Zentren	66	
2.2.4	Erfolgreiche Ansätze in der offenen interkulturellen Seniorenarbeit	67	
2.2.5	Die Bedeutung von Sprachkursen in den Alten- und Service-Zentren	68	
2.3	Häusliche Pflege in Migrantenfamilien und ambulante Pflegedienste	70	
2.3.1	Nachfrage: Die Haltung von Migrantenfamilien zu Angeboten der ambulanten Hilfe	70	
2.3.2	Angebot: Ambulante Pflegedienste und kultursensible Pflege	73	
2.3.3	Pflegende Familien und Pflegebedürftige in der Isolation	75	
2.4	Die Versorgung älterer Migrant(inn)en im Krankenhaus und die Überleitung nach Hause	77	
2.4.1	Die Sprachbarriere im Krankenhaus: Verständigungsschwierigkeiten und -optionen	77	
2.4.2	Interkulturelle Kompetenz auf der Station	78	
2.4.3	Beratung, Unterstützung und Weitervermittlung: Sozialdienst und Seelsorge und das Überleitungsgespräch	79	
2.4.4	Die Signalwirkung des „kultursensiblen Krankenhauses“	81	
2.5	Ältere Migrant(inn)en in stationären Einrichtungen der Altenhilfe	82	
2.5.1	Kultursensible Pflege in Seniorenheimen: die bundesweite Entwicklung	82	
2.5.2	Das deutsche Altenheim aus Sicht älterer Migrant(inn)en	83	
2.5.3	Die Angebotsseite: die Haltung von Heimleitungen und Pflegekräften	84	
2.5.4	Besondere Themen: Sterbebegleitung und Demenz	87	
2.6	Fazit: Es besteht Handlungsbedarf	88	→

3	Eine Gesamtstrategie für die Stadt München: der Mehrgenerationenansatz	89
<hr/>		
3.1	Informationspolitik: schriftliche Informationen und Internet	90
3.2	Verbesserung der sprachlichen Verständigung und der interkulturellen Kommunikation	91
3.3	Multiplikatorenpolitik und Formen der Vernetzung: Austausch und Seminare	92
3.4	Fort- und Weiterbildung, Ausbildung und interkulturell ausgerichtete Beschäftigungspolitik	93
3.5	Die offene Altenhilfe: Best Practice erweitern, den zugehenden Ansatz entwickeln	94
3.6	Der ambulante Bereich: Unterstützung pflegender Familien mit Migrationshintergrund	96
3.7	Anregungen für eine kultursensible Pflege im Krankenhaus	96
3.8	Die stationäre Altenhilfe	98
4	Modellprojekt „Interkulturelles Mehrgenerationenzentrum und -gelände“	99
<hr/>		
4.1	Erläuterungen zur Entwurfsskizze – Susanne Frisch	101
4.1.1	Die Komponenten des Senioren- und Pflegeheims	101
4.1.2	Internationales Mehrgenerationenhaus und interkulturelles Zentrum	102
4.2	Alternative Ansätze auf Stadtteilebene: Moosach und Haidhausen im Vergleich	103
5	Abschließende Bemerkung	105
<hr/>		
	Literatur	107
<hr/>		

Vorwort der Herausgeberin

Der Titel dieser Studie – „Ein bisschen dort, ein bisschen hier ...“ – entstammt einem Gespräch mit einem Migranten spanischer Herkunft, der gut und gerne seit über vierzig Jahren in München lebt. Er blickte seiner bevorstehenden Verrentung optimistisch entgegen: Sein Ziel sei, gemeinsam mit seiner (deutschen) Frau im Jahresverlauf jeweils mehrere Monate am Stück zwischen München und seiner Herkunftsregion zu pendeln. Dies entspräche seinem Lebensgefühl – eben „ein bisschen dort, ein bisschen hier“.

Die vorliegende Untersuchung soll Einblick in die Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in München gewähren. Viele leben, wie obiger Gesprächspartner, in einem Zwiespalt, weil sie zwei oder mehr „Heimatorte“ in sich tragen. Eine erfolgreiche, interkulturell ausgerichtete Altenhilfe muss dieser tiefen Ambivalenz im Leben älterer Menschen ausländischer Herkunft Rechnung tragen.

Neben einer Bestandsaufnahme zu den verschiedenen Lebensbereichen und deren Berührungspunkten mit den Angeboten der Altenhilfe und -pflege seitens der älteren Zugewanderten werden weit reichende Empfehlungen im Rahmen einer Strategie für die Kommune gegeben. Der Bericht enthält auch einen Vorschlag für ein Modellprojekt.

Ein Projekt wie dieses durchläuft verschiedene Phasen. Einige davon sind für den Durchführenden schwer zu bewältigen. Ohne die Unterstützung manch kundiger, feinfühlicher und hilfsbereiter Personen wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Deswegen an dieser Stelle mein herzlicher Dank an **Christiane Lüers** von der Abteilung Hilfen im Alter im Sozialreferat und **Prof. Dr. Charlotte Uzarewicz** von der Stiftungsfachhochschule für ihre Beratung und Unterstützung im Rahmen des begleitenden Beirats (und darüber hinaus). Auch die fachliche und darstellungstechnische Unterstützung von **Joachim Hayen** von der Abteilung Sozialplanung des Sozialreferats war eine große Hilfe.

Susanne Frisch leistete einen fachkundigen Beitrag zur Veranschaulichung des Modellprojektvorschlags „Interkulturelles Mehrgenerationengelände“. Ihr gebührt mein herzlicher Dank für ihren Entwurf, der eine wertvolle Bereicherung dieser Studie darstellt.

Schließlich danke ich **Trudi Forster** für ihre vielseitige Unterstützung und einfühlsame Begleitung des Projekts.

Für alle in der Studie enthaltenen Fehler ist selbstverständlich allein der Verfasser verantwortlich.

Der Titel dieser Studie – „Ein bisschen dort, ein bisschen hier ...“ – entstammt einem Gespräch mit einem Migranten spanischer Herkunft, der gut und gerne seit über vierzig Jahren in München lebt. Er blickte seiner bevorstehenden Verrentung optimistisch entgegen: Sein Ziel sei, gemeinsam mit seiner (deutschen) Frau im Jahresverlauf jeweils mehrere Monate am Stück zwischen München und seiner Herkunftsregion zu pendeln. Dies entspräche seinem Lebensgefühl – eben „ein bisschen dort, ein bisschen hier“.

Die vorliegende Untersuchung soll Einblick in die Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in München gewähren. Viele leben, wie obiger Gesprächspartner, in einem Zwiespalt, weil sie zwei oder mehr „Heimatorte“ in sich tragen. Eine erfolgreiche, interkulturell ausgerichtete Altenhilfe muss dieser tiefen Ambivalenz im Leben älterer Menschen aus-

Der Titel dieser Studie – „Ein bisschen dort, ein bisschen hier ...“ – entstammt einem Gespräch mit einem Migranten spanischer Herkunft, der gut und gerne seit über München und seiner Herkunftsregion zu pendeln. Dies entspräche seinem Lebensgefühl – eben „ein bisschen dort, ein bisschen hier“.

Die vorliegende Untersuchung soll Einblick in die Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in München gewähren. Viele leben, wie obiger Gesprächspartner, hier Personen wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Deswegen an dieser Stelle mein herzlicher Dank an **Christiane Lüers** von der Abteilung Hilfen im Alter im Sozialreferat und **Prof. Dr. Charlotte Uzarewicz** von der Stiftungsfachhochschule für ihre Beratung und Unterstützung im Rahmen des begleitenden Beirats (und darüber hinaus). Auch die fachliche und darstellungstechnische Unterstützung von **Joachim Hayen** von der Abteilung Sozialplanung des Sozialreferats war eine große Hilfe.

Susanne Frisch leistete einen fachkundigen Beitrag zur Veranschaulichung des Modellprojektvorschlags „Interkulturelles Mehrgenerationengelände“. Ihr gebührt mein herzlicher Dank für ihren Entwurf, der eine wertvolle Bereicherung dieser Studie darstellt.

Schließlich danke ich **Trudi Forster** für ihre vielseitige Unterstützung und einfühlsame Begleitung des Projekts.

Für alle in der Studie enthaltenen Fehler ist selbstverständlich allein der Verfasser verantwortlich.

Die vorliegende Untersuchung soll Einblick in die Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in München gewähren. Viele leben, wie obiger Gesprächspartner, in einem Zwiespalt, weil sie zwei oder mehr „Heimatorte“ in sich tragen. Eine erfolgreiche, interkulturell ausgerichtete Altenhilfe muss dieser tiefen Ambivalenz im Leben älterer Menschen ausländischer Herkunft Rechnung tragen.

Neben einer Bestandsaufnahme zu den verschiedenen Lebensbereichen und deren Berührungspunkten mit den Angeboten der Altenhilfe und -pflege seitens der älteren Zugewanderten werden weit reichende Empfehlungen im Rahmen einer Strategie für die Kommune gegeben. Der Bericht enthält auch einen Vorschlag für ein Modellprojekt.

Ein Projekt wie dieses durchläuft verschiedene Phasen. Einige davon sind für den Durchführenden schwer zu bewältigen. Ohne die Unterstützung manch kundiger, feinfühligere und hilfsbereiter Personen wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Deswegen an dieser Stelle mein herzlicher Dank an **Christiane Lüers** von d

Uschi Sorg, Stelle für interkulturelle Arbeit
der Landeshauptstadt München

Vorwort des Verfassers

Der Titel dieser Studie – „**Ein bisschen dort, ein bisschen hier ...**“ – entstammt einem Gespräch mit einem Migranten spanischer Herkunft, der gut und gerne seit über vierzig Jahren in München lebt. Er blickte seiner bevorstehenden Verrentung optimistisch entgegen: Sein Ziel sei, gemeinsam mit seiner (deutschen) Frau im Jahresverlauf jeweils mehrere Monate am Stück zwischen München und seiner Herkunftsregion zu pendeln. Dies entspräche seinem Lebensgefühl – eben „ein bisschen dort, ein bisschen hier“.

Die vorliegende Untersuchung soll Einblick in die Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in München gewähren. Viele leben, wie obiger Gesprächspartner, in einem Zwiespalt, weil sie zwei oder mehr „Heimatorte“ in sich tragen. Eine erfolgreiche, interkulturell ausgerichtete Altenhilfe muss dieser tiefen Ambivalenz im Leben älterer Menschen ausländischer Herkunft Rechnung tragen.

Neben einer Bestandsaufnahme zu den verschiedenen Lebensbereichen und deren Berührungspunkten mit den Angeboten der Altenhilfe und -pflege seitens der älteren Zugewanderten werden weit reichende Empfehlungen im Rahmen einer Strategie für die Kommune gegeben. Der Bericht enthält auch einen Vorschlag für ein Modellprojekt.

Ein Projekt wie dieses durchläuft verschiedene Phasen. Einige davon sind für den Durchführenden schwer zu bewältigen. Ohne die Unterstützung manch kundiger, feinfühlicher und hilfsbereiter Personen wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Deswegen an dieser Stelle mein herzlicher Dank an **Christiane Lüers** von der Abteilung Hilfen im Alter im Sozialreferat und **Prof. Dr. Charlotte Uzarewicz** von der Stiftungsfachhochschule für ihre Beratung und Unterstützung im Rahmen des begleitenden Beirats (und darüber hinaus). Auch die fachliche und darstellungstechnische Unterstützung von **Joachim Hayen** von der Abteilung Sozialplanung des Sozialreferats war eine große Hilfe.

Susanne Frisch leistete einen fachkundigen Beitrag zur Veranschaulichung des Modellprojektvorschlags „Interkulturelles Mehrgenerationengelände“. Ihr gebührt mein herzlicher Dank für ihren Entwurf, der eine wertvolle Bereicherung dieser Studie darstellt.

Schließlich danke ich **Trudi Forster** für ihre vielseitige Unterstützung und einfühlsame Begleitung des Projekts.

Für alle in der Studie enthaltenen Fehler ist selbstverständlich allein der Verfasser verantwortlich.

Dr. Philip Anderson

Teil 1:

Beschluss des Sozialausschusses

vom 06.12.2007 (SB)

Untersuchung zur Lebenssituation älterer
Migrantinnen und Migranten in München

Die Alten- und Pflegeheime für MigrantInnen öffnen

1 Vortrag des Referenten

1.1 Vorbemerkung

Hilfen und Angebote für ältere Migrant(inn)en wurden in den vergangenen Jahren auf der Basis des Auftrags der interkulturellen Öffnung der Regeldienste in Beschlüssen zur Altenpolitik und der Weiterentwicklung der Altenhilfe in München als Querschnittsaufgabe stets mitberücksichtigt. So im

- Beschluss des Sozialausschusses vom 10.11.2005: *Verbundsystem speziell für eine durchgängige Versorgung für Menschen mit Demenz,*
- Beschluss des Sozialausschusses vom 23.06.2005: *Projekt Reform der Alten- und Service-Zentren (ASZ),*
- Beschluss des Sozialausschusses vom 22.06.2006: *Ausbau des Netzes der ASZ unter Berücksichtigung der gesamtstädtischen Angebotsstruktur im Bereich der offenen Altenhilfe,*
- Beschluss des Sozialausschusses vom 06.07.2006: *Pflege zu Hause I, Pflegezustand alter Menschen in der häuslichen Pflege, und Pflege zu Hause II, Situation der pflegenden Angehörigen,*
- Beschluss des Sozialausschusses vom 28.06.2007: *Situation und Perspektive der Altenhilfe in München II,*

in denen der Rahmen für eine integrierte Versorgung zum Teil mit ergänzenden speziellen Angeboten festgelegt wurde.

Das *Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe* wurde von der Stadt München und der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege München im Jahr 2005 unterzeichnet. Mit der Unterzeichnung wurde die Verpflichtung eingegangen, alle institutionellen und fachlichen Möglichkeiten in der Weise zu nutzen, dass ältere Menschen unterschiedlicher Herkunft und Kultur Zugang zu den Institutionen und Angeboten der Altenhilfe erhalten und sie die Unterstützung bekommen, die sie für ein würdevolles Leben brauchen. Zudem wurden über den Ausländerbeirat und das internationale Seniorenforum in den letzten Jahren wichtige Anregungen gegeben und Maßnahmen in die Wege geleitet sowie zwischen den Migrationsdiensten und Einrichtungen der Altenhilfe Annäherungen erreicht.

Die Aufgaben der Altenhilfe der Pflege und Versorgung älterer Migrant(inn)en werden auf der Grundlage des Integrationskonzepts, das in der Vollversammlung am 23.11.2006 *Grundsätze und Strukturen der Integrationspolitik der Landeshauptstadt München* beschlossen wurde, weiterentwickelt. Das Integrationskonzept enthält im Wesentlichen auch den Rahmen für alle Anforderungen, die an die Integration und Versorgung älterer Migrant(inn)en gestellt werden. Darin wird ein Verständnis von Integration verdeutlicht, dass es sowohl Auf-

→

gabe der Zugewanderten als auch der Aufnahmegesellschaft ist, gemeinsam daran zu arbeiten und eine gemeinsame Stadtgesellschaft zu gestalten, in der kulturelle Vielfalt respektiert und wertgeschätzt wird. Damit wurde ein längerfristiger Prozess der Eingliederung und Einbindung von Zuwanderinnen und Zuwanderern in alle „gesellschaftlichen Kernbereiche“ eingeleitet. Dieser umfasst auch „gesellschaftliche Kernbereiche“, die ältere Bürger(innen) betreffen, wie Beteiligung und Partizipation, bürgerschaftliches Engagement, Selbsthilfe, Bildung und lebensbegleitendes Lernen, Wohnen, soziale Versorgung, Gesundheit und Pflege etc.

1.2 Auftrag und Erstellung der Studie

Mit Beschluss des Sozialausschusses vom 03.05.2005 wurde die Durchführung der *Studie über ältere Migrantinnen und Migranten in München* beschlossen. Mit der Studie wurde Dr. Philip Anderson beauftragt. Das Konzept wurde mit der Stelle für interkulturelle Arbeit und dem Amt für Soziale Sicherung, Hilfen im Alter und bei Behinderung abgestimmt. Zur Begleitung der Studie wurde eine Begleitgruppe installiert, bestehend aus Mitgliedern verschiedener Institutionen und Dienststellen, die mit der Arbeit mit älteren Migrant(inn)en befasst sind. Die Zusammensetzung der Begleitgruppe wurde im oben genannten Beschluss des Sozialausschusses vom 03.05.2005 bekannt gegeben. Während des Untersuchungszeitraums übernahm diese Gruppe im Rahmen von vier Sitzungen die fachliche Begleitung der Studieninhalte. Aufgrund des umfangreichen Untersuchungsgegenstands war ein Untersuchungszeitraum von 18 Monaten vorgesehen.

Ziel des Anliegens, eine Studie zur Lebenssituation älterer Migrant(inn)en in Auftrag zu geben, war es, die bisherigen Angebote der Hilfen im Alter wie Beratung, Projektförderungen, Maßnahmen und Schritte zur besseren Versorgung und Pflege sowie bestehende Hemmschwellen der Inanspruchnahme von Hilfen und Pflege detaillierter zu beleuchten und aus den Empfehlungen der Studie gezielte Schritte zur Verbesserung abzuleiten.

Um Maßnahmen und Angebote der Kommune in ihren eigenen Dienststellen oder durch Bezuschussung von Projekten besser fördern zu können, lautete der Auftrag, die Probleme mit den bestehenden Strukturen und dem Zugang zu Hilfen genauer aufzuzeigen, und zwar vor allem in den Bereichen

- der offenen Altenhilfe, einschließlich (Gesundheits-)Prävention, Beratung und Bildung,
- der ambulanten Pflege und Versorgung zu Hause und
- der Krankenhäuser und Pflegeheime (und der Überleitung).

Hierzu sollte auch eine Darstellung aus Sicht der Betroffenen selbst erfolgen, insbesondere zu den Aspekten Institutionenkunde, Selbstorganisation/Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement, ökonomische Lage und Bedeutung des Pendelns zwischen dem Herkunftsland und Deutschland. Der letzte Aspekt war auch namensgebend für den Titel der Studie: „Ein bisschen dort, ein bisschen hier ...“.

1.3. Inhalte der Studie und wichtige Ergebnisse

Gegenstand der von Dr. Philip Anderson vorgelegten Studie ist die Untersuchung und Darstellung von besonderen Lebenslagen und Bedarfen der älteren Migrant(inn)en aus Sicht der Betroffenen und der Zusammenhang zwischen dem Aufenthaltsstatus und den Hemmschwellen beim Zugang zu Hilfen. Dabei wurden folgende vier Gruppen unterschieden:

- ehemalige Gastarbeiter(innen) beziehungsweise Arbeitsmigrant(inn)en (als größte Gruppe),
- ältere Kontingentflüchtlinge aus den GUS-Staaten,
- Spätaussiedler(innen),
- ältere Flüchtlinge und Asylbewerber(innen).

Der Fokus dieser Studie liegt auf der Darstellung der Situation der älteren Arbeitsmigrant(inn)en, da diese auch in München die größte Gruppe bilden und Unterstützungsstrategien im Bereich der Altenhilfe zur Verbesserung der Lebenssituation dieser Gruppe auch weitgehend übertragbar sind auf die anderen Gruppen.

Die Empfehlungen sollten zum einen praktische Arbeitshilfen bieten, zum anderen sollte die Studie aber auch Ergebnisse liefern, mit denen auf der strukturellen Ebene Maßnahmen und Angebote weiterentwickelt werden können, die situationspezifisch auf die jeweiligen Lebenslagen unabhängig von den Religions- und Kulturunterschieden oder vom Herkunftsland anwendbar sind.

Die Basis zur Gewinnung von Erkenntnissen zur Lebenssituation älterer Migrant(inn)en in München bilden die 39 Experteninterviews, die mit Mitarbeiter(inne)n sowie ehrenamtlichen Kräften in Einrichtungen der offenen Altenhilfe, ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen, den Fachstellen häusliche Versorgung in den Sozialbürgerhäusern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhauspersonal geführt wurden. Hinzu kamen 29 Interviews zur Befragung älterer Migrant(inn)en selbst sowie von deren Vertrauenspersonen, zum Beispiel Leiter(innen) von Migrantengruppen oder Selbsthilfegruppen verschiedener ethnischer Gruppierungen. Verwendet wurden auch die Ergebnisse aus zwei Gruppendiskussionen mit insgesamt 16 Personen aus jeweils einem Sprach- und einem Konversationskurs.

Durch die gute Vertrauensbasis, die Dr. Anderson als Interviewer zu den Leiter(inne)n der verschiedenen ethnischen Gruppen herstellte, konnten auch Aussagen mit persönlicher Betroffenheit, über Hemmschwellen, Gefühle des Willkommenseins oder Abgelehntwerdens sowie Atmosphärisches erhoben werden. Menschen mit ähnlichem Migrationshintergrund äußerten offen ihre Probleme, sich innerhalb einer anderen Kultur zurechtzufinden und Kommunikations- und Kooperationsbeziehungen mit den Akteur(inn)en der Mehrheitsgesellschaft aufzubauen.

Den aus den Aussagen abgeleiteten Folgerungen wird nicht direkt zugeordnet, ob sie von Migrant(inn)en stammen oder von Fachkräften und Leiter(inne)n von Organisationen oder Gruppierungen. Zur Bedarfsermittlung wäre jedoch zu differenzieren zwischen den Erfahrungen der Leitungskräfte von Einrichtungen und Migrationsdiensten einerseits und den Einschätzungen betroffener Pflegebedürftiger und der pflegenden Angehörigen andererseits.

Insgesamt wird in der Studie die Sicht der Migrant(inn)en sehr anschaulich dargestellt und damit ein wichtiger Impuls für die Weiterentwicklung der interkulturellen Altenhilfe gegeben.

Die Betroffenen stoßen oft an ihre finanziellen Grenzen und an die ihres Know-hows. Dabei gibt es auf der einen Seite nicht sichtbare Leistungen der Familien bis hin zur Überforderung, auf der anderen Seite die Situation, dass entlastende Angebote – zum Teil aus Unkenntnis oder weil diese nicht bedarfsgerecht angeboten werden – nicht ausreichend angenommen werden. Hinzu kommt, dass die Möglichkeiten der finanziellen Entlastung

oft nicht genügend bekannt sind (durch mangelnde Kenntnisse der Gesetze und Institutionen).

Nicht dargestellt wurde in der Studie die Bestandsituation vorhandener Angebote, sodass diese bei Entwicklung der Empfehlungen dementsprechend nicht als Ausgangsbasis diente. Ebenso muss berücksichtigt werden, dass die Angebote und Aktivitäten der Alten- und Service-Zentren auf dem Stand von vor 2006 und damit vor Umsetzung der Neukonzeption erhoben wurden. Bereits seit 2006 ist jedoch die interkulturelle Orientierung und Öffnung der Alten- und Service-Zentren als Querschnittsaufgabe fester Bestandteil aller Bereiche ihrer Leistungsangebote (siehe auch 1.5.2, S. 14 ff.).

Die Studie konstatiert einen hohen zukünftigen Bedarf an Beratungsmöglichkeiten, die den spezifischen Anforderungen stärker Rechnung tragen. Zudem wird neben der Sprachbarriere die fehlende „Institutionenkunde“ in Migrantenfamilien im Hinblick auf Angebote der Altenhilfe und Pflege als Hemmnis für die Inanspruchnahme von Hilfen genannt. Dabei spielen nicht nur die Einrichtungen der Altenhilfe, sondern vor allem auch Mitarbeiter(innen) der Migrationsdienste und Migrantenorganisationen als Berater(innen) und Vermittler(innen) eine wichtige Rolle. Auf beiden Seiten sind der Erwerb von Kenntnissen und stets aktuellen Informationen zu Institutionen und Hilfsmöglichkeiten sowie breite interkulturelle Kompetenzen erforderlich. Migrantorganisationen leiden teilweise unter geringen finanziellen, personellen und räumlichen Ressourcen, was zum Beispiel die Vereinsarbeit behindert. Aufgrund der begrenzten Ressourcen spielen Kontakte, Kooperationen und Netzwerkbeziehungen eine wichtige Rolle bei der Weiterentwicklung von Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement von Migrant(inn)en. Im Vordergrund steht dabei für den Bereich der Altenhilfe die stärkere Aktivierung von Personen, die nicht mehr (voll) berufstätig sind, sowie die Möglichkeiten der Ressourcennutzung durch andere Gruppen, Organisationen und Einrichtungen.

Fazit: Der große Bedarf an Angeboten und Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation der Migrant(inn)en in München kann nur durch gleichzeitige und auf mehreren Ebenen anzubietende Maßnahmen dauerhaft gedeckt werden. Für die Umsetzung werden zum einen die Implementierung von Gremien und übergreifende Strategien als strukturelle Maßnahmen und zum anderen Einzelmaßnahmen auf der Ebene der sozialen Infrastruktur empfohlen.

→

1.4 Demografische Entwicklung mit steigender Anzahl älterer Migrant(inn)en

Grundlage der Darstellung ist die Gesamtzahl von 238.304 65-jährigen und älteren Personen in München (ZIMAS-Daten „wohnberechtigte Bevölkerung“, Stand: März 2007). Davon sind 23.624 Migrant(inn)en verschiedenster Nationalitäten. Dies entspricht einem Anteil von 9,9 Prozent an der Bevölkerung der 65-Jährigen und Älteren.

Hinzu kommen – mit ähnlichen Bedarfen bei Versorgung und Pflege – 6.212 eingebürgerte Personen. Dies ist jedoch nur die Zahl derjenigen, deren Einbürgerung in München registriert wurde. Nicht erfasst sind Aussiedler(innen) (vorwiegend aus den GUS-Staaten) sowie Personen, die in einer anderen Kommune oder Gemeinde eingebürgert wurden, und die Dunkelziffer der nachgezogenen älteren Angehörigen, die häufig erst bei akuten medizinischen Problemen bekannt werden (siehe Kapitel 2.1.8 der Studie, S. 61 f.).

Im Hinblick auf die Anzahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund wird in den nächsten Jahren ein weiterer Anstieg prognostiziert. Mit einzubeziehen in die Entwicklung ist vor allem ihr mit 23,7 Prozent relativ hoher Anteil in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen (Gesamtzahl der 50- bis 64-Jährigen in München: 246.465 Personen, davon 58.323 Nichtdeutsche). Diese Altersgruppe ist auch relevant im Hinblick auf präventive Maßnahmen und unter dem Aspekt der Ressourcen für bürgerschaftliches Engagement aufgrund der niedrigen Beschäftigungsquote (insbesondere der Frauen) bei den über 50-Jährigen. Der *Zweite Armuts- und Reichtumsbericht* der Bundesregierung aus dem Jahr 2005 stellt fest, dass das Armutsrisiko von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland zwischen 1998 und 2003 von 19,6 Prozent auf 24 Prozent gestiegen ist.

Bei der Entwicklung und Ausgestaltung von Angeboten, Projekten und Maßnahmen ist zu beachten, dass es sich bei der Zielgruppe „ältere Menschen mit Migrationshintergrund“ um eine sehr heterogene Gruppe handelt, über deren Situation und Entwicklung nicht immer aussagekräftige empirische Fakten zur Verfügung stehen und deren Bedarfe sehr unterschiedlich sind.

1.5 Weiterentwicklung über die Altenhilfe

Die Erfahrungen der vergangenen Jahre haben gezeigt, dass ältere Migrant(inn)en die vorhandenen Angebote der Altenhilfe im Durchschnitt seltener wahrnehmen und nutzen als deutsche Bürger(innen), auch wenn diese Hilfen formal allen Betroffenen offen stehen und durch gezielte Maßnahmen zur Öffnung der Regeldienste in den letzten Jahren die Hemmschwellen deutlich gesenkt werden konnten.

Im Rahmen der *Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe* wurde das entsprechende *Memorandum* von der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege und der Landeshauptstadt München im Jahr 2005 unterschrieben. Mit der Unterzeichnung verpflichtete sich die Landeshauptstadt München, ihre institutionellen und fachlichen Möglichkeiten dahingehend zu nutzen, dass ältere Menschen unterschiedlicher Herkunft und Kultur besseren Zugang zu den Institutionen der Altenhilfe erhalten und die Unterstützung bekommen, die sie für ein würdevolles Leben brauchen. Hinzu kommen als Rahmenbedingung das im November 2006 im Stadtrat vorgelegte Integrationskonzept der Landeshauptstadt München sowie die Maßnahmen, die als Querschnittsaufgaben in den eingangs genannten Beschlüssen zur Altenhilfe festgelegt wurden. Da im Rahmen der Studie keine Bestandserhebung stattfand, werden die über die Altenhilfe des Sozialreferats geförderten Projekte und Angebote zum Querschnittsthema interkulturelle Arbeit im Folgenden dargestellt.

1.5.1 Beratung, Pflegebörsen, Informationen, Qualifizierungen/ Schulungen

Eine allgemeine Beratung erfolgt über viele Einrichtungen und Anlaufstellen der Altenhilfe sowie der Migrationsdienste, den Ausländerbeirat sowie über Vereine etc. Der Bereich der professionellen Beratung und Hilfevermittlung, wie er über das Sozialreferat als eigenständiges Angebot zur Beratung für ältere Menschen und deren Angehörige eingerichtet ist und finanziert wird, findet jedoch in der Darstellung der Studie keine angemessene Bewertung. Professionelle Beratung und Hilfevermittlung wird durch die vier Beratungsstellen für ältere

Menschen und deren Angehörige der Verbände, die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. und die Fachstellen häusliche Versorgung in den Sozialbürgerhäusern geleistet. Die sehr umfangreiche Beratungsarbeit stellt eine Querschnittsaufgabe dar, die gerade bei der Organisation häuslicher Pflegearrangements oder bei der Unterstützung, die richtigen Hilfen – gerontopsychiatrische Angebote, ambulante Pflege, teilstationäre und vollstationäre Pflege – zu finden, eine wichtige Rolle spielt. Zudem werden zweisprachige Pflegekurse für Angehörige angeboten, bisher in deutscher und türkischer sowie deutscher und russischer Sprache. Die Gründe der zu geringen Inanspruchnahme von Beratungsangeboten, Hilfen und Unterstützungsleistungen sind vielschichtig und lassen sich nicht auf fehlende Deutschkenntnisse oder fehlende Informationen über die Angebotspalette der bestehenden Einrichtungen und Dienste reduzieren. Daneben dominiert zum Teil die Angst vor negativen aufenthaltsrechtlichen Folgen, doch eine andere wesentliche Hemmschwelle, sich entsprechenden Angeboten zu nähern oder sie in Anspruch zu nehmen, kann auch bereits in Bezeichnungen wie „Hilfebedarf“, „Pflegebedürftigkeit“, „gerontopsychiatrische oder demenzielle Erkrankung“ etc. bestehen.

Das Leistungsspektrum der Fachstellen häusliche Versorgung steht Bürger(inne)n aller Nationalitäten offen, wobei bei Bedarf Dolmetscherdienste hinzugezogen werden und entsprechende Fachdienste, zum Beispiel bei Pflegebedürftigkeit, vermittelt werden. Derzeit steht das Angebot der Fachstellen in sieben von 13 Sozialbürgerhäusern zur Verfügung. Nach Besetzung der Stellen in allen Sozialbürgerhäusern wird der Flyer mit Angeboten der Fachstellen aktualisiert und zur gezielteren Information in mehreren Sprachen herausgegeben werden. Im Rahmen der Öffentlichkeits- und Gremienarbeit sind die Fachstellen häusliche Versorgung in die Netzwerkarbeit der Sozialregionen intensiv eingebunden und haben den Auftrag, Vernetzungsarbeit zu leisten und Angebotslücken und zusätzliche Bedarfe an die fachliche Steuerung rückzumelden. Die Fachstelle häusliche Versorgung im Sozialbürgerhaus Feldmoching/Hasenberg beteiligt sich an der türkischen Informationsreihe *Älterwerden in Deutschland*. Das erfolgreiche Projekt wurde an fünf Abenden und mit einer Tagesexkursion durchgeführt. Die Teilnehmer(innen) erhielten vielfältige Informationen aus dem Bereich der Altenhilfe und der Pflege sowie über Finanzierungsmöglichkeiten und Unterstützungsangebote. Dieses Projekt wird mithilfe des Infokofferprogramms der Arbeiterwohlfahrt durchgeführt und ist als Nächstes im Sozialbürgerhaus Laim/Schwanthalerhöhe geplant.

Über die Münchner Pflegebörse können Pflegeplätze, ambulante Pflegeeinrichtungen und Tagespflege in München und im Landkreis einschließlich des jeweiligen Leistungsspektrums abgerufen werden. Für Anbieter(innen) besteht die Möglichkeit, Interessierte anhand einer Eigendarstellung über Fremdsprachenkenntnisse und besondere, auch kulturspezifische Angebote ihres Dienstes oder ihrer Einrichtung zu informieren. Auffälligerweise kommt vor allem die Enkelgeneration der Migrant(inn)en – insbesondere über das Internet – mit Anliegen zur Pflege ihrer Angehörigen auf die Beratungsstellen zu.

Seit 1999 wird über die Innere Mission München e.V. ein eigener Beratungsdienst zur Integration älterer Ausländer(innen) (Schleißheimer Straße 271) bezuschusst. Der Beratungsdienst initiiert Veranstaltungen in bestehenden Einrichtungen und ermöglicht Migrant(inn)en – insbesondere auch gemeinsam in Gruppen – die Teilnahme an zahlreichen Veranstaltungen. Das gegenseitige Verständnis von und die Toleranz gegenüber Menschen mit anderen kulturellen und religiösen Hintergründen wird hauptsächlich über die persönliche Begegnung durch Teilnahme an Veranstaltungen und Angeboten sowie über nachbarschaftliche Hilfen gefördert. Bei Pflegebedürftigkeit und der Koordinierung von Hilfen werden diejenigen Beratungsstellen für alte Menschen und pflegende Angehörige hinzugezogen, zu denen ein enger Kontakt besteht.

Das Projekt Donna Mobile (Mobile Gesundheitsberatung für Migrantinnen und ihre Familien) erhält Zuschüsse vom Sozialreferat und dem Referat für Gesundheit und Umwelt. Donna Mobile leistet mehrsprachige Gesundheitsberatung und bietet Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen an. Im Rahmen der interkulturellen Altenhilfe hat Donna Mobile den Auftrag, Angebote in Einrichtungen, beispielsweise Alten- und Service-Zentren, zu implementieren, die Öffnung der Regeldienste und die Zusammenarbeit mit den Migrationsdiensten zu fördern und den Kolleg(inn)en in den Einrichtungen Fachberatung zu bieten. Die Schulung von Leiterinnen für Selbsthilfegruppen und die Anleitung freiwilliger Helferinnen mit Migrationshintergrund gehören ebenfalls zum Leistungsangebot. Mit diesem umfassenden Angebot gibt Donna Mobile wesentliche Impulse, um die Schwellenängste älterer Migrantinnen gegenüber der Inanspruchnahme von Versorgungs- und Pflegeleistungen zu überwinden.

→

1.5.2 Alten- und Service-Zentren: interkulturelle Orientierung und Öffnung, Projekt „Interkulturelle Qualitätsentwicklung“

Interkulturelle Orientierung der Alten- und Service-Zentren bedeutet, die Angebote der Einrichtungen so zu „orientieren“ und zu gestalten, dass sie eine größtmögliche Vielfalt berücksichtigen und den Bedarf unterschiedlicher Gruppen mit verschiedenen Bedürfnissen aufgreifen können. Interkulturelle Öffnung soll sicherstellen, dass entsprechend dem in der Region lebenden Bevölkerungsanteil passende Angebote vorgehalten werden.

Seit 2006 ist die interkulturelle Orientierung und Öffnung der Alten- und Service-Zentren als Querschnittsaufgabe für alle Schwerpunktbereiche ihrer Arbeit (Beratung und Versorgung, Demenz und psychische Veränderung, Gruppen und Kurse, Begegnung, Ehrenamt) fest in ihrer Konzeption verankert. Die Alten- und Service-Zentren verfolgen mit ihren vielfältigen Angeboten das Ziel, ältere Menschen beim Verbleib in der eigenen Wohnung beziehungsweise in ihrem Umfeld zu unterstützen, ihre Isolation zu vermeiden und ihre Selbstständigkeit zu erhalten.

Die Zielgruppe der Migrant(inn)en, die über die Alten- und Service-Zentren in den Stadtvierteln angesprochen werden, ist keine homogene Gruppe, für die gemeinsame Bedürfnisse und Bedarfe zugrunde gelegt werden könnten. Eine interkulturelle Öffnung setzt voraus, dass auf die spezifischen Bedürfnisse und Interessen der Menschen mit Migrationshintergrund eingegangen wird (vergleiche Konzeption der Alten- und Service-Zentren in München, Fortschreibung 2006). Aus diesem Grund ist ein differenziertes Angebot unterschiedlichster Herangehensweisen, abgestimmt auf Nationalität, Biografie, Bildungsniveau etc. erforderlich. Die Alten- und Service-Zentren tragen diesem Rechnung, indem sie sich regional verständigen und abstimmen, wer schwerpunktmäßig für welche Teilzielgruppe konkrete Einzelangebote macht. Bereits seit Mitte der 1990er-Jahre gibt es zahlreiche konkrete und mit Engagement verfolgte Aktivitäten der Alten- und Service-Zentren, um Menschen mit Migrationshintergrund an sie heranzuführen und ihnen über herkunftsspezifische Angebote die Integration in die Gruppe der Besucher(innen) zu erleichtern. Mit den erweiterten Aufgaben über die neue Konzeption wird seit 2006 mit besonderem Nachdruck die interkulturelle Orientierung und Öffnung in den Alten- und Servicezentren vorangetrieben. Mit sehr großem

Erfolg und auf hohem professionellen Niveau sind mittlerweile weit über 100 spezifische Angebote in den Bereichen muttersprachliche Beratung und Information, Deutschkurse und Deutschkonversation, herkunftsspezifische und internationale Gruppen sowie viele Einzelprojekte entstanden. Zudem nutzen immer mehr Migrant(inn)en die allgemeinen, nicht migrationsspezifischen Angebote der Alten- und Service-Zentren und tragen damit der integrativen Zielsetzung Rechnung.

Da sich die Übernahme dieser neuen Querschnittsaufgabe in den Alten- und Service-Zentren zum Teil mit den Erhebungen von Dr. Anderson überschneidet und sich das Angebot für Menschen mit Migrationshintergrund im Jahr 2006 laufend weiterentwickelte, kann aus heutiger Sicht auf eine weit positivere als in der Studie von Dr. Anderson beschriebene Bilanz verwiesen werden. Die Jahresberichte der Alten- und Service-Zentren zeigen, dass im Jahr 2006 10,9 Prozent der Nutzer(innen) aller Angebote in den Alten- und Service-Zentren Menschen mit Migrationshintergrund waren und ihr Anteil an den Stammesbesucher(inne)n bei zwölf Prozent beziehungsweise 3.700 Personen lag. Dies übersteigt ihren entsprechenden Anteil an der Bevölkerung, der bei den 65-Jährigen und Älteren 9,9 Prozent beträgt.

Ergänzend zu der in den letzten eineinhalb Jahren in den Alten- und Service-Zentren geleisteten Arbeit und den beeindruckenden Ergebnissen in der Vielzahl der Initiativen und Angebote finden sich in der Studie zahlreiche Bestätigungen und einige wertvolle Empfehlungen.

1.5.2.1 Schwerpunkt Beratung und Versorgung in Alten- und Service-Zentren

Die Beratungsangebote in Alten- und Service-Zentren verfolgen sowohl den Anspruch, frühzeitig präventiv wirken zu können, als auch die Voraussetzung, im Falle des eingetretenen Hilfebedarfs mit Versorgungs- und Unterstützungsangeboten eingreifen zu können.

Im Jahr 2006 wurden 9,1 Prozent der Beratungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Anspruch genommen. Genauso wie deutsche Klient(inn)en bringen auch Migrant(inn)en Ängste und Hemmungen mit in die Beratungssituation. Hinzu kommen teilweise Sprachbarrieren und weitere in der Studie beschriebene Hemmschwellen. Um diese abzubauen, werden muttersprachlich und interkulturell kompetente Berater(innen) und die

Unterstützung durch fachlich und sprachlich versierte Personen benötigt, um den Klient(inn)en schwer verständliche Informationen vermitteln zu können. Um die Beratungswirkung zu optimieren, sind muttersprachliche Bezugspersonen und ein muttersprachlicher Dolmetscherdienst erforderlich. Eine enge Kooperation mit den Migrationsberatungsdiensten der freien Wohlfahrtsverbände sowie Vereinen, religiösen Gemeinschaften und Selbsthilfeorganisationen ist hier eine unabdingbare Hilfe (vergleiche Konzeption der Alten- und Service-Zentren in München, Fortschreibung 2006). In vielen Alten- und Service-Zentren besteht bereits direkt die Möglichkeit, muttersprachliche Beratung, die in Kooperation mit den Migrationsdiensten geleistet wird, in Anspruch zu nehmen. Nicht zu unterschätzen ist auch die von Dr. Anderson hervorgehobene Bedeutung muttersprachlicher Mitarbeiter(innen). So fungieren etwa nichtdeutsche Reinigungs- und Verwaltungskräfte in einzelnen Alten- und Service-Zentren als Erstansprechpartner(innen) und Mittler(innen) für ältere Migrant(inn)en. Allerdings ist zu betonen, dass nicht überall in den Alten- und Service-Zentren Mitarbeiter(innen) mit Migrationshintergrund mit verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen, sodass zukünftig ein Bedarf an muttersprachlichen Kräften (zum Beispiel auch als Honorarkräfte eingesetzt) entstehen und der Zugang zu Dolmetscherdiensten zu erweitern und über Vereinbarungen finanziell zu regeln sein wird.

Das Beratungsangebot in den Alten- und Service-Zentren wird ergänzt durch zahlreiche Vorträge und Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen. Diese Angebote sind möglich durch die Zusammenarbeit mit einschlägigen Diensten wie etwa Donna Mobile (Mobile Gesundheitsberatung für Migrantinnen und ihre Familien). Wie Dr. Anderson betont, „leiden insbesondere ältere Frauen mit Migrationshintergrund unter diversen gesundheitlichen Problemen“. Regelmäßig werden in den Alten- und Service-Zentren Vortragsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen angeboten. Es wird vorgeschlagen, zukünftig bei der Auswahl der Vortrags-themen stärker auf in Migrantenkreisen weitgehend tabuisierte Fragestellungen wie Sterben – kultursensible Begleitung, Gewalt im Alter und in der Familie oder psychische Veränderungen im Alter und Demenz einzugehen.

Leider werden in der Studie von Dr. Anderson geschlechtsspezifische Ursachen für auftretende Probleme nur am Rande gestreift und eher tabuisiert. So darf zum Beispiel nicht übersehen werden, dass die teilweise durch ihre Familien erzwungene Isolation von Frauen einen erheblichen Beitrag zur

Entstehung von Krankheiten leistet, ebenso wie die einseitige Verantwortung der Frauen für die Familienarbeit, die sie neben ihrer beruflichen Tätigkeit leisten. Zudem spiegelt sich bei den Besucherinnen der Alten- und Service-Zentren der hohe Anteil der über 50-Jährigen wider, der nicht (oder nicht mehr) berufstätig ist.

1.5.2.2 Schwerpunkt Demenz und psychische Veränderungen im Alter

Dr. Anderson fordert zu Recht den Aufbau gezielter Beratungs- und Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz. Leider gehört das Thema Demenz bei der Gesamtheit der älteren Menschen zu den Tabubereichen und die Bereitschaft, sich damit auseinanderzusetzen, ist gering. Auch in Deutschland werden psychisch veränderte alte Menschen, insbesondere in ländlichen Gebieten, heute noch „zu Hause versteckt“. Das Umfeld soll möglichst nicht auf die Veränderung der Betroffenen und auf die belastenden Auswirkungen auf die Familie aufmerksam werden. Die Demenzkampagne 2006 der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. hatte das Ziel, das Thema bei Betroffenen und deren Familien stärker aus der Tabuzone zu holen. Diese Enttabuisierung hat die Migrantenfamilien noch nicht erreicht. Wichtig ist, die Migrant(inn)en mit dem Thema in Berührung zu bringen und für präventive Angebote zu gewinnen. Deutsch- und Alphabetisierungskurse, (muttersprachliche) Gedächtnisübungen, von muttersprachlichen Personen begleitete Erinnerungs- und Biografiearbeit, soziale Kontakte und Unternehmungen sind hervorragende Mittel zur Demenzprophylaxe.

Im Juni 2007 startete im Alten- und Service-Zentrum Westend (Tulbeckstraße 31, 80339 München) das Pilotprojekt „Interkulturelle Tagesbetreuung für demenziell oder psychisch veränderte alte Menschen in Alten- und Service-Zentren“. Da sich Menschen mit Demenz oftmals nur noch in ihrer Muttersprache verständigen können, ist hier in besonderem Maße die Unterstützung durch muttersprachliche Helfer(innen) oder Bezugspersonen erforderlich. Der Aufbau einer interkulturellen Tagesbetreuung erfolgt zunächst mit kroatischen und deutschen Teilnehmer(inne)n.

Ein Fachtag zum Thema Demenz und Migration mit dem Ziel, Mitarbeiter(inne)n der offenen Altenhilfe Grundwissen über interkulturelle Demenzberatung und interkulturelle Beratung zur psychischen Gesundheit zu vermitteln, ist in Kooperation zwischen dem Arbeitskreis Altwerden in der

→

Fremde, der Stelle für interkulturelle Arbeit und einer Fachreferentin mit Migrationshintergrund für den 24.01.2008 geplant.

1.5.2.3 Schwerpunkt Gruppen und Kurse, Begegnung

Dr. Anderson erwähnt in der Studie die „segensreichen Sprach- und Konversationskurse in den Alten- und Service-Zentren“. Tatsächlich enthält das Kursangebot der Alten- und Service-Zentren bereits seit 1996 Sprachkurse. Mittlerweile finden in der Hälfte aller Alten- und Service-Zentren insgesamt 25 Deutsch- und Deutschkonversationskurse statt. Eine erhöhte Anzahl an Kursen sowie eine Ausweitung auf Alphabetisierungskurse ist sehr begrüßenswert und wird nach Klärung der Finanzierung von den Alten- und Service-Zentren angeboten. Es steht außer Frage, dass sowohl das geistige Training, aber auch der soziale Kontakt als wertvolle Gesundheitsprophylaxe (unter anderem auch als Demenzprophylaxe) anzuerkennen sind. Da ältere Migrant(innen) häufig über ein geringes Einkommen verfügen und die Entrichtung regulärer Kursgebühren eine Hemmschwelle darstellen könnte, ist vorgesehen, diese Kurse zu vergünstigten Gebühren anzubieten. Der Facharbeitskreis Alten- und Service-Zentren, ein Unterarbeitskreis der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege, wird sich mit dieser Frage befassen und einen Vorschlag zur Umsetzung dieser gesondert subventionierten Kurse ausarbeiten. Die hierzu benötigten Mittel sollen gegebenenfalls über Stiftungsmittel beantragt werden.

Neben den Kursangeboten liegen den Alten- und Servicezentren die Gruppenangebote für Menschen mit Migrationshintergrund sehr am Herzen. Ebenso wie ältere Menschen deutscher Herkunft verspüren Migrant(innen) das Bedürfnis nach Austausch mit Gleichgesinnten und Menschen in ähnlichen Lebenssituationen (vergleiche Konzeption der Alten- und Service-Zentren, Fortschreibung 2006). Ein Blick in die Jahresberichte der Alten- und Servicezentren zeigt eine beeindruckende Vielfalt von türkischen, griechischen, ex-jugoslawischen, russischen, spanischen bis hin zu afrikanischen und arabischen Gruppen. Wie Dr. Anderson in seiner Studie richtig konstatiert, ist zum Aufbau von Migrantengruppen ein hohes Maß an Durchhaltevermögen erforderlich, „aber es gelingt immer wieder“, wie er feststellt. Über diese Gruppenangebote wird der Zugang zu den Migrant(innen) erschlossen, sodass im Falle des Unterstützungsbedarfs zumindest ein Basisvertrauen zu den

Mitarbeiter(inne)n der Alten- und Service-Zentren vorhanden ist. Berichte aus den Alten- und Service-Zentren zeigen, dass gerade in den letzten zwölf Monaten der Beratungsbedarf bei Migrant(innen) gestiegen ist.

Mehrmals im Jahr finden in den Alten- und Servicezentren international gestaltete Begegnungsfeste statt. Interkulturelle Begegnungsfeste erfordern eine hohe Sensibilität vonseiten der Mitarbeiter(innen), den Wunsch der Gäste nach Orientierung zur eigenen Gruppe in Einklang zu bringen mit dem allseitigen Interesse, Menschen anderer Kulturen kennenzulernen. Gerade bei der Planung von Begegnungsangeboten wird hohes Augenmerk auf die kultursensible Ausgestaltung und Respektierung der geschlechtsspezifischen Muster gelegt.

1.5.2.4 Schwerpunkt Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement

Ehrenamtliche Betätigung ermöglicht soziale Kontakte, bringt Anerkennung und Wertschätzung und stärkt das Selbstwertgefühl. Ehrenamtliche Helfer(innen) werden in den Alten- und Servicezentren professionell begleitet und angeleitet. Im Jahr 2006 waren in den Alten- und Service-Zentren 129 Menschen mit Migrationshintergrund im Einsatz (7,1 Prozent aller Ehrenamtlichen in Alten- und Service-Zentren). Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Zahl um 0,7 Prozent. Demzufolge interessieren sich zunehmend mehr Menschen mit Migrationshintergrund für eine sinnstiftende Tätigkeit in Alten- und Service-Zentren.

Für Ehrenamtliche gibt es hinsichtlich möglicher Einsatzfelder eine breite Auswahl. Besonders hervorzuheben sei an dieser Stelle die Möglichkeit des direkten Einsatzes (Besuchsdienst) bei einem älteren Menschen als freiwillige Helferin oder freiwilliger Helfer. Mindestens einmal pro Woche wird ein älterer Mensch von der Helferin oder dem Helfer aufgesucht und betreut oder begleitet. Dieses Engagement kann mit einer Aufwandsentschädigung von 39,- Euro pro Monat gefördert werden und damit auch zu einer kleinen Erleichterung der oftmals schwierigen wirtschaftlichen Situation älterer Migrant(innen) beitragen. Voraussetzung für die Erstattung der Aufwandsentschädigung ist die Antragstellung und Anbindung an eine antragsberechtigte Einrichtung, zum Beispiel ein Alten- und Service-Zentrum oder die Beratungsstellen.

Ein weiteres breites Einsatzfeld besteht im Bereich der Mittler- und Übersetzungstätigkeit. Migrant(in-

n)en können als muttersprachliche Vertrauenspersonen in den Alten- und Service-Zentren eine wertvolle Brücke zu den Migrant(inn)en schlagen, muttersprachliche Beratung vermitteln und zugleich als Multiplikator(inn)en für die Angebote der Alten- und Service-Zentren in den Communitys fungieren. Darüber hinaus wird derzeit zusammen mit der Inneren Mission München e.V. und Donna Mobile (Mobile Gesundheitsberatung für Migrantinnen und ihre Familien) ein Schulungskonzept zur Qualifizierung zweisprachiger Helfer(innen) erarbeitet.

Bereits heute gibt es in Alten- und Service-Zentren einige erfolgreiche interkulturelle und generationenübergreifende Ansätze. Zwei davon seien an dieser Stelle beispielhaft erwähnt:

Projekt „Spielfeld“ im Alten- und Service-Zentrum Obermenzing

Das Alten- und Service-Zentrum Obermenzing (Packenreiterstraße 48) befindet sich in einem Wohngebiet mit überwiegend sozialem Wohnungsbau. In unmittelbarer Umgebung wohnen, verglichen mit der Gesamtbevölkerungsstruktur im Stadtteil Obermenzing, besonders viele Familien mit Migrationshintergrund. Das Alten- und Service-Zentrum hat es sich zum Ziel gesetzt, die Obermenzinger Senior(inn)en mit den Migrantenfamilien in Kontakt zu bringen und für mehr gegenseitiges Verständnis und Toleranz zu werben.

Dieses Ziel konnte erfolgreich realisiert werden: Nachdem sich eine pensionierte Lehrerin ehrenamtlich zur Verfügung gestellt hatte, um den ausländischen Kindern durch Hausaufgabenbetreuung und Nachhilfe zu besseren schulischen Ergebnissen zu verhelfen, war der Bann gebrochen. Im Jahr 2007 gingen einige Senior(inn)en daran, im Bereich des Gartens des Alten- und Service-Zentrums eine Spielfläche für die Kinder der Siedlung anzulegen. Kleinere Kinder werden dort auch von den Senior(inn)en beaufsichtigt. Inzwischen herrscht ein reges Kommen und Gehen der Kinder im Alten- und Service-Zentrum. Die Kinder verhalten sich den Senior(inn)en gegenüber sehr kommunikativ und sind sehr kontaktfreudig – und die Senior(inn)en tun es ihnen gleich.

Projekt „MobilKultur“

Das Projekt „MobilKultur“ ist ein Kooperationsprojekt von Alten- und Service-Zentrum, Evangelischem Bildungswerk München e.V. und Münchner Volkshochschule – Seniorenprogramm. Der mobile Kulturdienst für soziale Einrichtungen und Zuhause will Ehrenamtliche mit Liebe zur Kultur mit kulturinteressierten älteren Menschen in Kontakt bringen.

Die Ehrenamtlichen haben sich über den „Kulturführerschein“ qualifiziert. Kultur kann sowohl nach Hause als auch in Form von Einzel- oder Reihenveranstaltungen in die Einrichtungen „gebracht“ werden. An der Projektbegleitung ist Maria Virginia Gonzalez Romero vom Ausländerbeirat beteiligt, sodass gezielt auch an Migrant(inn)en Personen für ein Kulturangebot vermittelt werden können.

1.5.2.5 Schwerpunkt Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit

Wie bereits erwähnt sind die institutionalisierte Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Ausländerbeirat, dem Internationalen Seniorenforum, dem Seniorenbeirat, den Migrationsberatungsdiensten der freien Wohlfahrtsverbände, migrationsspezifischen Einrichtungen im Stadtteil, Vereinen, religiösen Gemeinschaften, Seelsorgestellen und Selbsthilfeorganisationen wichtig, um Zugang zu älteren Menschen mit Migrationshintergrund zu erlangen und spezifische Bedarfe zu erfassen. Diese Kooperationen pflegen die Alten- und Service-Zentren seit vielen Jahren. Dabei ist es wichtig, dass im Vorfeld der Vermittlung von Migrant(inn)en an Alten- und Service-Zentren durch Kooperationspartner(innen) eine professionelle Übergabe stattfindet (Name, Wünsche, Bedarfe, Problematik etc.) und eine Ansprechperson im Alten- und Service-Zentrum benannt wird. Bei schwierigen Fällen und großen Schwellenängsten empfiehlt sich ein gemeinsamer (Haus-)Besuch, um eine erfolgreiche Aufnahme ins Alten- und Service-Zentrum einzuleiten.

Besonders hervorzuheben ist die Gründung des Internationalen Seniorenforums im Jahr 2003 im Alten- und Service-Zentrum Ramersdorf und seine spätere Stützpunktverortung im Alten- und Service-Zentrum Altstadt. Das Internationale Seniorenforum ist ein Zusammenschluss von 32 deutsch-australischen Senior(inn)en, Ausländer- und Seniorenbeirat sowie Alten- und Service-Zentren und bietet Fachkräften, Multiplikator(inn)en und ausländischen Senior(inn)en die Möglichkeit, sich über die Situation ausländischer Senior(inn)en in München zu informieren oder sich in konkreten Fragen beraten zu lassen. Regelmäßige Sprechstunden werden einmal im Monat im Alten- und Service-Zentrum Altstadt (Sebastiansplatz 12, 80331 München) abgehalten.

Als wichtige Instrumente der Vernetzung fungieren die Örtlichen Arbeitsgemeinschaften für Altenhilfe (ÖAG), deren Federführung bei den Alten- und Service-Zentren liegt, sowie die Facharbeitskreise Alte Menschen und Interkulturelle Arbeit (Reksam).

→

Auf gesamtstädtischer Ebene und unter Beteiligung der Träger und der Landeshauptstadt München/ Sozialreferat finden Vernetzung und Austausch im Arbeitskreis Altwerden in der Fremde statt. In diesem Arbeitskreis, einem Unterarbeitskreis der Arbeitsgemeinschaften der freien und öffentlichen Wohlfahrtspflege, arbeiten Mitarbeiter(innen) der Alten- und Service-Zentren, der Migrationssozialdienste, des Sozialreferats und des Referats für Gesundheit und Umwelt sowie die Planungsbeauftragten der Wohlfahrtsverbände an der interkulturellen Öffnung der Altenhilfe. Die Federführung für den Arbeitskreis ist an die Federführung der Arbeitsgemeinschaften gekoppelt. Seit 01.01.2006 liegt diese bei der Arbeiterwohlfahrt, in den Jahren 2003 bis 2005 lag sie bei der Inneren Mission München e.V..

Durch den Arbeitskreis Altwerden in der Fremde wurde eine gute Vernetzung zwischen Migrationssozialdiensten und Alten- und Service-Zentren aufgebaut (vergleiche auch 1.6, S. 20).

Als 2006 das neue Faltblatt für die Alten- und Service-Zentren entwickelt wurde, war von Anfang an klar, dass die Informationen über die Leistungsangebote zukünftig nachdrücklicher an Menschen mit Migrationshintergrund herangebracht werden müssen. Aus diesem Grund wurde ein Einleger, der in acht Sprachen übersetzt und der besseren Kenntlichkeit wegen je nach Sprache in einer anderen Farbe gedruckt wurde, erstellt und über die Alten- und Service-Zentren verteilt. Bei der Übersetzung der Texte wurde eng mit den Migrationsdiensten der Verbände zusammengearbeitet, um ein für Migrant(inn)en gut verständliches Ergebnis zu erzielen. Faltblatt und Einleger sind – außer in den Alten- und Service-Zentren – auch in den Sozialbürgerhäusern, bei den genannten Kooperationspartner(inne)n und Einrichtungen sowie unter www.muenchen.de/asz erhältlich. Darüber hinaus haben viele Alten- und Service-Zentren mehrsprachige Textbausteine in ihre regelmäßig erscheinenden Programmhefte aufgenommen.

Das Auslegen von Programm- und Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen sowie das Anbringen von Symbolen oder Bildern im oder am Haus der Einrichtung helfen dabei, Zugangsbarrieren abzubauen. Außerdem regen diese Maßnahmen eine kulturübergreifende Kommunikation an. Der Arbeitskreis Altwerden in der Fremde beschäftigt sich zurzeit mit Vorschlägen, wie die Darstellung der Migrationsangebote in den Alten- und Service-Zentren für Migrant(inn)en attraktiver gestaltet und weiterentwickelt werden kann.

1.5.2.6 Personal und Qualifizierung

Um die interkulturelle Orientierung und Öffnung erfolgreich betreiben und auch interkulturelle Konflikte nachhaltig lösen zu können, ist seitens der Mitarbeiter(innen) ein hohes Maß an interkultureller Kompetenz und migrationspezifischen Kenntnissen erforderlich. Derzeit gibt es noch zu wenige Kolleg(inn)en mit Migrationshintergrund. Bei Stellenneubesetzungen ist daher immer auch die Eignung von Bewerber(inne)n mit Migrationshintergrund zu prüfen.

Die Alten- und Service-Zentren haben sich von Anfang an sehr engagiert an interkulturellen Qualifizierungsmaßnahmen beteiligt. So haben die Alten- und Service-Zentren Laim, Westend, Moosach und Milbertshofen bereits von 2003 bis 2004 das unter freiwilliger Beteiligung ausgeschriebene erste Modellprojekt „Interkulturelle Qualitätsentwicklung in Münchner Sozialregionen“ durchlaufen. Seit Ende 2005 beteiligen sich alle Alten- und Service-Zentren in den Stadtbezirken 15 bis 19 (Berg am Laim, Trudering-Riem, Ramersdorf-Perlach, Obergiesing und Untergiesing-Harlaching) an der zweiten Staffel dieses Modellprojekts. Durchgeführt wird das Projekt von der Stelle für interkulturelle Arbeit gemeinsam mit den Beratungsdiensten der Arbeiterwohlfahrt gGmbH und der InitiativGruppe – Interkulturelle Begegnung und Bildung e.V. Es erweist sich als effektives und nachhaltiges Instrument der interkulturellen Öffnung.

1.5.2.7 Fazit für die Integrationsangebote in den Alten- und Service-Zentren

Was den Stand der interkulturellen Orientierung und Öffnung der Alten- und Service-Zentren zum heutigen Zeitpunkt angeht, so ist festzustellen, dass viele Empfehlungen der Studie in den Alten- und Service-Zentren bereits umgesetzt werden oder durch die Fortschreibung der Konzeption der Alten- und Service-Zentren im Jahr 2006 als zukünftige Leistungsaufgabe fest verankert sind (vergleiche etwa die Empfehlungen Dr. Andersons zu muttersprachlichen Informationsblättern, zur Aufwertung der muttersprachlichen Verständigung, zu interkultureller [Demenz-]Beratung, zu Multiplikatorenarbeit und Vernetzung, zu Sprach- und Konversationskursen, zur Gewinnung von Ehrenamtlichen, zu zugehenden Angeboten sowie zu generationenübergreifenden Ansätzen und Kooperationen mit Kindereinrichtungen).

Die Vorschläge im Hinblick auf die Einbindung von Schulen und Kindergärten in Informations- und Multiplikatorenflüsse und Angebote für ältere Migrantinnen, die ihre Enkel betreuen, sind sinnvoll und umsetzungswert. Gerade bei den neuen Alten- und Service-Zentren Aubing (Am Aubinger Wasserturm 30) sowie Riem (Platz der Menschenrechte 10) besteht im Einzugsbereich ein sehr hoher Migrantenanteil. Die direkte Nähe zu Kindereinrichtungen bietet hier von vornherein gute Voraussetzungen, um generationenübergreifend und interkulturell tätig zu werden und die Personengruppe der Menschen mit Migrationshintergrund von Anfang an im Alten- und Service-Zentrum willkommen zu heißen.

Sicher ist die interkulturelle Orientierung noch nicht in allen Alten- und Service-Zentren vollständig umgesetzt. Beispielsweise reicht es nicht aus, ein Angebot für eine Migrantengruppe vorzuhalten – interkulturelle Orientierung und Öffnung bedeutet vielmehr, grundsätzlich offen zu sein gegenüber verschiedenen kulturellen Lebensstilen und auf Bedürfnisse, Interessen und Lebenslagen unter Berücksichtigung der jeweiligen Kultur und Herkunft einzugehen. Dieser fortwährende Prozess, zu dem sowohl die Migrant(innen) als auch die Regeldienste beitragen müssen, ist auf der Basis des Münchner Integrationskonzepts kontinuierlich weiterzuführen.

1.5.3 Bildung und lebenslanges Lernen

Die Volkshochschulen stellen mit fast 27 Prozent den größten Anteil an zugelassenen Sprachkurs-trägern und kombinieren das bundesweite Integrationskursangebot zunehmend mit vor- und nachgelagerten Angeboten. Sie werden als überparteiliche und weltanschaulich neutrale Orte wahrgenommen und bieten jedem und jeder Lernenden – unabhängig von der Nationalität – neben Sprach- und Integrationskursen wichtige andere Wege zur persönlichen Orientierung in Deutschland: vom Gesundheitskurs über Kommunikations- und Computertrainings bis zu Kursen zur Entwicklung der eigenen Kreativität.

Die Münchner Volkshochschule – Seniorenprogramm plant, im Jahr 2008 spezielle Angebote für ältere Migrant(innen) aufzunehmen, die – um einen höheren Anreiz zum Einstieg zu schaffen – für diesen Personenkreis zu günstigeren Kursgebühren angeboten werden sollen. Ein bisheriger Förderverein der Münchner Volkshochschule – Seniorenprogramm soll in Kürze aufgelöst werden. Aus den verbleibenden Mitteln des Vereins sollen Angebote

für Zielgruppen finanziert werden, die bislang nur zögerlich Zugang zu dem Programm gefunden haben: Ab Herbst 2007 werden Angebote unter dem Motto „Neueinsteiger zahlen die Hälfte“ gefördert, um auch wirtschaftlich schwächer gestellte Personen zu erreichen. Für 2008 sind weitere Angebote, ebenfalls subventioniert durch Restmittel des aufgelösten Fördervereins, für Menschen mit Migrationshintergrund in Vorbereitung. Die Abstimmung mit den übrigen Bildungs- und Kursangeboten wird über die Arbeitsgemeinschaft Münchner Erwachsenenbildungsträger Seniorenprogramm (AGMES) erfolgen; die Vernetzung mit den Migrationsdiensten und Migrantorganisationen und -gruppen ist dabei als wichtige Voraussetzung zur Öffnung für ältere Migrant(inn)en vorgesehen.

Mit dem Evangelischen Bildungswerk München e.V. – Seniorenprogramm, über das in den vergangenen Jahren wiederholt Kurse zur „Vorbereitung auf den Ruhestand“ in Betrieben angeboten wurden, wird ein Konzept entwickelt, um berufstätige Migrant(inn)en in Betrieben zu erreichen. Dieses Konzept – so angelegt, dass es von verschiedenen Firmen abgerufen werden kann – soll von einem binationalen Team angeboten werden. Damit wird gezielt auf Firmen zugegangen, die ältere Arbeitnehmer(innen) nichtdeutscher Herkunft beschäftigen. Das Kursangebot zur Vorbereitung auf den Ruhestand wird einerseits auf der Ebene der Selbstreflexion Elemente enthalten über eigene Hoffnungen und Vorstellungen zur nachberuflichen Phase – insbesondere, welche Vorstellungen im Zusammenhang mit der Migration damit verbunden waren und sind. Dabei werden auch Methoden der Biografiearbeit einfließen. Auf der Ebene der Informationsvermittlung werden Kenntnisse über das hiesige Altenhilfesystem, Leistungen der Kassen und Gesundheitsfragen im Vordergrund stehen. Angedacht ist, diese Kurse den Beschäftigten gemeinsam mit ihren Ehepartner(inne)n anzubieten, da nach Beendigung der Berufstätigkeit auch die Neuorientierung mit der Partnerin oder dem Partner und möglicherweise auch die Rollenverteilung in den Familien neu definiert werden müssen. Mit den Firmen, die das Kursangebot in Anspruch nehmen, wird eine Vereinbarung getroffen, dass sie die entsprechenden Mitarbeiter(innen) zur Teilnahme motivieren und (anteilig) die Kurse gegebenenfalls während der Arbeitszeit anbieten.

Das Evangelische Bildungswerk München e.V. erhält für die Kursentwicklung und die Honorare des binationalen Teams entsprechende Mittel sowie die Schulungskosten. Die Summe von etwa 80.000,- Euro wird aus Sondermitteln bereitgestellt.

→

1.6 Partizipation, bürgerschaftliches Engagement, Gremien, Vernetzung

Zur Initiierung und Leitung von Selbsthilfegruppen und bürgerschaftlichem Engagement von und für Migrant(inn)en wurde in den letzten Jahren eine Schulungsreihe veranstaltet.

In München gibt es eine Vielzahl von Migranten-selbstorganisationen; im Vereinsverzeichnis des Ausländerbeirats sind Adressen von 400 Initiativen und Gruppen veröffentlicht. Die erste Einwanderergeneration bildete überwiegend „herkunftslandorientierte Selbstorganisationen“. Diese bieten einen geschützten Raum und die Gelegenheit für soziale Kontakte und gemeinsame (Freizeit-)Aktivitäten. Zudem stellen diese Organisationen und Gruppen eine wichtige Möglichkeit dar, soziale Anerkennung und Sinngebung zu erfahren.

Partizipation wird in allen Einrichtungen praktiziert, sowohl in Einrichtungen der Altenhilfe als auch der Migrationsdienste, mit Altenclubs etc. Die Partizipation über den Seniorenbeirat wurde über die Satzung verankert, sodass seit 2004 die wahlberechtigten Ausländer(innen) durch drei ausländische Mitglieder des Seniorenbeirats vertreten werden.

Zur Vernetzung werden alle wichtigen Themen über das Internationale Seniorenforum (ISF) und den Arbeitskreis Altwerden in der Fremde abgestimmt, besondere Bedarfe festgestellt und weitergeleitet. Der Arbeitskreis beteiligt sich an der *Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe*. Zu den Aktivitäten des Arbeitskreises und der Stelle für interkulturelle Arbeit im Sozialreferat gehörte zum Beispiel auch die Veranstaltung *Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe – Fachtagung für Führungskräfte in der Altenpflege* am 24.11.2005.

1.7 Sprachbarrieren, freiwillige Helfer(innen), Dolmetscherdienst

In der Studie von Dr. Anderson wurde den Sprachbarrieren in Krankenhäusern bei der Behandlung von Patient(inn)en großes Gewicht beigemessen. In einigen Häusern des Städtisches Klinikum GmbH wird von klinikeigenem Personal Übersetzungsarbeit geleistet. Für die Betreuung und Schulung

von Mitarbeiter(inne)n und die Weiterentwicklung interkultureller Arbeit wurde 2006 eine Halbtagsstelle für eine Fachreferentin eingerichtet.

Dolmetscherleistungen durch kulturkompetente Dolmetscher(innen) können über das Bayerische Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V. in über 50 Sprachen abgerufen werden. Dieser Dolmetscherdienst wird von der Landeshauptstadt München und dem Bezirk Oberbayern gefördert. Er steht bei Bedarf auch den Sozialbürgerhäusern und anderen Einrichtungen gegen Bezahlung zur Verfügung. Seit zehn Jahren wird er zunehmend in Anspruch genommen: Für 2005 wurden 2.801 Einsatzstunden dokumentiert, 2006 waren es 3.221 (davon 406 in medizinischen Einrichtungen einschließlich Krankenhäusern und 2.815 in sozialen Einrichtungen). Es gilt, eine Vereinbarung zu treffen, dass bei Bedarf – für noch festzulegende Beratungssituationen – der Dolmetscherservice des Bayerischen Zentrums für Transkulturelle Medizin e.V. auch von den Alten- und Service-Zentren und anderen Einrichtungen der Altenhilfe über das jeweils zuständige Sozialbürgerhaus angefordert und finanziert werden kann.

An Schulungen für Helfer(innen), zum Beispiel für Besuchsdienste, Seniorenbegleitung und Pflegehelferinnen, nehmen bis zu 25 Prozent Migrant(inn)en teil. Der Anteil nichtdeutscher Helfer(innen) in den Alten- und Service-Zentren beträgt etwa acht Prozent. Ihr Anteil bei den Besuchsdiensten, die auch über andere Einrichtungen eingesetzt werden und für die eine Aufwandsentschädigung gezahlt wird, ist mit neun Prozent etwa genauso hoch.

Darüber hinaus zeichnet sich ab, dass es ein Einsatzfeld für zweisprachige Helfer(innen) gibt. Diese haben keine Dolmetscherfunktion, sondern werden als freiwillige Helfer(innen) zur Entlastung von Angehörigen oder bei Alleinstehenden als Besuchs- und Begleitdienst tätig. In Einzelfällen findet eine Vermittlung solcher zweisprachigen Helfer(innen) bereits statt. Um ein Netz für alle Einrichtungen aufzubauen, aus dem im Bedarfsfall Kräfte abgerufen werden können, wurde von der Abteilung Hilfen im Alter und bei Behinderung zusammen mit der Inneren Mission München e.V. ein entsprechendes Konzept entwickelt. Dieses umfasst die Anwerbung von zweisprachigen Helfer(inne)n und den Aufbau eines Vermittlungsnetzes. Zusätzlich wird ein eigenes Schulungsprogramm als ergänzendes Modul zur Vermittlung besonderer transkultureller Aspekte ausgearbeitet. Hierzu existieren bereits in anderen Bundesländern erprobte Schulungsprogramme, die übernommen werden können.

Die Vermittlung der geschulten Helfer(innen) wird von der Inneren Mission München e.V. in Kooperation mit den beiden unter ihrer Trägerschaft geförderten Projekten Donna Mobile und „Integration älterer Ausländer in Regeldienste – in Milbertshofen“ federführend übernommen. Die geschulten kulturkompetenten und zweisprachigen Helfer(innen) werden – wie andere Freiwillige auch – allen Einrichtungen zum Einsatz zur Verfügung stehen. Die Aufwandsentschädigung wird entsprechend den Einsätzen für Besuchsdienste in deutschen Haushalten geregelt.

Für das 2008 startende Schulungs- und Vermittlungsprojekt für zweisprachige Helfer(innen) wurde von der Inneren Mission München e.V. ein Antrag auf Förderung über das Modellprogramm „Innovative Altenhilfekonzepte“ beim Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen gestellt. Das Sozialreferat stellt für dieses Projekt aus dem Projektbudget 5.1.2 ein jährlicher Zuschuss in Höhe von 20.000,- Euro bereit. Die Mittel stehen auf Finanzposition 4705.700.0512.9 Projekt Nr. 41 „Helferpauschalen“ zur Verfügung.

1.8 Vollstationäre Versorgung Pflegebedürftiger

Die Alten- und Pflegeheime für MigrantInnen öffnen – zum Antrag Nr. 02-08/A03733 der Stadtratsfraktion Bündnis 90/Die Grünen/RL vom 06.06.2007

Der Antrag Nr. 02-08/A03733 der Stadtratsfraktion Bündnis90/Die Grünen/RL vom 06.06.2007 enthält den Auftrag darzustellen, welche Konzeptionen und Wege es in stationären Pflegeeinrichtungen gibt, um sich für den wachsenden Anteil alter Migrant(inn)en in München zu öffnen. Zudem sollen Überlegungen angestellt werden, ob alternative Wohnformen eher akzeptiert würden als Altenheime.

Zur Anzahl pflegebedürftiger Heimbewohner(innen) ergab eine trägerübergreifende Umfrage in den Münchner Alten- und Pflegeheimen im Jahr 2003 einen geringen Anteil an Bewohner(inne)n mit Migrationshintergrund. Zu dem Zeitpunkt lebten 113 Personen mit Migrationshintergrund in stationären Pflegeeinrichtungen, der größte Anteil stammte aus Österreich und Italien, gefolgt von Russland, Kroatien und der Ukraine.

Modelle aus anderen Städten belegen, dass die Umsetzung von Angeboten stationärer Pflege für Migrant(inn)en nach verschiedenen Konzepten erfolgt, die in unterschiedlichem Maße angenommen werden. Hierzu im Folgenden drei Beispiele:

Haus am Sandberg in Duisburg-Homburg

Der Landesverband Nordrhein des Deutschen Roten Kreuzes betreibt seit 1997 ein multikulturelles Seniorenzentrum, das Haus am Sandberg in Duisburg-Homburg mit 91 vollstationären Pflegeplätzen. Da sich das Haus insbesondere für türkische Mitbürger(innen) geöffnet hat, wurden im Konzept insbesondere deren spezifische Verpflegungsbedürfnisse berücksichtigt. Das Haus initiierte ehrenamtliche Besuchsdienste der Gemeinden sowie engagierte Bürger(innen), die Einbindung des Deutschen Roten Kreuzes (Jugendrotkreuz) sowie einen interkulturellen Besuchsdienst. Darüber hinaus sind Gebetsräume für Christen und Muslime, eine internationale Bücherei und verschiedene weitere Angebote wie ein Kiosk und ein wöchentlicher hausinterner mediterraner Markt vorhanden. Um die Bewohner(innen) multikulturell betreuen, pflegen und versorgen zu können, wird entsprechendes Personal mit Migrationshintergrund beschäftigt.

Türk Huzur Evi – Pflegeeinrichtung in Berlin-Kreuzberg

Das in Berlin-Kreuzberg eröffnete türkische Pflegeheim mit 155 Pflegeplätzen entstand als Projekt der Marseille-Kliniken AG und der Türkischen Gemeinde Berlin e.V. Besondere Berücksichtigung finden die kulturellen und religiösen Lebensgewohnheiten der Bewohner(innen). Konzeptionell ist das Angebot eines Gebetsraums, die Trennung weiblicher und männlicher Bewohner sowie Türkisch sprechendes Personal vorgesehen. Das Konzept wird von anderen Pflegeeinrichtungen wegen der Gefahr der „institutionellen Isolation“ und damit fehlender Integration kritisch hinterfragt.

Elisabethenstift in Darmstadt

Das Elisabethenstift in Darmstadt versucht, mit seinen Angeboten auch ältere Migrant(inn)en zu erreichen. An die Durchführung von Seminaren und Workshops schlossen Aktionen und eine Qualifizierungsreihe für alle Mitarbeiter(innen) an.

Kurzzeitpflege in Frankfurt

In Frankfurt wird ein „Probewohnen für Migranten“ vom Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe angeboten. Über Informationen in

→

Migrantenorganisationen und Moscheen wird für einen zeitlich begrenzten Aufenthalt in einem Alten- und Pflegeheim geworben, der es ermöglichen soll, das Leben in einem solchen Heim kennenzulernen.

Saul-Eisenberg-Seniorenheim in München

Das Saul-Eisenberg-Seniorenheim der Israelitischen Kultusgemeinde München und Oberbayern wird von der Arbeiterwohlfahrt München, gemeinnützige Betriebs-GmbH, im Auftrag der Israelitischen Kultusgemeinde München und Oberbayern betrieben. Für die 54 Bewohner(innen) wird unter anderem speziell zubereitete (koschere) Verpflegung, das gemeinschaftliche Begehen der jüdischen Feiertage, religiöse Betreuung durch das Rabbinat, eine hauseigene Synagoge sowie eine spezielle Betreuung für demenziell erkrankte Bewohner(innen) angeboten. Durch mehrsprachiges Personal kann die Betreuung in Deutsch, Russisch, Französisch und Englisch erfolgen.

Im Rahmen der Abfrage des Sozialreferats nach eigenen Projekten für Bewohner(innen) mit Migrationshintergrund erklärte sich unter anderem die Sozialservicegesellschaft des Bayerischen Roten Kreuzes GmbH bereit, bei entsprechenden Bedarfen spezifische Konzepte umzusetzen.

Der Runde Tisch Kultursensible Altenpflege der AWO-M-Group dachte zunächst die Schaffung eines Pflegebereichs für muslimische Bewohner(innen) an. Neben den organisatorischen Herausforderungen wurden weitere Aspekte diskutiert, die in der Umsetzung Bedeutung haben. Dies bezieht sich unter anderem auf die Einbindung in das Angebot der ambulanten Pflege und der spezifischen Personalentwicklung. Unter anderem wurde deutlich, dass kultursensible Kompetenzen erforderlich sind, wenn Menschen mit unterschiedlichen kulturellen, sozialen, religiösen oder weltanschaulichen Prägnungen betreut und gepflegt werden. Auch hier besteht die Bereitschaft, sich bei Bedarf oder bei konkreten Fragestellungen erneut dem Thema zuzuwenden.

Die Münchenstift GmbH greift aktuell diese Thematik auf, um künftig den sich verändernden Bedarfen entsprechen zu können. Von den 2.400 Bewohner(inne)n in den Pflegeheimen der Münchenstift GmbH sind 40 Personen nichtdeutscher Staatsangehörigkeit. Die meisten von ihnen sind österreichische, schweizerische oder italienische Staatsangehörige – es findet sich zum Beispiel nur ein türkischer Staatsangehöriger darunter. Bei den Mitarbeiter(inne)n beträgt der Anteil der Ausländer(in-

nen) 27 Prozent, überwiegend aus der Türkei und aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens. Die Pflege älterer Migrant(inn)en wurde im Jahr 2007 zweimal im Aufsichtsrat der Münchenstift GmbH thematisiert und die Geschäftsführung soll auch weiterhin regelmäßig darüber berichten. Es wird künftig offensiver dafür geworben, dass die Pflegeheime auch allen Migrant(inn)en offen stehen. Vorrangig wird die ambulante Pflege stärker auf das Angebot kultursensibler Pflege durch Personalbildungen vorbereitet. Vorstellbar wäre auch die Betreuung einer ambulanten Wohngemeinschaft für pflegebedürftige ältere Migrant(inn)en. Das Informationsmaterial wird in mehrere Sprachen übersetzt und die Beratung soll künftig – bei Bedarf – nicht nur in Deutsch angeboten werden. Unter anderem wurde bereits Kontakt zu türkischen Ansprechpartnern aufgenommen; auch eine stärkere Vernetzung mit den Migrationsdiensten wird angestrebt.

Grundsätzliche Bedenken, in ein Alten- und Pflegeheim einzuziehen, bestehen in allen Bevölkerungskreisen. Wie die Erfahrungen des „Probewohnens“ in Frankfurt zeigen, wird selbst dieses Angebot nur zögerlich angenommen. Pflege erfolgt vorzugsweise in der Familie. Auch Erfahrungen in München zeigen, dass immer wieder nach Möglichkeiten gesucht wird, die pflegebedürftige Person in der eigenen Familie versorgen zu lassen. Dies kann durchaus bedeuten, dass ein Umzug von der Pflegeeinrichtung in eine entferntere Region erforderlich ist, wenn dort Familienangehörige die Pflege sicherstellen können. Doch es entspricht nach wie vor den eigenen Werten, für die Pflege der Verwandten selbst die Verantwortung zu übernehmen. Alte Menschen innerhalb der Familie zu versorgen, ist in anderen Kulturen eine Selbstverständlichkeit, alles andere die Ausnahme. So sind generelle Vorbehalte gegenüber Heimen vorhanden, was auch im Zusammenhang mit der Berichterstattung in der Öffentlichkeit zu sehen ist. Zur Entwicklung von bedarfs- und bedürfnisgerechten Konzepten einer zeitgemäßen kultursensiblen Pflege sowie deren Implementierung und Steuerung bedarf es einer entsprechenden zusätzlichen personellen Ausstattung im Sozialreferat.

Die in der vorliegenden Studie gegebenen Empfehlungen, die sich aus den Wünschen der Betroffenen ableiten, haben einzelne Heimträger bereits aufgegriffen. Zu nennen sind insbesondere die Münchenstift GmbH, die in ihren Qualitätsbericht die Belange nichtdeutscher Pflegebedürftiger aufnimmt, und der Runde Tisch Kultursensible Altenpflege der AWO-M-Group. Die Idee, durch die

AWO-M-Group eine Pflegestation für muslimische Migrant(inn)en zu errichten, wurde zunächst zurückgestellt. Dabei wurden Kriterien für eine mögliche Umsetzung – zum Beispiel in einer kleinen Pflegeeinrichtung – erarbeitet.

Eine entsprechende fachliche Begleitung durch das Sozialreferat müsste in den Ansätzen die oben genannten Bausteine zur Information sowie zur Personal- und Organisationsentwicklung aufgreifen. Für diese Tätigkeit sieht das Sozialreferat nicht, wie von Dr. Anderson vorgeschlagen, das Erfordernis einer Stelle eines oder einer einzelnen Integrationsbeauftragten „pro Viertel“, sondern vielmehr die Koordination dieser vielfältigen Themenstellung durch eine zentrale Stelle im Sozialreferat, über die auch regionale Bedarfe ermittelt und berücksichtigt werden können.

Der Wunsch nach alternativen Versorgungsformen zu Heimen ist dem Sozialreferat – auch aus dem Kreis pflegebedürftiger Migrant(inn)en selbst – bekannt. Eine Gruppe türkischer Frauen hat die Gründung einer (Pflege-)Wohngemeinschaft für sich nach ersten Gesprächen im Sozialreferat zeitlich zurückgestellt. Auch hier bestehen – wie überall in der Gesellschaft – Hürden, ein eigenständiges Leben gegen ein gemeinschaftliches Leben mit anderen (nicht verwandten) Menschen einzutauschen. Hier ist die Verbreitung zielgruppenspezifischer Informationen denkbar, was jedoch analog zur Beratungstätigkeit mit der Schwierigkeit des Zugangs zur Zielgruppe verbunden ist.

1.8.1 Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger älterer Migrant(inn)en in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Wie im *Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe* (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, Gomaringen, in Kooperation mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln, Juni 2002) beschrieben, ist es unverzichtbar, auch pflegebedürftigen Migrant(inn)en sowie deren Angehörigen Zugang zu Diensten und Einrichtungen der offenen ambulanten und stationären Altenhilfe zu ermöglichen. Ein erster, aber unzureichender Baustein sind verständliche und mehrsprachige Informationsbroschüren und -faltblätter. Allerdings greift dieses Instrument nicht weit genug, um die Informationen direkt zu den Zielgruppen zu transportieren. Die derzeitige Kultur des „Wartens auf Nachfrage“ im vollstationären Pflegebereich ist zu unterbrechen.

Wie in Dr. Andersons Studie empfohlen, ist es dafür notwendig, über Vertrauenspersonen Kontakte zum Umfeld der Migrant(inn)en herzustellen. Die Vernetzung mit den im kleinteiligen, vertrauten Milieu bestehenden Strukturen wie Hausärzt(inn)en, türkischen Supermärkten, Gemeindezentren etc., aber auch Wohnungsbaugesellschaften ist hierbei unumgänglich, um entsprechende Informationsmaterialien an Angehörige und Bezugspersonen verteilen zu können. Der dann erforderliche nächste Schritt muss vor Ort erfolgen, wo über Bezugspersonen entsprechende Kontakte aufzubauen und zu intensivieren sind.

Im Bereich der vollstationären Pflege ist darauf zu achten, dass Konzepte in enger Abstimmung mit den Betroffenen selbst erstellt werden, um bedürfnis- und biografieorientierte Angebote zu gewährleisten. So genügt es beispielsweise nicht, für Buddhist(inn)en vegetarische Kost und/oder eine entsprechend gestaltete Meditationsmöglichkeit anzubieten. Kultursensible Pflege bedarf im Vorfeld der entsprechenden Kommunikation sowie der interkulturellen Kompetenz der beteiligten professionellen Anbieter(innen). Konzepte müssen in Pflegeeinrichtungen berufsgruppenübergreifend und multikulturell unter Nutzung bestehender Ressourcen im Team erarbeitet werden. Eine sensible Herangehensweise, die es interessierten Pflegeeinrichtungen ermöglicht, ihr Haus für Migrant(inn)en zu öffnen, Dienstleistungen an neue Zielgruppen anzupassen und individuelle Pflegeprozesse zu ermöglichen, bedarf der fachlichen Begleitung und des direkten Zugangs zur Zielgruppe.

Das Sozialreferat sieht hier für sich eine vermittelnde Rolle, um unter anderem zwischen entsprechenden Fachstellen, Ausländerbeirat, Migrationsdiensten und regionalen Initiativen von Migrant(inn)en Kontakte zu knüpfen, diese Institutionen bei der Erarbeitung migrationsspezifischer Konzepte zu unterstützen und bei der Umsetzung in einrichtungsspezifische Konzepte der Münchner Heimträger beratend zu wirken. Hierfür ist jedoch in dem zuständigen Projekt 5.1.4 „Strukturelle Hilfen bei Pflegebedürftigkeit“ derzeit keine zeitliche Ressource vorhanden.



1.9 Situation betreuungsbedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund in München – rechtliche Betreuung

In der Studie Dr. Andersons wird die Problematik der Versorgung und Pflege von demenziell Erkrankten in der Familie und die daraus resultierende starke emotionale Belastung und Verstärkung von Ängsten durch erschwerte Verständigung thematisiert. Außer den bereits genannten Beratungs-, Gruppen- sowie Tagesbetreuungsangeboten für demenziell Erkrankte werden nachfolgend spezifische Maßnahmen für psychisch veränderte ältere Migrant(inn)en, die eine rechtliche Betreuung benötigen, dargestellt.

In München werden derzeit etwa 10.000 Menschen rechtlich betreut. Darüber hinaus haben viele Bürger(innen) Menschen ihres Vertrauens bevollmächtigt, sie zu vertreten, wenn sie selbst nicht mehr in der Lage sind, ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise zu regeln.

Die Betreuungsstelle registrierte 2006, dass in 13 Prozent ihrer Sachverhaltsermittlungen Menschen mit Migrationshintergrund betroffen waren. Rechtliche Betreuung für einen kranken oder behinderten Menschen bedeutet, dessen Angelegenheiten ganz oder teilweise so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht. Dazu gehört auch, dass die Person bei der Gestaltung ihres Lebens im Rahmen ihrer Möglichkeiten mitbestimmen kann. Die Betreuerin oder der Betreuer hat den Wünschen der oder des Betreuten zu entsprechen, soweit dies deren oder dessen Wohl nicht zuwiderläuft und den Betreuer(inne)n zuzumuten ist. Wichtige Angelegenheiten sind mit der oder dem Betreuten – wenn möglich – zu besprechen. Um diese gesetzlichen Vorgaben erfüllen zu können, ist es erforderlich, die Lebenswelt der Betreuten kennenzulernen und in der Regel auch deren Muttersprache zu beherrschen, da im Verlauf einiger Krankheiten die fremde Sprache vergessen wird und sogar die Muttersprache Verluste erleiden kann.

Solche Kenntnisse werden immer dann vorhanden sein, wenn sich eine Person aus dem Familien- oder Freundeskreis für diese Aufgabe zur Verfügung stellt. Unterstützung bei der Führung des komplexen Ehrenamtes erhalten diese Personen von den acht Münchner Betreuungsvereinen, deren Querschnittsmitarbeiter(innen) eine gemeinsame Schulung zur interkulturellen Kompetenz besuchten. Kann nicht auf eine Person aus dem familiären Umfeld zurückgegriffen werden, muss ein fremder Mensch gefunden werden, der diese Aufgabe übernimmt.

Aufgrund des in den letzten Jahren gestiegenen Anteils der über 65-jährigen Menschen mit Migrationshintergrund haben auch die Betreuungsanregungen für diesen Personenkreis zugenommen und werden aller Wahrscheinlichkeit nach in den nächsten Jahren weiter zunehmen.

1.9.1 Projekt „Rechtliche Betreuung für Migrant(inn)en“

Um auf diese Herausforderung angemessen reagieren zu können, hat die Betreuungsstelle der Landeshauptstadt München im September 2002 zusammen mit dem Betreuungsverein des H-Teams das Projekt „Rechtliche Betreuung für Migrant(inn)en“ begonnen. Ziel des Projekts war die Gewinnung von ehrenamtlichen Betreuer(inne)n mit Migrationshintergrund und die kultursensible Beratung und Information von Bürger(inne)n mit Migrationshintergrund über das Betreuungsrecht, über Vorsorgemöglichkeiten und andere Hilfen zur Vermeidung von Eingriffen in die Persönlichkeitsrechte des oder der Einzelnen.

Das Projekt lief über zwei Jahre und wurde im August 2004 erfolgreich abgeschlossen. Neue ehrenamtliche rechtliche Betreuer(innen) mit Migrationshintergrund wurden gewonnen und geschult. Zahlreiche Vorträge zum Betreuungsrecht wurden in der jeweiligen Muttersprache gehalten. Der Beratungsbedarf von Migrant(inn)en stieg deutlich an.

Die Evaluation des Projekts durch die Betreuungsstelle, zusammen mit der Stelle für interkulturelle Arbeit, ergab aber auch, dass die Migrant(inn)en über keine oder zu wenige Informationen über die rechtliche Betreuung sowie Alternativen dazu verfügen. Bedingt durch ihre traditionellen Hilfestrukturen und ihre Bedenken gegen staatliche Institutionen bauen sie nur schwer Kontakt zu deutschen Hilfesystemen auf.

Des Weiteren zeigte die Evaluation, dass der Kontakt zu Betreuer(inne)n mit demselben Migrationshintergrund, wie ihn die Betroffenen aufweisen, von Letzteren als intensiver und persönlicher erlebt wird. Bei der Betreuung von Migrant(inn)en kommt erschwerend hinzu, dass ihnen zunächst das Konstrukt der Betreuung verständlich gemacht werden sowie das familiäre Umfeld stärker mit einbezogen werden muss.

Die Übernahme einer ehrenamtlichen Betreuung stellt eine große Herausforderung dar, weil sie mit hoher Verantwortung verbunden ist und darüber hinaus viel Korrespondenz mit verschiedenen Adressat(inn)en bedeutet. Mit weniger Bürokratie wäre die Aufgabe leichter zu bewältigen. Im Evaluationsergebnis wird daher festgestellt, dass es weiterhin schwer ist, ehrenamtliche Betreuer(innen) mit Migrationshintergrund zu gewinnen.

Daraus wurde gefolgert,

- dass in Migrationskreisen mehr über Betreuung und Betreuungsführung sowie über Vorsorgemöglichkeiten informiert werden muss; dazu ist auch die Zusammenarbeit mit dem Ausländerbeirat zu intensivieren;
- dass neben ehrenamtlichen auch berufsmäßige Betreuer(innen) mit Migrationshintergrund geworben, geschult und begleitet werden müssen;
- dass die Methoden und Erfahrungen aus dem Pilotprojekt in die Querschnittsarbeit aller acht in München tätigen Betreuungsvereine einfließen müssen,
- dass die Arbeit aller in der Betreuungsarbeit Tätigen im Hinblick auf Betreuungen von Migrant(inn)en koordiniert und begleitet werden muss.

Die Ergebnisse dieses Projekts konnten aber nicht ohne Weiteres auf alle Vereine übertragen werden. Zwar wurde in den Zielvereinbarungen, die die Stadt München mit den Betreuungsvereinen abgeschlossen hat, die Berücksichtigung der Arbeit mit Migrant(inn)en festgeschrieben, doch bald stellte sich heraus, dass dies nicht so einfach umzusetzen war. Immer wieder wurde beklagt, dass es sehr schwer sei, bei Migrantengruppen Fuß zu fassen – man bekomme keinen Zugang, es bestünde großes Misstrauen. Weiter wurde angeführt, dass viele Migrant(inn)en dieser Hilfe nicht bedürftigen, was damit begründet wird, dass ein funktionierendes Familiensystem alle Bedarfe abdecke.

1.9.2 Projekt „Gewinnung und Begleitung von Berufsbetreuer(inne)n mit Migrationshintergrund“

Aufgrund der Erfahrungen und Diskussionen zu dieser Arbeit entschloss sich die Betreuungsstelle, ein Folgeprojekt aufzulegen. Im August 2006 wurde wiederum mit dem Betreuungsverein des H-Teams das Projekt „Gewinnung und Begleitung von Berufsbetreuer(inne)n mit Migrationshintergrund“ gestartet. Ziele dieses Projekts sind,

- im Projektzeitraum 20 neue Berufsbetreuer(innen) mit Migrationshintergrund zu gewinnen,
- ehrenamtliche Betreuer(innen) mit Migrationshintergrund zu werben,
- ehrenamtliche und Berufsbetreuer(innen) bedarfsgerecht zur Verfügung zu stellen,
- ein Netzwerk zum Austausch unter den Betreuer(inne)n mit Migrationshintergrund aufzubauen,
- Informationen zu Betreuung und Vorsorgemöglichkeiten anzubieten sowie entsprechende Beratungen bei Migrant(inn)en in allen Regionen Münchens durchzuführen.

Das Projekt hat eine Laufzeit von zwei Jahren und endet im Juli 2008. Schon jetzt zeichnet sich ab, dass es vonseiten der Migrant(inn)en großes Interesse an dem Projekt gibt.

Durch eine Radiosendung bei Radio Lora konnte das Thema Betreuung für Migrant(inn)en in der Bevölkerung bekannt gemacht werden.

Derzeit sind Flyer und Informationsmaterialien in türkischer, bosnischer/kroatischer/serbischer, polnischer, russischer, spanischer und arabischer Sprache, aufgelegt vom Institut für transkulturelle Betreuung Hannover und den Hamburger Betreuungsvereinen, im Einsatz. Nach Abschluss des Projekts soll aufgrund der Erfahrungen entschieden werden, ob für den Münchner Bedarf zusätzlich eigene Materialien entwickelt werden müssen. Es hat sich gezeigt, dass es – neben der Verteilung gedruckter Materialien – wichtiger ist, mit Menschen aus anderen Kulturkreisen ins Gespräch zu kommen, um Ängste und Misstrauen abzubauen.

Im Projektzeitraum konnten bereits einige ehrenamtliche Betreuungen vermittelt werden. Ein Verein hat inzwischen eine türkische Berufsbetreuerin eingestellt – er kann den vielen Anfragen nach Übernahme einer Betreuung nicht mehr entsprechen.

Es wurden bereits Schulungen, Fachgespräche und Fachaustausche mit Betreuer(inne)n sowie Interessierten durchgeführt. Verstärkt werden sowohl von Mitarbeiter(inne)n der Betreuungsstelle als auch des Vormundschaftsgerichts Anfragen nach Berufsbetreuer(inne)n mit Migrationshintergrund gestellt. Es finden Vorträge und Veranstaltungen mit Unterstützung der gewonnenen Betreuer(innen) statt.

Geplant sind weitere Aktivitäten zu den Problemfeldern „Abgrenzung gegenüber Familienangehörigen und deren Bedarfe“, „Verlässlichkeit in der Verwaltung der Betreuung“ und „Zusammenarbeit mit Behörden und Einrichtungen.“

→

1.9.3 Fazit zur transkulturellen Querschnittsarbeit im Betreuungsbereich

Die Erfahrungen aus den zwei beschriebenen Projekten haben gezeigt, dass die Betreuung von Migrant(inn)en kein Selbstläufer ist. Trotz größter Bemühungen aller Beteiligten bleibt es eine langwierige Arbeit, Kontakt zu diesem Bevölkerungskreis aufzubauen.

Vertrauen entsteht da, wo Menschen erlebt haben, dass sie akzeptiert werden und ihnen und ihren Angehörigen tatsächlich geholfen werden konnte. Im Vergleich zur Betreuung deutscher Bürger(innen), die bereits eine sehr komplexe Aufgabe darstellt, benötigt die Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund erwiesenermaßen einen höheren Zeitaufwand und vor allem die Berücksichtigung eines oftmals großen familiären Umfelds.

Auch die Information und Beratung von Migrant(inn)en bedarf des fundierten Wissens über kulturelle Besonderheiten und deren Berücksichtigung.

Die Evaluation des laufenden Projekts sollte vor allem darauf gerichtet werden, festzustellen, wie hoch der Anteil der über die rechtliche Betreuung hinausgehenden zusätzlichen Hilfen ist, die Betreuer(innen) in Migrationsfamilien anbieten, und wie diese geleistet werden können.

Um das Anliegen der Integration von Migrant(inn)en im Projekt „Hilfe bei Betreuungsbedürftigkeit“ nachhaltig zu befördern, ist zu prüfen, ob über die Projektphase hinaus bei den Betreuungsvereinen die Bezuschussung einer halben Querschnittsstelle, die ausschließlich für die transkulturelle Querschnittsarbeit zuständig sein soll, zu gewährleisten ist. Während des Projekts, das im Juli 2008 endet, werden fünf Stunden pro Woche für die koordinierende Querschnittsarbeit im Migrationsbereich der Betreuungsvereine bezuschusst und von einer Mitarbeiterin des H-Teams geleistet.

Eine Fortführung dieser Querschnittsstelle wäre nicht nur zur Unterstützung im Betreuungsbereich sinnvoll, sondern auch zur Hilfe in Fällen, in denen der Vertrauensperson familiäre Probleme zur Bearbeitung vorgetragen werden – wie in der Erwachsenenhilfe allgemein. Andere Dienste würden damit entlastet und krisenhafte Situationen nach Möglichkeit vermieden.

1.10 Wohnen im Alter für Migrant(inn)en

Bei der Weiterentwicklung von Wohnformen im Alter werden inzwischen zunehmend auch spezifische Anforderungen älterer Migrant(inn)en berücksichtigt, beispielsweise bei Angeboten in quartierbezogenen Bewohnerprojekten sowie bei den nachfolgend beschriebenen Projekten:

Altenwohnanlagen mit psychosozialer Betreuung

In den Münchner Altenwohnanlagen, die über den sozialen Wohnungsbau gefördert sind, werden für über 60-jährige alleinstehende Personen mit geringem Einkommen günstige Wohnmöglichkeiten angeboten. Die Betreuung der Bewohner(innen) wird über entsprechendes Fachpersonal gefördert (vergleiche Beschluss des Sozialausschusses vom 11.11.2004: *Betreuung der Altenwohnanlagen*). Die Einzimmer-Appartements in den Altenwohnanlagen werden zunehmend von älteren Migrant(inn)en belegt. Im Durchschnitt sind 27 Prozent der betreuten Personen in den Altenwohnanlagen Migrant(inn)en, wobei es hinsichtlich des Migrantenanteils deutliche Unterschiede in den acht betreuten Altenwohnanlagen gibt. So wurden in der Altenwohnanlage Kolombusplatz mit 43 Prozent betreuten ausländischen Bewohner(inne)n, der Altenwohnanlage Schleißheimer Straße mit 52 Prozent und der Altenwohnanlage Thomas-Wimmer-Haus mit 45 Prozent spezielle Angebote entwickelt, um diesen Personenkreis zu betreuen und zu integrieren.

Betreutes Wohnen mit Gemeinschaftszentrum Integriertes Wohnen (IWO) II

Das Gemeinschaftszentrum Integriertes Wohnen (IWO) wurde beim Bau der Wohnanlagen IWO I und IWO II an der Menzinger Straße mit eingeplant. Die Angebote des Gemeinschaftszentrums IWO II umfassen Beratung, Vermittlung und Organisation von Hilfen, Anregung sozialer Kontakte und altersübergreifende Integrationsangebote für alle Bewohner(innen) der 20 betreuten Altenwohnungen. Das ursprüngliche Konzept des integrierten Wohnens war das erste Projekt des betreuten Wohnens, das in München im sozialen Wohnungsbau realisiert wurde und altersübergreifende Angebote für die Bewohner(innen) der beiden Wohnanlagen umfasste.

In der Fortschreibung des Konzepts des Gemeinschaftszentrums IWO II ist unter anderem vorgesehen, verstärkt mit spezifischen Angeboten auf die zunehmende Belegung mit Migrant(inn)en in

den in der näheren Umgebung liegenden Sozialbauwohnungen zu reagieren. Hierzu wird 2008 das Konzept des Gemeinschaftszentrums IWO II entsprechend fortgeschrieben und dem Stadtrat bis Ende 2008 zur Entscheidung vorgelegt werden.

Wohnungsanpassungsmaßnahmen

In Einzelfällen berät die Beratungsstelle Wohnen Migrant(inn)en auch zu Maßnahmen zum Erhalt der Selbstständigkeit oder zum Verbleib in der Wohnung bei Pflegebedürftigkeit sowie zur entsprechenden Wohnungsanpassung und begleitet diese. In diesem Bereich besteht eine wachsende Nachfrage, da ältere Migrant(inn)en häufig in Wohnungen leben, die weder einen entsprechenden Standard noch eine geeignete Ausstattung aufweisen und in denen eine pflegerische Versorgung nur begrenzt erfolgen kann. Dies gilt auch für die Wohnungen von Familien mit pflegebedürftigen Personen. Auch diese sind bei Bedarf entsprechend anzupassen, um die Pflege und den Verbleib in der Wohnung so lange wie möglich aufrechtzuerhalten.

1.11 Empfehlungen der Studie

Im Hinblick auf die vorgeschlagene „Gesamtstrategie für die Stadt München: der Mehrgenerationenansatz“ (S. 89 ff.) wird auf das **Integrationskonzept** der Stadt München verwiesen, das in der Vollversammlung vom 23.11.2006 zur öffentlichen Diskussion freigegeben wurde. Dieses umfasst sowohl Vorgaben zu übergreifenden Strategien und zur Weiterentwicklung in der Gesamtstruktur als auch elf Grundsätze, die den Rahmen für das Integrationskonzept der Stadtverwaltung festlegen.

Zu den einzelnen Empfehlungen von Dr. Anderson, die aus der Studie entwickelt wurden (S. 89 ff.), wird wie folgt Stellung genommen:

1.11.1 Zum Aspekt „Informationspolitik: schriftliche Informationen und Internet“ (→ S. 90 f.)

- **Erarbeitung von schriftlichen Informationen zu Strukturen der Altenhilfe,**
- **weitere Themen für muttersprachliche Faltblätter und**
- **Zielgruppen für Informationsblätter sind auch Multiplikator(inn)en**
Mit entsprechender Arbeitskapazität in der Abteilung Hilfen im Alter und bei Behinderung soll-

te zunächst zusammengestellt werden, welche in verschiedene Sprachen übersetzte Broschüren und Medien zu den genannten beratungsrelevanten Themen bereits vorhanden sind und zur Verfügung stehen, wie der Infokoffer der Arbeiterwohlfahrt in türkischer und russischer Sprache und weiteres Infomaterial diverser Ministerien, Ämter, Kranken- und Pflegekassen. Übersetzte Materialien sind wichtig, um grundlegende Informationen einem breiten Publikum zugänglich zu machen. Sie sind jedoch nur bedingt geeignet, wenn es um konkrete Hilfemaßnahmen geht, weil Begriffe und Leistungen in anderen Sprachkontexten zum Teil nicht vorkommen und – kulturspezifisch bedingt – einige Probleme, insbesondere im Zusammenhang mit schwerer Erkrankung, Sterben und Tod, nur indirekt angesprochen werden können. Informationsblätter, auch wenn sie klar und verständlich verfasst sind, ersetzen nicht die Beratung und gezielte Hilfevermittlung im persönlichen Kontakt.

- **Gestaltung des Überleitungsgesprächs**
Der bestehende Überleitungsleitfaden wird unabhängig von der Nationalität der Patientin oder des Patienten angewendet. Bei der Verlegung in ein Pflegeheim wird die jeweilige Überleitungskraft des Heims mit einbezogen.
(Siehe hierzu auch Stellungnahme zum Aspekt „Pflege im Krankenhaus“, 1.11.7, S. 32 ff.)
- **Münchener Pflegebörse**
Seit 2004 wird die Pflegebörse mit einem erweiterten Angebot vom Trägerverein für regionale soziale Arbeit e.V. betrieben. Die Pflegebörse gibt allen Anbieter(inne)n, auch den ambulanten Diensten, bereits die Möglichkeit, Kund(inn)en mithilfe einer Darstellung des eigenen Profils über Fremdsprachenkenntnisse und besondere Angebote ihres Dienstes oder ihrer Einrichtung zu informieren. Hinweise zu mehrsprachigen Angeboten finden sich unter den Anbieteradressen. Sämtliche Einrichtungen und Pflegedienste werden regelmäßig auf diese Möglichkeit hingewiesen und nutzen das Angebot, hier verstärkt ihre sprachlichen und interkulturellen Kompetenzen aufzuführen. Eine gesonderte Spalte hierfür würde den Informationsgehalt der Pflegebörse nicht verbessern.
- **Unterrichtsmaterial für Orientierungskurse für Neuzuwanderinnen und Neuzuwanderer**
Aufgrund der gesetzlichen Regelung gemäß der Änderung des Zuwanderungsgesetzes ab 01.01.2005 wurde die Altersbegrenzung für die Förderung von Sprach- und Integrationskursen

→

aufgehoben; seitdem können diese Kurse auch für über 60-Jährige gefördert werden. Auf die Zusammenstellung des Schulungsmaterials hat das Sozialreferat keinen unmittelbaren Einfluss. Die einzelnen Anbieter der Sprach- und Integrationskurse sind an die Schulungsinhalte des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge gebunden. Dennoch ist es sicher sinnvoll, in den Unterricht verstärkt Themen aus den Bereichen Gesundheit, Alter, Versorgung und Pflege älterer Menschen als Lerninhalte aufzunehmen.

→ **Anerkennung von Mehraufwand für kultursensible Pflege**

Richtig ist, dass ein Mehraufwand für kultursensible Pflege bisher weder in der Altenpflege noch bei der Behandlung im Krankenhaus von den Kranken- und Pflegekassen anerkannt wird. Eine diesbezügliche gesetzgeberische Initiative wäre nicht sehr erfolgversprechend. Bei der Beurteilung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und bei der Pflegeplanung finden zumindest Aspekte für individuelle Bedarfe Berücksichtigung, in der Regel jedoch nicht in Form einer Anerkennung bei der Zeitbemessung oder dem Entgelt (im Gegensatz dazu aber beispielsweise bei dem Wunsch, nur von weiblichen beziehungsweise männlichen Pflegekräften betreut zu werden etc.).

1.11.2 Zum Aspekt „Verbesserung der sprachlichen Verständigung und der interkulturellen Kommunikation“ (→ S. 91f.)

→ **Kultursensibles Werbematerial**

In Flyern und Informationsbroschüren des Sozialreferats und vor allem in Informationsmaterialien über Einrichtungen und Angebote der Altenarbeit wird künftig verstärkt darauf geachtet, dass auch ältere Migrant(inn)en auf Fotos gezeigt und gezielter angesprochen werden, um einen höheren Identifizierungsgrad für diesen Personenkreis zu erreichen.

→ **Muttersprachliche Informationen über Fernsehsendungen**

Eine Einflussnahme auf Sendungen und Werbekampagnen im Fernsehen ist am ehesten über den Ausländerbeirat und das Internationale Seniorenforum vorstellbar. Über diese könnten zusammen mit Fachkräften aus Altenhilfe und Pflege Beiträge mit entsprechenden Inhalten angeboten werden.

→ **Fachgerechtes Dolmetschen in der Altenhilfe**

Fachgerechtes Dolmetschen wird als sehr wichtig angesehen, insbesondere wenn gesundheitliche Probleme oder Veränderungen in der pflegerischen Versorgung eintreten. Es sollte die Möglichkeit geschaffen werden, bei Bedarf kulturkompetentes Dolmetschen über das Bayerische Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V. abzurufen. Hierzu sollte das Sozialreferat eine Vereinbarung mit den entsprechenden Einrichtungen treffen, dass bei Bedarf auch von Alten- und Service-Zentren und anderen Einrichtungen der Altenhilfe der Dolmetscherservice des Bayerischen Zentrums für Transkulturelle Medizin e.V. über das zuständige Sozialbürgerhaus angefordert und finanziert werden kann.

→ **Aufwertung der muttersprachlichen Verständigung in der Alltagsroutine der Altenhilfe**

In einigen Alten- und Service-Zentren fungieren nichtdeutsche Reinigungs- oder Verwaltungskräfte bereits als Erstansprechpartner(innen) und Mittler(innen) für ältere Migrant(inn)en (zu Einsätzen im Krankenhaus siehe Punkt 1.11.7 der Stellungnahme, S. 32 ff.). Getrennt vom Einsatz geschulter kulturkompetenter Dolmetscher(innen) sind Helfereinsätze von zweisprachigen freiwilligen Helfer(inne)n zu sehen. Zahlreiche Helfer(innen) leisten für Hilfsdienste, Begleit- und Besuchsdienste sowie zur Unterstützung pflegender Angehöriger bereits schon jetzt einen wertvollen Beitrag. Geplant ist, spezielle Schulungen und eine bessere Vernetzung zur Vermittlung dieser zweisprachigen freiwilligen Helfer(innen) aufzubauen.

→ **Interkulturelle Demenzberatung und -betreuung**

Über den Leistungskatalog von Donna Mobile werden gezielt Vorträge in mehreren Sprachen zum Krankheitsbild und zu möglichen Hilfen für Demenzkranke und deren Angehörige angeboten. Mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. besteht bereits eine enge Zusammenarbeit im Hinblick auf die Beratung, die Vermittlung von Hilfen und die Fachberatung von Kolleg(in)en. Auch in deutschen Familien ist die demenzielle Erkrankung eines oder einer Angehörigen oft noch ein Tabuthema. Eine Veränderung in diesem Bereich ist nur langfristig über gezielte entlastende Angebote, Förderung der Selbsthilfe der Angehörigen und über eine Sensibilisierung der gesamten Gesellschaft zu erreichen. Für die besondere Situation demenziell erkrankter Migrant(inn)en, die krankheitsbedingt in ihre Muttersprache zurückfallen, hat sich der Einsatz

von zweisprachigen Helfer(inne)n für die Betreuung bewährt und soll daher weiter ausgebaut werden.

1.11.3 Zum Aspekt „Multiplikatorenpolitik und Vernetzung – Austausch und Seminare“ (→ S. 92 f.)

→ Rolle der Multiplikator(inn)en

Die Anregungen der Studie, Multiplikator(inn)en auf den verschiedenen Ebenen anzusprechen und ihnen entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung zu stellen, werden aufgegriffen und sollen bei allen aktuell geplanten Projekten und Aktionen für ältere Migrant(inn)en berücksichtigt werden.

→ Kontakte und Informationen für Multiplikator(inn)en

Schulungen stehen auch allen Mitarbeiter(inne)n der Migrationsdienste und anderer Einrichtungen offen. Wiederholt wurden für die Migrationsdienste und andere Einrichtungen Informationsreihen über Angebote der Altenhilfe und über Leistungen, die älteren pflege- und hilfsbedürftigen Menschen zustehen, angeboten; sie werden weiterhin – jeweils unter Einbeziehung aktueller Gesetzes- oder Leistungsänderungen – regelmäßig angeboten und durchgeführt. Als Beratende und Vortragende stehen Mitarbeiter(innen) sowohl der städtischen Dienststellen als auch der Wohlfahrtsverbände zur Verfügung. Bei Bedarf können gemeinsam mit den Migrationsdiensten hierzu weitere Angebote, auch in Seminarform, entwickelt und speziell für Multiplikator(inn)en angeboten werden.

→ Aufnahme zusätzlicher Daten in die Pflegebörse

Siehe Stellungnahme 1.11.1 (S. 27).

→ Multiplikatorennetzwerke

Für den Aufbau von Netzwerken zur Versorgung und Pflege von älteren Menschen sind die örtlichen Arbeitsgemeinschaften der Altenhilfe und Facharbeitskreise Alte Menschen von Regsam die geeigneten Gremien, um die Belange für die jeweilige Region zu thematisieren und Versorgungsdefizite anzusprechen. Der Arbeitskreis Altwerden in der Fremde ist das Gremium für Absprachen, Vernetzung und Entwicklung von erforderlichen neuen Ansätzen und Projekten. Wünschenswert wären Veranstaltungsreihen und gegebenenfalls weiter gehende Informations-

foren sowie die weitere Vernetzung und Konzeptentwicklung zusammen mit den in der Migrationsarbeit Tätigen. Mit den derzeitigen Arbeitskapazitäten ist dies nicht durchführbar. Die Basis für eine strukturelle Weiterentwicklung und für übergreifende Strategien bildet das Integrationskonzept der Landeshauptstadt München.

→ Informations- und Multiplikatorenarbeit mit den Gesundheitsdiensten

Das Referat für Gesundheit und Umwelt sieht bei älteren Migrant(inn)en Bedarfe im Gesundheitsbereich. So müssten beispielsweise die Themen Diagnostik und Behandlung bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen dringend aufgegriffen werden. Weiterhin ist der präventive Aspekt („Wie können ältere Migrant(inn)en von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen profitieren?“) ein wichtiger Arbeitsbereich. Der Arbeitskreis Migration und Gesundheit im Referat für Gesundheit und Umwelt wird sich in der nächsten Zeit schwerpunktmäßig dieser Themen annehmen (siehe auch Punkt XX der Stellungnahme, S. XX).

→ Multiplikatoren der muttersprachlichen Missionen

Die Einbeziehung der übrigen Multiplikator(inn)en, zum Beispiel auch der Geistlichen, erfolgt entsprechend den zu behandelnden Inhalten und zu entwickelnden Projekten.

→ Zusammenarbeit mit den muslimischen Vereinen

Beim Runden Tisch der Muslime im Rathaus können selbstverständlich auch Themen der Altenhilfe eingebracht und weiterentwickelt werden. Die Fachkräfte der Altenhilfe – sowohl der Stadt als auch der Einrichtungen der Träger – stehen hierfür als Referent(inn)en sowie zur Beratung und Informationsvermittlung zur Verfügung. Eine entsprechende Abfrage bei den muslimischen Vereinen könnte nach Bereitstellung der entsprechenden Arbeitskapazität über das Sozialreferat erfolgen.

→ Einbeziehen „informeller Multiplikator(inn)en“

Die Werbung für Informationsveranstaltungen zu verschiedenen Themen aus den Bereichen Krankheitsbilder, Hilfen bei Pflege, Leistungen der Kranken- und Pflegekassen sowie andere Hilfen der Stadt München, die regelmäßig vor allem in den Alten- und Service-Zentren, den Begegnungszentren und über das Projekt Donna Mobile angeboten werden, erfolgt bereits über informelle Multiplikator(inn)en, in der Regel

→

auch in Form mehrsprachiger Ankündigungen. Der Kreis der Ansprechpartner(innen) als „informelle Multiplikator(inn)en“ kann dabei jeweils noch erweitert werden. Informelle Ansprechpartner(innen) für die Öffentlichkeitsarbeit zu nutzen, ist in der offenen Altenarbeit ohnehin üblich, da für ältere Menschen die Infrastruktur im Stadtteil (Geschäfte, Apotheken etc.) in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle spielt.

1.11.4 Zum Aspekt „Fort- und Weiterbildung, Ausbildung und interkulturell ausgerichtete Beschäftigungspolitik“ (→ S. 93f.)

- **Fort- und Weiterbildung im Bereich interkulturelle Kompetenz und kultursensible Pflege,**
- **Erwerb von mehr kultureller Kompetenz und**
- **Bausteine zu interkultureller Kompetenz und kultursensibler Pflege in der Ausbildung von Pflegekräften**
Das Sozialreferat führt seit Jahren für alle Mitarbeiter(innen) ein intensives Schulungsprogramm durch, das im Rahmen des Integrationskonzepts auch in den nächsten Jahren zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der interkulturellen Orientierung und Öffnung der Verwaltung fortgesetzt wird. Schulungsangebote von Wohlfahrtsverbänden und Fortbildungsinstituten belegen, dass beispielsweise auch für Mitarbeiter(innen) der ambulanten Pflege zunehmend Fortbildungen in diesem Bereich angeboten werden.
- **Beschäftigung von mehr Migrant(inn)en in der Altenhilfe**
Bei der Neubesetzung von Stellen wird bei gleicher Vorbildung und Eignung interkulturelle Kompetenz bereits als zusätzliche Qualifizierung anerkannt und positiv bewertet. In den Alten- und Service-Zentren ist dies – mit Ausnahme des städtischen Alten- und Service-Zentrums Ramersdorf – die Angelegenheit der Träger, die Anstellungsträger für das Personal sind. Bei Bewerbungen sind hier langfristig entsprechend ausgebildete Kräfte aus dem Kreis der Migrant(inn)en zu berücksichtigen. Unter den ehrenamtlichen Helfer(inne)n in den Alten- und Service-Zentren finden sich knapp mehr als sieben Prozent Migrant(inn)en, die teilweise bereits als wichtige Sprachmittler(innen) fungieren. Die Schulung mehrsprachiger Helfer(innen) wird weiterentwickelt, da die Mittlerrolle als sehr wichtig angesehen wird.

- **Gewinnung der zweiten und dritten Generation der Eingewanderten für den Pflegeberuf**
Migrant(inn)en steht die Ausbildung zum Pflegeberuf genauso offen wie deutschen Bewerber(inne)n (zur Krankenpflegeausbildung siehe auch XX, S. XX).

1.11.5 Zum Aspekt „Die offene Altenhilfe: Best Practice erweitern, den zugehenden Ansatz entwickeln“ (→ S. 94f.)

- **Interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiter(innen) und**
- **Weiterentwicklung der Integrationsangebote in den Alten- und Service-Zentren**
Entsprechend ihrer Neukonzeption wird in den Alten- und Service-Zentren auch in den kommenden Jahren kontinuierlich nach der Zielsetzung der zunehmenden interkulturellen Öffnung der Einrichtungen für ältere Migrant(inn)en gearbeitet und gemeinsam mit den Migrationsdiensten werden Angebote und Strategien entwickelt, mit deren Hilfe die Hemmschwellen weiter abgebaut werden können. Die bereits zum Teil sehr erfolgreich installierten Aktivitäten im Bereich Vernetzung, Gruppen und Kurse sowie ehrenamtlicher Beteiligung werden fortgeführt. Dabei soll auch die Multiplikatorenfunktion der jüngeren Generation mit Migrationshintergrund genutzt werden. Die Erweiterung der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeiter(innen) in den Alten- und Service-Zentren wird zum Beispiel über das Projekt zur „Interkulturellen Qualitätsentwicklung in Münchner Sozialregionen“ nachhaltig gefördert. Sprach- und Konversationskurse werden auch zukünftig in den Alten- und Service-Zentren angeboten, weiter ausgebaut und um Alphabetisierungskurse erweitert.
- **Migrantengruppen in den Alten- und Service-Zentren**
Im Zuge der Neukonzeption der Alten- und Service-Zentren im Jahr 2006 wurden auch die Zielgruppen neu definiert. Seitdem richten sich die Angebote der Alten- und Service-Zentren an ältere Menschen mit spezifischen Bedarfslagen. Hierzu gehören Personen, unabhängig von der Nationalität, die Bedarf an sozialen Kontakten, Beratung sowie Hilfe in Problemsituationen und bei der Neuorientierung in einer veränderten Lebenssituation haben. Dies schließt auch Menschen mit ein, die aufgrund von Arbeitslosigkeit oder frühzeitiger Beendigung der Erwerbstätigkeit neue soziale Netze knüpfen und sich in ih-

rer Lebenssituation stabilisieren wollen. Ihnen dient der Besuch im Alten- und Service-Zentrum zum einen der Sinngabe über eine Betätigung, zum Beispiel im Rahmen des bürgerschaftlichen Engagements, zum anderen – bei bereits vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen – der Beratung und Vermittlung von Hilfen sowie dem Kontakt mit anderen Personen bei gemeinsamen Aktivitäten und Gruppenangeboten, dem Erhalt oder Erwerb von Fähigkeiten. Diese „jüngeren Senior(inn)en“ ergänzen unabhängig von ihrer Nationalität mit ihren Ideen und Kompetenzen häufig die Fähigkeiten der älteren. Zudem ist die Zusammensetzung der Besucher(innen) in keinem Alten- und Service-Zentrum homogen auf eine Altersdekade beschränkt.

→ **Diskriminierung**

Die Erkenntnisse zum Thema Diskriminierung stützen sich im Wesentlichen auf einen einzelnen Beitrag der Untersuchung und lassen daher keinen verallgemeinernden Schluss zu. Dem Vorwurf der Diskriminierung steht die große Offenheit sowie die Vielzahl an Angeboten und Aktivitäten für und von Migrant(inn)en in Alten- und Service-Zentren und anderen Einrichtungen gegenüber, die im Verhältnis zu ihrem Anteil an der Bevölkerung einen hohen Anteil innerhalb der Nutzungen und Angebote ausmachen.

→ **Gewinnung von Ehrenamtlichen und bürgerschaftliches Engagement**

Es werden vermehrt Anreize für bürgerschaftliches Engagement und die Gewinnung von Ehrenamtlichen geschaffen und weiter gefördert. Dies nicht nur in den Alten- und Service-Zentren, sondern im gesamten Bereich der Altenhilfe, der Bildungswerke und der Migrationsdienste, wo sich bereits schon jetzt ein breites Angebot an Schulungs- und Einsatzmöglichkeiten findet. In Helferschulungen für Besuchsdienste bei alten Menschen wird seit einigen Jahren eine steigende Anzahl von Migrantinnen ausgebildet – insbesondere Frauen zwischen 50 und 65 Jahren suchen darin für sich ein interessantes Betätigungsfeld. Auf Anregung des Internationalen Seniorenforums wurde für alle Vereine und Gruppen erfolgreich eine Schulungsreihe durchgeführt – mit hoher Teilnehmerzahl –, um Methoden und Strategien zur Selbsthilfe sowie zur Organisation von Gruppen zu vertiefen beziehungsweise zu erlernen. Dies war eine wichtige Voraussetzung, um in den ethnischen Gemeinschaften Ressourcen für bürgerschaftliches Engagement zu erkennen und Strategien zur Selbsthilfe und Organisation, etwa von Projekten

auf Gegenseitigkeit, zu entwickeln. Bei Bedarf kann diese Reihe fortgesetzt und auf der Basis bisheriger Erfahrungen entsprechend weiterentwickelt werden.

→ **Ausbau von Lotsen- und Besuchsdiensten**

Der Ausbau der Besuchsdienste ist vorgesehen. Hierzu ist ein Projekt der Inneren Mission geplant, mit dem zweisprachige Helfer(innen) geschult werden, die überwiegend in Besuchsdiensten ihr Einsatzfeld finden und die über das bestehende und noch zu erweiternde Helfernetzwerk vermittelt werden sollen.

→ **Erweiterte Beratung über mehr „zugehende Angebote“ in Treffpunkten und Vereinen**

Auf Anfrage von Treffpunkten, Selbsthilfeorganisationen und anderen Migrantengruppierungen hin wurden bereits bisher entsprechende Angebote gemacht. Weitergehende Konzepte, zum Beispiel für Informationsreihen oder für Veranstaltungen mit werbendem Charakter, mit denen auf die Einrichtungen zugegangen wird, können – unter der Voraussetzung entsprechender Personalkapazitäten – vom Sozialreferat ausgebaut werden.

→ **Generationenübergreifende Angebote,**

→ **altersübergreifende Partnerschaften zwischen Schulen und Einrichtungen für ältere Menschen und**

→ **interkulturelle Mehrgenerationenberatung**

Die Vorschläge für generationenübergreifende Ansätze sind zukunftsweisend und werden im Sinne des Integrationskonzepts der Landeshauptstadt München aufgegriffen und weiterverfolgt.

1.11.6 Zum Aspekt „Der ambulante Bereich: Unterstützung pflegender Familien mit Migrationshintergrund“ (→ S. 96)

→ **Kultursensible Pflege in ambulanten Diensten**

Da keine Daten zur Anzahl pflegebedürftiger Migrant(inn)en existieren, kann nicht festgestellt werden, ob im Pflegebereich tatsächlich Versorgungsdefizite vorliegen. Es gibt in München ambulante Pflegedienste, die spezifische Leistungen für kultursensible Pflege anbieten. In der Praxis wird die Mehrzahl der Pflegebedürftigen auf der Basis des individuellen Pflegeplans unter Berücksichtigung besonderer Wünsche und Bedürfnisse versorgt; in vielen Fällen ist eine spezifische nationalitätenbezogene Pflege gar

→

nicht erwünscht. Die Fort- und Weiterbildung für Pflegekräfte wird auch für die in der ambulanten Pflege tätigen Kräfte weiter gefördert. Die steigende Anzahl nichtdeutscher Pflegekräfte kann auch hier genutzt werden, um kulturübergreifende Aspekte stärker in die Pflege einzubringen.

→ **Sieben Empfehlungen zur Situation von Pflegebedürftigen in ihren Familien**

Die sieben genannten Empfehlungen sprechen die Situation von Pflegebedürftigen in ihren Familien an. Familienentlastende Angebote, zum Teil auch über die Pflegekassen finanziert, werden in München in großem Umfang angeboten. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die ausschließlich von ihren Familien versorgt und gepflegt werden, ist auch unter Deutschen sehr hoch. Angehörigengruppen und andere entlastende Angebote für Angehörige stehen grundsätzlich auch Migrantenfamilien offen. Hindernisse, solche Angebote zu nutzen, sind bei Familien mit Migrationshintergrund oft die gleichen wie bei deutschen Familien, häufig zum Beispiel der Anspruch, alles zunächst mit der eigenen Familie zu bewältigen. Diese Haltung ist zum Teil kulturspezifisch geprägt, aber auch – bedingt durch die Migration – von einem engeren Familienzusammenhalt. Sollte es Nachfrage nach Angehörigengruppen in anderen Sprachen geben, kann dies über eine der Einrichtungen, die Angehörigengruppen aufbaut, initiiert und begleitet werden, wie es etwa bereits in türkischer Sprache getan wird. Die Fachstellen für pflegende Angehörige, die Beratungsstellen für ältere Menschen und ihre Angehörigen sowie die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. verfügen in diesem Bereich über gute fachliche Kompetenzen und viele Erfahrungen. Nach Einschätzung des Sozialreferats wäre eine verstärkte Angehörigenarbeit auch in enger Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Migrationsdienst anzustreben, da meist ein langjähriger Kontakt zwischen den Familien und den Migrationsdiensten besteht und sich die Familien im Falle der Pflegebedürftigkeit eines oder einer Angehörigen auf der Suche nach einem ersten Ansprechpartner oder einer Ansprechpartnerin gegebenenfalls an diese Dienste wenden. Die genannten Beratungsinhalte sind Bestandteil der Standards der Altenhilfeberatung, die auch für ältere Migrant(inn)en zur Anwendung einer individuellen Hilfeplanung gelten.

1.11.7 Zum Aspekt „Anregungen für eine kultursensible Pflege im Krankenhaus“ (→ S. 96 ff.)

Hierzu hat das Referat für Gesundheit und Umwelt wie folgt Stellung genommen:

„Die Empfehlungen der Studie sollten zum einen praktische Arbeitshilfen bieten, zum anderen sollten auf der strukturellen Ebene Maßnahmen und Angebote weiterentwickelt werden. Dies ist nach Ansicht des Referats für Gesundheit und Umwelt nur teilweise gelungen. In der Studie bleibt unklar, für welche Kliniken die Anregungen gedacht sind. Da die Stadt nur auf die städtischen Kliniken Einfluss nehmen kann, bezieht sich die Stellungnahme nur auf diese.

Mit der Einrichtung des Fachreferats Interkulturelle Versorgung hat die Städtisches Klinikum München GmbH im Bereich der Geschäftsführung als einziges Krankenhaus in der Bundesrepublik die Entwicklung von Angeboten im Bereich der kompetenten Versorgung von nichtdeutschen Patient(inn)en verbindlich und nachhaltig festgelegt. Eine Bilanzierung der bisherigen Tätigkeiten und Maßnahmen der Städtisches Klinikum München GmbH, eine kritische Bewertung und Vorschläge zur Optimierung fehlen.

Zu den Anregungen im Einzelnen:

→ **Kultursensible Pflegefragebögen bei der Patientenaufnahme**

Solch sensible Daten wie religiöse Empfindungen oder Schamgefühle im Bereich der Körperpflege in der Aufnahmesituation zu erheben, wird als nicht zweckmäßig eingeschätzt. Welche Parameter sollen bei der Vielfalt von mehr als 100 Nationalitäten im Patientenaufkommen mit welchen alltagstauglichen pflegerischen Konsequenzen erhoben werden? Inwieweit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass es Menschen aus anderen Kulturen zum Teil für diskriminierend erachten, sich einer „Sonderbefragung“ unterziehen zu müssen, die ihre kulturelle Wertigkeit eruiieren will. Damit wird sozusagen generell unterstellt, dass Migrant(inn)en per se eine Sonderbehandlung benötigen. Des Weiteren könnte ein zusätzlicher Fragebogen Aggressionen aufseiten des Personals hervorrufen. Kultursensibilität muss sich nach den aktuellen individuellen Bedürfnissen einzelner Patient(inn)en in der spezifischen Situation richten (abhängig von Bildungsstand, Zeitspanne des Aufenthalts in Deutschland, Kultur etc.) sowie nach der Dringlichkeit und Modalität der

medizinischen und pflegerischen Versorgung – wie bei allen anderen Patient(inn)en auch. Bei Patient(inn)en mit Migrationshintergrund kommt für das Personal die Bereitschaft hinzu, sich fremden Sicht- und Verhaltensweisen zu öffnen und ihnen so weit wie möglich entgegenzukommen. Dies kann ein Fragebogen nicht leisten – dieser Vorschlag geht stattdessen vielmehr in die Richtung „Bürokratie statt individueller Behandlung“.

→ **Verbesserte Kommunikation im Krankenhaus**
Laut Städtisches Klinikum München GmbH sind in Teilbereichen (zum Beispiel im Bereich der Patientenaufnahme) Piktogramme vorhanden, haben aber eine nur sehr begrenzte Effizienz. Um sinnvoll und alltagstauglich mit Piktogrammen arbeiten zu können, müsste eine große Menge von Inhalten im Bereich Medizin und Pflege kulturübergreifend neu als Piktogramme erarbeitet werden, was die Aufgaben eines Krankenhauses übersteigt.

→ **Dolmetscherdienste flächendeckend und flexibel anbieten und**

→ **Dolmetschen vor allem bei medizinischen und pflegerischen Themen nicht durch Angehörige**

Der Dolmetscherdienst, der nach dem Vorbild des Klinikums Schwabing inzwischen in allen Häusern der Städtisches Klinikum München GmbH installiert ist, trägt allen Erfordernissen Rechnung und gilt als vorbildlich. Die kurzfristige Einschaltung von Dolmetscher(inne)n per Mobiltelefon ist als Anliegen aus Sicht des Personals zwar verständlich, aber für die Dolmetscher(innen), die dann in anderen Bereichen unangekündigt fehlen, über die bisher festgelegten Ausnahmen hinaus nicht machbar. Da es sich beim hausinternen Dolmetscherdienst um eigene Mitarbeiter(innen) mit geplanten Arbeitsabläufen – zumeist auf der Station – handelt, müssen die Einsatzmöglichkeiten für Dolmetscher(innen) gut geregelt sein, damit es nicht zu zusätzlichen Problemen kommt.

Dass die Verständigungsmöglichkeiten für nur Türkisch sprechende Patient(inn)en nicht ausreichen, trifft zu. Der Krankenpflegeberuf mit der Eingangsvoraussetzung der Mittleren Reife ist für Türkinnen im Allgemeinen nicht attraktiv. Die Städtisches Klinikum München GmbH (Akademie) versucht zurzeit, dieses Problem durch Anwerbung junger Türkinnen zu lösen. Die Akademie hat Flyer in türkischer Sprache entwickelt, in denen bei Hauptschulabsolvent(inn)en für die

Pflegehelferausbildung geworben wird. Sobald genügend Türkisch sprechendes Personal zur Verfügung steht, kann dieses auch für Dolmetscherdienste ausgebildet werden. Vorübergehend müssen jedoch Übergangslösungen gefunden werden. Nachdem Krankenhäuser bisher keinerlei Entgelt für Übersetzungsleistungen erhalten, ist es zuweilen notwendig, Angehörige stärker in die Kommunikation einzubeziehen. Dass dies bei intimen Inhalten so weit wie möglich vermieden werden muss, ist hinlänglich bekannt. Auch hier stellt sich die Frage nach einer patientenorientierten Lösung konkreter Problemsituationen.

→ **Zu geringe Berücksichtigung der Themen interkulturelle Seelsorge, Sterbebegleitung und Palliativmedizin in Krankenhäusern**

Diese Aussage trifft zu, doch dürften die Anregungen für ein Krankenhaus nur schwer umzusetzen sein, etwa Kontakte zu Imamen herzustellen. Die Städtisches Klinikum München GmbH bietet seit einiger Zeit regelmäßig einschlägige Fortbildungen an (zum Beispiel „Sterbenskrank und in der Fremde“). Die Veranstaltungen richten sich zurzeit gezielt an Mitarbeiter(innen) in der onkologischen Fachweiterbildung oder in der palliativmedizinischen Zusatzausbildung.

→ **Differenziertere Verständigung von Ärzt(inn)en mit Patient(inn)en mit Migrationshintergrund**

Selbstverständlich kann man dieser allgemeinen Forderung nur zustimmen.

→ **Hinweisblatt über eine interkulturell ausgerichtete Durchführung von Angehörigen- und Überleitungsgesprächen für Sozialdienste und Überleitungsschwestern**

Wie alle anderen Mitarbeiter(innen) kann auch der Krankenhaussozialdienst oder eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter der Überleitungspflege bei Sprachschwierigkeiten den krankenhausinternen Dolmetscherdienst hinzuziehen. An einer Fortbildung zur interkulturellen Öffnung, durchgeführt vom Institut für psychosoziale Medizin, Institut für Medizin-Soziologie, Migration und Gesundheit der Universität Hamburg, nehmen derzeit Mitarbeiter(innen) der Sozialdienste aller Kliniken der Städtisches Klinikum München GmbH teil, um anschließend als Multiplikator(inn)en in ihren Teams tätig zu werden. Es ist sicher sinnvoll, zu überlegen, ob bereits ausreichend kulturspezifische Angebote zur Weiterversorgung von Migrant(inn)en in der Landeshauptstadt München vorliegen, um über diese in einem Hinweisblatt zu informieren.

→

- **Fehlende „Institutionenkunde“ seitens der Migrantenfamilien**
 Zum Überleitungsmanagement in der Städtisches Klinikum GmbH gehört eine enge Kooperation mit allen Beteiligten (unter anderem mit dem Hausarzt oder der Hausärztin, Nachsorge etc.). Per se wird keine Notwendigkeit einer interkulturell ausgerichteten Überleitung gesehen. Manche Migrant(inn)en wünschen ausdrücklich auch keine Versorgung durch Angehörige ihrer Volksgruppe, weil sie fürchten, durch die enge Verflechtung könnten familiäre Probleme bekannt werden. Da das Entlassungsmanagement in jedem Fall individuell auf die jeweiligen Bedürfnisse abgestimmt sein muss, muss selbstverständlich die spezielle Situation (eventuell fremdsprachige ambulante männliche Pflege) berücksichtigt werden.
- **Vermehrte Vermittlung interkulturell kompetenter, auf ethnische Gruppen spezialisierter Pflegedienste**
 Dieser Vorschlag wird gern aufgegriffen.
- **Anschauliche Vermittlung grundlegender Informationen an Migrantenfamilien zu Themen wie Patientenvollmacht und -verfügung, Betreuungsvereine und Vormundschaftsgericht**
 Diese berechnete Forderung sollte von den zuständigen Behörden aufgegriffen werden, zum Beispiel Ministerien, Vormundschaftsgericht etc. Im Krankenhaus sollten die entsprechenden Broschüren in allen erforderlichen Sprachen an die Betroffenen ausgehändigt werden.
- **Verstärkte Anerkennung des erhöhten Arbeitsaufwands auf der Station, der für eine interkulturell kompetente und kultursensible Behandlung und Weiterbildung erforderlich ist (Stichwort: Weiterbildung), durch die Pflegeleitung**
 Diese verständliche Forderung wird in der Realität leider oft nicht umzusetzen sein, weil ein Mehrbedarf bei der Versorgung von Migrant(inn)en im DRG (Diagnosis Related Groups)-System nicht vorgesehen ist. Entsprechende Forderungen müssen bei der Kalkulation der DRG (durch das Institut für Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK) vorgebracht werden. Verschiedene bundesweite Bemühungen verliefen bislang erfolglos. Daher müssen sich die Abteilungen bemühen, die Mehranforderungen in den normalen Arbeitsablauf zu integrieren.
- **Mehrsprachige Schilder und Wegweiser als in der Öffentlichkeit sichtbarer deutlicher Schritt in Richtung kultureller Öffnung des Krankenhauses**
 Diese Forderung sollte unbedingt aufgegriffen werden.
- **Bessere Berücksichtigung der durch unterschiedliche kulturell-religiöse Hintergründe bedingten Ernährungsgewohnheiten**
 In allen städtischen Krankenhäusern wird durch die Möglichkeit der Menüwahl versucht, den Wünschen der Patient(inn)en entgegenzukommen. Selbstverständlich sollte in allen Krankenhäusern auf kulturelle Besonderheiten eingegangen werden. So weit möglich, wird ein von Familienangehörigen zubereitetes Essen in der Mikrowelle warm gemacht. Insbesondere in Krankenhäusern, in denen der Anteil ausländischer Patient(inn)en besonders hoch ist, wie im Klinikum Schwabing, sollten durch eine durchdachte Menüauswahl spezielle Erwartungen der Patient(inn)en berücksichtigt werden. Dem wird zum Teil bereits durch Themenwochen, in denen Gerichte aus verschiedenen Ländern angeboten werden, nachgegangen. Durch die Installierung des Facharbeitskreises Interkulturelle Versorgung und die Mitarbeit der Fachreferentin im Arbeitskreis Migration und Gesundheit des Gesundheitsbeirats ist gewährleistet, dass das Städtische Klinikum ständig an der Optimierung der Versorgung von Migrant(inn)en weiterarbeitet.

Fazit

Aus Sicht des Referats für Gesundheit und Umwelt ist eine Reihe von Vorschlägen gut gemeint, jedoch sehr allgemein gehalten ohne genaue Erörterung der damit beabsichtigten praktischen Konsequenzen und deren Effizienz. Ziel wäre eine „individualisierte Pflege und Medizin“, in der jede Patientin und jeder Patient von kulturkompetentem Personal versorgt wird, das in der Lage ist, auch ihm kulturell fremde Bedürfnisse wertschätzend zur Kenntnis zu nehmen und ihnen so weit wie möglich entgegenzukommen. Dabei geht es vor allem um die innere Haltung und weniger um die Einführung weiterer Formulare. Personal mit Migrationshintergrund, Nutzung vorhandener Ressourcen, Schulung und Fortbildung von Mitarbeiter(inne)n und die Weiterentwicklung von Kultur- und Sprachangeboten sind dazu weitaus wichtiger.“

1.11.8 Zum Aspekt „Die stationäre Altenhilfe“ (→ S. 98)

→ Thematisierung kulturspezifischer Angebote sowohl auf Leitungsebene als auch bei Pflegekräften

Die Empfehlungen bezüglich der Wünsche der Betroffenen haben einzelne Heimträger für sich bereits aufgegriffen. Die Ansätze werden über den Runden Tisch Kultursensible Altenpflege der AWO-M-Group weiterentwickelt und im Pflegekonzept der Münchenstift GmbH im jährlichen Qualitätsbericht dargestellt.

→ Wünschen der Zielgruppe nach alternativen Wohnformen stärker nachgehen

Das Interesse an alternativen Wohnformen für ältere Menschen ist in den letzten Jahren insgesamt stark gestiegen. All diese Modelle bieten die Möglichkeit, vermehrt auf individuelle Bedürfnisse abgestellte Wohn- und Pflegeformen zu erproben. Eine Gruppe türkischer Frauen in München hat hierzu erste Gespräche zur Bildung einer Pflege-Wohngemeinschaft geführt. Für die Schaffung einer Wohngemeinschaft für ältere Migrant(inn)en gelten die bestehenden Förderbedingungen. Diese Empfehlung aus der Studie ist auch ganz im Sinne der Stärkung und Entwicklung sozialer Netzwerke. In diesem Zusammenhang werden Rahmenbedingungen für gemeinschaftliches Wohnen jüngerer und älterer Menschen geschaffen. So können auch Wohnformen gewählt werden, die bereits durch ihre

Gestaltung soziale Beziehungen und generationenübergreifende Hilfe in unmittelbarer Nachbarschaft bieten.

- **Beschäftigung von Integrationsbeauftragten**
Empfohlen wird, keine Stellen für Integrationsbeauftragte zur Öffnung der stationären Einrichtungen im jeweiligen Stadtteil einzurichten, sondern durch interkulturelle Organisationsentwicklung nachhaltig an der interkulturellen Öffnung stationärer Einrichtungen zu arbeiten. Mit den derzeitigen Arbeitskapazitäten in der Abteilung Hilfen im Alter und bei Behinderung ist dies in der gewünschten Intensität nicht zu leisten.

1.11.9 Zum Aspekt „Modellprojekt ‚Interkulturelles Mehrgenerationenzentrum‘“ (→ S. 99 ff.)

In München soll kein Mehrgenerationenzentrum – auch nicht wie in der Studie vorgeschlagen – als Modellprojekt in einem Stadtteil geplant werden. Das Integrationskonzept und die jeweiligen Modelle der generationenübergreifenden (zum Teil quartierbezogenen) Angebote und Pflegeeinrichtungen sind in der bestehenden Struktur auch unter dem Aspekt der interkulturellen Öffnung so weiterzuentwickeln und zu realisieren, dass sich über diese auch der Auftrag des dargestellten internationalen Mehrgenerationenzentrums mit einem stärker integrativen Ansatz verwirklichen lässt.

1.12 Zusammenfassung der Projekte und Maßnahmen, die über das Sozialreferat (Abteilung Hilfen im Alter und bei Behinderung) als Fazit aus den Ergebnissen der Studie initiiert und gefördert werden

Beratung und Informationsmaterialien

- Es wird eine Recherche zu vorliegenden Materialien von Trägern und Institutionen – auch auf Bundesebene – erfolgen, um das in verschiedenen Sprachen vorhandene Material zu erfassen und entsprechend den Einrichtungen sowie Multiplikator(inn)en und Betroffenen zur Verfügung zu stellen.

- Nach Besetzung aller Stellen in den Sozialbürgerhäusern mit Fachstellen häusliche Versorgung wird der bereits bestehende Flyer dieser Fachstellen aktualisiert und zur gezielten Information in mehreren Sprachen herausgegeben.

- In der vom Ausländerbeirat veröffentlichten Broschüre „Migrantinnen und Migranten in München: Vereine, Gruppen und Initiativen, Beratungsstellen und Institutionen, ehrenamtliches Engagement“ werden in der nächsten Auflagen

→

nicht nur die Adressen aktualisiert, sondern vor allem Beratungsstellen und Alten- und Service-Zentren sowie andere wichtige Informationen für Senior(inn)en aufgenommen, nachdem sie mit den Wohlfahrtsverbänden und der Fachabteilung des Sozialreferats abgestimmt wurden.

- Im Rahmen der für 2008 vorgesehenen Presseveröffentlichungen in Stadtteilanzeigen über kostengünstige und kostenlose Angebote der Altenhilfe und bei Erstellung eines zusätzlichen Informationsblattes „Finanzielle Erleichterungen für Senior(inn)en“ für jede Sozialregion werden gezielt auch Angebote für ältere Migrant(inn)en berücksichtigt – dies insbesondere im Hinblick auf die durchschnittlich deutlich niedrigeren Einkommen älterer Migrant(inn)en.
- Die enge Kooperation mit den Migrationsdiensten wird stärker ausgebaut. Dies erfolgt nicht nur über gegenseitige Fachberatung in Einzelfällen, sondern auch in Form von Referaten oder Vorträgen bei den Diensten, um Multiplikator(inn)en, Betroffene und Angehörige zu erreichen.

In den Alten- und Service-Zentren

- Die Alten- und Service-Zentren werden ihre differenzierten Angebote und Maßnahmen zur interkulturellen Orientierung und Öffnung weiter ausbauen. Hierzu gehört vor allem auch die Verbesserung des Zugangs zu den angebotenen Leistungen (Vermeidung von Hemmschwellen), auch über eine verstärkte Vernetzung mit Kooperationspartner(inne)n. Bei der Beratung wird Wert auf die Unterstützung durch muttersprachlich und interkulturell kompetente Berater(innen) gelegt. Dabei sollen – neben der Kooperation mit den Migrationsdiensten und den in den Alten- und Service-Zentren angebotenen ehrenamtlichen Helfer(inne)n mit Migrationshintergrund – aus dem noch aufzubauenden Netz der geschulten zweisprachigen Helfer(innen) zusätzliche Kräfte auch für Besuchsdienste genutzt werden.
- Im Bereich der interkulturellen Demenzberatung und -betreuung wird im Rahmen eines Fachtags im Januar 2008 der Grundstein für eine praxisbezogene Konzeptentwicklung gelegt.
- Sprach- und Konversationskurse werden bedarfsgerecht ausgebaut und auf Alphabetisierungskurse ausgeweitet. Darüber hinaus wird durch vermehrte interkulturelle Angebote und Einbindung ehrenamtlicher Helfer(innen) mit Migrationshintergrund eine zunehmende Integration von Migrant(inn)en angestrebt.

Bildung und lebenslanges Lernen

- Spezielle Kurse der Münchner Volkshochschule – Seniorenprogramm werden ab 2008 für ältere Migrant(inn)en zu vergünstigten Gebühren angeboten, um einen zusätzlichen Anreiz zur Teilnahme zu schaffen. Die Subventionierung dieses Angebots erfolgt über die Münchner Volkshochschule aus Restmitteln des aufgelösten Fördervereins bei der Münchner Volkshochschule – Seniorenprogramm.
- Zur „Vorbereitung auf den Ruhestand“ wird ein Kursangebot für Firmen entwickelt, die ältere nichtdeutsche Arbeitnehmer(innen) beschäftigen. Das Konzept wird so angelegt, dass es von verschiedenen Firmen abgerufen werden kann. Die Firmen leisten dazu ihren Beitrag, indem sie die Mitarbeiter(innen) während der Arbeitszeit für die angebotene Schulung freistellen.
- Gemeinsam mit dem Evangelischen Bildungswerk München e.V. – Seniorenprogramm, über das in den vergangenen Jahren ebenfalls wiederholt Kurse zur „Vorbereitung auf den Ruhestand“ in Betrieben angeboten wurden, wird ein Konzept entwickelt, mit dem berufstätige Migrant(inn)en in Betrieben erreicht werden sollen. Das Konzept soll von einem binationalen Team angeboten werden. Das Evangelische Bildungswerk München e.V. – Seniorenprogramm erhält für die Entwicklung und das Kursangebot entsprechende Honorarmittel und Schulungskosten in Höhe von 80.000,- Euro. Diese Kosten werden einmalig im Jahr 2008 bereitgestellt. Die Mittel stehen auf den Finanzpositionen 4705.700.0512.9 und 4705.700.0522.8 zur Verfügung.

Helfereinsätze Dolmetscherdienst

- Zusammen mit der Inneren Mission München e.V. wird ab 2008 der Aufbau eines Netzes von zweisprachigen freiwilligen Helfer(inne)n über die Innere Mission München e.V. initiiert und umgesetzt. Hierfür sind Landesmittel zur Modellförderung für „Innovative Altenhilfekonzepte“ beantragt. Das Sozialreferat stellt für dieses Projekt ab 2008 einen jährlichen Zuschuss in Höhe von 20.000,- Euro aus der Finanzposition 4705.700.0512.9 Projekt Nr. 41 „Helferpauschalen“ zur Verfügung.
- Um im Bedarfsfall vermehrt geschulte kulturkompetente Dolmetscher(innen) einsetzen zu können, wird mit den entsprechenden Einrichtungen eine Vereinbarung geschlossen, dass bei Bedarf auch von Alten- und Service-Zentren

und anderen Einrichtungen der Altenhilfe der Dolmeterservice des Bayerischen Zentrums für Transkulturelle Medizin e.V. über das zuständige Sozialbürgerhaus angefordert und finanziert werden kann.

Pflegebedürftige Migrant(inn)en / Pflegeheime

Zur Weiterentwicklung der Angebote für pflegebedürftige Migrant(inn)en in vollstationären Einrichtungen sieht das Sozialreferat für sich eine vermittelnde Rolle, um unter anderem zwischen entsprechenden Fachstellen, Ausländerbeirat, Migrationsdiensten und regionalen Initiativen von Migrant(inn)en Kontakte zu knüpfen, die Partner bei der Erarbeitung migrationsspezifischer Konzepte zu unterstützen und bei der Umsetzung in einrichtungsspezifische Konzepte der Münchner Heimträger beratend zu wirken. Auf die begrenzte Arbeitskapazität in der Abteilung Hilfen im Alter und bei Behinderung wurde bereits hingewiesen.

Zur Weiterentwicklung der rechtlichen Betreuung

Nach Beendigung des bis Mitte 2008 befristeten Projekts „Gewinnung und Begleitung von Berufsbetreuer(inne)n mit Migrationshintergrund“ wird es für notwendig erachtet, die begonnene Aufbauarbeit fortzuführen. Hierzu soll eine Halbtagsstelle für eine sozialpädagogische Fachkraft bei den Betreuungsvereinen eingerichtet werden.

Um das Anliegen der Integration von Migrant(inn)en im Projekt „Hilfe bei Betreuungsbedürftigkeit“ nachhaltig zu befördern, ist zu prüfen, ob über die Projektphase hinaus bei den Betreuungsvereinen die Bezuschussung einer halben Querschnittsstelle, die ausschließlich für die transkulturelle Querschnittsarbeit zuständig sein soll, zu gewährleisten ist. Während des Projekts, das im Juli 2008 endet, werden fünf Stunden pro Woche für die koordinierende Querschnittsarbeit im Migrationsbereich der Betreuungsvereine bezuschusst und von einer Mitarbeiterin des H-Teams geleistet. Eine Fortführung dieser Querschnittsstelle wäre nicht nur zur Unterstützung im Betreuungsbereich sinnvoll, sondern auch zur Hilfe in Fällen, in denen der Vertrauensperson familiäre Probleme zur Bearbeitung vorgebracht werden – wie in der Erwachsenenhilfe allgemein.

Wohnen im Alter

Im Jahr 2008 wird dem Stadtrat eine Neukonzeption zum Gemeinschaftszentrum IWO II zur Entscheidung vorgelegt. In der Fortschreibung des Konzepts des Gemeinschaftszentrums IWO II ist unter anderem vorgesehen, verstärkt mit spezifischen Angeboten auf die zunehmende Belegung mit Migrant(inn)en in den in der näheren Umgebung liegenden Sozialbauwohnungen zu reagieren.

Fazit

Die Studie enthält wertvolle Hinweise für die weitere Arbeit im Bereich der Hilfen im Alter für Migrant(inn)en.

Das Amt für Soziale Sicherung ist derzeit mit vielfältigen Änderungen konfrontiert. So wechselt zum 01.01.2008 die Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe zum Bezirk Oberbayern. Ebenso sind einige Änderungen bei der Pflegeversicherung zu erwarten. All dies muss bei der Personalplanung berücksichtigt werden. Bei Umsetzung der Empfehlungen aus der Studie müssen daher frei werdende Kapazitäten (beispielsweise durch die wegfallende Eingliederungshilfe) ebenso berücksichtigt werden wie mögliche neue Aufgaben, die sich aus der zu erwartenden Reform der Pflegeversicherung ergeben. Daher ist geplant, dem Stadtrat im ersten Quartal 2008 einen Vorschlag vorzulegen, in dem dargestellt wird, welche Aufgaben mit wie viel Personal erledigt werden können.

Anhörung des Bezirksausschusses

In dieser Beratungsangelegenheit ist die Anhörung des Bezirksausschusses nicht vorgesehen (vergleiche Anlage 1 der Bezirksausschuss-Satzung).

Dem Koreferenten, Herrn Stadtrat Benker, dem Verwaltungsbeirat, Herrn Stadtrat Straßer, der Stadtkämmerei, der Frauengleichstellungsstelle, dem Referat für Gesundheit und Umwelt, dem Ausländerbeirat, dem Seniorenbeirat, der Beauftragten des Oberbürgermeisters für den Altenpflegebereich und dem Sozialreferat/Stelle für interkulturelle Arbeit ist ein Abdruck der Sitzungsvorlage zugeleitet worden.

→

2 Antrag des Referenten

1. Vom Vortrag und von der *Studie über ältere Migrant(inn)en in München* wird Kenntnis genommen.
2. Das Sozialreferat wird beauftragt, den Ausbau der interkulturellen Orientierung und Öffnung der Alten- und Service-Zentren weiter voranzutreiben, den Aufbau von Netzwerken fortzuführen und das gesamte Leistungsspektrum von Beratung, Partizipation und Begegnung auch in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Kooperationspartner(inne)n und Multiplikator(inn)en anzubieten. Besonders berücksichtigt werden Angebote der Demenzberatung und -betreuung sowie der Aufbau von Sprach-, Konversations- und Alphabetisierungskursen. Über die Umsetzung wird dem Stadtrat im Rahmen des Berichts über die Umsetzung der Konzeption der Alten- und Service-Zentren im Jahr 2008 erneut berichtet.
3. Die Münchner Volkshochschule – Seniorenprogramm bietet ab dem Jahr 2008 in Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft Münchner Erwachsenenbildungsträger Seniorenprogramm spezielle Angebote für ältere Migrant(inn)en zu reduzierten Teilnahmegebühren an, um das Bildungsangebot gezielt für diesen Personenkreis zu erweitern. Die Subventionierung dieses Angebots erfolgt über die Münchner Volkshochschule – Seniorenprogramm aus Restmitteln des aufgelösten Fördervereins bei der Münchner Volkshochschule – Seniorenprogramm.
4. Im Rahmen der im Jahr 2008 vorgesehenen Presseveröffentlichungen in Stadtteilanzeigern über kostengünstige und kostenlose Angebote der Altenhilfe und bei der Erstellung eines zusätzlichen Informationsblattes „Finanzielle Erleichterungen für Senior(inn)en“ für jede Teilregion werden auch Angebote für ältere Migrant(inn)en aufgenommen.
5. Das Sozialreferat wird beauftragt, zusammen mit der Inneren Mission München e.V. ab 2008 ein Konzept umzusetzen, mit dem das Netz der freiwilligen Helfer(innen) für Besuchsdienste auf ausgebildete zweisprachige Helfer(innen) ausgeweitet wird. Hierfür sind Landesmittel zur Modellförderung für „Innovative Altenhilfekonzepte“ beantragt. Vom Sozialreferat wird für dieses Projekt aus dem Projektbudget 5.1.2 ein jährlicher Zuschuss in Höhe von 20.000,- Euro bereitgestellt. Die Mittel stehen auf der Finanzposition 4705.700.0512.9 Projekt Nr. 41 „Helferpauschalen“ zur Verfügung.
6. Das Sozialreferat wird beauftragt, mit den entsprechenden Einrichtungen eine Vereinbarung zu treffen, dass auch von Alten- und Service-Zentren und anderen Einrichtungen der Altenhilfe bei Bedarf der Dolmetscherservice des Bayerischen Zentrums für Transkulturelle Medizin e.V. über das jeweils zuständige Sozialbürgerhaus angefordert und finanziert werden kann.

3 Beschluss

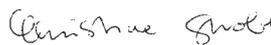
7. Das Sozialreferat entwickelt zusammen mit dem Evangelischen Bildungswerk München e.V. – Seniorenprogramm über ein binationales Team eine Kursreihe zur „Vorbereitung auf den Ruhestand“ für ältere nichtdeutsche Arbeitnehmer(innen), die in Betrieben angeboten wird. Mit den jeweiligen Firmen ist hierzu eine Vereinbarung zu treffen. Die Firmen leisten ihren Beitrag, indem sie die Mitarbeiter(innen) während der Arbeitszeit für die angebotene Schulung zur „Vorbereitung auf den Ruhestand“ freistellen. Die Kosten für die Entwicklung des Kursangebots sowie die Honorarmittel und Schulungskosten in Höhe von 80.000,- Euro werden einmalig im Jahr 2008 bereitgestellt. Die Mittel stehen auf den Finanzpositionen 4705.700.0512.9 und 4705.700.0522.8 zur Verfügung.
8. Im Integrationsbericht, der alle drei Jahre von der Stelle für interkulturelle Arbeit erstellt wird, werden anhand der entwickelten Indikatoren auch jeweils die Fortschritte und die weiteren Bedarfe für ältere Migrant(inn)en angezeigt.
9. Der Antrag Nr. 02-08/A 03733 der Stadtratsfraktion Bündnis 90/Die Grünen/RL vom 06.06.2007 ist geschäftsordnungsgemäß behandelt.
10. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

Beschluss nach Antrag.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Die Vorsitzende

Der Referent

Christine Strobl
Bürgermeisterin

Friedrich Graffe
berufsmäßiger Stadtrat

Teil 2:

Untersuchung zur Lebenssituation älterer Migrantinnen und Migranten in München

Dr. Philip Anderson

Mitarbeiter: Susanne Frisch



„Ein bisschen dort, ...

... ein bisschen hier ...“

1 Einleitung

1.1 Einleitende Worte

Älterwerden in der Fremde ist nicht leicht. Diese Erkenntnis kann man aus vielen Interviews mit älteren Migrant(inn)en – und Expert(inn)en, die deren Situation kennen – gewinnen. Daher liegt der Schwerpunkt dieser Studie auf der Beschreibung der Probleme älterer Einwanderinnen und Einwanderer und den möglichen Antworten der Altenhilfe darauf. Bedingt durch die bescheidenen, in den meisten Fällen sogar schlechten sozialen und ökonomischen Verhältnisse, leben diese Menschen häufig in von der deutschen Mehrheitsgesellschaft getrennten Lebenswelten. So entstehen besondere Hürden, die die Migrant(inn)en schwer erreichbar für die Angebote der offenen, ambulanten und stationären Altenhilfe machen.

Ziel des Untersuchungsprojekts – basierend auf einem Beschluss des Münchner Stadtrats vom März 2005¹ – war, diese Umstände zu beschreiben, zu analysieren sowie Strategien zu deren Überwindung zu entwickeln. Die Studie behandelt Themen, die sich sowohl durch die Auswertung der Literatur zur bisherigen Forschung und Praxis als auch durch

die Erhebung in München als wichtig erwiesen. Kern des empirischen Teils war die Befragung eines breiten Spektrums von Gesprächspartner(inne)n in München. Zu Vergleichszwecken wurden zu bestimmten Themen immer wieder auch Interviewpartner(inne)n aus anderen deutschen Kommunen herangezogen. Neben der Beschreibung der Problemlage lautete die zentrale Frage stets: Warum treten Migrant(inn)en als Klient(inn)en der Altenhilfe bislang so wenig in Erscheinung?

Neben der Auswertung des aktuellen Forschungsstandes war ein interregionaler Vergleich verschiedener Ansätze und Modelle für den Erkenntnisgewinn bedeutend. Gelegenheit dazu bot die Abschlussphase der bundesweiten *Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe*, die in unseren Untersuchungszeitraum fiel: Bei den Veranstaltungen wurden zahlreiche (nicht nur ortsspezifische) Erfahrungen und inhaltliche Anregungen vorgestellt.²



1 Beschluss des Sozialausschusses vom 03.05.2005 (Nr. 02-08/V06201: *Untersuchung zur Lebenssituation älterer Migrantinnen und Migranten in München*).

2 Siehe Beschluss des Stadtrats vom 22.09.2005 (Nr. 02-08/V06642: *Unterschrift des Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe durch die Landeshauptstadt München* [nach einer Veranstaltung am 29.04.2005]).

Zur Gliederung dieses Berichts: Nach einer kurzen Betrachtung zum aktuellen Stand der Forschung folgen Hinweise zum methodischen Vorgehen. Danach werden einige, vor allem aufenthaltsrechtliche Unterscheidungsmerkmale innerhalb der Gruppe der älteren Migrant(inn)en beschrieben. Der anschließende empirische Teil beginnt mit der Darstellung von Lebenssituation und Bedürfnislage der älteren Zugewanderten. Dabei konzentriert sich die Leitfrage auf die Gründe für die Distanz vieler Migrant(inn)en zu den Angeboten der Altenhilfe. Behandelt werden so verschiedene Aspekte wie brüchige und zwiespältige Migrationsprozesse, gesundheitliche Belastungen älterer Migrant(inn)en, die Tabuisierung des Themas Pflegebedürftigkeit in vielen Familien und die ökonomisch prekäre Lage der Zielgruppe. Dabei wird besonderer Wert auf die Sicht der betroffenen älteren Personen mit Migrationshintergrund gelegt. Für das Spektrum der Interviewpartner(innen) siehe Kapitel 1.3, „Methodische Hinweise“ (S. 10 f.).

Nächster Untersuchungsgegenstand sind die verschiedenen Institutionen im Bereich Altenhilfe, denn die Unterversorgung der älteren Zugewanderten hängt nicht nur mit einer (vermeintlich) fehlenden „Nachfrage“ vonseiten der älteren Zugewanderten, sondern auch mit der institutionellen „Angebotsseite“ zusammen. Daher finden sich in der Bestandsaufnahme und Analyse verschiedene Bereiche der Altenhilfe mit ihren Besonderheiten, zuerst die Angebote der offenen Altenhilfe, danach die häusliche Pflege und die ambulanten Hilfen. Ehe mit der stationären Altenhilfe der empirische Teil abschließt, geht es um die Versorgung älterer Migrant(inn)en im Krankenhaus sowie um die Situation des Übergangs nach Hause (oder in eine stationäre Einrichtung). Dieser Bereich war im ursprünglichen Konzept nicht vorgesehen; im Laufe der Erhebung wurde aber deutlich, wie wichtig eine Betrachtung dieser kritischen institutionellen „Dreh-scheibe“ für die Versorgung Älterer ist. Krankenhäuser spielen im Leben aller Menschen – ungeachtet ihrer Herkunft oder Schicht – irgendwann eine Rolle, sodass die Haltung dieser Institutionen im Hinblick auf Themen wie kultursensible Pflege oder interkulturelle Kompetenz von erheblicher Bedeutung ist.

Neben der Bestandsaufnahme und Analyse des Ist-Zustands war eine weitere zentrale Aufgabe des Projekts die Erarbeitung einer umfassenden Strategie für die Kommune mit Vorschlägen für Modellansätze und Pilotprojekte im gesamten Bereich der Altenhilfe. So nehmen die Empfehlungen in dieser Studie relativ viel Raum ein. Manche(r)

wird überrascht sein, welche Betonung die Thematik **sprachliche Verständigung und interkulturelle Kommunikation** erfährt – doch eine wesentliche Erkenntnis aus der durchgeführten empirischen Forschung ist, dass der Stellenwert dieser Aspekte bislang stark unterschätzt wurde.

Der abschließende Vorschlag für ein **Modellprojekt Mehrgenerationenzentrum/-gelände** ist zwar ambitioniert, bietet aber der Kommune München die Gelegenheit, klare und innovative Zeichen für die Integration der bisher eher vernachlässigten Gruppe(n) der älteren Migrant(inn)en zu setzen.

1.2 Stand der Forschung

Im Vorfeld des Projekts wurde viel Wert darauf gelegt, den Untersuchungsschwerpunkt auf einen spezifisch kommunalpolitischen Erkenntnisgewinn auszurichten. Daher sollen hier kurz die bisherigen Forschungsergebnisse zu diesem Themenkomplex dargestellt werden. Zwar wurde die Situation älterer Migrant(inn)en seit Mitte der 1990er-Jahre immer wieder als Forschungsgegenstand aufgegriffen, dennoch macht sie keinen wesentlichen Schwerpunkt der Altenforschung aus, sondern ist eher eine Randerscheinung geblieben.

In **anderen Ländern** ist, bedingt durch eine dort schon länger bestehende Einwanderungstradition, die Auseinandersetzung mit der Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund eine bekannte Größe, nicht zuletzt aufgrund eigener Initiativen der betroffenen Communitys. Auch von der Europäischen Union unterstützte Projekte belegen die internationale Dimension der Thematik, zum Beispiel *Migrant-Friendly Hospitals in an Ethno-Culturally Diverse Europe – Experiences from a European Pilot Hospital Project* (Krajic und Karl-Trummer 2005), das anschaulich Erfahrungen der interkulturellen Sensibilisierung im Krankenhausbereich in verschiedenen Ländern wiedergibt. Kultursensitive Pflegeansätze in Umgang mit älteren Migrant(inn)en in verschiedenen Ländern sind auch Thema der Pro-Alter-Dokumentation *Kultursensible Altenhilfe* (Pro Alter 2003). Die von Charlotte Uzarewicz herausgegebene Aufsatzsammlung *Transkulturelle Pflege* (Uzarewicz 1997) bietet Einblick in die transkulturelle Pflegetheorie und -erfahrung in verschiedenen Ländern und kulturellen Kontexten. Uzarewicz hat für die Praxisfelder der Altenpflege das Konzept der transkulturellen Kompetenz ausgearbeitet und operationalisiert (vergleiche hierzu Uzarewicz 2003).

Auf **Bundesebene** gab es immer wieder wertvolle Ergänzungen zu den Altenberichten der Bundesregierung durch Gutachten und Teilstudien (Dietzel-Papakyriakou und Obermann 1997 und 2000; Tesch-Römer 2004; zur Situation älterer Migrantinnen: Matthäi 2004). Doch erst seit einigen Jahren sind Bestrebungen erkennbar, die erheblichen Defizite in der Datenlage zu dieser bedeutenden Gruppe unter den älteren Einwohner(inne)n Deutschlands systematischer zu beheben.

Eine **sozialwissenschaftliche Annäherung** an die Probleme auf kommunaler Ebene boten schon 1994 in **Frankfurt am Main** Helmut Scheib et al. Allerdings bestätigte Herr Scheib in einem Gespräch zu Beginn des Münchner Projekts, dass die Problemlage der älteren Migrant(inn)en seitdem immer noch nicht wahrgenommen wird.

Eine jüngere Studie für die Stadt **Bremen** orientiert sich primär an Erkenntnissen der Statistik und Aussagen der Gesundheitsdienste (Tempel und Mohammadzadeh 2004).

Ähnliches gilt für die **Berliner Studie** von Peter Zeman (2004) im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, die eine Einschätzung der Bedarfe und Probleme insbesondere aus Sicht von Verwaltung und Dienst Anbietern auf Bezirksebene liefert.

Die Perspektive der Praxis interkultureller Altenhilfe (in Verknüpfung mit Theorie) bietet Manfred Hielen (1998). Seine Herangehensweise basiert auf den Erfahrungen aus dem Haus am Sandberg in **Duisburg**, einem stationären Seniorenzentrum mit Schwerpunkt kultursensibler Pflege für Menschen türkischer Herkunft.

Bernd Seeberger (1998) legt in seinen Studien viel Wert auf die Erörterung relevanter ethnomedizinischer Theorien einerseits und auf die Erforschung der empirischen Migrationswirklichkeit andererseits. Seine Interviews – vor allem mit türkischen Migrant(inn)en – beschreiben die Problemlagen der Migration, des Umgangs mit gesundheitlichen Problemen und des Pendelns im Alter. Die spezifisch kommunale Aufgabenstellung wird weniger berücksichtigt.

Schwerpunkt von Dragica Baric-Büdel, die sich im Rahmen der bundesweiten *Kampagne für eine kultursensible Pflege* engagierte, ist die Praxis der kultursensiblen Pflege. Ihre Arbeit (2001) gibt zahlreiche Anregungen für die Altenpflege der Stadt **Dortmund**.

Andrea Zielke-Nadkarni (2003) konzentriert sich auf die interkulturelle Pflegepraxis mit einem an der Fachhochschule **Münster** entwickelten Fortbildungskonzept.

An der sozialpolitischen Schnittstelle zwischen Politik, Ausbildung und Pflegepraxis befindet sich das *Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe*, das als konzeptionelle Grundlage für die im Januar 2006 abgeschlossene gleichnamige Kampagne diente. Dieses Memorandum hat durch vielfältige Veranstaltungen in Pflegeausbildung und -praxis, Modellprojekte sowie eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit sehr viele Anregungen für eine kultursensitive Konzepterprobung und -weiterentwicklung in allen Bereichen der Altenhilfe gegeben – bundesweit und über die Grenzen Deutschlands hinaus. Spezifisch für die Ausbildung in der Altenpflege hat Barbara Hellige von der Evangelischen Fachhochschule Hannover mit dem *Handbuch kultursensible Altenpflegeausbildung* – einem vom Bundesfamilienministerium finanzierten Projekt – eine sehr praxisnahe curriculare Grundlage entworfen (Hellige 2006).

Für **München** befassten sich Wesselman et al. (2001 und 2004) an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis mit der kultursensiblen Thematik im Krankenhaus. Weitere Hinweise zur sozialpsychischen Situation älterer Migrant(inn)en gibt Delkos (2002). Durch wichtige Beiträge zur interkulturellen Fort- und Weiterbildung sowie zur Entwicklung von Konzepten des interkulturellen Quartiers- und Qualitätsmanagements durch Schröder und Handschuck zeigt sich München besonders innovativ (Schröder und Handschuck 2003).

Dieser Überblick soll vor allem eines verdeutlichen: Zur Annahme von Angeboten der Altenhilfe durch ältere Einwanderinnen und Einwanderer existieren bislang kaum empirische Erkenntnisse, insbesondere was die Hindernisse zur Annahme dieser Angebote sowie die kommunale Ebene angeht. Daher bilden diese Themen den Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung. Systematisch werden sowohl die subjektiven Faktoren aufseiten der älteren Migrant(inn)en – der „Nachfrageseite“ – als auch die institutionellen Mängel aufseiten der Dienstleistungsanbieter in der Altenhilfe – der „Angebotsseite“ – betrachtet.



1.3 Methodische Hinweise

Theoretische Grundlage für das Vorgehen dieser Studie bildet die *Grounded Theory* nach Strauss.³ Nach diesem Ansatz geht man prinzipiell von einer *Triangulation* der Erkenntnisse aus vorhandenen Quellen (Statistiken, offiziellen Unterlagen, amtlichen Schätzungen etc.), aus der Forschungsliteratur sowie aus der eigenen Empirie zu dem Thema aus. Die Feldrecherchen beginnen erst nach ausgiebiger Auswertung von Literatur und sonstigen Quellen. Anschließend werden vorläufige Anfangshypothesen (in der englischsprachigen Literatur heute mit einer gewissen Vorsicht *propositions* genannt) zu den wichtigsten Themen des Projekts formuliert. Diese lassen sich im Laufe der Interviews revidieren, ergänzen und verfeinern.

Dem hier beschriebenen Projekt ging eine lange Vorlaufphase voraus, die dem Verfasser viel Gelegenheit gab, mit Kenner(inne)n der Münchner Besonderheiten die Eingangshypothesen zu reflektieren und zu diskutieren (für die Konzeption der Studie siehe Beschluss des Sozialausschusses, Fußnote 1).

Zu Beginn der Untersuchung wurde mit Unterstützung David Stolls (Sozialreferat, Abteilung S-I-AB) eine statistische Auswertung der Zusammensetzung der älteren Wohnbevölkerung Münchens mit Migrationshintergrund vorgenommen (Altersgruppen, Altersgrenze: ab 55 Jahre, ethnische Herkunft). Als hilfreich erwies sich dabei, dass das statistische Amt der Landeshauptstadt München seit Sommer 2005 auch eingebürgerte Menschen mit deutschem Pass erfasst, und zwar nach ihrer jeweiligen **Erststaatsbürgerschaft**: Das heißt, die eingewanderten Migrant(inn)en, die inzwischen einen deutschen Pass besitzen, sind in der Statistik nach wie vor als Menschen mit Migrationshintergrund erkennbar. Aussiedler(innen) bleiben allerdings nach diesem Verfahren statistisch unberücksichtigt, da sie bei der Einreise nach Deutschland grundsätzlich bereits einen deutschen Pass besitzen.

Ausgangspunkt war die konzeptionelle und statistische Sicht auf die Altenplanung vonseiten der Zuständigen in Verwaltung und Kommunalpolitik sowie eine Betrachtung der Ausbildung und der institutionellen Strukturen in der Altenpflege. Interviews wurden geführt mit Mitarbeiter(inne)n und Ehrenamtlichen der **offenen Altenhilfe** (Senio-

rentreffs, Alten- und Service-Zentren, Selbsthilfeeinrichtungen der ethnischen Gruppen etc.).

Einen weiteren Schwerpunkt bildeten die **Beratungsdienste** im sozialen und Migrationsbereich mit Zugang zu älteren Migrant(inn)en. Ebenso wurden die **ambulanten Angebote** untersucht: Sozialstationen und ambulante Dienste, Fachstellen für die häusliche Versorgung, medizinische Dienste (zum Beispiel niedergelassene Ärztinnen und Ärzte) sowie Krankenhäuser. Und schließlich war auch der **stationäre Bereich der Altenhilfe** Gegenstand der Untersuchung, wenn auch im Bewusstsein der Tatsache, dass bislang sehr wenige Migrant(inn)en in Seniorenheimen zu finden sind.

Diese **Experteninterviews** wurden anhand von Gesprächsleitfäden durchgeführt, die eigens für die jeweiligen Berufsgruppen entworfen worden waren. Die halbstrukturierten Tiefeninterviews dauerten in der Regel eine Stunde bis maximal zweieinhalb Stunden. Alle Interviews wurden ausführlich schriftlich protokolliert, etwa ein Drittel konnte mit Einverständnis der Gesprächspartner(innen) mitgeschrieben und transkribiert werden. Insgesamt fanden 39 Interviews mit Expert(inn)en – Zitate im Folgenden mit „(EXP)“ gekennzeichnet – aus den genannten Professionen und Einrichtungen statt.

Besonders wichtig war die **Befragung der älteren Migrant(inn)en** selbst, vermittelt vor allem durch Vertrauenspersonen wie Berater(innen), Leiter(innen) von Migrantengruppen, Vertreter(innen) von Selbstorganisationen der ethnischen Gruppen etc. Es konnten 29 Interviews mit betroffenen Migrant(inn)en – Zitate im Folgenden mit „(BET)“ gekennzeichnet – im Alter von 55 bis 76 Jahren durchgeführt werden. Die meisten von ihnen waren Frauen (24 weibliche [„w“], fünf männliche [„m“]) Interviewpartner(innen), was den weiblichen Überhang in den Einrichtungen und Gruppen der Altenhilfe widerspiegelt.

Unter den Interviewten waren sechs **Kontingentflüchtlinge** (5 w, 1 m) und drei Menschen mit **sonstigem Fluchthintergrund** (3 w, davon 2(?) aus dem ehemaligen Jugoslawien), bei den anderen Interviewpartner(innen) handelte es sich um **Arbeitsmigrant(inn)en**. Unter Letzteren waren folgende Nationalitäten vertreten: ehemaliges Jugoslawien (4 w, 3 m), Türkei (4 w), Spanien (3 w, 1 m), Griechenland (2 w), Italien (2 w) und Polen (1 w). Rund die Hälfte der Gespräche wurde mit Dolmetscher(in) oder punktueller Unterstützung eines/einer Dolmetschenden geführt.

³ Strauss und Corbin (1990), siehe auch Maxwell (1996).

Es fanden auch zwei ausführliche **Diskussionen mit Migrantengruppen** statt (eine bis eineinhalb Stunden): ein Konversationskurs für ältere Kontingentflüchtlinge (zehn Teilnehmerinnen, ein Teilnehmer), ein Deutschkurs für ältere Arbeitsmigrant(innen) und Aussiedler(innen) (vier Teilnehmerinnen, ein Teilnehmer). Da allen Interviewpartner(inne)n – Expert(inn)en und Betroffenen – Anonymität im Projektbericht zugesichert wurde, wird auf eine genauere Darlegung der personenbezogenen Daten verzichtet. Viele Gesprächspartner(innen) wurden durch Institutionen, Gruppen und Vertrauenspersonen vermittelt – nähere Angaben würden es erleichtern, die Identität Einzelner nachzuvollziehen.⁴

Wie in solchen Projekten üblich konnten im Laufe der Zeit mit zunehmendem Erkenntnisgewinn die Hypothesen für die Analyse und die Grundlage der Empfehlungen verfeinert und weiterentwickelt werden. Immer wieder fanden kurze Hintergrundgespräche und Diskussionen mit Gesprächspartner(inne)n aus Planung, Politik und Praxis statt, um Erkenntnisse zu prüfen und – später – potenzielle Empfehlungen und Modellansätze zu diskutieren oder infrage stellen zu lassen.

Besonders wichtig hierbei war die Begleitung durch den von der Abteilung für Hilfen im Alter (Landeshauptstadt München, Sozialreferat) ins Leben gerufenen **Beirat** unter Leitung von Christiane Lüers und Prof. Dr. Charlotte Uzarewicz (Katholische Stiftungsfachhochschule München). Die Überprüfung der vorläufigen Erkenntnisse durch Wissenschaft und Praxis in diesem Gremium führte im Laufe des Projekts zu zahlreichen Ergänzungen und wichtigen Korrekturen. Darüber hinaus war es möglich, jederzeit auf fachlichen Rat und zusätzliche Unterstützung (wie bei der Auswertung von bundesweiten fachspezifischen Untersuchungen) durch die Leiterinnen des Beirats zurückzugreifen – eine große Hilfe für den Verfasser.

Ein letzter methodischer Hinweis zur Lektüre der Studie: Die aus Interviews zitierten Textstellen entstammen den ausführlichen handschriftlichen Protokollen (*kursiv*, ohne Anführungszeichen) beziehungsweise den transkribierten Interviews (*kursiv*, mit „Anführungszeichen“). Literaturzitate folgen den üblichen Standards unter Angabe der entsprechenden Quelle; ein Literaturverzeichnis findet sich am Ende des Berichts.

1.4 Die Zielgruppe(n) der älteren Migrant(inn)en: theoretische Aspekte

1.4.1 Besondere sozialstatistische und rechtliche Merkmale

Im Hinblick auf die Definition der Zielgruppe konzentrieren sich Forschung und Praxis in Deutschland in der Regel auf ehemalige Gastarbeiter(innen) beziehungsweise Arbeitsmigrant(inn)en. Dabei wird leicht übersehen, dass es unter aufenthaltsrechtlichen Gesichtspunkten noch andere wichtige Gruppen unter den älteren Eingewanderten gibt: Aus- und Spätaussiedler(innen) (Menschen ethnisch deutscher Abstammung), Kontingentflüchtlinge (Menschen jüdischen Glaubens aus der ehemaligen Sowjetunion) und weitere Menschen mit Fluchthintergrund (Flüchtlinge und Asylbewerber(innen)).

In der Tat stellen die **Arbeitsmigrant(inn)en** die größte Gruppe – auch in dieser Untersuchung – dar. Statistisch sind aber auch die **Kontingentflüchtlinge** eine nicht zu vernachlässigende Größe, da viele von ihnen in nicht mehr jungen Jahren nach Deutschland kommen. Demgegenüber sind Angaben zur Altersstruktur in der Gruppe der **Aus- und Spätaussiedler(innen)** kaum möglich, da sie als Zugewanderte (vorwiegend) mit deutscher Staatsangehörigkeit nicht gesondert statistisch erfasst werden. Die älteren Menschen unter den **Flüchtlingen und Asylbewerber(inne)n** dürften zwar die zahlenmäßig kleinste Gruppe stellen, bilden aber trotzdem ein *sample* mit besonderen Bedürfnissen und sozialökonomisch stark defizitären Lebenssituationen. Insgesamt erweist sich die statistische Datenlage als unbefriedigend, weil sie eine differenzierte und belastbare Erfassung nach dem Aufenthaltsstatus nicht zulässt.

Doch gerade der **Aufenthaltsstatus** ist der existenzielle Faktor und die (un-)beständige Basis für das Leben aller Nicht-EU-Bürger(innen) in Deutschland. Darüber hinaus prägen in sozialstatistischer Hinsicht folgende Variablen die Lebenssituation der Eingewanderten der jeweils ersten Generation:

- Geschlecht und Alter zum Zeitpunkt der Zu- beziehungsweise Einwanderung,
- Bildung und beruflicher Hintergrund,
- Staatsangehörigkeit beziehungsweise ethnisch-regionaler Hintergrund,

→

⁴ Aus diesem Grund wird bewusst auf eine ausführlichere Darstellung der institutionenbezogenen oder sozialstatistischen Daten der Gesprächspartner(innen) verzichtet, da diese Rückschlüsse auf Einzelpersonen erlauben könnten.

- Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen,
- berufliche Entwicklung,
- (Entwicklung der) Sprachkenntnisse,
- soziale Einbindung in die ethnisch-kulturelle Herkunftsgruppe,
- soziale Einbindung in die Mehrheitsgesellschaft,
- privatbiografische Faktoren im Laufe der Verfestigung des Aufenthaltes (persönliche Situation: Familienstatus, Vorhandensein von/ Beziehung zu den Kindern, Trennung, Scheidung, Verwitwung),
- räumlich-sozial-emotionale Beziehung zur Familie/Verwandtschaft,
- altersbedingte Zunahme von beruflichen und anderen Gesundheitsbelastungen.

In Form einer Matrix kann man das **Zusammenwirken dieser Einflussfaktoren** wie folgt darstellen:



Die Interaktion dieser verschiedenen Faktoren ist entscheidend für die ökonomische und sozialpsychische Lage im Alter. An dieser Stelle sei festgehalten: Es gibt „erfolgreich“ verlaufende Migrationsbiografien älterer Menschen – mit welchem Aufenthaltsstatus auch immer (und das sind nicht wenige). Dabei handelt es sich um diejenigen, bei denen die Verfestigung des Aufenthaltes mit sozialer Integration, ökonomischem Aufstieg (oder zumindest Sicherheit) und einer positiven subjektiven Ortung als Migrant(in) in Deutschland einherging.

Sie werden sich hinsichtlich der Angebote der Altenhilfe orientieren und eigenständig zwischen den jeweiligen Optionen entscheiden können. Diese eingewanderten Menschen sind weniger Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

Oft handelt es sich jedoch – wie die Erhebung gezeigt hat – bei älteren Migrant(inn)en um Einwohner(innen) Münchens, die zwar lange Jahre hier gearbeitet und beruflich sowie in anderen Bereichen viel geleistet haben, die aber dennoch in die Marginalisierung, Verarmung und Isolation geraten und sich mit sozialen, gesundheitlichen und psychischen Mehrfachproblemlagen konfrontiert sehen.

Gerade in Zeiten, in denen sich der Sozialstaat immer mehr zurückzieht und die soziale Unsicherheit, von der breite Gesellschaftsschichten ergriffen werden, zunimmt, können sich die wenigsten – vor allem Menschen mit Migrationshintergrund – vor der sozialökonomischen „Abkopplung“ von der Mehrheitsgesellschaft sicher wähnen. Die besondere sozialökonomische Gefährdung der hier untersuchten Gruppen ist seit einiger Zeit bekannt. Auf sie machte auch die frühere Ausländerbeauftragte der Bundesregierung, Marie-Luise Beck, in einem Bericht aufmerksam:

„Die ökonomische Situation ausländischer Senioren ist in der Regel schlechter als die der deutschen. Ausländische Senioren beziehen zum Beispiel zehnmal häufiger Sozialhilfe als deutsche Senioren, was auf geringere Sozialversicherungszeiten und gering bezahlte Erwerbsarbeit zurückzuführen ist. Die im Vergleich höheren Belastungen am Arbeitsplatz – Akkord- und Schichtarbeit, körperlich schwere Arbeit, Gesundheitsbelastungen am Arbeitsplatz – führen zu einem höheren Anteil von Frühverrentung. Auch muss man davon ausgehen, dass die gesundheitliche Situation älterer Migranten schlechter ist als die der deutschen Senioren. Dies geht zum einen auf arbeitsbedingte höhere Belastungen zurück, aber auch auf psychosomatische Reaktionen in der Migrationssituation.“⁵

Diese Einschätzung wurde durch unsere Interviews mit Migrant(inn)en oft sehr anschaulich bestätigt. Nähere Informationen dazu finden sich bei der Darstellung der konkreten Lebenssituationen der jeweiligen Gesprächspartner(innen).

⁵ Beck, M.-L. (2001): *Bericht der Ausländerbeauftragten*. Bonn, S. 96 (zitiert in Wesselman et al. 2001, S. 10).

1.4.2 Der Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und Problemen beim Zugang zur Altenhilfe

Die folgende Einteilung älterer Migrant(inn)en in Gruppen ist als analytische Hilfe gedacht, um die grundsätzlichen Unterschiede in ihrer Lebenssituation nach dem jeweiligen Aufenthaltsstatus zu erfassen. Wenngleich zahlreiche Variablen zu jeweils individuellen Migrationsprozessen führen, bedingt doch der jeweilige Aufenthaltsstatus gemeinsame Tendenzen, die als sozial-strukturelle Unterscheidungsmerkmale zwischen den einzelnen Gruppen älterer Migrant(inn)en gelten können. Diese Merkmale wurden auch durch die Interviews mit den Migrant(inn)en in München deutlich und immer wieder bestätigt.

Die erste und größte Gruppe ist die der ehemaligen **Gastarbeiter(innen)/Arbeitsmigrant(inn)en**. Kennzeichnend für viele von ihnen ist eine Ambivalenz in Bezug auf ihren Verbleib in Deutschland: Es war nicht Teil ihrer Lebensplanung, hier alt zu werden. Trotz eines langjährigen Aufenthalts verfügen sie oftmals nur über mangelhafte Kenntnisse der deutschen Sprache, die noch dazu mit dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben nachlassen, weil außerhalb des Berufs nur wenige deutschsprachige Kontakte bestehen. Die meisten ehemaligen Gastarbeiter(innen) stammen aus ländlichen Gegenden und kamen nur wenige Jahre in den Genuss einer Schulbildung (vor allem unter älteren Frauen finden sich auch Analphabetinnen). Als ältere Arbeitnehmer(innen) sind sie daher überproportional von Arbeitslosigkeit betroffen – ein im Beratungsdienst tätiger Gesprächspartner bezeichnete die Gruppe als „Opfer der Globalisierung“. Aufgrund der beschriebenen Gemengelage wirkt sich die „fehlende Institutionenkunde“ hinsichtlich der Altenhilfestrukturen bei diesen Menschen besonders stark aus.

In dieser Gruppe ist das Sich-Verlassen auf traditionelle Familienstrukturen besonders ausgeprägt – möglicherweise gerade bedingt durch die eigenen Ängste und Gefühle der Hilflosigkeit. Einige Gesprächspartner(innen) – betroffene Migrant(inn)en sowie Expert(inn)en – berichteten, dass die Erwartung, von der Familie versorgt und gepflegt zu wer-

den, bei Menschen türkischer und zum Teil auch italienischer Herkunft weit verbreitet sei.⁶ Im Alter kann dies zu sozialer Isolation führen, einhergehend mit einer äußerst geringen Erreichbarkeit für die Angebote der Altenhilfe.

Die zweite Gruppe weist starke Gegensätze zur Gruppe der Arbeitsmigrant(inn)en auf: **Kontingentflüchtlinge** jüdischen Glaubens aus der ehemaligen Sowjetunion haben sich ganz bewusst für die Ausreise nach Deutschland entschieden – mit der Vorstellung, hierzubleiben. Doch auch sie stehen in Deutschland vor zahlreichen Problemen. Die älteren, in der Regel hoch qualifiziert, haben sich die Eingliederung in den hiesigen Arbeitsmarkt einfacher vorgestellt und leiden – so wurde immer wieder in Interviews berichtet – unter fehlender beruflicher Befriedigung, mangelhaften oder wenig differenzierten Deutschkenntnissen sowie geringen sozialen Kontakten zu Einheimischen.

Dennoch streben sie nach sozialer Eingliederung, das heißt, sie setzen sich mit Ämtern, offiziellen Strukturen und zu gegebener Zeit auch mit der Altenhilfe auseinander. Dabei steht ihnen die interkulturell ausgerichtete Infrastruktur der jüdischen Gemeinde in München als Orientierungshilfe und Unterstützung zur Seite. Die Israelitische Kultusgemeinde München bietet ihren Gemeindemitgliedern Beratung, Koordinierung mit russischsprachigen ambulanten Pflegediensten und nicht zuletzt die stationäre Unterbringung im Saul-Eisenberg-Heim in der Kaulbachstraße mit Schwerpunkt der kultursensiblen Pflege an.

Die dritte Gruppe, die der **(Spät-)Aussiedler(innen)**, ist aufgrund ihrer Größe und Heterogenität diffuser. In vielerlei Hinsicht kann man ihre Situation als eine Mischung aus jener der Arbeitsmigrant(inn)en und jener der Kontingentflüchtlinge beschreiben: Wie die Arbeitsmigrant(inn)en weisen sie oft einen relativ niedrigen Bildungsstand auf und haben nicht selten dadurch bedingte Probleme beim Erlernen der Sprache. Ihre Unkenntnis der deutschen Institutionen bezieht sich auch auf die Angebote der Altenhilfe. Die Familienstruktur ist häufig traditionell geprägt. Ähnlich wie die Kontingentflüchtlinge sind sie auf der Basis historisch-vertraglicher internationaler Verpflichtungen der Bundesrepublik



⁶ Vergleiche hierzu ein in diesem Zusammenhang einleuchtendes Ergebnis aus einer jüngeren Studie über ältere alleinstehende Migrantinnen: „Migrantinnen aus der Türkei und Italien verfügen häufiger über verwandtschaftliche Netzwerke im Aufnahmeland als Griechinnen und Ex-Jugoslawinnen“ (Matthäi 2004, S. 19).

⁷ Die Zahl der Aussiedler(innen) in Deutschland ist besonders schwer zu ermitteln, weil sie nicht gesondert statistisch erfasst werden. Nach einer Schätzung von Naegele und Schopf (2005) liegt die Zahl der über 60-jährigen Aussiedler(innen) in der BRD bei etwa 400.000.

Deutschland ins Land gekommen und halten sich noch nicht lange hier auf.⁷

Oft lebt ein Teil der Aussiedler(innen) (vor allem diejenigen in den Aussiedlerheimen) aufgrund der bildungsspezifischen und sozialen Bedingungen in großer sozialer Isolation.

Auch in der Gruppe der **Flüchtlinge und Asylbewerber(innen)** gibt es viele Ältere der ersten Generation, die sehr isoliert leben. Sie haben keine oder kaum Arbeitsmöglichkeiten, weisen erheblichen Sprachprobleme auf und sind betroffen von Verarmung und Vereinsamung in den Unterkünften, sofern sie keine andere Wohnmöglichkeit gefunden haben. Dies kann eine Existenz in sozialer Ausgrenzung, abseits der Mehrheitsgesellschaft, bedeuten, meist in großer Abhängigkeit von den sozialen Strukturen der eigenen Ethnie (Familie, Gleichaltrige, Selbsthilfeverein, Moschee, soweit vorhanden). Da sich die gesellschaftliche Integration dieser älteren Menschen aufgrund der sozialen und (physisch und psychisch bedingten) gesundheitlichen Mehrproblemlagen sehr schwierig gestaltet, sind sie ohne besondere Maßnahmen für die Altenhilfe kaum erreichbar.

Der Schwerpunkt dieser Studie liegt auf der Situation von Arbeitsmigrant(inn)en, weil sie auch in München die mit Abstand größte Gruppe unter den älteren Eingewanderten darstellen. Die Aussagen gelten jedoch in aller Regel ebenso für ältere Migrant(inn)en mit anderem Aufenthaltsstatus, da ihre Anforderungen an die Ansätze der Altenhilfe meist ähnlicher Natur sind. An den Stellen, die die besondere Problematik einer bestimmten Gruppe behandeln, wird explizit darauf hingewiesen.



2 Empirie und Bestandsaufnahme

2.1 Aus Sicht der Betroffenen: die besondere Lebenslage und die Bedarfe älterer Migrant(inn)en

2.1.1 Der Migrationsprozess und brüchige Biografien – ein großer Zwiespalt zwischen Verbleib und Rückkehr

Migrationsprozesse bedeuten in der Regel Biografien mit Brüchen – sie sind erlebnisreich, oft aber auch schwer. Vor allem ältere Arbeitsmigrant(inn)en blicken zurück auf einen Lebenslauf, der anders ist, als sie es sich vorgestellt hatten. Eigentlich wollten sie nicht mehr als ein paar Jahre in Deutschland bleiben, das eigene „Migrationsprojekt“ dabei immer vor Augen (sparen für ein Haus oder den Aufbau eines eigenen Geschäfts in der Herkunftsregion) – das man schließlich doch nicht oder nur zum Teil realisiert hat. So verbrachten die Arbeitsmigrant(inn)en viele Jahre lang ihr Leben in einem Zwiespalt zwischen Rückkehr und Verbleib. Ein in der Migrationsberatung tätiger Gesprächspartner, selbst türkischer Herkunft, brachte dieses „Leben auf halbgepackten Koffern“, das viele Migrantenfamilien führen, recht anschaulich mit folgender Äußerung auf den Punkt:

„Sie haben in sehr schwierigen Situationen [gelebt]: Wenn ich sage, sie haben 40 Jahre lang hier gelebt, heißt das nicht 40 Jahre, sondern vielleicht

20-mal zwei Jahre. Das waren keine 40 Jahre, sondern sie haben 20-mal zwei Jahre gelebt. Also, sie wollten in zwei Jahren zurückkehren.“ (EXP 3)

Interviewpartner(innen) haben auf die Gründe für den ungewollten Verbleib bis ins Alter hingewiesen: weil man noch ein wenig mehr sparen wollte, weil die Kinder bis zur Einschulung oder bis zum Schulabschluss oder bis zur Beendigung der Lehre bleiben sollten ... So wurde das Ende des Aufenthalts – und damit die endgültige Rückkehr in die Herkunftsregion – immer wieder aufs Neue hinausgeschoben. Familienkonflikte, Scheidung, Phasen der Arbeitslosigkeit, Verschuldung oder schlichtweg der Lauf des alltäglichen Lebens trugen dazu bei, die Rückkehrpläne zunichte zu machen. Bei Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien kamen die Widrigkeiten der Kriege in den 1990er-Jahren hinzu: Viele mussten erleben, wie das mühsam ersparte Haus in der Heimat zerstört wurde oder plötzlich in einer Gegend steht, die als nicht bewohnbar gilt beziehungsweise jede Attraktivität (auch für potenzielle Käufer(innen)) verloren hat.

So entfernten sich viele ältere Migrant(inn)en allmählich, aber stetig von ihrer Herkunftsregion, ihren dortigen Verwandten und Freunden – kurz: von ihrem alten Lebensmittelpunkt.





Unter solchen Umständen gelangen die älteren Menschen an einen vorläufigen, zwiespältigen Endpunkt, der – wie angedeutet – durch ein Gefühl der **tiefen Ambivalenz** charakterisiert ist: Man fühlt sich zwar der alten Heimat verbunden, will aber in Deutschland bleiben – der Kinder, Enkelkinder und auch der medizinischen Versorgung wegen, so die häufige Erklärung. Oder man will, wenn man es sich leisten kann, pendeln und die Sommermonate in der Herkunftsregion, die Wintermonate in Deutschland verbringen – dies trifft insbesondere für die älteren Migrant(inn)en aus dem südeuropäischen Raum, dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei zu. Man verspürt eine Sehnsucht nach der alten Heimat, nach dem Altvertrauten. Dieser ambivalente Zustand führt aber häufig gerade nicht dazu, sich mit dem Älterwerden in Deutschland auseinanderzusetzen. Denn dies wäre mit dem eindeutigen Geständnis verbunden, dass man das eigentliche Lebensziel der Rückkehr nicht realisiert hat, was individuellbiografisch als Scheitern erscheinen kann. Man wollte immer als erfolgreiche(r) Migrant(in) in die Herkunftsregion zurückkehren, doch dies geht – aus verschiedenen Gründen – nun nicht mehr.⁸

Migrationsberater(innen) und Sozialarbeiter(innen) berichteten auch von einer anderen Variante der nicht realisierten Rückkehr. Dabei handelt es sich um die Migrationsbiografien der zwar verheirateten, aber de facto alleinstehenden Arbeitsmigranten (in der Regel Männer), in vielen Fällen aus dem ehemaligen Jugoslawien oder der Türkei, die oft jahrzehntelang „Ferienbeziehungen“ zu ihren Familien unterhalten haben. Man sah sich nur in den Urlaubszeiten, gewöhnte sich an eine Art „affektive Parzellierung“ im Umgang miteinander, das heißt, Streit auf ein Minimum zu reduzieren und heikle Dinge lieber nicht anzusprechen. So wurde die innere Distanz voneinander allmählich immer größer. Die Familie in der Herkunftsregion lebte zunehmend für sich und traf selbstständig Entscheidungen. Das dauerhaft in der Fremde lebende nominelle Familienoberhaupt entfernte sich emotional, hatte vielleicht eine Geliebte.

Eine erfahrene Gesprächspartnerin aus der Beratungsarbeit, selbst mit Migrationshintergrund, dachte im Interview über die langfristigen Auswirkungen der Transmigration auf diese Familien nach:

„Die eigentliche Frage des ‚Gastarbeitertums‘ bedeutet: Die Männer und Frauen, die hier gearbeitet und alleine gelebt haben, deren Familie im Ausland gelebt hat, haben diese Familie als Gast erlebt. Sie kamen am Wochenende, wenn sie im erreichbaren Ausland lebten, ... oder sie kamen monatlich oder zweimonatlich oder sogar einmal jährlich, wenn es weiter südlich oder westlich war. Die Familie hatte immer einen Geldgeber, einen ‚Geschenkebringer‘ und einen sehr lieben Vater oder Ehemann, der halt gelegentlich da war, dann wieder weg, und man musste das tun, was man für richtig oder für nicht richtig hielt. Bei der Verrentung und bei einer Rückkehr funktionieren diese Familien nicht mehr. Die Entwöhnung, also die Verfremdung, die Entfremdung ist teilweise so groß, dass sich diese Rentner entscheiden, zurückzukehren, und nach kürzester Zeit wieder hier sind. Sie stellen fest: Ich kann nicht mehr da leben.“ (EXP 20)

Häufig tritt tatsächlich erst in der Phase der (Früh-)Verrentung die im Laufe der Jahre gewachsene emotionale Distanz in den Familien zutage. Die Rückkehr wird erprobt – und funktioniert nicht. Manche Männer kehren irgendwann wieder nach Deutschland zurück, weil das Zusammenleben mit der Familie in der alten Heimat nicht (mehr) funktioniert, weil die Familie und sie sich fremd geworden sind. Günstigenfalls können sie in Deutschland auf Netzwerke zurückgreifen, um ihr Leben hier wieder aufzunehmen, doch oft sind sie durch ihre Erfahrungen aus dem Gleichgewicht gebracht, geraten in eine psychische Krise oder in die soziale Isolation. Unter Umständen erscheint ihnen der Weg der Rückkehr nach Deutschland versperrt, andererseits sehen sie für sich auch keine Zukunft in der Herkunftsregion. Damit stecken sie in einer emotionalen Sackgasse. Dann gehören sie vielleicht – wie es ein Gesprächspartner aus der Beratungsarbeit formulierte – zu den Männern, von deren Selbstmord im Heimatdorf man irgendwann erfährt: Man weiß nur, dass es nach der Rückkehr Familienkonflikte gab und dass die Reintegration nicht funktioniert hat.

Nicht für alle älteren Migrant(inn)en ist ihre Zeit in Deutschland mit so vielen negativen Gefühlen verbunden. Es gab auch Gesprächspartner(innen), die

⁸ Vergleiche hierzu Seeberger (1998), S. 52: „Der seinerzeitige Auswanderungsgrund wird im Nachhinein unterschiedlich, widersprüchlich und teilweise stimmungsabhängig dargestellt: Ein Drittel sagt, es war gut. Ein weiteres Drittel weiß es nicht mehr und das restliche Drittel meint, der Schritt in die Migration war ein großer Lebensfehler. Es zeigt sich auch, dass jene, die ihr Migrationsziel nicht erreicht haben oder sich für kein Ergebnis entscheiden können, den Migrationsschritt nachträglich negativ beurteilen und mit Kultur- und Familienzerrissenheit begründen.“

zufrieden auf ihre Jahre hier zurückblickten – und auch mit berechtigtem Stolz auf das, was sie geleistet haben: ein neues Leben aufgebaut, eine Familie ernährt, beruflichen Erfolg erzielt, Freundschaften, Beziehungen und Hobbys gepflegt, Engagement in Vereinen und Initiativen entwickelt – die ganze zwischenmenschliche und gesellschaftliche Bandbreite einer erfüllten Biografie. Dennoch: Immer wieder kam das Thema des **Zwiespalts über Identität, Zugehörigkeit und auch über den Verbleib in Deutschland oder die Rückkehr in die Herkunftsregion** in der einen oder anderen Variante zur Sprache.⁹

Der Leiter einer Seniorengruppe für Italiener(innen) stellte fest: Fast alle wollten zwar in Deutschland bleiben, aber beim Thema Italien „*blühen sie richtig auf*“. Er zitierte das Beispiel eines gemeinsamen Besuchs in Bozen. Auch dort in Südtirol sei es für die älteren Gruppenmitglieder „richtig“ Italien gewesen, da könne man „richtig“ italienisch einkaufen: Olivenöl, Essig, andere Naturalien. Diese Produkte könnten sie genauso gut in München – und wahrscheinlich auch nicht teurer – kaufen, aber die Senior(inn)en deckten sich begeistert mit den „echten einheimischen“ Produkten ein. Die Nostalgie in Bezug auf die italienische Heimat sei immer wieder mit Händen zu greifen.

Ein weiteres Beispiel aus der Gruppe war eine über 90-jährige Teilnehmerin, die ihre Sehnsucht nach der Heimat stillte, indem sie mit dem Reisebus 24 Stunden nach Sizilien auf Besuch fuhr und dann wieder zurück. Sie nahm die Strapazen gerne auf sich, war danach glücklich, die alte Heimat noch einmal gesehen zu haben. (EXP 24)

Eine Interviewpartnerin aus dem ehemaligen Jugoslawien, Frau C., blickte auf mehr als vier Jahrzehnte in München zurück, zog hinsichtlich ihres beruflichen und privaten Lebens insgesamt eine zufriedene Bilanz. Sie betrachtet sich einerseits als in dieser Stadt zu Hause, andererseits stellt sie sich trotzdem die rhetorische Frage: *Ich bin gern in Deutschland, aber wo gehöre ich hin?* (BET 13)

Bei vielen älteren Migrant(inn)en der ersten Generation bleibt ein Gefühl der kulturellen Fremdheit in

Deutschland. Hier ist man nicht wirklich zu Hause, auch wenn man lange hier gelebt hat und womöglich die eigenen Kinder in Deutschland groß geworden sind. Dieses Gefühl wird manchmal durch im tiefsten Inneren schmerzhaft aufbewahrte Erinnerungen an Diskriminierung und Ausgrenzung verstärkt.¹⁰ Daher empfindet man oft auch eine große Distanz den deutschen Institutionen gegenüber.

Schließlich beschrieb eine Gesprächspartnerin aus der Türkei, Ende Sechzig, sehr anschaulich, wie stark die Sehnsucht nach Heimat und Zugehörigkeit im Alter ausgeprägt sein kann. Die alleinstehende Psychologin hatte teils in Büros, teils im pädagogischen Bereich gearbeitet. Sie machte die Ambivalenz bezüglich Heimat von sich und anderen bewusst zum Gesprächsthema. Sie sei gerne in der Türkei, halte vor allem regen Kontakt zu ihrer dort wohnhaften Schwester. Andererseits fühle sie sich hier zu Hause, schätze ihre Unabhängigkeit und ihre Bekanntschaften in Deutschland.¹¹ Sie dachte über die daraus resultierende innere Zerrissenheit nach:

Für sie ist die türkische Sprache nicht so wichtig, aber die Musik und auch das Essen ist für sie eine Verbindung mit der Heimat. Sie merkt immer wieder, wie sie Sehnsucht danach hat. Sie erlebt es stark, wenn sie in Istanbul ist, da läuft sie die Straßen ab; diese Sehnsucht „wird immer schlimmer“ mit den Jahren. Bis man unter der Erde liegt, hat man diese Sehnsucht nach Heimat – und das gilt für alle. (BET 16)

2.1.2 Gesundheitliche Belastungen, Altwerden in der Fremde und fehlende „Institutionenkunde“

Im Laufe der Studie wurde deutlich, mit welchen **besonderen gesundheitlichen Belastungen** – wie auch vielfach in der Literatur konstatiert – ältere Migrant(inn)en zu kämpfen haben. Zurückzuführen ist dies zum einen auf die körperlich und oft auch psychisch schweren (sogar gesundheitsschädigenden) Arbeitsbedingungen in niedrig qualifizierten Tätigkeitsbereichen (Produktion, Bau-

→

⁹ Für die Verbleibsmotive vergleiche Naegele (1998) in der Einführung (S. 17–32).

¹⁰ So hat beispielsweise eine Gesprächspartnerin türkischer Herkunft über diese Momente der Ausgrenzung gesprochen, die sie im Arbeitsleben – sie war lange Jahre als Angestellte bei Siemens tätig – erfahren hatte, und über die Versuche, damit umzugehen. Sie zog für sich die Schlussfolgerung: „*Manchmal ist es besser, einfach manches zu überhören.*“ (BET 15)

¹¹ Vergleiche hierzu Matthäi (2004), S. 18: „*Ein eher modernes Familienverständnis pflegen vor allem jene Migrantinnen, die ... gebildeter und qualifizierter sind, für die eine moderne, das heißt selbstbestimmte Lebensführung hohen Stellenwert hat und die sich bewusst von der traditionellen Frauenrolle abgrenzen.*“

gewerbe, Gastronomie, Hilfstätigkeiten in kleinen und mittleren Unternehmen etc.), die oft über Jahrzehnte hinweg durchgehalten werden und mit vielen Überstunden, Schichtarbeit, ungesunder Ernährung sowie geringen Erholungszeiten und geringer Erholungsqualität einhergehen. Da die meisten Arbeitsmigrant(inn)en stets ihr eigenes „Projekt“ vor Augen haben – das Ziel, für das sie eifrig sparen –, nehmen sie längere Arbeitszeiten und belastende Bedingungen eher in Kauf als die in der Aufnahmegesellschaft aufgewachsenen Menschen. Freizeit wird auf ein Minimum reduziert, denn „das wahre Leben“ wird irgendwann später stattfinden. Unter diesen lebens- und arbeitsweltlichen Bedingungen sind eingewanderte Arbeitnehmer(innen) der ersten Generation schneller verbraucht als andere Arbeitnehmer(innen).¹²

Hinzu kommen die durch den Migrationsprozess als solchen bedingten Erschwernisse kultureller Art, also die damit verbundenen Anpassungserfordernisse, die von dem Historiker Peter Marschalck bei einer Tagung zum Thema Migration und Gesundheit wie folgt beschrieben wurden:

„Die psychischen, aber auch körperlichen Belastungen, die für Migranten durch die Notwendigkeit entstehen, sich mindestens zwischen Teilbereichen verschiedener Kulturen und unterschiedlicher Verhaltensweisen entscheiden zu müssen, können durchaus Krankheiten verursachen und krank machendes Verhalten verursachen.“¹³

Die Qualität der hiesigen Gesundheitsversorgung spielt bei der Überlegung, ganz oder vorwiegend in Deutschland zu bleiben, eine wesentliche Rolle. In Interviews mit Expert(inn)en und Migrant(inn)en wurde die qualitativ hochwertige gesundheitliche Infrastruktur Deutschlands immer wieder als entscheidender Grund für die Fortsetzung des Aufenthalts genannt, wobei in vielen Fällen die tragende Beziehung zur Hausärztin beziehungsweise zum Hausarzt als Anlaufstelle und Vertrauensperson besonders wichtig sei. Einige Berater(innen) mit Kenntnis der jeweiligen Herkunftsregion wiesen jedoch darauf hin, dass – bedingt durch den weltweiten medizinisch-technischen Fortschritt – die Unterschiede zwischen Deutschland und der Herkunftsregion heute oft nicht mehr so groß seien.

Dies ist natürlich auch abhängig von der jeweiligen Krankheit sowie dem entsprechenden ärztlich-pflegerischen Versorgungsbereich. Dennoch stellt sich oftmals die Frage, ob nicht bei manchen älteren Migrant(inn)en die gesundheitliche Versorgung als konkreter, nüchterner Grund für den Verbleib „herhalten“ muss – ein Grund, der sich einfacher benennen lässt als die genannten widersprüchlichen, nur allzu menschlichen Gefühle und Dilemmata, die dann zu Verbleib oder Pendelverhalten führen.

Dabei ist es wichtig, zwischen der Einstellung vieler älterer Migrant(inn)en zu den Gesundheitsdiensten einerseits und den Angeboten der Altenhilfe andererseits zu unterscheiden. Aufgrund ihrer Ambivalenz hinsichtlich des Verbleibs in Deutschland fällt den Zugewanderten die Auseinandersetzung mit dem **Älterwerden in der Fremde** besonders schwer.

Gesprächspartner(innen) aus der offenen Altenhilfe sowie der sozialen oder Migrationsberatung gaben an, dass die materiellen Probleme von Migrant(inn)en durchaus angesprochen würden: (Langzeit-) Arbeitslosigkeit, geringe Einkünfte/Rente, Altersarmut, Aufenthaltsunsicherheit, aktuelle Wohnprobleme – oft handle es sich um komplexe Mehrproblemlagen. Andere klassische Themen der Altenhilfe blieben jedoch oft außen vor: Wo und wie will ich im Alter wohnen und leben? Wie sieht es im Ernstfall der Pflegebedürftigkeit aus, wie kann ich versorgt werden? Auch formalrechtliche Aspekte wie Testament, rechtliche Betreuung oder Patientenverfügung seien für die meisten sehr weit entfernt. Leiter(innen) von Migrantenseniorengruppen und Berater(innen) aus dem sozialen Bereich berichteten vielfach von einer ausgeprägten Aversion gegen die Beschäftigung mit solchen Fragen. Auch in sonst für verschiedenste Themen offenen Migrantenseniorengruppen würden Informationsveranstaltungen gerade zu diesen Themen abgelehnt. Der Tod von Gruppenmitgliedern werde zwar mit Anteilnahme begleitet, sei aber kein Anlass für eine weiter gehende, die eigene Situation betreffende Diskussion, so einige Gruppenleiter(inne)n.

Die fehlende Auseinandersetzung mit diesen Themen ist teilweise auch auf bildungs- und sprachbedingte Defizite zurückzuführen; so ist etwa die rechtliche Materie äußerst komplex. Dazu kommt

¹² Vergleiche hierzu Seeberger (1998), S. 51: „Die überdurchschnittlich hohe gesundheitliche Belastung während des Erwerbslebens führte dazu, dass sich das Krankheitsrisiko im Alter erhöhte. Besondere Verschleißerscheinungen und schwere chronische Erkrankungen sind typisch dafür. Hierzu kommen noch psychosomatische Krankheitsbilder, die nach Beendigung des Arbeitslebens verstärkt in Erscheinung treten.“

¹³ Siehe Marschalck (2000) in Marschalck und Wiedl, S. 38.

aber ein ganz menschlicher Faktor: Wer befasst sich schon gerne mit dem Älterwerden und Sterben?

Doch auch migrationspezifische Erfahrungen spielen eine Rolle. Jahrelang hielten viele Migrant(inn)en ganz selbstverständlich große Distanz zu deutschen Institutionen. Die Behörden, die man als „Gastarbeiter(in)“ am ehesten kennenlernte – Ausländerbehörde, Polizei, Arbeitsamt, eventuell Sozialamt –, vermittelten kein positives Bild der institutionellen Landschaft. Es war zur Gewohnheit geworden, Begegnungen mit diesem „offiziellen“ Deutschland möglichst zu vermeiden. Darüber hinaus sind die breit gefächerten Angebote der offenen, ambulanten und stationären Altenhilfe in Deutschland den älteren Zugewanderten aus ihren Herkunftsländern in der Regel unbekannt.

All dies trägt dazu bei, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund eine große Distanz, unter Umständen sogar ein Misstrauen gegenüber den Angeboten der Altenhilfe entwickeln. Eine Gesprächspartnerin türkischer Herkunft, deren Mutter seit vierzig Jahren in Deutschland lebt und nun im Rentenalter ist, beschrieb die Haltung der Mutter so: Die Mutter würde nie in ein Alten- und Servicezentrum in München gehen, denn „*das ist für Deutsche*“, da gehöre sie als Migrantin gar nicht hin.

Weil sich die meisten Migrant(inn)en mit den hiesigen Strukturen nicht gut auskennen, reduzieren sie ihre Vorstellungen über Altersversorgung auf das „Schreckgespenst Altenheim“. Dieses angstbesetzte Bild tauchte in den Betroffenen-Interviews häufig auf: Das Schlimmste wäre, hier im Altenheim zu landen. Aus ihrer Herkunftsregion kennen die Migrant(inn)en stationäre Alteneinrichtungen oft nur als reine Aufbewahrungsanstalten, in die man „abgeschoben“ wird, wenn die Familie nicht mehr für sie aufkommen kann oder will. Sie gehen davon aus, dass es auch in Deutschland nur diese institutionelle Variante gibt. Außerdem registrieren die älteren Menschen sehr genau die in deutschen Altenheimen immer wieder auftretenden „Pflege-skandale“, die in regelmäßigen Abständen in den Medien kursieren – und die Angst erzeugen.

Diese Angst kann bei vielen durch einen weiteren Faktor verstärkt werden. Ein jahrelang in der Migrationsberatung tätiger Gesprächspartner machte auf folgenden Zusammenhang aufmerksam: Viele Eingewanderte der „Gastarbeitergeneration“ hätten nie gelernt, bewusst für sich – in Abgrenzung zu anderen in einer ähnlichen Situation – zu planen. Man ist nach Deutschland gekommen, weil andere aus dem Dorf, der Gegend oder der *community* es gemacht haben. Man strebte an, ein Haus in der Herkunftsregion zu kaufen, weil etliche andere es so machten etc. Ähnlich verhielte es sich mit ihrer Ambivalenz bezüglich der Rückkehr in die Heimat, meinte der Interviewpartner: Den meisten – als Einzelperson oder als Paar – fiel es sehr schwer, eine klare Entscheidung für sich auf die Frage „*Wo will ich längerfristig sein, wo gehöre ich hin?*“ zu treffen. Erschwert würde diese Entscheidung noch dadurch, dass Altersgenossen aus dem Bekanntenkreis zurückkehren oder bleiben oder pendeln. An dieser Stelle gäbe es keine klare Linie mehr, sondern nur noch den gelebten Zwiespalt. (EXP 30)¹⁴

Trifft diese Einschätzung zu, muss es bei vielen älteren Migrant(inn)en Angst oder zumindest große Unsicherheit auslösen, über Themen des Älterwerdens in Deutschland, beispielsweise Wohnform, langfristige soziale Vernetzung, Versorgung und Pflege im Ernstfall, zu sprechen und diesbezüglich „einsame“ Entscheidungen für sich zu treffen – denn dies hat man nicht unbedingt gelernt. Und: Gerade diese Themen lassen erkennen, dass das Leben hier in gewisser Hinsicht darauf ausgerichtet war, die einst angestrebte Rückkehr in die Herkunftsregion immer wieder zu verschieben. Damit gerät womöglich eine fragile Lebenskonstruktion ins Wanken. Ein Gesprächspartner mit dem Schwerpunkt der Beratung älterer Migrant(inn)en türkischer Herkunft sprach in diesem Kontext sogar von der „*Lebenslüge*“ vieler Klient(inn)en.

Diese Aussage kann man als hartes Urteil betrachten – denn Lebensläufe sind in vielen Fällen nicht „ordentlich“, vor allem nicht in der Migration. Doch wie bereits beim Thema Ambivalenz konstatiert: Durch eigene Kinder, in Deutschland entstan-



¹⁴ In einem englischsprachigen Aufsatz (2005) hat Maria Dietzel-Papakyriakou den Zusammenhang zwischen dem Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess, der fehlenden Kompetenz im Umgang mit der deutschen institutionellen Infrastruktur und sozialer Isolierung durch Rückkehr gleichaltriger Landsleute mit der Konsequenz zunehmender Vereinsamung und psychischer Überforderung dargelegt: „*For many people, departure from gainful employment results in the loss of social contact. Because social contact outside one's own ethnic group is, for the most part, facilitated by language ability and transcultural skills, first-generational migrants have very little contact with the German population. Their social relationships primarily involve members of their own ethnicity (BAGS, 1998). Foreign elders' possibility to maintain social interactions is not only limited by the illness and death of others in their age group, but also by the remigration of social contacts to the country of origin. The major restructuring of life circumstances is frequently perceived as psychologically burdensome.*“

dene soziale Kontakte, die allmähliche Abkopplung von der Entwicklung in der Herkunftsregion und andere Faktoren verlagerte sich der Lebensmittelpunkt der älteren Einwanderinnen und Einwanderer im Lauf der Zeit zunehmend nach Deutschland – vielleicht, ohne dass sie diesen Prozess wirklich zur Kenntnis nehmen wollten.

Trotzdem kann für die Fragestellung dieser Untersuchung festgehalten werden: Die oben beschriebene Distanz gegenüber deutschen Institutionen im Allgemeinen, das negative Bild der Altenheime sowie die Schwäche vieler Migrant(inn)en im Hinblick auf eine konkrete Lebensplanung erschweren deren Ansprechbarkeit für die Angebote der Altenhilfe ganz erheblich.

Das Zusammenwirken der vielfältigen Faktoren bedingt eine fehlende „Institutionenkunde“ bei Migrantenfamilien: Häufig kennen sie sich im Bereich der Altenhilfe nicht aus – und wissen auch nicht, wie sie sich kundig machen können. Gleichzeitig spiegelt ihre Distanz gegenüber den Institutionen sowie die fehlende Auseinandersetzung mit den Strukturen und der Bürokratie der Altenhilfe die schwierigen Umstände wider, unter denen die Integration der Arbeitsmigrant(inn)en stattfindet. Dies mag weniger eine bewusste Weigerung der älteren Migrant(inn)en sein, sich zu integrieren, als vielmehr Ausdruck von Überforderung durch die Lebensumstände oder von Resignation.

2.1.3 Die Bedeutung von Selbstorganisationen der Migrant(inn)en

Vor dem Hintergrund dieser Situation kann die Rolle der Selbsthilfevereine religiös-nationaler Gruppen – vor allem muslimischer Vereine – als weiterer Teil des gruppenorientierten migrationsbiografischen Puzzles definiert werden. Diese Organisationen stellen wichtige **Treffpunkte für Ältere dar, an denen insbesondere die Probleme des Älterwerdens in der Fremde** thematisiert werden. In Gesprächen weisen Vorstände und Imams der islamischen Vereine häufig darauf hin, dass sie mit Fragen zum Übertritt in die Rente, zur Grundsicherung, zu Versicherungsleistungen, zu Pflege- und Gesundheitsproblemen und zu vielem mehr konfrontiert würden. Doch in nur wenigen dieser Fragen – das geben die Verantwortlichen offen zu – seien sie wirklich sachkundig.

Es gibt gute Gründe, warum diese Vereine über vertrauensvolle Beziehungen zu den traditionell religiös geprägten Familien verfügen: Meist sind sie vor Jahrzehnten durch mühsame Eigenarbeit einer Gruppe von Gläubigen entstanden und werden durch das Engagement einiger weniger, die das Ansehen der Gemeindemitglieder genießen, am Leben erhalten. Aus Sicht vieler Besucher(innen) haben diese Einrichtungen „Pioniercharakter“: Man habe sich mit dem muslimischen Verein in der Fremde gegen eine nicht sonderlich freundlich gesinnte Umgebung behauptet.

Bekanntermaßen werden viele Menschen im Alter religiöser – dies gilt auch für islamisch geprägte Menschen mit Migrationshintergrund.

Über die Religionsausübung und das gemeinsame Zelebrieren der islamischen Feiertage hinaus bieten die Gebethäuser noch mehr: Sie sind Treffpunkt und ermöglichen einen generationenübergreifenden Austausch; dort erhält man Rat und Informationen zu verschiedensten Themen des Alltags. Vorstände und Imam sind in der Regel Seelsorger und Ratgeber für die ganze Familie (Erziehungs- oder Rollenkonflikte, Schulprobleme, Ehe Streitigkeiten, Begleitung bei Behördengängen etc.). Die muslimischen Vereine Münchens können – jenseits der islamischen Fundamentalismusdebatte – mit einigem Recht als Selbsthilfevereine mit vielschichtigen sozialen Schwerpunkten bezeichnet werden. Dabei verkörpern sie in ihrer ehrenamtlichen Arbeit eine interessante Variante des Mehrgenerationenansatzes.¹⁵

Ein in der Beratungsarbeit tätiger Sachkundiger wies auf einen in den Augen der Besucher(innen) weiteren wichtigen Pluspunkt muslimischer Vereine hin: Andere, vor allem politische Vereine aus den Herkunftsländern, die in den 1970er-Jahren in der deutschen Diaspora aktiv waren, seien längst „eingegangen“; doch die religiösen seien stärker geworden, gerade weil sie einen sozialen Schwerpunkt gesetzt haben. In den Augen der Gläubigen, so der Gesprächspartner, kümmerten sich die Moscheevereinigungen um sie – und das sei der wichtigste Punkt. (EXP 15)

Außerdem gibt es eine besondere Gruppe unter den älteren Migrant(inn)en, die – vermutlich aufgrund ihrer spezifischen Migrationsbiografie – am ehesten über die muslimischen Vereine erreichbar sind: **ältere Islamgläubige mit Fluchthintergrund.**

15 Siehe Anderson et al. (2005).

Ältere Menschen aus Ländern wie dem Irak oder Afghanistan haben große Schwierigkeiten, die deutsche Sprache zu erlernen, ökonomisch und sozial Fuß zu fassen und sich hier zu integrieren. Für sie sind die Moscheeräume möglicherweise der einzige Treffpunkt außerhalb ihrer Wohnung oder Flüchtlingsunterkunft. Dort verbringen sie viel Zeit mit Gleichaltrigen und suchen ein paar Quadratmeter Geborgenheit in einer fremden Welt, mit der eine gemeinsame – sprachliche und emotionale – Verständigung kaum möglich ist.

Imams und Vorstände dieser Vereine sind als Vertrauenspersonen diejenigen, die die Probleme ihrer älteren Besucher (in der Regel sind es Männer) kennen. In Gesprächen signalisierten sie ihr Interesse, mehr Informationen über die Angebote der Altenhilfe sowie Unterstützung durch Beratung zu erhalten. Mit dem bei Bürgermeister Monatzeder angesiedelten Runden Tisch der Muslime wurden in München bereits Strukturen für einen entsprechenden sozialpolitischen Austausch mit den Vertretern der muslimischen Gemeinden geschaffen.

In seinem Gutachten für die Berliner Senatsverwaltung brachte Peter Zeman die herausragende Rolle der Selbstorganisationen für viele ältere Zugewanderte auf den Punkt:

*„Engagement findet hauptsächlich in ethnischen Eigenorganisationen statt. Darin werden kulturspezifische Kompetenzen und Merkmale anerkannt und positiv bewertet. Diese Formen der Partizipation kommen dem Bedürfnis älterer Migranten nach Rückzug in ihr ethnisches Milieu entgegen. Sie ermöglichen die Pflege von Geselligkeit und Kultur und dienen der kulturellen Selbstvergewisserung. Ethnische Organisationen bieten darüber hinaus einen Umschlagplatz des für ältere Migranten relevanten Wissens im Umgang mit deutschen Behörden und Institutionen.“*¹⁶

Zusammenfassend lässt sich sagen: Die Selbstorganisationen der Migrant(inn)en, insbesondere die muslimischen Vereine, übernehmen für ihre Landsleute die Funktion sozialer Selbsthilfeeinitiativen. Für viele Migrantenfamilien – vor allem für die Männer als Familienoberhaupt – sind die Vereinsvorstände Vertrauenspersonen. Darüber können sich – beispielsweise auch für die Angebote der Altenhilfe – Zugangswege zu Familien eröffnen, die sonst als schwer erreichbar gelten.

2.1.4 Die innerfamiliäre Dimension in Migrantenfamilien: das Tabu der Pflege und der Versorgung im Ernstfall

In Anbetracht der beschriebenen biografischen und sozialen Umstände ist leicht nachvollziehbar, dass die praktischen Konsequenzen des Älterwerdens für die Migrantenfamilien in Deutschland kein einfaches Thema darstellen. Interviewpartner(innen) bestätigten immer wieder die Erwartung oder Hoffnung vieler älterer Migrant(inn)en, die eigenen Kinder würden sich in der Not um sie „kümmern“ – doch zugleich werde nicht thematisiert, was damit konkret gemeint ist; nicht selten scheint es eine Art Tabu für die Familienmitglieder zu sein, über ihre tatsächlichen Vorstellungen zu sprechen.

Neben der erwähnten Aversion, sich mit diesen schwierigen Themen auseinanderzusetzen, spielt dabei wahrscheinlich auch die Angst der Älteren eine große Rolle, eventuell ein böses Erwachen zu erleben, wenn man seine eigenen Wünsche nach Unterstützung, Pflege und Versorgung durch die Kinder äußert.

Eine Gesprächspartnerin griechischer Herkunft ging bewusst auf dieses für ältere Migrant(inn)en empfindliche Thema ein. Für sie und ihren Mann sei das Thema eher latent gewesen, bis es ihr erwachsener Sohn, ein Einzelkind, von sich aus angeschnitten habe: *„Erwarte nicht, dass ich euch pflege!“* Zugleich sagte er: *„Ich werde es aber organisieren“*. Zunächst hätten die Eltern betroffen reagiert – doch so sei das Thema wenigstens aufgegriffen worden. Seitdem habe die Familie entsprechende Probleme, etwa im Hinblick auf die Vorsorge, offen angesprochen: Im Falle der Pflegebedürftigkeit wird ein ambulanter Pflegedienst organisiert, eine Patientenverfügung liegt vor und der Sohn ist bevollmächtigt, lebenswichtige Entscheidungen zu treffen.

Die Gesprächspartnerin beschrieb, wie sie durch die Offenheit ihres Sohnes eine Veränderung in ihrer eigenen Haltung erlebte. Sie selbst habe nämlich die eigenen Eltern nicht gepflegt; dies sei weitgehend von einer Nachbarin in der Heimatregion übernommen worden und bereite ihr immer noch ein schlechtes Gewissen, obwohl sie stets Geld und Geschenke verschickt habe.¹⁷ Doch so habe sie Verständnis für ihren Sohn, der sein eigenes



16 Zeman (2002), S. 18.

17 ??????????????????????

Leben führen möchte. Sie fügte hinzu, dass diese Offenheit im Umgang mit der Thematik innerhalb der Familie eine große Ausnahme darstelle. (BET 9)

Zahlreiche praktische Schwierigkeiten können die Übernahme der Pflege durch die erwachsenen Kinder erschweren. Vielleicht kann oder will das eigene erwachsene Kind (oder der Partner beziehungsweise die Partnerin) den pflegebedürftigen Elternteil nicht in der eigenen Wohnung aufnehmen, beispielsweise wenn die Räumlichkeiten zu eng oder nicht vorhanden sind. Oder wenn es die Berufstätigkeit der Kinder nicht zulässt, weil sie dadurch nicht für Pflege oder Betreuung abkömmlich sind. Kurz: Hinter dem Widerwillen älterer Menschen, sich mit diesem Thema zu beschäftigen, steht stets die beängstigende Frage: „*Wer kümmert sich wirklich um mich, wenn es ernst wird?*“

Gleichzeitig findet bei vielen erwachsenen Kindern aus Migrantenfamilien – wie einige Mitarbeiter(innen) der Migrantenarbeit beobachteten – ein von der mitteleuropäischen Gesellschaft geprägter Wertewandel hinsichtlich der Verantwortung für die Eltern statt. Sie sehen sich möglicherweise aus oben genannten Gründen nicht imstande, die Pflege ihrer Eltern zu übernehmen, oder auch, weil sie beruflich mobil sein und eventuell den Wohnort wechseln müssen. Unter Umständen möchten sie aber auch – und dies ist dann der Grund für Schuldgefühle – die Versorgungs- und Unterbringungsmöglichkeiten für ältere Menschen in der deutschen Gesellschaft (zum Beispiel das Altenheim) gerne in Anspruch nehmen, wie etwa gleichaltrige Bekannte und Kolleg(inn)en ohne Migrationshintergrund. Diesen Wunsch wagt man aber nicht auszusprechen, weil man beispielsweise in traditionell geprägten türkischen Familien als undankbarer und egoistischer Spross gelten könnte. So mögen sich manche erwachsenen Kinder in Migrantenfamilien in die emotionale Zange zwischen „Verpflichtung und Verrat“ genommen fühlen.

Kurz zusammengefasst: Unter den hiesigen räumlichen und sozialökonomischen Bedingungen ist es für Migrantenfamilien in Deutschland de facto sehr schwer, die Pflege einer oder eines Angehörigen in den eigenen vier Wänden zu übernehmen. Tritt ein solcher Fall ein, halten sie es häufig für unmöglich, zum Beispiel die pflegebedürftige Mutter bei sich

aufzunehmen und selbst zu versorgen. Genau davor haben die meisten Älteren Angst – das Ergebnis ist: Man redet nicht darüber, weil die Thematik äußerst sensibel ist.¹⁸

Die sehr erfahrene Leiterin einer Gruppe türkischsprachiger Frauen in der offenen Seniorenhilfe wurde zu den Schuldgefühlen in den Familien befragt. Es ging darum, inwiefern es für die älteren Migrantinnen ein Tabu gäbe im Hinblick auf die Bereitschaft der Familien, für sie im Falle der Pflegebedürftigkeit aufzukommen. Die Antwort der Interviewpartnerin lautete:

Das Thema oder diese Befürchtung wird totgeschwiegen, denn die Familie gilt, so erlebt es Frau M. [die Leiterin], als „heilig“. Es ist auch „eine Schande“, wenn es nicht klappt mit der Versorgung in der Familie. Sie bekommt allerdings die Information (von einem Hausarzt), dass die erwachsenen Kinder in Familien mit Pflegefällen absolut überfordert sein können. Erst in der Krise, wenn die Strukturen zusammenzubrechen drohen, wird die Frage von der Familie nach außen getragen: Wie geht es überhaupt weiter? (EXP 31)

Das Zitat verdeutlicht die Problematik der Ehre in solch traditionell geprägten Familien: Es gilt als „Schande“, als unehrenhaft, etwa die eigene Mutter in einem stationären Seniorenzentrum unterzubringen. Muss die komplett überforderte Familie doch einen Heimplatz suchen – wie geschildert –, ist dies für alle Beteiligten gleichbedeutend mit der Kapitulation schlechthin. Denn unter solchen Bedingungen ist keine(r) auf diesen „schlimmsten“ aller Schritte vorbereitet.

Die weiter oben zitierte Gesprächspartnerin griechischer Herkunft wies auf eine weitere Komplikation zwischen den Generationen hin. Die erste Generation der Arbeitsmigrant(inn)en habe aufgrund ihrer Migrationsbiografie in der Regel die letzte Lebensphase der eigenen Eltern nicht direkt persönlich erlebt. Als erwachsene Kinder hätten sie sich in der Migration befunden, konnten daher die Eltern in der Herkunftsregion meist nicht pflegen und auch deren Tod dort nicht miterleben. Wie die Gesprächspartnerin sagte, blieben aus dieser Erfahrung Schuldgefühle zurück. Diese würden aber nur selten wie in ihrem Fall bewusst gemacht

¹⁸ Vergleiche hierzu Baric-Büdel (2001), S. 35: „Traditionell geprägte Hilfeerwartungen an die Kinder werden zwar geäußert, aber durch die Migrationserfahrungen und Veränderungen der Familienstrukturen bestehen dahingehend Unsicherheiten, wie sich diese Hilfeleistungen konkret gestalten werden. Es zeichnen sich bereits Konflikte zwischen den verschiedenen Generationen der Migrantenfamilien ab, insbesondere im Fall von schwerwiegender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit.“

und in die Auseinandersetzung mit den Sehnsüchten und Erwartungen an die eigenen Kinder einbezogen, sondern „schwebten“ irgendwie unausgesprochen mit. Solche biografische Erfahrungen erschweren den Umgang mit dieser Problematik für die Generationen untereinander.

Ein Interviewpartner mit Migrationshintergrund, der sich in vielerlei Hinsicht beruflich, ehrenamtlich und privat mit dem Thema des Älterwerdens in der Fremde beschäftigt hat, sprach in diesem Kontext von der „*doppelt betroffenen Generation*“ der älteren Arbeitsmigrant(inn)en: Sie müssten damit leben, dass sie zwar materiell (Geld, Sachleistungen, Geschenke) für die Eltern gesorgt hätten, nicht aber selbst bei deren letztem Lebensabschnitt hätten dabei sein können. Andererseits erlebten sie, wie die eigenen Kinder, für die sie sehr viel getan und womöglich geopfert haben, immer „mitteleuropäischer“ und „moderner“ und damit auch für sie als alte Eltern – im Sinne von Versorgung und Geborgenheit in der Großfamilie – nicht da sein würden. Aber mit welchem Recht könnten die in der Fremde alt gewordenen Migrant(inn)en die Pflege durch ihre Angehörigen einfordern, wo sie doch selbst mit dieser Tradition gebrochen hätten? (EXP 2)

Ergebnis dieser komplizierten psychosozialen Konstellation: Zwischen den Generationen herrscht sehr oft Schweigen im Hinblick auf das Thema der zukünftigen Betreuung, Pflege und Versorgung der jetzt noch rüstigen Alten.¹⁹

2.1.5 Ökonomische Lage, Verarmung und Vereinsamung, Isolation

Menschen, die in der Migration leben, sind besonders gefährdet, im Alter zu verarmen. Wesentliche Ursachen der Altersarmut von Einwanderinnen und Einwanderern beschrieb bereits das Zitat aus dem Bericht der früheren Ausländerbeauftragten der Bundesregierung (siehe S. 12). Die vorliegende Münchner Studie versuchte, die wichtigsten Faktoren für diese erschwerte ökonomische Lage auf lokaler Ebene zu erfassen.

Mit ökonomischen Problemen ihrer Klientel konfrontiert werden vor allem Gesprächspartner(inn)en aus der Migrations-, Sozial- und Schuldnerberatung

sowie Mitarbeiter(inn)en der offenen Altenhilfe. Einhellig berichteten sie von einer Zuspitzung der ökonomischen Notlage bei älteren Menschen – nicht nur solcher mit Migrationshintergrund. Mit der Umstrukturierung des Wohlfahrtsstaates, insbesondere durch die Hartz-IV-Regelungen, nähme die Zahl der in Armut lebenden Menschen insgesamt zu. Als Gründe für die überdurchschnittliche Verarmung von Menschen mit Migrationshintergrund wurden folgende Aspekte zusammengetragen: Migrant(inn)en der ersten Generation sind schlecht qualifiziert, haben ein niedriges Bildungsniveau, sind oft sogar Analphabet(inn)en und fanden daher meist nur in Bereichen mit niedriger Qualifikation und geringer Entlohnung Arbeit. Zudem kamen sie erst irgendwann im Erwachsenenalter nach Deutschland, konnten dadurch oft nur maximal 20 bis 25 Beitragsjahre in der Rentenversicherung ansammeln und erhalten deshalb nun eine niedrige Rente.²⁰

Die Tendenz zur Altersarmut wird durch die in vielen Fällen stark gesundheitsbelastende Art der Berufstätigkeit verstärkt: Viele Migrant(inn)en wurden früher als der Durchschnitt der arbeitenden Bevölkerung arbeitsunfähig und mussten deshalb eine Frühverrentung oder frühzeitige Erwerbsinvalidität beantragen.²¹

In diesem Zusammenhang spricht Dragica Baric-Büdel von einer „Entberuflichung des Alters“, die bei Migrant(inn)en aus den genannten Gründen besonders stark zum Tragen kommt. Dies führt vor allem dazu, dass sich diese Menschen mit einem weit höheren Armutsrisiko nach dem Arbeitsleben konfrontiert sehen als gleichaltrige Deutsche:

„Die Entberuflichung des Alters, die sich auf die Vorverlegung der Aufgabe der Berufstätigkeit bezieht und zur Verlängerung der Altersphase führt, findet bei den älteren Migranten ihren Ausdruck im oben dargestellten Arbeitslosenrisiko und einer frühen und oft gesundheitsbedingten Berufsaufgabe, was aus der Konzentration der Arbeitsmigranten auf bestimmte Wirtschaftsbereiche resultiert, die inzwischen von strukturellen Veränderungen und Massenentlassungen betroffen sind (produzierendes Gewerbe, Bauindustrie, Bergbau). Das Frühinvaliditäts- und das Unfallrisiko ist überdurchschnittlich hoch, sodass sich daraus insgesamt ein höheres Einkommens- und Krankheitsrisiko der

→

¹⁹ Ein Sozialberater betonte das durch das Thema in der Familie vorhandene offene Konfliktpotenzial: „... die versuchen natürlich, weil, sagen wir, es öfters so ist, dass in den Heimatländern die Pflege der Bedürftigen usw. öfters in der Familie passiert und hier fühlen sie sich nicht mehr instande, das zu machen. Es kommt dann natürlich auch zu Schuldzuweisungen und Schuldgefühlen.“ (EXP 25)

älteren Migranten gegenüber den gleichaltrigen Deutschen ableitet.“²⁰

Diese strukturellen Faktoren werden dadurch verstärkt, dass nicht wenige der Arbeitsmigrant(inn)en in Sparten am Übergang zur informellen Wirtschaft tätig waren, wo entweder ganz oder teilweise auf den Sozialversicherungsschutz verzichtet wurde und der/die Arbeitnehmer(in) einen Teil des Lohns „schwarz“ auf die Hand bekam. Es wurden jedoch auch Fälle erwähnt, in denen besonders skrupellose Arbeitgeber(innen) die Arbeitnehmerbeiträge nur scheinbar abgeführt, tatsächlich aber für sich eingesteckt hatten (als Beispiel wurde vor allem das Baugewerbe genannt). Berater(inne)n berichteten, dass davon betroffene Arbeitnehmer(innen) unter Umständen von der Rentenversicherungsanstalt aufgefordert würden, die Jahre ihrer Berufstätigkeit nachzuweisen – sie begäben sich dann verzweifelt auf die Suche nach ehemaligen Kolleg(inn)en als Zeugen, die naturgemäß nach 20 bis 30 Jahren entweder nicht mehr auffindbar seien oder sich nicht mehr an die gemeinsame Tätigkeit erinnern könnten oder wollten.

Ein Gesprächspartner aus dem ehemaligen Jugoslawien beschrieb, wie beschwerlich der Weg sein kann, wenn man krankheitsbedingt – in seinem Fall durch einen Unfall im Betrieb – frühzeitig aus dem Berufsleben ausscheiden muss. Er sei in den 1970er-Jahren als Metzger nach Deutschland gekommen. Seit vier Jahren sei er Frührentner, weil er aufgrund eines durch einen Arbeitsunfall erlittenen Augenschadens aufhören musste. Der langjährige Streit mit der Krankenkasse um seine Invaliditätsrente – die Kasse bezweifelte, dass es sich um einen Arbeitsunfall gehandelt hatte – sei für ihn zermürbend und erniedrigend gewesen. Nun müsse er mit seiner Ehefrau von einer Gesamtrente von etwa 700,- Euro leben, die Lebenshaltungskosten, vor allem seine erhöhte Miete, drohten die ganze Summe aufzubrechen. Er stellte schließlich verbittert fest: *„Als Gastarbeiter waren wir gut genug, als Ausländer sind wir aber [von den Beamten] unerwünscht.“* (BET 10)

Aufgrund von Sprachbarrieren können die älteren Eingewanderten häufig die Regeldienste nicht in Anspruch nehmen, sodass das Ausmaß ihrer Verarmung und ihre Mehrfachproblemlagen im Allge-

meinen nur den Migrations- und muttersprachlichen Diensten bekannt sind. So befinden sich etwa manche ältere Migrant(inn)en in der Schuldenfalle, weil sie ihr Ziel verfolgt hatten, ein Haus oder eine Wohnung in der Herkunftsregion zu bauen. Das Geld dafür kam als Darlehen von der Bank. Fielen ihre Einkünfte – zum Beispiel bedingt durch Krankheit oder Arbeitslosigkeit, Scheidung oder auch Verrentung – geringer aus als geplant, konnten sie die Raten für den Kredit nicht mehr aufbringen. Viele Migrant(inn)en in dieser Lage sehen jedoch davon ab, einen Insolvenzantrag zu stellen – oder auch Sozialhilfe zu beantragen –, weil dann das Haus als Vermögen herangezogen würde und sie damit die Verpfändungsgrenze überschreiten würden. Doch das Haus war für die Jahre im Alter gedacht – so halten sie an dem Traum fest, es irgendwann abzahlen zu können und beantragen keine Unterstützung, sondern leben lieber in verdeckter (von der Statistik nicht erfasster) Armut.²¹

Brüche solcher Art, aber auch äußere Ereignisse tragen zur Verarmung bei, etwa Scheidung, Familienkonflikte, Verschuldungen oder, wie erwähnt, ein Hausbau oder -kauf in Kriegsgebieten des ehemaligen Jugoslawien – Objekte, die manchmal nicht mehr bezogen oder verkauft werden können.

Die Aussagen einer Gesprächspartnerin aus dem ehemaligen Kosovo verdeutlichen, welche verschlungenen Wege Migrationsbiografien gehen können. Die heutige Rentnerin kam 1971 als allein erziehende Mutter zweier Kinder nach Deutschland, arbeitete dann vor allem in der Gastronomie. Sie ist nun seit vier Jahren in Rente, hat keinen festen Wohnsitz und lebt von einer Rente von 431,- Euro im Monat. Ihre erwachsene Tochter ist drogensüchtig und ihrerseits allein erziehende Mutter eines 16-jährigen Mädchens. Es gibt viel Streit zwischen den Generationen. Die Gesprächspartnerin macht sich Vorwürfe, dass sie sich nicht genug um ihre Kinder gekümmert habe. Am Ende des (sehr einfühlsam gedolmetschten) Gesprächs dachte sie über das Schicksal zahlreicher Arbeitsmigrant(inn)en ihrer Generation nach:

Frau N. hält kurz inne, um dann festzustellen: Die Gastarbeiter waren auf der Verliererseite. Sie sind nach Deutschland gekommen, um Geld zu verdienen. Sie haben ihre Kinder zu spät (nach-)geholt,

²⁰ Baric-Büdel (2001), S. 14.

²¹ Vergleiche Baric-Büdel (2001), S. 25–26: *„Eigentum und Besitz der Migranten haben infolge der Rückkehrorientierung eine Zersplitterung erfahren, die sich in den durch Ersparnisse gebauten und nur partiell in der Urlaubszeit genutzten Eigenheimen im Herkunftsland darstellen, während im Migrationsland das Leben in meist schlechten Wohnverhältnissen stattfand und finanziert werden musste.“*

manche Kinder – wie ihre eigene Tochter – sind auf den falschen Weg gekommen, weil die Eltern nicht die Zeit und Kraft hatten, sie vor den Gefahren zu schützen, zum Beispiel vor Drogen. Sie haben im Grunde nichts gewonnen. Sie haben emsig Geld gespart, um Häuser zu bauen (im ehemaligen Jugoslawien), wo heute niemand mehr wohnt. Sie haben am Ende auch kein Geld. Und viele ihrer Kinder machen, was sie wollen. Heute rennen die (neuen) Gastarbeiter zu ihren Jobs, die Kinder haben sie eingesperrt zurückgelassen. Die Jüngeren heute machen nämlich die gleichen Fehler wie wir damals, sagt Frau N. Sie jobben, haben zwei oder drei Beschäftigungen, weil das Geld einfach nicht reicht. Um zu sparen für das Haus im Heimatland, müssen drei Jobs her ... (BET 6)

Diese Gedanken über die eigene Biografie vermitteln die Enttäuschung am Ende eines arbeitsreichen Lebens in der Migration – viele Hoffnungen wurden zerstört, das Gefühl des Scheiterns angesichts der Familiensituation und der wirtschaftlichen Not ist mit Händen zu greifen. Kundige Gesprächspartner(innen) wiesen darauf hin, dass Verarmung im Alter meist mit Vereinsamung einhergeht, die zu Depressionen führen könne. Diese hätten zur Folge, dass die Menschen in ihrer Isolation nur schwer erreichbar – zum Beispiel für Angebote der offenen Altenhilfe – und kaum aus ihr herauszuholen seien.

Umso deutlicher wurde im Laufe der Interviews, welch enorme Bedeutung erfolgreiche Migrantenseniorengruppen der offenen Altenhilfe für die Teilnehmer(innen) haben. Diese Menschen haben unter den Bedingungen der verschärften „globalisierten“ Konkurrenz auf dem Beschäftigungsmarkt häufig besonders wenig Chancen. Fachleute betonten, dass Beratungsarbeit und Begleitung bereits bei älteren arbeitslosen Migrant(inn)en – spätestens ab Mitte Fünfzig – ansetzen müssten.

2.1.6 Die besondere ökonomische Schlechterstellung älterer Migrantinnen

Der **Faktor Gender** darf bei Betrachtung der sozial-ökonomischen Situation älterer Migrant(inn)en nicht

außer Acht gelassen werden. **Frauen mit Migrationshintergrund** verfügen im Alter durchschnittlich über ein geringeres Einkommen als Männer.²² Es gab etliche Beispiele von Frauen, die am Existenzminimum oder darunter leben müssen. Bedingt durch fehlende oder kurze beitragspflichtige Beschäftigungszeiten (aufgrund von Geringfügigkeit der Beschäftigung oder weil sie sich um die Familie gekümmert haben), geringe Entlohnung in niedrig qualifizierten Bereichen oder Arbeit im informellen Sektor befinden sie sich im Alter in einer besonders prekären Lage. Kommen Scheidung oder Trennung hinzu, ist die Gefahr der Altersarmut sehr groß.²³

Darüber hinaus sind ältere Frauen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich stark von gesundheitlichen Problemen betroffen, wie die vorliegende Studie in Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen bestätigte. Etliche Gesprächspartner(innen) aus dem Gesundheits- und Beratungsbereich beschrieben eine auffällige Häufung physischer und psychischer Mehrfacherkrankungen bei älteren Migrantinnen, wobei insbesondere psychosomatische Krankheiten und Depressionen beziehungsweise Multimorbidität häufig auftraten.²⁴ Aus diesem Grund müssen die Themen der interkulturellen Kompetenz im Krankenhaus sowie der kultursensiblen Pflege **mit genderspezifischer Dimension** in den entsprechenden Institutionen dringend verstärkt berücksichtigt werden. Mit anderen Worten: Die besonderen Bedürfnisse älterer Migrantinnen in der Kranken- und Altenpflege waren bislang weder in den Institutionen noch in der Weiterbildung der Pflege(fach)kräfte ein großes Thema (darauf wird später noch eingegangen).

Auffallend oft bekundeten ältere Migrantinnen – vor allem „junge Alte“ und Frauen ohne schwere Erkrankungen – in den Gesprächen ihr Interesse, sich ehrenamtlich oder gegen geringe Bezahlung zu engagieren. Vor allem bei Frauen in Frührente war dafür der Wunsch ausschlaggebend, noch aktiv und/oder nützlich zu sein sowie Kontakt zu haben. Dabei spielte es nach Einschätzung des Verfassers eine wichtige Rolle, welchen Vorbildcharakter der/die Migrationsberater(in), die Gruppenleitung oder eine sonstige Person (meist selbst mit Migrationshintergrund) hatte und wie sie/er die Migrantinnen bewusst zu Aktivität und Partizipation animierte.



22 Vergleiche Matthäi (2004), S. 11–13.

23 Vergleiche Mika und Tucci (2006), insbesondere S. 35–42. Siehe auch den interessanten Vergleich mit den verwitweten Frauen in der Studie über ältere Migrantinnen, die verhältnismäßig gut gestellt sind (Matthäi 2004).

24 Vergleiche Referat von Dr. Elif Cilik des Bezirkskrankenhauses Haar auf dem Fachtag der RGU München zum Thema Interkulturelle Öffnung von psychiatrischen Einrichtungen am 17.11.2006.

In der Gruppe der älteren Migrantinnen, die durch die offenen Angebote der Altenhilfe anzusprechen sind, ist also großes Potenzial für ehrenamtliche Tätigkeiten oder Besucherdienste bei Älteren etc. vorhanden.

2.1.7 Die Bedeutung des Pendelns für ältere Migrant(inn)en und die Reisefreiheit für ältere Flüchtlinge

Auffällig war, dass nahezu alle älteren Arbeitsmigrant(inn)en das Pendeln zwischen Deutschland und der Herkunftsregion, soweit machbar, befürworteten – ob sie bereits verrentet waren oder nicht. Es gab zwar Interviewpartner(innen), für die es aus finanziellen oder gesundheitlichen Gründen nicht infrage kommt, doch grundsätzlich ist es das klare Ziel vieler Migrant(inn)en, in beiden Welten zu Hause sein zu können. Dies entspricht dem Lebensgefühl von Menschen, die ihr Leben zwischen zwei „heimatlichen Welten“ geteilt haben – ob beabsichtigt oder nicht.

Das Pendeln zwischen ihrer Herkunftsregion und dem Wohnort in Deutschland ist Ausdruck der gelebten Biografie vieler Zugewanderter. So behalten sie einerseits eine Bindung zu der Region, in der sie aufgewachsen sind. Die Bedeutung dieser gefühlsmäßigen Bindung nimmt im Alter möglicherweise noch zu, weil sich dann die Fragen nach der eigenen Identität und Zugehörigkeit mit neuer Intensität stellen. Andererseits wurde im Laufe der Zeit mehr und mehr die Verortung im deutschen Alltag gefestigt – durch Arbeit, soziales Leben, Familie und Interessen sowie Hobbys. Das Pendeln im Alter spiegelt damit ebendiese innere Zerrissenheit des Menschen in der langjährigen Migration.

Bernd Seeberger befasst sich in seiner Studie (1998) mit dem widersprüchlichen Lebensgefühl älterer Türk(inn)en. Das Pendeln vieler älterer Migrant(inn)en sieht er als Ausdruck von deren Unfähigkeit, sich definitiv für die Remigration in die alte Heimat zu entscheiden:

„Durch das Pendeln zwischen der alten Heimat und dem Gastland entwickeln viele alte Migrantinnen und Migranten die Fähigkeit, zwischen den beiden Kulturen zu verkehren. Aus den Aussagen wird deutlich, dass durch das Pendeln eine Remigration ausgeschlossen bleibt ... Die meisten befinden sich im Entscheidungsdilemma. Eine endgültige Entscheidung können sie nicht treffen. Sie wissen auf die Frage ‚Hierbleiben oder Gehen?‘

*keine eindeutige Antwort, weil sie selbst keine Planung/Vorstellung entwickelt haben oder sie, falls vorhanden, verdrängen.“*²⁵

Zugleich gibt es aber ältere Einwanderinnen und Einwanderer, die das Thema der Rückkehr und das damit verbundene Dilemma bewusst aufgreifen und sich dieser Frage stellen. Sie denken gezielt darüber nach und treffen für sich eine wohlüberlegte Entscheidung im Bewusstsein ihrer inneren Zerrissenheit. Ein Gesprächspartner spanischer Herkunft beschrieb dieses Gefühl als Teil seiner Lebensplanung. Seit mehr als 40 Jahren lebe er in München und für ihn sei es eine Bereicherung, in zwei Ländern und Kulturen zu Hause zu sein. Als langjähriger Inhaber eines eigenen Geschäfts – noch nicht in Rente – freute er sich auf die Zeit nach dem Arbeitsleben und hoffte, dann zwischen Deutschland und Spanien pendeln zu können:

„... mein Gedanke war, irgendwann nach Spanien umzusiedeln, aber ich bin zu deutsch geworden, das heißt, ich fühle mich hier sehr wohl. Mittlerweile habe ich spät geheiratet und meine Frau ist Deutsche und somit müssen wir uns die Zeit zwischen Spanien und Deutschland teilen ... Wenn ich Ende des Jahres in Rente gehe, dann hoffe ich, dass danach dieser Wunsch eintreten kann, ein bisschen dort, ein bisschen hier.“ (BET 18)

Gesprächspartner(innen) wiesen darauf hin, dass es häufig fester Bestandteil des positiven Lebensgefühls sei, regelmäßig in die alte Heimat fahren zu können. Es diene der Gesunderhaltung, nicht nur die medizinischen Dienste in Deutschland in Anspruch nehmen zu können, sondern auch – sofern familiäre und sonstige Netzwerke noch bestehen – sich in der alten, vertrauten Umgebung aufzuhalten und sich versorgen zu lassen.

Peter Zeman weist in seinem Gutachten für den Senat der Stadt Berlin darauf hin, wie wichtig es wäre, diese umfassende Bedeutung des Pendelns im Leben älterer Migrant(inn)en zu erkennen.

*„Gerade bei jungen Alten ist dies [das Pendeln] der bevorzugte Migrationsmodus. Dies muss, darin stimmen die Einschätzungen des Sechsten Familienberichts und des Dritten Familienberichts überein, als eine Form der aktiven Altersgestaltung und als eine Ressource betrachtet werden, die keineswegs behindert werden sollte.“*²⁶

²⁵ Seeberger (1998), S. 53.

Aus Sicht anderer Migrantengruppen ist das Thema Pendeln jedoch anders besetzt und wird dementsprechend anders betrachtet. Für Kontingentflüchtlinge jüdischen Glaubens aus der ehemaligen Sowjetunion steht das Thema Rückkehr prinzipiell nicht zur Debatte. Auch wenn die Sehnsucht nach vertrauten Menschen oder Umgebungen in den Interviews thematisiert oder zumindest spürbar wurde, versuchten die Gesprächspartner(innen) eher, diese Gefühle beiseitezuschieben. Der Blick ist – dies wurde immer wieder deutlich – konsequent nach vorne, in die Zukunft gerichtet – und diese Zukunft findet in Deutschland statt. Kontakte zur Herkunftsregion sind in vielen Fällen nur noch spärlich vorhanden. Der Schwerpunkt liegt auf dem Aufbau eines neuen Lebens und sozialen Kontakten in Deutschland – was sich allerdings gerade für ältere Menschen oft schwierig gestaltet.

Für Menschen mit Fluchthintergrund stellt sich die Situation noch einmal anders dar. Als Asylbewerber(innen) oder Geduldete ist es ihnen aufgrund der Residenzpflicht in der Regel nicht erlaubt, ihren Verwaltungsbezirk zu verlassen. Zudem machen meist die Umstände, deretwegen sie geflohen sind (Verfolgung, Krieg, Bürgerkrieg oder Ähnliches), eine Reise in die Heimatregion sowieso unmöglich. Dies bedeutet aber nicht, dass nicht gerade die älteren Flüchtlinge unter Umständen eine große Sehnsucht nach der alten Heimat empfinden.

Dabei ist „Heimat“ nicht nur geografisch zu verstehen. Der Imam eines muslimischen Vereins von Gläubigen aus einem außereuropäischen, seit Jahren von Krieg und Bürgerkrieg heimgesuchten Land beschrieb die Situation zur Zeit der Hadsch (Pflicht der Islamgläubigen, nach Mekka zu reisen) im Jahr vor dem Gespräch. Für die älteren Flüchtlinge ohne Anerkennung – und damit ohne Reisefreiheit – sei es psychisch besonders belastend gewesen, ihre Glaubensbrüder und -schwestern am Flughafen auf die Reise nach Mekka zu verabschieden. Das Wissen darüber, dass sie diese gerade für ältere Muslime sehr wichtige religiöse Pflicht der Pilgerfahrt zur heiligsten Stätte des Islams aufgrund ihres unsicheren Aufenthaltsstatus wahrscheinlich nie werden erfüllen können, sei sehr belastend. Der Imam meinte, dass es den älteren Gläubigen – und der Gemeinschaft der Muslime in München – sehr viel bedeuten würde, wenn die Kommune ihnen die Ausreise nach Mekka ermöglichen würde. (EXP 32)

2.1.8 Ältere Menschen mit Migrationshintergrund in der Illegalität

Das Thema älterer Migrant(inn)en in der Illegalität konnte in dieser Studie nicht als Schwerpunkt behandelt werden. Doch Gesprächspartner(innen) gaben immer wieder vereinzelt Hinweise auf ältere Migrant(inn)en, die zwar seit Langem in München lebten, aber keine Aufenthaltserlaubnis besaßen. Oft wiesen diese Menschen ungewöhnliche Lebensläufe auf, denn als „illegale“ Verwandte fielen sie – verglichen mit anderen Menschen in der Illegalität – normalerweise am wenigsten auf.

Den Aussagen nach handelt es sich dabei mehrheitlich um ältere weibliche Verwandte, die – möglicherweise schon vor Jahren – mit einem Besuchervisum eingereist und dann geblieben sind. Sie verließen die Wohnung der erwachsenen Kinder nur selten und kümmerten sich oft um die Enkelkinder – eine Aufenthaltsbiografie nach dem Motto: „Die Oma, die kam und blieb“. Diese Frauen (in der Regel sind es Frauen) kommen – allem Anschein nach – mit ihrer Situation gut zurecht, solange keine ernsthaften gesundheitlichen Probleme auftreten.

Eine auf die Vermittlung und Behandlung illegaler Migrant(inn)en spezialisierte Ärztin berichtete, dass sie immer wieder vor allem ältere Türkinen in einer solchen Lage erlebe. Dabei stelle sie mit dieser Lebenssituation verbundene Krankheitsbilder fest: Die Frauen hätten wenig soziale Kontakte außerhalb der Familie, litten oft unter Bewegungsmangel und daraus resultierendem Übergewicht, Adipositas, Kreislaufproblemen und Diabeteserkrankungen. Hinzu kämen die psychischen Probleme ihrer komplizierten Lebenslage, die in Depression und allmählich in Multimorbidität münden könnten. Generell sind diese Krankheitskonstellationen bei älteren Migrantinnen überdurchschnittlich oft anzutreffen – bei „Illegalen“ wird diese Situation durch die bedrohliche aufenthaltsrechtliche Lage noch erschwert.

Ein Interviewpartner, jahrelang in der Sozialberatung im Gesundheitsbereich tätig, schilderte einen besonders komplizierten Fall. Er kenne seit einigen Jahren eine nun über 80 Jahre alte Serbin aus dem Kosovo, die von ihren erwachsenen Kindern immer wieder zur Behandlung ins Krankenhaus gebracht worden sei. Ihre Kinder hätten die Rechnungen – Summen von 3 000 bis 4 000 Euro – stets als Selbstzahler beglichen. Bis es dann – zum Zeitpunkt des Gesprächs – bei der älteren Patientin zu einem akuten Fall gekommen sei, der einen längeren

Aufenthalt auf der Intensivstation erforderlich gemacht habe, einschließlich geräteintensiver Behandlung (Beatmung etc.). Die Rechnung habe sich auf rund 40 000 Euro belaufen. Die Familie habe schließlich preisgegeben, dass sich die Frau seit Langem illegal in Deutschland aufhielt. Bei Ausbruch des Kosovokrieges 1998 war sie auf Einladung einer deutschen Familie mit einem einmonatigen Visum nach Deutschland gekommen. Doch sie blieb länger und wurde nach sechs Monaten bei einer Polizeikontrolle erwischt. Daraufhin wurde ihr der Pass entzogen. Ein Verfahren wegen illegalen Aufenthaltes wurde zwar aufgrund des geringen schuldhaften Verhaltens eingestellt, doch zwischenzeitlich war ihr Pass bei den Behörden verloren gegangen. So sei die Frau ohne Pass in Deutschland geblieben – für die Behörden sei sie hier nicht existent. Der Gesprächspartner wies auf die tragischen Konsequenzen für die alte Frau hin:

„Wenn die Frau stirbt, kann sie nicht beerdigt werden. Sie kann ihre Identität nicht nachweisen. Also, das ist jetzt das Krasseste, was noch passieren kann. Jetzt versuche ich das Vertrauen der Tochter und der Angehörigen zu gewinnen, damit sie mitspielen, weil sie haben jetzt eigentlich ab sofort nichts mehr zu verlieren. Die Frau kann nicht mehr ausländerrechtlich oder strafrechtlich verfolgt werden aufgrund dieser gesundheitlichen Situation und sie können nur noch profitieren, wenn sie es melden. Weil sie ist nicht extra nach Deutschland gekommen wegen der Behandlung, weil sie nachweisen können, dass sie seit 1998 hier war.“ (EXP 28)

Der Gesprächspartner ging davon aus, dass er die Familie dazu überreden könnte, sich selbst an die Ausländerbehörde beziehungsweise das Flüchtlingsamt zu wenden und bei Übernahme einer Eigenbeteiligung an den Krankenhauskosten einer einvernehmlichen Lösung zuzustimmen.²⁷

Dies ist sicher ein extremer Fall, verdeutlicht aber, welche Schwierigkeiten den Betroffenen und ihren Familien durch Erkrankung „illegaler“ Migrant(inn)en entstehen können. Gerade für diese besonders angreifbare Gruppe wären vertrauensbildende Maßnahmen sinnvoll – beispielsweise eine bessere Informationspolitik oder das Nutzen von Ermessensspielräumen zugunsten der Betroffenen –, damit Angehörige es früher wagen, in Notsituationen Hilfe zu holen.

2.2 Die offene Altenhilfe

2.2.1 Interkulturelle Arbeit als ein Angebot der Alten- und Service-Zentren: getrennte Lebenswelten

Die Einrichtungen der offenen Altenhilfe der Stadt München, die Alten- und Service-Zentren, bilden schon seit Ende der 1970er-Jahre einen wichtigen Schwerpunkt in der Arbeit mit älteren Menschen. Sie sind Treffpunkt, leisten Beratungs- und Betreuungsarbeit und bieten verschiedenste Kurse in den Bereichen Gesundheit, Kultur und Bildung an. Sie vermitteln Hilfe sowie Kontakte zu ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen und dem weit verzweigten Netz von Sozial- und Unterstützerdiensten auf Stadtteilebene – von Schuldnerberatung bis zu Migrationsdiensten und vielem mehr.

Trotz dieses breiten Spektrums erreichen jedoch die Angebote der offenen Altenhilfe die Zielgruppe der älteren Migrant(inn)en oft nicht. Die Angebote einiger Alten- und Service-Zentren in Stadtvierteln mit einem hohen Anteil an Migrant(inn)en werden von diesen kaum oder gar nicht wahrgenommen – offensichtlich fühlt sich dieser Teil der benachbarten Wohnbevölkerung nicht angesprochen. In Anbetracht der beschriebenen sozialen Situation und Problemlagen vieler Migrant(inn)en kann man die Kritik einer Gesprächspartnerin – Kennerin der Versorgungslandschaft in der offenen Altenhilfe – nachvollziehen: Sie meinte, die Angebote wären eher auf die kulturellen Bedürfnisse der deutschen Mittelschicht (mittleres Einkommen, bildungsorientiert, eher „monokulturell“ ausgerichtet) zugeschnitten. Die Angebote seien zweifellos von hoher Qualität und für die entsprechenden Teile der Wohnbevölkerung attraktiv. Andere blieben aber außen vor, beispielsweise auch bildungsferne deutsche Schichten. Diese Einschätzung wurde, mit Variationen, von etlichen Beobachter(inne)n geteilt.

Diese Situation spiegelt aber auch die bislang in der offenen Altenhilfe herrschende Tendenz wider, sich grundsätzlich nur am Rande mit dem Thema interkulturelle Kompetenz und interkulturelle Öffnung auseinanderzusetzen. Mitarbeiter(inn)en mit Migrationshintergrund oder auch solche mit dem Schwerpunkt Migrationsarbeit sind selten. Darüber hinaus – dies muss deutlich kritisiert werden –

27 Der Gesprächspartner stellte sich die – womöglich ketzerische – Frage, ob die Illegalität mancher älterer Pflegebedürftiger der Grund dafür sein könnte, dass Migrantenfamilien aus Nicht-EU-Ländern auffallend oft die ambulanten Pflegedienste nicht in Anspruch nehmen.

fühlen sich Kolleg(inn)en mit Migrationsschwerpunkt in der offenen Altenarbeit mit ihrem Ansatz oft nicht ernst genommen. Die Leiterin einer der wenigen Einrichtungen, die seit Jahren engagierte Arbeit mit älteren Migrant(inn)en leistet – und damit auch unterschiedliche Zielgruppen erreicht –, stellte fest, dass in Arbeitskreisen und Seminaren mit Fachkolleg(inn)en ihre Hinweise auf den notwendigen Aufbau eines interkulturellen Schwerpunkts immer wieder mit Schulterzucken und Gleichgültigkeit abgetan würden. Man fühle sich alles in allem mit der Thematik ziemlich allein gelassen. (EXP 31)

Ein anderer Kollege, der die Entwicklung in der offenen Altenhilfe seit Jahren beobachtet und sich intensiv mit der interkulturellen Thematik auseinandersetzt, unterstrich, dass es seiner Ansicht nach bei den Mitarbeiter(inn)en der Alten- und Service-Zentren oft an Sensibilität für die besondere Situation der älteren Migrant(inn)en fehle. Er berichtete von einer Teilnehmerin einer von ihm geleiteten Migrantenseniorengruppe, die auf seine Empfehlung in ein in ihrer nächsten Umgebung liegendes Alten- und Service-Zentrum gegangen sei. Ja, habe sie erzählt, sie sei dorthin gegangen, aber keiner hätte sich so richtig um sie gekümmert, sie hätte sich nicht wirklich willkommen gefühlt. Sie habe sonst nichts erzählt, habe aber nicht mehr hingehen wollen. (EXP 24)

Von Mitarbeiter(innen) einiger Alten- und Service-Zentren, in denen es kaum Migrant(inn)en – insbesondere keine Gruppen für Migrant(inn)en – gibt, wurde berichtet, dass gelegentlich Migrant(inn)en vorbeikämen und sich nach Angeboten erkundigten oder Rat holten. Allerdings kämen sie nicht wieder; man wisse nicht, warum.

Eine weitere Aspekt der Problematik ist der Konflikt zwischen Mitarbeiter(inn)en der Migrationsdienste und Kolleg(inn)en aus der Altenhilfe im Hinblick auf ihr jeweiliges professionelles Selbstverständnis. Ein offensichtlich leidgeprüfter Beobachter dieser Auseinandersetzungen schlug eine in seinen Augen pragmatische Lösung des Problems vor, die auf Interaktion der beteiligten Mitarbeiter(innen) setzt:

„... man wirft die Kollegen der Altenhilfe und die Kollegen der Migrationsdienste in einen Sack zusammen und nach einem Jahr hat man schon die Angebote und die Mischung. Man muss es nur wollen. Also, die Kollegen, die können zum Beispiel, anstatt [beim Migrationsdienst] zu warten, bis jemand kommt, ... einmal in der Woche ein

Angebot im Servicezentrum machen, dann hätte man bereits ein gezieltes, konkretes Angebot einmal in der Woche, auch wenn es nur Kaffeetrinken ist, vielleicht kann es auch ein Vortrag sein über Themen, die interessieren.“ (EXP 28)

Ursache dieser manchmal spannungsgeladenen Auseinandersetzungen über die „richtigen“ Ansätze in der Arbeit mit der Klientel sind die sehr unterschiedlichen persönlichen Prägungen, auch das berufliche Selbstbild betreffend: Für wen und was arbeite ich eigentlich? Nach Schilderungen von Gesprächspartner(inn)en spiegelten Diskussionen in Gremien wie dem Arbeitskreis *Altwerden in der Fremde* oder in Fallbesprechungen oft solche unterschiedlichen, Konfliktstoff bergenden Haltungen wider. Es ist sinnvoll, diese zu thematisieren und die damit verbundenen Konflikte auszutragen, anstatt sie zu unterdrücken.

Dass Alten- und Service-Zentren ältere Migrant(inn)en oft nur schwer erreichen, liegt auch daran, dass sich gerade diese sehr häufig in von der Mehrheitsgesellschaft getrennten Lebenswelten bewegen. Dort sind sie mit Angeboten aus der „fremden Umgebung“ des Alten- und Service-Zentrums sowieso schwer anzusprechen. Dies muss nicht – wie so oft in der öffentlichen Integrationsdebatte behauptet – den „ethnischen Rückzug“ bedeuten, sondern ist schlichtweg Ausdruck dessen, dass man sich dort trifft, wo man sich wohl fühlt.

Ein Beispiel: Die Leiter der muttersprachlichen Missionen der katholischen Kirche in München bieten Treffpunkte und Aktivitäten für ältere Menschen katholischen Glaubens an. Für viele ältere Migrant(inn)en und ihre Familien sind sie bevorzugte Ansprechpartner im Krisenfall. Sie animieren die älteren Migrant(inn)en zu gegenseitiger Unterstützung und Übernahme ehrenamtlicher Aufgaben. Neben ihrer wichtigen seelsorgerischen Funktion erfüllen sie auch sozialpolitisch sinnvolle Beratungsaufgaben. In einer Interview- und Diskussionsrunde beschrieben Pfarrer von vier muttersprachlichen Missionen die Bandbreite der Probleme, mit denen sie sich konfrontiert sehen. Zudem äußerten sie ihr Unbehagen darüber, dass sie sich nicht ausreichend informiert fühlten, um fundierten Rat geben zu können zu Themen wie Grundsicherung und Hartz IV für Ältere, Betreuungsrecht, Patientenverfügung, ambulante Pflegeoptionen und -hilfen sowie deren Finanzierung, betreute Wohnmodelle, Altenwohn-gemeinschaften, stationäre Einrichtungen, Palliativmedizin und Hospizbewegung etc.

→

Die Pfarrer verfügen über Sprachkenntnisse sowie Wissen um ethnische und kulturelle Besonderheiten und spielen eine wichtige Rolle als Vermittler, werden als solche aber – von einem begrenzten Kreis von Insidern abgesehen – bislang nicht wahrgenommen. Im Gespräch forderten sie mehr und bessere Informationen über staatliche Hilfen im Allgemeinen und die Strukturen der Altenhilfe im Besonderen, zum Beispiel durch Seminare und Austausch mit verschiedenen Fachdiensten. (EXP 23)

Generell muss davon ausgegangen werden, dass viele ältere Migrant(inn)en in ihren vom Rest der Gesellschaft getrennten Lebenswelten nicht erreicht werden – mitbedingt durch ihre oft prekäre soziale und ökonomische Situation. Daher sind innovative, auf Treffpunkte und Aufenthaltsorte der Migrant(inn)en ausgerichtete zugehende Angebote und Initiativen erforderlich. Leitgedanke dabei könnte sein: Eine effektive offene Altenhilfe für Migrant(inn)en muss nicht in Einrichtungen wie Alten- und Service-Zentren stattfinden – sondern **man kann auf die Migrant(inn)en dort, wo sie sich aufhalten, zugehen**. Aus diesem Grund sollten Treffpunkte wie die muttersprachlichen Missionen oder die Selbstorganisationen der Zugewanderten – ob religiöse, karitative oder soziale Vereine – angesprochen werden.

2.2.2 Migrantengruppen in den Alten- und Service-Zentren

Der Aufbau von Migrantengruppen in der offenen Altenhilfe ist angesichts der beschriebenen Situation zwar nicht leicht, doch er gelingt immer wieder. Entscheidend dafür ist der oft langfristige und hartnäckige Einsatz Einzelner, die den Bedarf bei einer Migrantenzielgruppe und deren Versorgung zur Priorität erklären, wobei der Schwerpunkt in der Regel **nicht** auf der interkulturellen Verständigung zwischen deutschen und ausländischen Senior(inn)en liegt – dies ist für sich genommen ein besonders schwieriges Kapitel.

Beispiele aus der Praxis zeigen, dass die Gruppen für ältere Migrant(inn)en oft durch bestimmte Personen ins Leben gerufen worden sind: Häufig sind es Berater(innen) aus der Migrationsarbeit, die in Kooperation mit der Leitung oder dem Team eines Alten- und Service- oder ähnlichen Zentrums eine Gruppe für eine bestimmte Nationalität aufgebaut haben, zum Beispiel für Italiener(innen), Türk(inn)en, Kroat(inn)en, Spanier(innen). Durch ihre Tätigkeit in der Beratung haben die Initiator(inn)en Zugang zu

ethnischen Netzwerken und genießen das besondere Vertrauen von Familien sowie älteren, oft isolierten Einzelpersonen. Sie bauen die Gruppe mittels Mundpropaganda, persönlicher Ansprache und/oder Beratungsstunden in Zusammenarbeit mit der Gruppenleitung als Treffpunkt in den Räumlichkeiten des Alten- und Service-Zentrums auf. Auf diesem Weg schaffen es die älteren Migrant(inn)en, erst einmal „die Schwelle der Einrichtung zu überschreiten“. Der Prozess des Aneinander-Gewöhnens im Alten- und Service-Zentrum ist oft mühsam, denn in der Regel kommt es dabei zur Begegnung unterschiedlicher Kulturen – nicht nur unter ethnischen Gesichtspunkten.

Einerseits fühlen sich die Leiter(innen) der Migrantengruppen – oft, aber nicht zwangsläufig, gehören sie der gleichen Ethnie oder Nationalität an wie die Gruppenmitglieder – den Teilnehmer(inne)n stärker verpflichtet als der Einrichtung. Dies kann zu Interessenkonflikten führen. Während das Alten- und Service-Zentrum viel Wert auf die Teilnahme an Veranstaltungen (Information, Bildung, Kultur) legt, wollen sich die Migrant(inn)en in erster Linie treffen, austauschen, gemeinsam Kaffee trinken. Doch selbst wenn bei einzelnen Migrant(inn)en Interesse an einer Veranstaltung besteht, trauen sie sich oft nicht, teilzunehmen, weil sie Angst haben vor den Sprachproblemen oder vor der Begegnung mit deutschen Senior(inn)en. Außerdem empfinden Migrant(inn)en möglicherweise die Struktur von Alten- und Service-Zentren als „zu eng“: Vielleicht möchten sie das gemütliche Beisammensein bei Kaffee oder Tee länger ausdehnen, nicht pünktlich um 17 Uhr die Räumlichkeiten verlassen müssen. Oder sie wünschen sich generell mehr Autonomie bei der Gruppengestaltung: Vielleicht möchten sie Essen und Getränke zubereiten, singen, „lauter“ sein dürfen – doch dies sind überwiegend Ansprüche, die in einer Einrichtung der offenen Altenhilfe tendenziell Schwierigkeiten bereiten.

Andererseits stecken die Mitarbeiter(innen) des Alten- und Service-Zentrums – gerade wenn dort prinzipiell Offenheit für die interkulturelle Begegnung besteht – in einer Zwickmühle. Es ist zwar erfreulich, dass sich die Gruppe in den Räumlichkeiten trifft, doch eine echte Begegnung mit deutschen Senior(inn)en findet nicht statt: Die jeweiligen Besuchergruppen bleiben für sich, halten sich in getrennten Welten auf. Aus verschiedenen Einrichtungen wurde berichtet, dass es zwar internationale Seniorenfeste gäbe, aber auch dort sei die Kommunikation minimal – stets käme es zur Gruppenbildung; oder die älteren Deutschen beschwerten sich unter Umständen über die Unpünktlichkeit der

ausländischen Besucher(innen) oder die „fremdländische Musik“. Lediglich über das Essen könne man meist einen gemeinsamen Nenner finden, weil die Migrantinnen (meist sind es die Frauen) gutes Essen beisteuerten.²⁸

Abgesehen davon erlebten die Mitarbeiter(innen) des Alten- und Service-Zentrums die Mitglieder der Migrantengruppe als abgeschottet und für Beratungsangebote oder Veranstaltungen nicht offen. Demnach ließe sich die Gruppe nur schwer integrieren, bestehe immer auf Privilegien. Daraus könnte leicht der Vorwurf abgeleitet werden, der/ die Leiter(in) betone zu sehr die Aspekte, die von den anderen Senior(inn)en trennen, fördere vielleicht sogar einen Kult um die eigene Person. Aus diesen Betrachtungen des Teams ist die Frustration darüber zu erkennen, wie die eigenen Ansprüche, bewusst integrativ und interkulturell zu arbeiten, durch den **unberechenbaren Faktor Mensch** konterkariert werden.

Dennoch muss das Positive an solchen Beispielen festgehalten werden: Wenn so viel Vertrauen aufgebaut wurde, dass Gruppen unter Leitung eines Mitarbeiters oder einer Mitarbeiterin mit Fachhintergrund – oder noch besser in Eigenregie – laufen, ist bereits ein positiver Prozess der **Partizipation und Selbstbestimmung** im Gange.

Unter den offenen Einrichtungen finden sich Best-Practice-Beispiele, die zeigen, wie man sich mit diesen Problemen auseinandergesetzt und entsprechende Lösungen gefunden hat. Daneben können aber auch auf anderem Weg Migrantengruppen in der offenen Altenhilfe aufgebaut werden, etwa über Nichtregierungsorganisationen. So bietet beispielsweise die Nichtregierungsorganisation Donna Mobile seit Langem gezielt für Migrantinnen Beratung, Aufklärung, Seminare, Fort- und Weiterbildung zu den Themen Gesundheit und Alter an. In diesem Bereich besteht vonseiten der Communitys ein eindeutiger Informationsbedarf. Nichtregierungsorganisationen können im Laufe der Zeit den so wichtigen Zugang zu ethnischen Netzwerken gewinnen, die dann über Veranstaltungen in Alten- und Service-Zentren zum Aufbau von Gruppen genutzt werden können. Diese Gruppen sind für die Teilnehmer(innen) Treffpunkt, Informationsbörse, Veranstaltungs- und Begegnungsort

(etwa bei Festen) und bieten bei Bedarf Einzelberatung an. Darüber hinaus eröffnen sie die Möglichkeit, Migrant(inn)en für eine ehrenamtliche Tätigkeit zu gewinnen – ein wichtiger, durch zahlreiche Erfahrungen bestätigter Nebeneffekt.

Ein Gesprächspartner mit viel Erfahrung in der Beratung älterer Migrant(inn)en wies auf folgenden Zusammenhang hin. Migrant(inn)en mit geringen Deutschkenntnissen (egal, welchen Aufenthaltsstatus) scheuten vor Kontakten mit deutschen Senior(inn)en nicht nur wegen der Verständigungsschwierigkeiten zurück. Auch aus ihrem schlechten Deutsch resultierende Schamgefühle – vor allem wenn sie schon länger in Deutschland lebten – spielten eine große Rolle. Ihnen sei bewusst, dass sie nach so vielen Jahren – gemessen an den üblichen Erwartungen – über wesentlich bessere Deutschkenntnisse verfügen „sollten“. Eine unverkrampfte Teilnahme an offenen Angeboten sei so nicht möglich – und vieles würden sie auch einfach nicht verstehen. Dies würden sie aber nur einer Vertrauensperson, zum Beispiel einer Migrationsberaterin gleicher Herkunft, gegenüber eingestehen. Auf Mitarbeiter(innen) des Alten- und Service-Zentrums, die diese Migrant(inn)en für ein Angebot, eine offene Veranstaltung oder eine Beratung gewinnen wollten, würde diese(r) ältere Migrant(in) unter Umständen aber einen desinteressierten bis abweisenden Eindruck machen. (EXP 30)

Schließlich können ältere Migrant(inn)en über eine Einzelberatung (zum Beispiel Bezirkssozialarbeit, Schuldnerberatung, kirchliche Beratungsstellen, natürlich auch Migrationsberatung) für die Teilnahme an einer Gruppe gewonnen werden. Und wieder sind es die vertrauensvollen Kontakte von Berater(inne)n und Sozialarbeiter(inne)n mit gutem Standing in den Communitys, die den Zugang für eine Behandlung des sensiblen Themas Alter werden eröffnen.

Es ist sinnvoll, Migrantengruppen, die über Beratung und Maßnahmen der offenen Altenhilfe zustande kamen, das umfassende Informationsangebot des AWO-Infokofferprogramms *Älterwerden in Deutschland*²⁹ zur Verfügung zu stellen. Dem liegt die Beobachtung zugrunde, dass Menschen, die aufgrund eines konkreten Bedarfs oder einer Notlage beispielsweise eine Beratungsstelle auf-

→

28 Ein wichtiger Hinweis interkulturell erfahrener Mitarbeiter(innen) der Altenhilfe lautete, die älteren Migrant(inn)en unbedingt an Festen und Veranstaltungen mit Sachleistungen wie Essen teilnehmen zu lassen, da sie auch geringe Geldbeiträge oft nicht zahlen könnten oder wollten.

29 Siehe das mit dem Integrationspreis ausgezeichnete Modellprojekt *Caritas München-Nord* (Kuhn 2005).

gesucht haben, für eine Auseinandersetzung mit dem Thema offen und damit für eine Teilnahme an dem Informationsprogramm leichter zu motivieren sind. Danach können die Kursteilnehmer(innen) Mitglieder in einer Migrantenseniorengruppe werden. Außerdem handelt es sich bei ihnen um eher aktive Menschen, die als Multiplikator(innen) in ethnische Netzwerke hineinwirken können. Die Teilnehmer(innen) verfügen nach Durchlaufen des Programms über fundierte Informationen über die Angebote der Altenhilfe: Sie können erklären, was Alten- und Service-Zentren sind, welche ambulanten Hilfen zur Verfügung stehen, wie Altenheime von innen aussehen, dass es Modelle des betreuten Wohnens gibt etc. Mit diesem Wissen tragen sie dazu bei, Ängste und Misstrauen in den Communities abzubauen. Darüber hinaus sind sie diejenigen – dies zeigt die Erfahrung –, die für die ehrenamtliche Weiterbildung, zum Beispiel zum besonders heiklen Thema Demenz, gewonnen werden können.

2.2.3 Das Thema Diskriminierung in den Alten- und Service-Zentren

Diskriminierung unter alten Menschen ist ein sehr empfindliches Thema in der Altenhilfe. Auch in den Einrichtungen der offenen Altenhilfe bringen Vorbehalte oder Vorurteile, die von älteren deutschen Besucher(inne)n geäußert werden, Mitarbeiter(inne)n der Alten- und Service-Zentren immer wieder in einen schwierigen Zwiespalt. Die damit verbundene Unsicherheit wurde am Beispiel konkreter Situationen geschildert. Ginge man auf die Vorbehalte mahndend und eingrenzend ein, könne die Atmosphäre unter den älteren „Einheimischen“ in der Einrichtung nachhaltig gestört werden. Griffe man ausländerfeindliche Äußerungen aber nicht auf, werde die Ausgrenzung des Fremden zumindest stillschweigend akzeptiert und sei auch für Migrant(inn)en in der Einrichtung spürbar.

Ältere Migrant(inn)en wiederum begegnen deutschen Senior(inn)en nicht nur mit einer durch geringe Deutschkenntnisse bedingten sprachlichen Unsicherheit, sondern bringen überdies prägende Erfahrungen aus ihrer Migrantinnenbiografie mit. Viele haben in Bereichen mit wenig Kontakt zu Deutschen – außer als Vorgesetzten – gearbeitet. Diskriminierung, angefangen beim „Ausländerdeutsch“ als festem Kommunikationsmuster, war nicht selten Teil ihrer privaten sowie ihrer Arbeitsbiografie in Deutschland.³⁰ Und so gehen manche ältere Migrant(inn)en mit einer gewissen Vorsicht

und manchmal auch mit gewissen, aus ihrer Erfahrung resultierenden Vorbehalten in die Begegnung mit älteren Deutschen.

Mitarbeiter(innen) der Alten- und Service-Zentren schilderten einzelne Begebenheiten. Eine Einrichtung in einem Stadtviertel mit hohem Migrantanteil habe so gut wie keine Einzelbesucher(innen) mit Migrationshintergrund. Durch einen Vorfall – die heftige Reaktion einer Besucherin auf das Vorspielen von Gospelmusik („Negermusik“) und das anschließende Schweigen der Seniorenrunde – sei einem Mitarbeiter deutlich geworden, welche Brisanz „das Fremdländische“ in dieser Generation besitzen könne. In dieser Einrichtung besuche auch eine Gruppe mit homogenem Migrationshintergrund einen Sprachkurs, wobei es zu keinem Kontakt zwischen dieser Gruppe und den anderen Besucher(inne)n käme, da sie nach Ende ihrer Veranstaltung das Zentrum sofort wieder verließen – was vielleicht nicht weiter überrasche. Für die Mitarbeiter(innen) des Alten- und Service-Zentrums sei es unter diesen Umständen schwierig, einen zwanglosen interkulturellen Kontakt zu ermöglichen. (EXP 9)

Ähnlich erging es Mitarbeiter(inne)n eines anderen Alten- und Service-Zentrums mit einer seit Jahren bestehenden, fest installierten Gruppe aus Migrantinnen mit islamischem Hintergrund. Auch hier habe es plötzlich aggressive Äußerungen einer deutschen Besucherin gegen „den Islam“ und „die Muslime“ gegeben, von anderen Besucher(inne)n schweigend quittiert. Und auch hier käme es nur selten zu Begegnungen zwischen den Gruppen. Bei gemeinsamen Veranstaltungen träten die Migrantinnen kaum in Erscheinung. Wieder stelle sich für das Team die Frage: Wie sollen wir damit umgehen? (EXP 27)

Es kann davon ausgegangen werden, dass solche Zwischenfälle Ausdruck der Haltung etlicher Besucher(innen) sind. Für anders denkende Senior(inn)en ist es durch das nach solchen Äußerungen entstehende Schweigen schwer, zu kontern. Das Problem für ein auf interkulturelle Offenheit der Einrichtung bedachtes Team ist die sich daraus ergebende Atmosphäre. Anders ausgedrückt: Was empfindet eine Migrantin, wenn sie eine solche Einrichtung betritt? Ein Gesprächspartner, der seit Langem Gruppen von Senior(inn)en mit unterschiedlichem Migrationshintergrund leitet, machte auf die sensi-

30 Siehe Landeshauptstadt München (2002), Erfahrungsberichte.

blen „Antennen hinsichtlich des Sich-willkommen-Fühlens“ in Einrichtungen der offenen Altenhilfe bei Migrant(inn)en aufmerksam:

„... das Wichtigste ist, was erlebt so ein Mensch, wenn er in eine Einrichtung kommt, ... die ersten Minuten sind entscheidend. Wenn ich dort nicht begrüßt werde, so wie ich es brauche, wenn ich nicht mit Blicken und Empathie dort eingeleitet werde in so eine Gruppe vielleicht, dann ist das nicht ausreichend ... Das reicht nicht.“ (EXP 24)

Genauso ist umgekehrt in der Atmosphäre in einer Einrichtung eine möglicherweise vorhandene offene oder latente Feindseligkeit zu spüren. Dort will man dann auf keinen Fall bleiben. Migrant(inn)en mit „Antennen“, die in einer solchen Einrichtung vorbeischaun, werden schnell eindeutige Schlüsse ziehen: Dort gehe ich nicht hin – oder zumindest nur dann, wenn ich einen Schutzraum habe, in dem ich willkommen bin, zum Beispiel in einer geschlossenen Gruppe für Migrant(inn)en.

Das Dilemma für die Mitarbeiter(innen) bleibt, denn eine solche Atmosphäre ist mit dem Auftrag einer – spür- und erlebbaren – Offenheit für alle, also mit einer echten interkulturellen Öffnung, nur schwer in Einklang zu bringen. Im Gespräch erwiesen sich Kolleg(inn)en – in der Regel qualifizierte und erfahrene Mitarbeiter(innen) aus der Sozialpädagogik – als unsicher oder auch hilflos. Aus diesem Grund muss die Problematik zum Thema für die interkulturelle Fort- und Weiterbildung gemacht werden; dabei können über Erfahrungsaustausch, durch Rollenspiele und mit konkreten Handlungsvorschlägen Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

Darüber hinaus kann die Kommune klare Anweisungen im Hinblick auf die Haltung von Leitung und Team zur interkulturellen Öffnung der Alten- und Service-Zentren geben: Es muss Aufgabe der Einrichtungen sein, schriftlich, im persönlichen Gespräch oder durch Diskussionen eindeutige Signale der **Missbilligung ausländerfeindlicher Äußerungen** von Besucher(innen) – welcher Herkunft auch immer – zu setzen. Erfahrungen in Einrichtungen, die dieses Thema offensiv aufgreifen, zeigen, dass unmissverständliche Signale, die gegenseitige Toleranz einfordern, das Verhalten der Besucher(innen) beeinflussen. Zugleich wird damit ein Beitrag zu praktizierter Integration geleistet. Denn es geht um die Bekämpfung von Rassismus – auch wenn man es in der offenen Altenhilfe nicht gern so deutlich benennt.

2.2.4 Erfolgreiche Ansätze in der offenen interkulturellen Seniorenarbeit

Praxiserfahrungen aus der offenen Altenhilfe zeigen, welche Faktoren den Erfolg einer interkulturellen Seniorenarbeit ausmachen. Erfolg ist hier als nachhaltiger Zugang zu den Migrantengruppen im Hinblick auf die Angebote der Einrichtung zu definieren. Kontakte zu und gemeinsame Veranstaltungen mit der deutschstämmigen Mehrheit der Besucher(innen) können als wünschenswerte Ziele mitberücksichtigt werden.

Erfolgreiche Ansätze in der offenen Seniorenarbeit sind in den Einrichtungen festzustellen, die sich langfristig auf eine **Öffnung für alle Bevölkerungsgruppen** einlassen und entsprechende Maßnahmen ergreifen. Grundlagen dafür sind die interkulturelle Kompetenz als Thema im Team und Fortbildungen zur Entwicklung eines Profils der „kultursensiblen professionellen Seniorenarbeit“. Ebenso gehören dazu die bewusst internationale Umgestaltung der Räumlichkeiten, Aktivitäten und Angebote sowie eine qualitätsorientierte Reflexion über die interkulturelle Entwicklung des Gesamtprogramms über einen längeren Zeitraum. Aus diesem zugegebenermaßen umfangreichen Ansatz können die Teams auf verschiedenen Gebieten – nicht nur in der Arbeit mit Zugewanderten – enorm profitieren.

Allen anderen Faktoren voran steht jedoch folgender Aspekt: Werden **Kolleg(inn)en mit Migrationshintergrund** in die Altenarbeit einbezogen, bedeutet dies für die Einrichtung einen Vorsprung – egal, ob in Form einer Kooperation mit einem Migrationsberatungsdienst oder einer Fachinitiative mit Migrationsschwerpunkt oder durch Vernetzung mit fachkundigen Kolleg(inn)en anderer Dienste mit nicht deutschem Hintergrund. Allerdings sind Mitarbeiter(innen) mit Migrationshintergrund in der offenen Altenarbeit bislang eine Seltenheit. Damit fehlt oft eine wichtige Ressource, um überhaupt Zugang zu Migrantenkreisen zu bekommen.

Die wenigen Beispiele, wo Kolleg(inn)en mit Migrationshintergrund eine entsprechende Qualifikation aufweisen und in dieser Sparte tätig sind, verdeutlichen, welche **Bereicherung sie für die inhaltliche Arbeit** darstellen. Mitarbeiter(innen) multikulturell zusammengesetzter Teams begründeten dies: Erstens könnten die Kolleg(inn)en im Team viele Informationen und Hinweise zur Arbeit mit älteren Migrant(inn)en geben. Des Weiteren stünden dem Team neue sprachliche und kulturelle



Ressourcen zur Verfügung und Missverständnisse zwischen Menschen unterschiedlichen kulturellen Hintergrunds könnten verringert oder ausgeräumt werden. Insgesamt würden die Dinge nicht mehr nur durch „eine monokulturelle Brille“ gesehen. Dadurch verbessere sich für alle Teammitglieder der Zugang zu den Klient(inn)en.

Zweitens ginge von der Präsenz der Mitarbeiter(inne)n mit Migrationserfahrung im Haus eine **Signalwirkung für alle Besucher(innen)** aus: Diese erlebten, dass Migrant(inn)en nicht nur willkommen, sondern am Alltag des Alten- und Service-Zentrums gleichberechtigt beteiligt sind. Bezeichnenderweise berichtete ein Alten- und Service-Zentrum, in dem das Team mehrere Sprachen spricht, interkulturelle Kompetenzen besitzt und mit hohem interkulturellem Anspruch arbeitet, dass man **keine Probleme mit der Akzeptanz bei deutschen Besucher(innen)** habe.

Drittens geht es um die längst überfällige **Aufwertung der Arbeit**, die Kolleg(inn)en mit Migrationshintergrund an verschiedensten Stellen leisten. Sie fordern in der Altenhilfe eine stärkere interkulturelle Öffnung – bislang geschehe hier zu wenig, egal, ob bei Migrations- oder sonstigen Sozialdiensten, bei Initiativen, Verbänden oder städtischen beziehungsweise staatlichen Stellen. Das Beschäftigungsprofil wiederum müsse diese Öffnung widerspiegeln, so wie dies etwa im Bereich der Kinder- und Jugendarbeit in den letzten Jahren erfolgreich vorangetrieben worden sei.

Dieser Prozess ist jedoch auch stark von der Aufgeschlossenheit der Mehrheit der Beschäftigten für eine interkulturelle Öffnung abhängig. Bei der Erhebung fiel auf, dass jene Einrichtungen der offenen Seniorenarbeit, die sich in den vergangenen Jahren interkulturell geöffnet haben, sich nicht nur mit interkultureller Kompetenz befasst hatten, sondern ebenso mit dem wesentlich weiter gehenden Konzept des **interkulturellen Qualitätsmanagements**. Dieses bezieht alle Mitarbeiter(innen) mit ihren Einstellungen und Qualitäten, die Strukturen der Arbeit, die Art und Weise der Kommunikation und vieles mehr mit ein. So werden ganz neue Prozesse der Reflexion über die Arbeit in Gang gesetzt. Zudem wird deutlich, dass die interkulturelle Öffnung kein Randthema ist, sondern eine Quer-

schnittsaufgabe, die alle Bereiche tangiert. Sehr vielen in der Altenhilfe Beschäftigten ist diese Erkenntnis allerdings immer noch sehr fremd.

In Deutschland findet – im Gegensatz zu anderen Ländern³¹ – kaum eine Zusammenarbeit mit Selbstorganisationen der Migrant(inn)en statt, um besser Zugang zu älteren Migrant(inn)en zu bekommen. Dabei sind Migrantenfamilien am besten über die eigenen Selbsthilfeeinrichtungen, -initiativen und Vereine (sowie Geschäfte des *ethnic business*) zu erreichen. Bislang existieren kaum bis gar keine Kontakte von Einrichtungen der offenen Altenhilfe beispielsweise zu muslimischen Vereinen, die ja für viele muslimische Familien mit sozialen Problemen als Anlaufstelle fungieren. Auch Vernetzungen mit entsprechenden karitativen und kirchlichen Einrichtungen, etwa den muttersprachlichen Missionen der katholischen Kirche, sind nur schwach ausgeprägt. Vertreter solcher Anlaufstellen für ältere Migrant(inn)en bestätigen den enormen Informationsbedarf auf diesem Gebiet.

Es muss daher das Ziel sein, das bisher geringe Ausmaß an Autonomie und Partizipation älterer Menschen mit Migrationshintergrund zu erhöhen – man spricht oft abstrakt von **Empowerment** der Angehörigen ethnischer Minderheiten in der Zivilgesellschaft. Grundlage dafür ist eine fundierte Informations-, Multiplikatoren- und Vernetzungspolitik – die unter anderem einen besseren Zugang zu den Betroffenen ermöglicht sowie umgekehrt einen besseren Zugang der Betroffenen zu den Angeboten. Dieser Aspekt wird im abschließenden Kapitel der Studie (Empfehlungen und Vorschläge für Modellprojekte) erneut aufgegriffen.

2.2.5 Die Bedeutung von Sprachkursen in den Alten- und Service-Zentren

In der Hälfte der Alten- und Service-Zentren finden Sprach- und Konversationskurse für Deutsch statt. Solche Kurse erfreuen sich großer Beliebtheit bei den Migrant(inn)en, die teilweise bereit sind, weite Strecken quer durch München zurückzulegen, um daran teilzunehmen. Dabei geht es ihnen einerseits um die Sprache, andererseits um soziale Kontakte.

31 Vergleiche mehrere Artikel in Pro Alter (2003), zum Beispiel zur Zusammenarbeit mit Selbstorganisationen älterer Migrant(inn)en in Kanada und Großbritannien: Raabe, H.: *Pflege in Montreal – Schmelztiegel der Kulturen* (S. 22–30); in Schottland: Bowes, A.: *Ethnische Minderheiten in Schottland* (S. 31–37). Siehe auch Bowes, A., Sim, D.F., Srivastara, A. (2001): *Meeting the Support Needs of Black and Minority Ethnic Communities in Glasgow*. Edinburgh.

Das Thema dauerhafter sozialer Kontakte in der Großstadt wurde von älteren Migrant(inn)en immer wieder angesprochen. Sie betonten dabei, wie schwer es sei, tragende soziale Netze in der Fremde aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Dies gilt nicht nur für diejenigen, die erst im Alter nach Deutschland gekommen waren (beispielsweise Kontingentflüchtlinge), sondern auch für ältere Migrant(inn)en, die aufgrund von Arbeitslosigkeit oder Verrentung nicht mehr im Arbeitsleben stehen.

Das niedrige Bildungsniveau, die Arbeitsbedingungen sowie die Vorstellung, sowieso irgendwann in die Herkunftsregion zurückzukehren, tragen dazu bei, dass die Deutschkenntnisse der Migrant(inn)en oft gering oder – vor allem bei älteren Migrantinnen, die nie oder nur geringfügig berufstätig waren – kaum vorhanden sind. Von Migrationsberater(inne)n und Vertreter(inne)n der ethnischen Gruppen wurden auch die Komplikationen durch Analphabetismus erwähnt. Sobald sie nicht mehr in regelmäßigem Kontakt zu deutschsprachigen Kolleg(inn)en stehen, beobachten die Älteren einen drohenden Rückgang ihrer Sprachkenntnisse – und ebenso der sozialen Kontakte. Ähnliches gilt für Gesprächspartner(innen) – zum Beispiel Migrantinnen, die wegen der Familie zu Hause geblieben sind –, die nach vielen Jahren in Deutschland feststellen, ihre Deutschkenntnisse seien für sie nicht (mehr) ausreichend. Möglicherweise wurde ihnen von den erwachsenen Kindern der Besuch eines Sprachkurses nahegelegt, in dem sie nicht nur ihre Sprachkenntnisse verbessern, sondern auch neue Kontakte knüpfen oder neue Aufgaben finden könnten.

Von der deutschen Mehrheitsgesellschaft wird oft mit Befremden konstatiert, wie man überhaupt so lange in Deutschland leben könne, ohne gute Sprachkenntnisse zu erwerben. Dabei wird vergessen, dass es ein Merkmal der Migration ist, als Zugewanderte(r) den langfristigen Verbleib nicht von Anfang an bewusst im Sinn zu haben und das Verhalten stark an die kurzfristigen Bedürfnisse des Alltags zu anzupassen. Im Hinblick auf den Spracherwerb im Aufnahmeland bedeutet dies beispielsweise, dass Frauen, die sich vorwiegend zu Hause um die Familie gekümmert haben, mit ihren „Schmalspur-“ Kenntnissen (etwa für Einkauf, Arztbesuch und Behördengänge) lange Zeit mehr oder minder gut auskamen.

Ein anderes Beispiel: Männliche Migranten, die in der Produktion bei BMW gearbeitet haben, lebten selbstverständlich und entsprechend den Erfordernissen mit einem begrenzten „Ausländerdeutsch“. Mehr brauchten sie nicht – und zu mehr wurden

sie von ihrem beruflichen und sozialen Umfeld in der Regel auch nicht animiert. Über Jahre hinweg war der Leidensdruck durch die eingeschränkten Sprachkenntnisse nicht besonders groß, sodass sie sich mit dem erreichten minimalen Level zufrieden gaben – schließlich waren sie mit anderen, wichtigeren Dingen beschäftigt.

Bei älteren Kontingentflüchtlingen und im Allgemeinen auch bei Aussiedler(inne)n, die noch nicht lange in Deutschland sind, stellt sich die Lage anders dar. Sie sind bewusst und mit der Absicht zu bleiben nach Deutschland gekommen, die meisten streben den (schwer zu verwirklichenden) beruflichen Anschluss an. Sie wissen, dass gute Sprachkenntnisse dafür unerlässlich sind. Nach den einführnden Integrations- und Sprachkursen beim Goethe-Institut oder anderen Anbietern – mit oft sehr guter fachlicher und zwischenmenschlicher Begleitung – erleben ältere Zugewanderte die anschließende Zeit als harte Konfrontation mit der sozialökonomischen Wirklichkeit in Deutschland: Eine Arbeit zu finden ist sehr schwer, die Sprachkenntnisse sind noch – gerade für Anforderungen im Berufsleben – dürftig und ein soziales Netz in der neuen Heimat ist kaum vorhanden.

Vor diesem Hintergrund erscheinen die von den Alten- und Service-Zentren angebotenen Sprach- und Konversationskurse wie ein Segen. Immer wieder bekräftigten die Interviewpartner(innen) ihre Dankbarkeit darüber, dass sie diese Möglichkeit, zu lernen und Kontakte zu knüpfen, erhielten. Dabei ist allerdings eine starke Fixierung auf die Lehrkraft oder Leiterin als Hauptbezugsperson auszumachen, das heißt, die Gefühle der Fremdheit gegenüber der Institution Alten- und Service-Zentrum an sich gehen erst allmählich zurück. Berührungspunkte mit anderen Besucher(inne)n könnten nur langsam und mit Geduld aufgebaut werden, so die wiederholte Beobachtung von Mitarbeiter(inne)n der Einrichtungen. Auch hier spielen die bereits erwähnten Faktoren eine Rolle: Unsicherheit bei den Zugewanderten aufgrund ihrer geringen Sprachkenntnisse, kulturelle Distanz oder mögliche Vorbehalte sowie eine wechselseitige Wahrnehmung der jeweils anderen als abgegrenzte Gruppe – im Sinne von: „*Sie kommen und gehen immer als Gruppe und haben kein Interesse an Kontakt*“.

Eine andere Sichtweise wäre, diese Distanz bis zu einem gewissen Ausmaß zu akzeptieren und das Nebeneinander als positives Zwischenergebnis in der Begegnung zu betrachten. So gab sich ein Interviewpartner ganz bewusst mit dieser Form des Sich-Treffens in Alten- und Service-Zentren zufrieden: →

„Also, bevor ich einen Griechen oder einen türkischen Opa überhaupt nicht in ein Alten- und Service-Zentrum hereinbekomme, finde ich es besser, wenn die zwei griechischen Männer miteinander Karten spielen an einem Tisch und sich am Nachbartisch die deutsche Oma mit der deutschen Nachbarin beim Kaffeetrinken unterhält. Zumindest lernen sie sich kennen. Auch wenn sie unterschiedliche Interessen haben, irgendwann kommt es vielleicht zu einem Konflikt. Und wenn man das positiv bearbeitet, vielleicht können die Leute auch miteinander. Aber wir sollten aufhören zu erwarten, dass die Leute sich erst mal gegenseitig besuchen zu Hause, bevor sie gemeinsam ins Alten- und Service-Zentrum gehen und miteinander Kaffee trinken.“ (EXP 28)

Daraus wird ersichtlich, dass es durchaus eine besondere Aufgabe und Herausforderung ist, unterschiedliche Gruppen in einer Einrichtung – zumindest punktuell (etwa durch internationale Feste) – zusammenzubringen. Nach Aussagen von auf diesem Gebiet engagierten Mitarbeiter(inne)n sei viel Geduld und Einfühlsamkeit für die Barrieren und Unsicherheiten der Einzelnen erforderlich und man gebe sich auch mit kleinen Schritten der Annäherung zufrieden.

2.3 Häusliche Pflege in Migrantenfamilien und ambulante Pflegedienste

2.3.1 Nachfrage: Die Haltung von Migrantenfamilien zu Angeboten der ambulanten Hilfe

Ambulante Hilfen und Pflegedienste stellen in München mittlerweile einen großen, wirtschaftlich bedeutsamen Bereich innerhalb des sozialökonomischen Gefüges dar. Dabei sind allerdings ältere Migrant(inn)en als Abnehmer(innen) dieser Dienstleistungen immer noch deutlich unterrepräsentiert.³² Dies wurde von allen befragten ambulanten Diensten und Sozialstationen bestätigt. Grundsätzlich ist zwar der Bedarf an entsprechenden Dienstleistungen aufgrund des demografischen Profils der MigrantInnenbevölkerung noch nicht so stark ausgeprägt, dennoch kann man feststellen, dass Zugewanderte auch im Bedarfsfall weniger Gebrauch von den verfügbaren Diensten und Angeboten machen als die deutsche Mehrheitsbevölkerung.

Gesprächspartner(innen) mit Einblick in die besondere Problemlage pflegender Familien mit Migrationshintergrund gaben jedoch an, dass auf deren Seite durchaus Bedarf an Unterstützung durch ambulante Hilfen bestehe. Doch zahlreiche, oben bereits angedeutete Faktoren erschwerten diesen Familien den Zugang zu den Diensten – angefangen bei der fehlenden „Institutionenkunde“, also den mangelhaften Kenntnissen über das hiesige Versorgungssystem. Oft wüssten die Familien nicht, welche Dienste ihnen im Rahmen der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen. Eine große Rolle spielten aber auch Verständigungsschwierigkeiten sowohl in sprachlicher als auch in kultureller Hinsicht, gerade bei gesundheitlichen Themen.

Hausärztinnen und Hausärzte wiesen beispielsweise darauf hin, dass sie mit zahlreichen physischen und psychischen Problemen älterer Migrant(inn)en – nicht zuletzt bedingt durch die **Zunahme an Demenzerkrankungen** – konfrontiert würden. Nicht immer könnten sie auf ein zuverlässiges Netzwerk aus Beratung, Betreuung, weiter gehender Versorgung, ambulanten Hilfen, betreuten Wohnangebo-

³² Allerdings ist man diesbezüglich auf Schätzungen angewiesen, da die Herkunft beziehungsweise die Staatsbürgerschaft von Klient(inn)en ambulanter Pflegedienste und von Sozialstationen nicht statistisch erfasst wird.

ten oder stationären Lösungsansätzen zurückgreifen. Auch Mediziner(innen) seien nicht immer umfassend über alle möglichen – insbesondere auch nicht stationäre – Optionen informiert.

Hausärztinnen und Hausärzte sowie Mitarbeiter(innen) in der ambulanten Pflege berichteten, dass die Verständigungsschwierigkeiten schon bei der Diagnose, aber auch bei der Behandlung von Krankheiten große Probleme bereiteten. Manchmal seien zwar dolmetschende Angehörige anwesend, dennoch verständige man sich häufig nur mangelhaft: Fachbegriffe könnten nur sehr ungenau übersetzt werden; und bei Themen, die das Schamgefühl betreffen, sei diese Konstellation generell sehr unbefriedigend. Nicht selten bleibe bei Mediziner(inne)n und Pflegekräften das Gefühl zurück, das Wesentliche sei nicht wirklich verstanden worden; dementsprechend bestünde die Gefahr einer Fehldiagnose und/oder Fehlbehandlung.³³ Teil dieser Problematik sind die besonderen Schwierigkeiten beim Übergang von Patient(inn)en nach einer schweren Erkrankung mit nachfolgendem Pflegebedarf vom Krankenhaus nach Hause, auf die später gesondert eingegangen wird (S. 43 ff.).

Auch die fehlende *compliance* ist zum Teil auf die Verständigungsschwierigkeiten zurückzuführen: Aufgrund dieser sowie möglicherweise einer grundsätzlichen Skepsis gegenüber der Schulmedizin halten sich ausländische Patient(inn)en und pflegende Angehörige wiederholt nicht an medizinisch-therapeutische Vorgaben und Behandlungspläne. So kommt es zu Rückfällen, der Genesungsprozess wird erschwert oder eine qualitativ gute, durch großes Engagement der Angehörigen getragene Pflege wird durch medizinisch-pflegerische Unkenntnis unterminiert. In diesem Zusammenhang hoben Kenner(innen) der pflegenden Familien immer wieder die große emotionale Zuwendung und den großen Einsatz der Pflegenden unter vielfach sehr schwierigen Rahmenbedingungen hervor.

Bedingt durch die oftmals bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse in den Migrantenfamilien spielt das Pflegegeld als zuverlässige finanzielle Größe eine wichtige Rolle bei der Überlegung, den/die

Pflegebedürftige(n) selbst zu versorgen. Doch aufgrund ihrer lückenhaften Kenntnisse über die Altenhilfestrukturen sind die Betroffenen oft von der Angst beherrscht, der Bezug von Pflegegeld könnte die Aufenthaltssicherheit negativ beeinflussen. Verstärkt wird dies durch die Erfahrung von Antragsteller(inne)n aus Nicht-EU-Ländern, dass der Bezug von Pflegeversicherungsleistungen durch das Pendeln zwischen Deutschland und der Heimatregion mit dem/der pflegebedürftigen Angehörigen gefährdet werden kann. Und das, obwohl solche Aufenthalte nach Aussage von Fachleuten eindeutig dem Wohle der Patient(inn)en sowie der pflegenden Angehörigen dienlich seien: Dabei gehe es um das physische wie psychische Wohlbefinden der Kranken in vertrauter heimatlicher Umgebung, Erholung und Entlastung der pflegenden Angehörigen durch Verteilung der Pflegeaufgaben auf Verwandte sowie die Senkung der Kosten. Auf diesen Zusammenhang wiesen Mitarbeiter(innen) der medizinischen und der Beratungsdienste hin.

Auf Behördenseite überwiegen im Hinblick auf Migrant(inn)en aus Nicht-EU-Mitgliedstaaten jedoch aufenthaltsrechtliche Überlegungen. So droht etwa bei einem Auslandsaufenthalt von mehr als drei beziehungsweise sechs Monaten die Kürzung des Pflegegeldes.³⁴ Unberücksichtigt bleibt, wie sehr pflegende Migrantenfamilien vom Erholungswert durch das Pendeln profitieren, indem sie damit ihre pflegebedingten Belastungen – zumindest teilweise – ausgleichen.

Ein erfahrener Gesprächspartner aus der Beratungsarbeit sieht darin eine eindeutige Benachteiligung pflegender Familien aus Nicht-EU-Ländern wie der Türkei oder dem ehemaligen Jugoslawien, die durch das Pendeln eine Entlastung aller anstreben:

„Es kann nicht sein, dass jemand ... einen Angehörigen pflegt, der hat die Pflegestufe 2, und man darf dann nicht länger als vier Wochen oder sechs Wochen zu Hause sein. Das darf nicht sein. Wenn ich selber, wenn ich als Angehöriger die Pflege auch im Heimatland sicherstelle, dann müsste das drin sein. ... Viele Menschen machen das eben schwarz, mit allen Risiken, die sie auf sich nehmen.“ (EXP 28)

→

33 Vergleiche hierzu Bundesministerium für Gesundheit, Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit, in Wesselman et al. (2001), S. 21–22: „Sprach- und Kulturbarrieren erschweren ebenfalls Anamnese, Diagnose, Therapie und Rehabilitation mit der Folge von Fehldiagnosen, Mehrfachuntersuchungen mit Drehtüreffekt und Chronifizierung von Erkrankungen.“ Ghaeni (1999) weist neben falschen Diagnosen und Therapien auch auf „... längere Liegezeiten, wiederholte Behandlungen, verlängerte und zusätzliche Arbeitsabläufe und Kosten“ hin (S. 20).

34 Vergleiche Heribert Prantl, Kommentar in der *Süddeutschen Zeitung* vom 04.05.2006: Nach dem Assoziationsabkommen mit der Türkei genießen deren Staatsbürger(innen) – wie Angehörige der EU-Staaten auch – die EU-Gemeinschaftsrechte und den Abschiebeschutz. Dies wirke sich vor allem und gerade im Hinblick auf ihre sozialrechtliche Behandlung aus.

Hinzu kommt ein weiterer Faktor, der die Distanz pflegender Migrantenfamilien zu Sozialstationen und ambulanten Pflegediensten vergrößert. Bei den alle drei bis sechs Monate durchgeführten **Kontrollbesuchen zur Pflegeeinstufung** agieren Pflegedienstmitarbeiter(innen) im Auftrag des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) als quasi-staatliche Instanz, die die Pflegequalität überprüft. Für die Familie, deren Kenntnisse über die Rechtslage und das Zusammenwirken deutscher Institutionen oft nur diffus sind, kann der Kontrollbesuch eine existenzielle Bedrohung darstellen, weil sie um Aufenthaltssicherheit und Pflegegeld fürchtet, insbesondere, wenn sie pendelt. Möglicherweise herrscht in der Familie das Gefühl, „man dürfe sich nicht in die Karten schauen lassen“, da es sonst Probleme mit den Behörden geben könnte. Dementsprechend können solche Begegnungen von gegenseitigem Misstrauen geprägt sein.

Mitarbeiter(innen) verschiedener Institutionen und Dienste erwähnten einen weiteren Aspekt, der beim Umgang mit dem Thema nicht außer Acht gelassen werden dürfe. Manchmal sei nämlich der Vorwurf zu hören, Migrant(inn)en genossen durch das Pendeln ungerechterweise einen Vorteil. Dabei werde jedoch übersehen, dass das Pendeln legitimer Bestandteil einer Migrationsbiografie ist. Bei Diskussionen und Fortbildungsveranstaltungen zu interkultureller Kompetenz müsse diesem Vorbehalt begegnet werden. Konkret bedeutet dies, die Diskussion mit Kolleg(inn)en der Ausländerbehörde sowie der ambulanten Pflegedienste oder auf Station im Krankenhaus offensiv zu führen, wenn dort Vorwürfe folgender oder ähnlicher Art geäußert werden: *„Diese Leute leben auf Kosten des deutschen Staates, wenn sie pendeln – zum Beispiel durch den Bezug von Pflegegeld. Das ist Betrug. Man muss ihnen auf die Schliche kommen.“* Dabei können neben den bereits erwähnten fachlichen Gründen folgende Argumente ins Feld geführt werden: Als Beitragszahler(innen) haben die Migrant(inn)en entsprechende Rechte erworben – wie jede(r) andere auch. Dazu gehört ein weniger restriktiver Umgang mit ihrer Reisefreiheit in die Herkunftsregion. Darüber hinaus ist ihre Bereitschaft, die Pflege innerhalb der Familie durchzuführen, aus zwei Gründen anerkennenswert: Zum einen verdient ihr Einsatz allein aus menschlichen Gründen Respekt, zum anderen bringt er – rein ökonomisch betrachtet – deutliche Ersparnisse für das Pflegesystem. Sinnvoller wäre daher die Überlegung, betroffenen Familien aus aufenthaltsrechtlicher Sicht einen **Verbleib im Herkunftsland von bis zu sechs Monaten bei fortgesetztem Bezug**

des Pflegegeldes zu ermöglichen. Hier ist der Gesetzgeber gefragt.

Viele Mitarbeiter(innen) ambulanter Pflegedienste und von Sozialstationen spürten eine deutliche Zurückhaltung vonseiten der Familien, wenn sie ihnen ihre Leistungen – Hilfsmittel zur Erleichterung der Pflege, Tagespflege, Essen auf Rädern, Kurzzeitpflege etc. – ergänzend oder umfassend anboten. Gleichzeitig könnten sie jedoch deutliche Zeichen der Überforderung bei pflegenden Angehörigen und der ganzen Familie ausmachen. Obwohl also aus fachlicher Sicht **dringend die Unterstützung der ambulanten Dienste benötigt würde, wird sie nicht in Anspruch genommen**. Ursache dieses Zwiespalts sind die bereits geschilderten ökonomischen Erwägungen der Migrantenfamilien, verbunden mit dem aus ihrer aufenthaltsrechtlichen Situation resultierenden Misstrauen gegenüber deutschen Institutionen.

Für traditionell geprägte Familien, etwa türkischer Herkunft, wiegt darüber hinaus ein anderer Aspekt schwer: Sie verstehen die Versorgung eines zu pflegenden Angehörigen in sehr starkem Maße als **„Liebesdienst“**, mit dem sie dem alten Menschen ihre Achtung und Zuneigung ausdrücken. Dieser Sichtweise steht das streng rationalisierte System der Abrechnung nach Zeiteinheiten entgegen, das den durch die Pflegeversicherung abzurechnenden häuslichen Diensten zugrunde liegt. Weil sie dieses Zeitregiment oft als unmenschlich und kalt, als **„serienmäßige Abfertigung“** empfinden, fällt es den Familien schwer, sich darauf einzulassen. Allerdings geht es vielen deutschen Familien – vor allem in ländlichen Regionen – genauso: Auch sie erleben die praktische Umsetzung der Pflegeversicherungsleistungen als bürokratisch und lebensfern.

Ferner wiesen Expert(inn)en darauf hin, dass insbesondere traditionelle Aussiedlerfamilien von ihren erwachsenen (oft aber berufstätigen) Töchtern erwarteten, den pflegebedürftig gewordenen Eltern teil zu versorgen. Dies sei eventuell mit einer längeren beruflichen Pause verbunden, die wiederum eine Reintegration in den Arbeitsmarkt erschwere. Oft seien pflegende Angehörige – egal, welcher Herkunft – in einer solchen Situation auf Dauer physisch und psychisch überfordert. Sie gerieten in soziale Isolation und bedürften psychosozialer Betreuung. Andere Angehörige in der Nähe, die für die Übernahme der Pflege infrage kämen und eine wertvolle Entlastung bedeuten könnten, erreichten sie meist nicht, da sie – wenn sie von ihnen überhaupt erführen – den/die Pflegebedürftige nicht alleine lassen können.

2.3.2 Angebot: Ambulante Pflegedienste und kultursensible Pflege

Im ambulanten Pflegewesen herrscht eine **harte Konkurrenz zwischen den ambulanten Diensten**. Zum Teil stehen sich dabei – nahezu ideologisch – die Kategorien „kommerziell/effizient“ und „wohltätig/human“ gegenüber. Weil man sich also eher mit materiellen Prioritäten befasst, wird das Thema interkulturelle Kompetenz in den Hintergrund gedrängt. Auch kulturellen Klischees leisten diese Auseinandersetzungen Vorschub: So wurde ein russischer Pflegedienst als „undurchschaubar“ bezeichnet und ihm eine „Mafiastruktur“ unterstellt.

Natürlich hat jeder Dienst – ob auf die Versorgung bestimmter ethnischer Gruppen spezialisiert, als privates Unternehmen oder als Wohlfahrtsverband – ein zunächst **legitimes wirtschaftliches Interesse**. Spezialisierung, Kompetenz und weltanschauliche Ausrichtung stehen stets in einem komplexen Zusammenhang.

Der Wettbewerb untereinander darf vor allem nicht auf Kosten der Klient(inn)en gehen, etwa indem es zu einem regelrechten „Kampf der Pflegekulturen“ kommt, denn dies würde eine kompromisslose Auseinandersetzung um die Aufteilung des „Pflegemarktes“ bedeuten. Wichtig wären stattdessen nach Ansicht des Verfassers der konstruktive Austausch zwischen den Anbietern sowie die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache und gemeinsamer Standards. Damit würde gegenseitige Akzeptanz ermöglicht und eventuell eine „informelle Aufteilung“ des Marktes. Die vorliegende Studie kann diese Fragen zwar ansprechen, aber nicht lösen.

Innerhalb des großen Angebots an ambulanten Pflegediensten in München (280 bis 300 Anbieter) sind es nur **sehr wenige, die den Schwerpunkt auf interkulturelle Kompetenz beziehungsweise kultursensible Pflege setzen**. Diese sind mittlerweile bekannt und durch die Nachfrage nach ihren Dienstleistungen teilweise überfordert. Auf der anderen Seite nehmen viele ambulante Pflegedienste ältere Migrant(inn)en gar nicht als interessantes Klientel wahr – ungeachtet der *Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe*, des *Memorandums* dazu, der Konzepte von *diversity management* oder zahlreicher Schulungsangebote im Bereich interkulturelle Kompetenz. Dieses Desinteresse ist in erster

Linie wirtschaftlich begründet: **Als Kundengruppe treten ältere Migrant(inn)en bislang kaum in Erscheinung** und sie stellen in der Regel auch kein lukratives Geschäft dar. Daher gibt es aus unternehmenspolitischer Sicht keine Notwendigkeit, das Personal entsprechend zu schulen und die Angebote kultursensibel umzugestalten – so anscheinend die bisherige Meinung.

Diese Sicht hat zahlreiche Konsequenzen, ausgehend von der Art der Angebotspräsentation: In den Werbematerialien der ambulanten Pflegedienste (Flyer, Broschüren, Plakate, Selbstdarstellungen im Internet etc.) tauchen Migrant(inn)en als (potenzielle) Klient(inn)en so gut wie nie auf. Ob es sich um Bilder der anzusprechenden Klientel, die Leistungsbeschreibungen oder die Präsentation kulturspezifischer Bedürfnisse handelt – der/die potenzielle Klient(in) mit Migrationshintergrund existiert praktisch nicht.

Auch Fortbildungsveranstaltungen zu interkulturellen Themen oder kultursensibler Pflege scheinen bei ambulanten Pflegediensten nicht hoch im Kurs zu stehen. Ähnlich verhält es sich mit der Wahrnehmung und Wertschätzung eigener Mitarbeiter(innen) mit Migrationshintergrund als **interkulturelle Ressource**. Obwohl es zahlreiche gelernte und angelernte Pflegekräfte ausländischer Herkunft gibt, greift man nach Aussage der Leitungsebene nicht bewusst ressourcenorientiert auf die Sprach- und Kulturkompetenz dieser Mitarbeiter(innen) zurück: Lediglich wenn man etwa kurzfristig eine(n) Dolmetscher(in) braucht, werden sprachkundige Kolleg(inn)en eingesetzt – aber nur, um das rein funktionale Mitwirken der (wenigen) älteren Migrant(inn)en unter Bedingungen des allgegenwärtigen abrechnungsbedingten Zeitdrucks sicherzustellen.³⁵

Kulturelle Kenntnisse, die den Umgang mit den Patient(inn)en erleichtern könnten, werden dagegen in der Regel nicht ausgetauscht. So werden beispielsweise unterschiedliche Schamvorstellungen erst im Falle massiver Konflikte mit Pflegebedürftigen als kurzfristige Bewältigungsstrategie thematisiert. Bezeichnend für das Klima ist, dass Pflegekräfte mit muttersprachlicher Kompetenz sogar bitten, Landsleute nicht pflegen zu müssen, weil sie von ihnen nur „ausgenutzt“ würden – dies wurde wiederholt in Interviews zitiert. Ein Indiz dafür, dass im Team die sprachliche Verständigung mit den Pflegebedürftigen und der Aufbau von



³⁵ Die Leistungen der Pflegeversicherung sind anhand von engen Zeitvorgaben und Zeitkorridoren für die Leistungserbringer, unter anderem ambulante Pflegedienste und Sozialstationen, genau abzurechnen.

Vertrauen nicht als zweckdienlich erachtet werden. Entscheidend sind der enge Zeitkorridor und die zügige Verrichtung der hauswirtschaftlichen, körperhygienischen und anderer Pflegehandlungen. Für eine – per se zeitintensive – zwischenmenschliche, vertrauensbildende Kommunikation ist kein Platz.

Leitende Kräfte ambulanter Pflegedienste und Sozialstationen berichteten, dass Migrant(inn)en – sofern als Klient(inn)en vorhanden – manchmal kurzfristig und ohne Angabe von Gründen den Vertrag kündigten. Dies könnte ein Hinweis auf ein gestörtes Vertrauensverhältnis sein. In manchen Fällen kann aber auch ein fehlender kultursensibler Umgang mit dem Klientenkreis als Ursache für dessen wortlosen Rückzug vermutet werden.

Die Vertreterin eines ambulanten Pflegedienstes gab zu Protokoll, dass bei Verständigungsschwierigkeiten in besonderen Fällen Mitarbeiter(innen) der Migrationsdienste eingeschaltet würden. Dies ist aber die Ausnahme. Generell besteht keine enge Verzahnung ambulanter Pflegedienste mit diesen Fachdiensten, die als Vermittler und Vertrauenspersonen in Sachen muttersprachlicher Verständigung fungieren könnten. Den meisten Diensten scheint auch der Dolmetscherdienst des Bayerischen Zentrums für transkulturelle Medizin (BZTM) unbekannt zu sein.

Insgesamt deuten die Ergebnisse der Münchner Erhebung darauf hin, dass **interkulturelle Kompetenz im Bereich der ambulanten Altenhilfe noch immer einen niedrigen Stellenwert besitzt**. Dies erschwert vielen älteren Migrant(inn)en den Zugang zu den Angeboten erheblich.³⁶ Insofern spiegelt die Situation jene vom Sozialministerium Baden-Württembergs vor einigen Jahren erstellte Analyse über die Problematik des Zugangs zu dieser Zielgruppe wider:

„Interkulturelle Kompetenzen – als eine Form sozialer Kompetenz, verbunden mit dem Wissen über kulturelle Besonderheiten und Erfahrungen im Umgang mit kulturspezifischen Bedürfnislagen – sind [aufseiten des Hilfesystems] selten und ihr Fehlen möglicherweise eine entscheidende Barriere, die den Migrant(en) den Zugang zum Altenhilfesystem erheblich erschwert.“³⁷

Oft wird konstatiert, dass bereits viele Migrant(inn)en in Deutschland im Pflegebereich arbeiteten und daher eigentlich ein Zugang zu den Älteren mit Migrationshintergrund bestehen müsste. Dabei wird allerdings übersehen, dass die meisten Pflegekräfte (gerade in der Altenhilfe) in Zeiten der Personalknappheit (also in den 1990er-Jahren) angeworbene Zugewanderte der ersten Generation sind, deren Eltern und ältere Verwandtschaft noch in der Herkunftsregion leben. Hier aufgewachsene Migrant(inn)en, so betonten kundige Gesprächspartner(innen), seien dagegen für Pflegeberufe nicht leicht zu gewinnen. Vor allem für türkische Familien scheinen in diesem Bereich als Berufsbilder nur hoch qualifizierte Tätigkeiten wie Mediziner(in) infrage zu kommen, nicht aber pflegerische Tätigkeiten – die, wie erwähnt, in der türkischen Tradition eher als (privater) „Liebesdienst“ innerhalb der Familie betrachtet werden.

Es bedarf innovativer Ansätze, um Migrantenfamilien durch ein **Werben bei jüngeren Migrant(inn)en für Pflegeberufe** anzusprechen – und damit auch die ältere Generation durch innerfamiliäre Erfahrungen mit der ambulanten Altenhilfe in Berührung zu bringen. Eine zentrale Rolle können dabei die Ausbildungsinstitutionen spielen. Der generationenübergreifende Zugang stellt eine bislang noch nicht systematisch erprobte, effektive Form der **Bedarfs-ermittlung** bei älteren Migrant(inn)en hinsichtlich ihrer Probleme im Alter dar. Auf entsprechende Ansätze wird später näher eingegangen (S. XX).

Es bedarf aber ebenso eines **Umdenkens bei den Anbietern**, um Familien mit Migrationshintergrund besser in der häuslichen Pflege unterstützen zu können. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Familien aus den bereits erwähnten kulturellen und ökonomischen Gründen – große Distanz zu deutschen Institutionen, Pflege als „Liebesdienst“, finanzielle Abhängigkeit vom Pflegegeld – häufig die Leistungen der ambulanten Dienste nicht in Anspruch nehmen. Gleichzeitig besteht von ihrer Seite aus aber Bedarf an fachlicher Einweisung und Entlastung – nur so kann die Qualität der Pflege gewährleistet und eine Überforderung der Familie vermieden werden.

36 Am Ende eines ausführlichen Gesprächs stellte der Leiter eines ambulanten Pflegedienstes fest, wie sehr der Zugang zu Migrant(inn)en als Klient(inn)en von den Ressourcen der ausländischen Kolleg(inn)en abhängt: „Man bräuchte sprachkundige Mitarbeiter für unsere Pflegeeinsätze ..., um das aufzugreifen, um qualifizierte Beratungen durchzuführen.“ (EXP 25)

37 Messmer (2000), S. 61. [Ergänzung des Verfassers]

Auch in diesem Fall sind zugehende Angebote gefragt, etwa **kultursensible Pflegeanleitungskurse**, die zu Hause durchgeführt werden können. So könnten bei den Familien Vertrauen und Offenheit für weiter gehende Angebote – von Kurzzeitpflege über technische Hilfsmittel für die häusliche Pflege bis hin zur stationären Unterbringung – gewonnen werden.

Im Bereich der ambulanten Versorgung gibt es bereits ungewöhnliche Modelle, die wegweisend sein könnten, weil sich dabei die ambulanten Hilfen nach den (teils migrationsbedingten) Lebens- und Wohnumständen richten. Ein Beispiel ist das **Ledigenheim für alleinstehende Männer im Münchner Westend**, eine traditionsreiche Einrichtung. In den 1920er-Jahren wurde das Haus als Unterbringung für arbeitende Männer ohne Familie erbaut. Damals existierten in verschiedenen europäischen Städten etliche solcher Einrichtungen – heute ist das Ledigenheim einzigartig.³⁸ In Einzelzimmern beherbergt es etwa 400 Bewohner, davon rund 70 Prozent ausländischer Herkunft aus 26 Ländern. Einen Schwerpunkt bilden Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien, von denen viele in der Pendelmigration leben.

Viele der Bewohner leben über Jahrzehnte in der Einrichtung, werden dort alt und gebrechlich oder pflegebedürftig. Egal, ob alleinstehend oder im Laufe der Zeit von ihren offiziell nicht vorhandenen Familien in der Herkunftsregion entfremdet: Diese älteren Männer bedürfen der Pflege und Versorgung. Allerdings lehnen sie den Umzug in ein Pflegeheim ab, weil das Ledigenheim ihr – vor allem soziales – Zuhause geworden ist.

Das Ledigenheim ist aber grundsätzlich auf die Selbstversorgung seiner Bewohner ausgerichtet. Deren zunehmende Pflegebedürftigkeit bedeutet nicht nur für sie selbst eine Überforderung, sondern gleichermaßen für das Reinigungspersonal und die mit dem Sozialbürgerhaus kooperierende Leitung, zum Beispiel bei der Beantragung von sozialen und Pflegeleistungen sowie bei der Zusammenarbeit mit zahlreichen verschiedenen, unterschiedlich arbeitenden ambulanten Pflegediensten, was die Praxis zunehmend unübersichtlich macht.

Aus diesem Grund wurde in Absprache mit der Leitung im Jahr 2003 ein hausinterner, privat betriebener Pflegedienst für die Versorgung der etwa

20 pflegebedürftigen Männer gegründet. Damit ist eine Pflege auf hohem Niveau gesichert und die Antragswege sind so weit wie möglich vereinheitlicht. Sprach- und kultursensible Kompetenzen der Pflegekräfte stellen einen Schwerpunkt der Arbeit dar. Darüber hinaus werden in der Einrichtung Überlegungen angestellt, ein **Modell für eine interkulturell orientierte Altenwohngemeinschaft** aufzubauen. (EXP 4, EXP 12)

Das Beispiel zeigt, dass es durchaus möglich ist, im ambulanten Bereich mit bedürfnisorientierten zugehenden Angeboten innovative Wege zu beschreiten. Bei der Entwicklung und Förderung solcher Konzepte kann die Stadt München in den nächsten Jahren eine zentrale Rolle spielen.

2.3.3 Pflegende Familien und Pflegebedürftige in der Isolation

An dieser Stelle sei noch einmal auf die bereits erwähnten ökonomischen Aspekte der häuslichen Pflege in Migrantenfamilien verwiesen. Aussagen des Pflegepersonals der ambulanten Dienste verdeutlichen, dass pflegende Familien mit Migrationshintergrund – bekannt von den wiederkehrenden Kontrollbesuchen für die Pflegeeinstufung – nur sehr begrenzt die Leistungen der Dienstanbieter in Anspruch nehmen: Sie machten wenig Gebrauch von Tagespflege, Kurzzeitpflege, Essen auf Rädern, der Beantragung häuslicher Hilfsmittel für die Pflege etc.

Nüchtern betrachtet arbeiten solche Familien also ausgesprochen „kostengünstig“ – und laufen dabei stets Gefahr, ihre familiären Strukturen zu überfordern. Sie bedürfen – so die Schlussfolgerung aus den empirischen Ergebnissen – in weitaus stärkerem Maße als bislang eines **besonderen Einsatzes**, damit sie, gezielt unterstützt durch ambulante Hilfen, die wertvolle Leistung der häuslichen Pflege ihrer Angehörigen aufrechterhalten können.

Dieser Befund deckt sich mit Ergebnissen zur Inanspruchnahme von ambulanten Diensten durch ethnische Minderheiten in anderen Ländern, die auch dort oft unterdurchschnittlich ist. Auch dort wird vor allem die Strategie einer gezielten Unterstützung der pflegenden Familienstruktur empfoh-



38 Zur Geschichte des Ledigenheims siehe Verein Ledigenheim e.V. (1997).

len. Alison Bowes, Autorin mehrerer Studien zur ambulanten Altenpflege mit interkulturellem Schwerpunkt in Großbritannien, meint hierzu:

*Vieles deutet jedoch darauf hin, dass auch die Minderheiten, die bisher auf traditionell gewachsene Strukturen bauen konnten, wie die Unterstützung durch die Familie oder die Versorgung durch die Gemeinde, verstärkt externe Hilfe benötigen. Hierzu zählen vor allem Unterstützung für die pflegenden Angehörigen und häusliche Pflege, Unterstützung durch Tagespflege sowie die Schaffung eines besseren Wohnumfeldes im höheren Lebensalter.*³⁹

Dies erfordert jedoch eine neue Informationspolitik, um Misstrauen überwinden und Migrant(inn)en das Spektrum möglicher Entlastungen für sie als pflegende Familie nahebringen zu können. Integraler Bestandteil dieser Aufklärung muss es sein, die eindeutige Trennung zwischen den rechtlichen Aspekten – etwa aufenthaltsrechtlichen Fragen – und den sozialen Aspekten – etwa dem Bezug von Pflegeversicherungsleistungen – klarzustellen. Dafür, dass sie dem Gemeinwohl so wenig „zur Last“ fallen (zum Beispiel durch Nichtinanspruchnahme eines Pflegeheimplatzes), verdienen diese Familien eine „**zugehende Beratung**“ mit auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen kultursensiblen Pflegehilfeangeboten für die häusliche Umgebung.

Ein wichtiger Nebeneffekt des vertrauensbildenden Kontaktaufbaus von Pflegedienstmitarbeiter(inne)n zu den Familien – beispielsweise durch Kurzzeitpflege – darf nicht außer Acht gelassen werden: Sollte sich irgendwann herausstellen, dass die Familie mit der Pflege des/der Angehörigen nicht mehr zurechtkommt, können die Mitarbeiter(innen) leichter gezielte Vorschläge – etwa für eine **Heimunterbringung** – machen. Eine Expertin für häusliche Versorgung wies darauf hin, dass derartige Optionen nur vorsichtig und über einen längeren Zeitraum im Rahmen eines Vertrauensverhältnisses angesprochen werden könnten, nachdem bereits praktische Hilfen angeboten und von der Familie beziehungsweise den pflegenden Angehörigen angenommen worden seien. (EXP 36)

Die gleiche Gesprächspartnerin beschrieb noch ein anderes Problem innerhalb einer speziellen Migrantengruppe, und zwar die **Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen in den Aussiedler- und Flüchtlingsunterkünften**. Diese litten aufgrund ihrer Biografie oft unter gesundheitlichen Mehrfachbelastungen. Ihre soziale Isolation sowie ihre ökonomische Notlage erschwerten es, eine ambulante Versorgung zu gewährleisten, vor allem in Unterkünften ohne sozialpädagogische Betreuung. Es hing vom Zufall und vom Engagement Einzelner ab, ob entsprechende Hilfen organisiert würden. Ein weiteres Problem sei auch hier die Verfügbarkeit wichtiger Dolmetscherleistungen, insbesondere bei der Erörterung medizinischer Sachverhalte. Allzu oft werde in solchen Fällen deutlich, dass diese Migrantengruppen ein Dasein in einer Parallelgesellschaft außerhalb der Netzwerke der sozialen und medizinischen Regelversorgung fristen.

39 Bowes, A.: *Ethnische Minderheiten in Schottland*. In: Pro Alter (2003), S. 33.

2.4 Die Versorgung älterer Migrant(inn)en im Krankenhaus und die Überleitung nach Hause

2.4.1 Die Sprachbarriere im Krankenhaus: Verständigungsschwierigkeiten und -optionen

Wie ergeht es älteren Migrant(inn)en, wenn sie so schwere gesundheitliche Probleme haben, dass sie ins Krankenhaus müssen? Und wie stellt sich die Situation nach dem Aufenthalt dar, das heißt, wie gut funktioniert der Übergang vom Krankenhaus nach Hause, wenn anschließend die ambulante Versorgung in der häuslichen Umgebung sichergestellt sein muss?

Einige strukturelle Gegebenheiten erschweren die nachhaltige Versorgung älterer Patient(inn)en mit Migrationshintergrund in den Kliniken. Dahinter steht insgesamt die Thematik des Umgangs mit älteren Migrant(inn)en im Krankenhausbereich – im Hinblick auf die interkulturelle Kompetenz des Personals sowie den Einsatz einer kultursensiblen Pflege.

Die Münchner Kliniken geben hinsichtlich des bewussten Umgangs mit dem Migrationshintergrund als Teil medizinisch-pflegerischer Arbeit kein einheitliches Bild ab. Die Bandbreite reicht von klarer, professioneller Schwerpunktsetzung in kultursensibler Kompetenz bis hin zu Befremden seitens des Personals darüber, die Thematik für besonders diskussionswürdig zu erachten.

Stationspersonal berichtete, dass gerade bei der Pflege älterer Migrant(inn)en die **sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten** oft im Vordergrund stünden. Zur Not behelfe man sich „mit Händen und Füßen“. Im Krankenhausalltag gibt es meist nicht die Zeit (und/oder die finanziellen Mittel), um Dolmetscher(innen) (zum Beispiel des BZTM) oder Mitarbeiter(innen) der Migrationsdienste einzuschalten. Eine Ausnahme bilden die Aufklärungsgespräche vor Operationen, da die rechtlichen Konsequenzen von Fehlinformationen gravierend sein können: Für diese Gespräche werden in der Regel Dolmetscher(innen) – notfalls auch Familienangehörige der Patientin beziehungsweise des Patienten – organisiert. Dies gilt allerdings seit Mitte der 1990er-Jahre nicht mehr für das Schwabinger

Krankenhaus mit seinem seit damals **hausinternen Dolmetscherdienst**, der Berichten zufolge flexibel und ressourcenorientiert eingesetzt wird (Wesselman et al. 2004).

Die Verständigungsschwierigkeiten, verbunden mit der mangelnden „Institutionenkunde“ bei Migrantenfamilien, können auf den Stationen Probleme verursachen. Grundsätzlich muss der **Einsatz von Familienangehörigen für die Übersetzung medizinischer Sachverhalte als fragwürdig** betrachtet werden. Obwohl in Fachkreisen inzwischen bekannt ist, dass die Übersetzungsdienste Angehöriger im medizinischen Bereich eine Überforderung einzelner Familienmitglieder sowie der Familienstruktur insgesamt darstellen können – beispielsweise durch Verletzung der Intimsphäre, inhaltliche Überforderung durch Fachbegriffe, in traditionell strukturierten Familien auch durch Untergraben des Rollenverständnisses und des Respekts zwischen den Generationen –, wird im Krankenhausalltag mangels schnell verfügbarer Alternativen immer wieder auf diese Möglichkeit zurückgegriffen.

Für dolmetschende Familienmitglieder kommt neben den genannten Faktoren noch die Belastung durch den – für Außenstehende nicht unbedingt ersichtlichen – **emotionalen Stress** aufgrund des eigenen Betroffenseins hinzu: Das sachlich korrekte Übersetzen beziehungsweise die Darstellung verschiedener medizinischer Optionen (in der Onkologie zum Beispiel: chirurgischer Eingriff gegen Bestrahlung) kann durch die Kombination aus fehlender Sachkenntnis und emotionaler Überforderung stark negativ beeinflusst werden.

Breaking bad news, das heißt die „Überbringung schlechter Nachrichten“, stellt auch für muttersprachliche Patient(inn)en und ihre Familien eine kritische Kommunikationssituation dar – dies ist in der medizinischen Forschung inzwischen unumstritten.⁴⁰ Selbst unter optimalen Bedingungen ist es aufgrund der eigenen Angst und Unsicherheit schwierig, die im Rahmen eines Gesprächs vermittelten Informationen mit all ihren Konsequenzen – den medizinischen und lebensweltlichen Dimensionen des Gesagten – in ihrer ganzen Tragweite zu erfassen und entsprechende Entscheidungen



40 Siehe zum Beispiel die informative Website www.breakingbadnews.co.uk für Leitfäden und Kommunikationsstrategien.

zu treffen. Daher besteht heute mit zunehmender Selbstverständlichkeit der berechnete Anspruch, als mündige(r) Patient(in) oder Angehörige(r) eine differenzierte und gleichzeitig einfühlsame „ungefilterte Übermittlung“ durch Expert(inn)en (Arzt, behandelnde Chirurgin, Krankenschwester etc.) zu erhalten. Dies ist inzwischen fester Bestandteil einer qualitativ hochwertigen medizinischen Kommunikation.

Unter den gegenwärtigen Bedingungen ist jedoch eine angemessene Kommunikation zwischen Ärztinnen beziehungsweise Ärzten oder Pflegepersonal einerseits und Patient(inn)en oder Angehörigen mit Migrationshintergrund andererseits sehr oft nicht möglich. Dies kann ernsthafte Konsequenzen für die Behandlung, Betreuung und nachhaltige Versorgung zugewanderter Patient(inn)en haben. Dieser Zustand – der letztlich eine Ungleichbehandlung aufgrund der jeweiligen Herkunft darstellt – ist aus medizinischer, pflegerischer und ethischer Sicht unhaltbar.

Dass auch unter den gegebenen Bedingungen differenzierte Dolmetscherleistungen patienten- und familiengerecht organisiert werden können, zeigt das Beispiel der in sprachlicher und medizinischer Hinsicht **professionell organisierten Versorgung arabischer Patient(inn)en** an Kliniken in München. Die Botschaften der jeweiligen Herkunftsländer der Familien stellen in der Regel eine(n) Dolmetscher(in) zur Verfügung, der/die Patient(inn)en bereits bei der Einweisung in die Klinik begleitet und dafür sorgt, dass alle wesentlichen medizinischen und biografischen Informationen korrekt übermittelt werden. Damit unterstützt er/sie den Aufbau von Vertrauen zur Institution Krankenhaus; zudem steht er/sie nach Auskunft des Personals auch bei Bedarf für spontane Übersetzungen per Telefon zur Verfügung. Da den Dolmetscher(inne)n sowohl Patient(inn)en als auch die Station bekannt sind, können sie sich als „Telefonübersetzer(in)“ schnell in die jeweilige Situation hineindenken. Diese flexible Einsatzmöglichkeit kommt allen zugute und bedeutet eine erhebliche Erleichterung für die Pflege.

Dabei ist sicher die Tatsache, dass die arabischen Klient(inn)en einen lukrativen Kundenkreis für das Klinikum darstellen, für die Bereitschaft der Institution Krankenhaus und des Personals zur Kooperation mit dem von der Botschaft gestellten Dienst entscheidend. Das Dolmetschen verursacht zwar

einen höheren Zeitaufwand für die Verständigung, doch offensichtlich zahlt sich diese Investition in Form besserer Kommunikation sowie höherer *compliance* (und vermutlich qualitativ hochwertiger Versorgung) aus. Gesprächspartner(innen) aus dem Pflegebereich bestätigten dies einstimmig.

Auch der **hausinterne Dolmetscherdienst der Pfleger(innen)** im Schwabinger Krankenhaus bedeutet für das Personal zunächst einen Mehraufwand. Die Dolmetschenden sind Kolleg(inn)en mit Migrationshintergrund, die für ihre vorher vereinbarten und klar strukturierten Einsätze frei bekommen und daher während des Dolmetschens auf ihrer eigenen Station fehlen. Doch alle erleben, wie sie allmählich von der verbesserten Kommunikation und Kooperation mit den ausländischen Patient(inn)en und Familien profitieren. Die übersetzenden Kolleg(inn)en erfahren eine professionelle Aufwertung und Anerkennung ihrer Sprachkompetenz. Darüber hinaus zeigt dieses Modell, welche große Möglichkeiten in der bewussten Nutzung der passiv bei der Krankenhausbelegschaft vorhandenen Ressourcen stecken.⁴¹

Im Zusammenhang mit der sprachlichen Verständigung erwähnten Mitarbeiter(inne)n der Migrationsdienste die Bedeutung einer weiteren Einrichtung, angesiedelt an der Nahtstelle zwischen verschiedenen Institutionen: die **Sozialbürgerhäuser**. Es habe sich herausgestellt, dass ältere Zugewanderte – sowohl Arbeitsmigrant(inn)en als auch Menschen mit Fluchthintergrund – bei Behördengängen, Antragstellungen oder Bewilligungsverfahren oft sprachlich sowie hinsichtlich ihrer Kenntnisse über die deutschen Institutionen überfordert seien und nicht immer auf sprachkundige Verwandte zurückgreifen könnten. Für diese Klientel wäre ein flexibel einsetzbarer Dolmetscherdienst in den Sozialbürgerhäusern eine große Erleichterung.

2.4.2 Interkulturelle Kompetenz auf der Station

Andere in Kliniken auftretende Schwierigkeiten zeigen, dass ein **kultursensibler Umgang** mit Patient(inn)en mit Migrationshintergrund alles andere als selbstverständlich ist. So können etwa gerade ältere Migrant(inn)en viel Besuch – über alle Generationen hinweg – auf der Station bekommen. Dabei

41 Für eine anschauliche Darstellung des hausinternen Dolmetscherdienstkonzepts siehe Wesselman et al. (2004).

kann es auch etwas lauter werden, wodurch sich manchmal das Personal und andere Patient(inn)en belästigt fühlen. Gehören die (muslimischen) Patient(inn)en zur Gemeinschaft der örtlichen Moschee, bekommen sie möglicherweise zusätzlich Besuch von anderen Vereinsmitgliedern, die laut Aussage der Vorstände am Schwarzen Brett des Vereins auf im Krankenhaus liegende Mitglieder hingewiesen und zu deren Besuch aufgefordert würden. Den Stationsmitarbeiter(inne)n ist dies meist unbekannt – aus ihrer Sicht kommt es zu einem unüberschaubaren, Unmut erzeugenden „Massenandrang“. Ein weiteres Problem bringen die erweiterten Verwandtschaftsverhältnisse der Großfamilie mit sich: Krankenschwestern und -pflegern stellt sich die Frage, welchen Personen aus dem Kreis der Angehörigen sie überhaupt berechtigterweise Auskünfte über die Patient(inn)en erteilen dürfen. Gute praxisnahe Informationen auf Internetseiten der Kliniken, etwa zum Umgang mit muslimischen Patient(inn)en (wie das Beispiel des Klinikums Großhadern zeigt), finden offenbar nur wenig Beachtung.

Schwierigkeiten bereiten den Kliniken oftmals auch die **Vorstellungen der Migrantenfamilien zum Thema Ernährung**. Die wenigsten Krankenhausküchen scheinen sich auf die Bedürfnisse von Patient(inn)en mit einer von der hiesigen abweichenden, religiös geprägten Ernährungsweise – ob muslimisch, jüdisch, hinduistisch oder anderer Ausrichtung – einzustellen; eine Ausnahme bilden auch hier die – privat zahlenden – arabischen Patient(inn)en. Zurückzuführen ist dies zum einen auf die schwer steuerbare Versorgung durch Großküchen oder Kantinen sowie die Kostenreduzierung durch *outsourcing*. Zum anderen kollidiert in manchen Fällen die aus gesundheitlichen Gründen erforderliche Diät der Patient(inn)en mit den Essensgewohnheiten der Familie. Darüber hinaus sind jedoch viele Schwierigkeiten bedingt durch eine mangelhafte kultursensible Empfindsamkeit des Krankenhauspersonals, zum Beispiel im Hinblick auf die Existenz besonderer Bedürfnisse. Manche Patient(inn)en reagieren darauf resigniert mit Rückzug bis hin zu Nahrungsverweigerung, was dann von den Stationsmitarbeiter(inne)n als fehlende Kooperationsbereitschaft interpretiert wird.

Mit dem **Selbstversorgungswunsch** mancher Migrantenfamilien gehen Krankenhausstationen unterschiedlich um: Manche Stationen zeigen sich

offen für das Mitbringen von Essen durch Angehörige, einzelne lassen sogar die Zubereitung warmer Mahlzeiten in der kleinen Stationsküche (sofern vorhanden) zu. Andere Mitarbeiter(innen) hingegen bewerten solche Wünsche als Ausdruck eines ungezügeltten Anspruchsdenkens, dem man entschieden entgegenzutreten muss – nach dem Motto: „Wehret den Anfängen!“⁴²

2.4.3 Beratung, Unterstützung und Weitervermittlung: Sozialdienst und Seelsorge und das Überleitungsgespräch

Das Kapitel Sozialdienst und Seelsorge für ältere Migrant(inn)en im Krankenhaus ist ein besonders lehrreiches. Einerseits – so der Eindruck aus mehreren Experteninterviews – sind es gerade Mitarbeiter(innen) der Sozialdienste und der Seelsorge, die für die sprachlichen, sozialen und seelischen Nöte der Zugewanderten empfänglich sind. Auf der anderen Seite sehen sie sich hinsichtlich dieser Patientenkreise engen Grenzen im eigenen Aktionsradius ausgesetzt. Fünf Themenschwerpunkte wurden in diesem Kontext genannt:

Erstens nehmen ältere Migrant(inn)en **unterdurchschnittlich oft die Beratungsangebote des Sozialdienstes in Anspruch**. In der Regel geht es bei den Beratungen zunächst um lebenspraktische Fragen wie Rente, Lohn- oder Rentenfortzahlung, Krankengeld, Versicherungsleistungen, Patientenverfügungen, Testament etc. Doch aufgrund ihrer mangelnden Sprach- und Institutionenkenntnisse machen ältere Migrant(inn)en von dieser Beratungs- und Betreuungsmöglichkeit wenig Gebrauch. Sofern der Sozialdienst im Zusammenhang mit Patient(inn)en ausländischer Herkunft von Stationspersonal überhaupt eingeschaltet wird, geht es oft um Verständigungsprobleme. Manchmal können dann zwar die Mitarbeiter(innen) des Dienstes vermitteln, grundsätzlich aber bleibt die Sprachbarriere bestehen.

Ein Hinweis, dass es sehr wohl einen unerkannten Bedarf nach Unterstützung gibt und dass Migrant(inn)en im Krankenhaus in Isolation geraten können, kam von einem Gesprächspartner spanischer Herkunft, der seit mehr als vier Jahrzehnten in München lebt. Seit Langem engagiert er sich im



⁴² Vergleiche zum Thema interkulturelle Kompetenz im Krankenhaus Ghaeni (1999), S. 20: „In der Architektur der Häuser wurden keine interkulturellen Aspekte berücksichtigt. Es herrschen Defizite sowohl in der mehrsprachigen Beschilderung als auch bei den Formularen für ausländische Patienten. Auch die Verpflegung der Patienten ist rein monokulturell ausgerichtet.“

sozialen und politischen Bereich, seit einiger Zeit auch in der Interessenvertretung für Senior(inn)en. Im Gespräch fragte er sich, wie es dazu hätte kommen können, dass ein Landsmann kürzlich wochenlang im Krankenhaus gelegen habe, ohne dass Informationen über seine Vereinsamung und sein Wunsch nach Besuch und Unterstützung weitergeleitet worden seien. Er forderte, dass sich mehr um diese Menschen gekümmert werden müsse. (BET 18)

Auch Sozialdienste der Krankenhäuser stellen fest, dass insbesondere Spanier(innen) und Italiener(innen) von Isolation und Depression gefährdet seien – meist wisse man aber nicht, an wen man sich wenden sollte. Dies ist vermutlich auf fehlende Vernetzungen zwischen Institutionen, Initiativen und Communitys zurückzuführen, die aber dringend aufgebaut werden sollten. Auf dieses wichtige Thema wird später noch eingegangen (S. XX).

Der zweite Themenschwerpunkt betrifft die **stark monokulturelle Ausrichtung der seelsorgerischen Betreuung** – wie im Grunde des Sozialdienstes auch – in den meisten Krankenhäusern: Kulturelle und religiöse Bedürfnisse von Gläubigen anderer Religionen und mit anderem kulturellen Hintergrund als dem hiesigen werden kaum berücksichtigt. Engagierte Seelsorger(innen) haben zwar im Rahmen des städtischen Runden Tisches der Muslime unter Leitung von Bürgermeister Monatzeder begonnen, Imams muslimischer Vereine in Notfällen (zum Beispiel zur Sterbebegleitung) auf die Stationen städtischer und universitärer Kliniken zu vermitteln, doch von einer funktionierenden Versorgung ist man weit entfernt. Eine für diese Problematik offene Stationsleitung eines großen Münchner Krankenhauses meinte zur sozialen und seelsorgerischen Versorgung von Menschen anderer Glaubensrichtungen generell: „*Da müssen wir uns an die eigene Nase fassen, das ist bis jetzt bei uns ein blinder Fleck.*“ (EXP 16)

Diese Feststellung schließt auch Kenntnisse über angemessene **Sterbe- und Abschiedsrituale für Patient(inn)en anderen Glaubens** ein – das dritte Thema. Es hängt sehr von der Empathie (und vom interkulturellen Wissen) des Stationsteams ab, ob kulturspezifische Wünsche von den Angehörigen überhaupt geäußert geschweige denn daraufhin umgesetzt werden. Vielen Krankenhausleitungen

scheinen die Themen kulturspezifische Sterbebegleitung und spezielle Abschiedsrituale oder auch die Anschaffung besonderer symbolischer Gegenstände (analog etwa dem Kreuz im Christentum) für eine „Abschiedskiste“ auf jeder Station sehr fremd zu sein. Und dies trotz des in den letzten Jahren in Kliniken und Seniorenheimen erheblich gestiegenen Bewusstseins im Umgang mit dem Bereich Sterbesymbolik/Sterbebegleitung/Hospiz und Palliativmedizin.⁴³

Viertens bereitet die **weiter gehende Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus** oft erhebliche Probleme. Entscheidend dabei ist meist die Übergangssituation: Laut Aussage einiger Gesprächspartner(innen) fielen am ehesten Migrant(inn)en durch das Netz, wenn Kommunikation und Koordinierung an der Nahtstelle zwischen Krankenhaus und Stadtviertel nicht funktionierten. Als (hypothetisches) Beispiel sei die Entlassung eines Herzinfarktpatienten – eines älteren Arbeitsmigranten – aus dem Krankenhaus genannt: Verstehen die Betroffenen beim **Überleitungsgespräch** wesentliche Informationen zur weiter gehenden häuslichen Versorgung nicht, kann die Familie (möglicherweise eine einzige pflegende Angehörige) in massive Schwierigkeiten geraten. Die erste Maßnahme in einer solchen Situation wäre das sachgemäße Dolmetschen vor Ort – was in manchen Krankenhäusern systematisch und gewissenhaft gewährleistet ist, in anderen hingegen nicht.

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus soll die Vernetzung der Einrichtungen auf Stadtteilebene – Hausärztin oder Hausarzt, ambulante Dienste, Beratungsstellen, Betreuung durch die Bezirkssozialarbeit, Vermittlung zur pflegenden Angehörigengruppe etc. – greifen, doch laut Kenner(inne)n der Szene trifft dies für ältere Migrant(inn)en häufig nicht zu. Ein im ambulanten Versorgungsbereich kundiger Interviewpartner formulierte es so:

Er stellt eine konsequente Unterversorgung der Migrantenfamilien fest, zum Beispiel fehlt bei der Überleitung von Migrant(inn)en nach Hause oft die Einschaltung der Bezirkssozialarbeit. Angehörige sind nicht über die Versorgungsoptionen informiert. Auch werden die Pflegedienste manchmal nicht von sich aus tätig. Nicht selten fehlt eine Sensibilität der Überleitungsschwestern für die sozial schwachen Migranten und Migrantinnen. (EXP 1)

43 Vergleiche Anderson (2003) und Brathuhn (1999). Siehe auch die qualitativ hochwertige Zusammenarbeit zwischen dem Christophorus Hospizverein und der Palliativstation des Klinikums Großhadern in München.

Nach Aussage von Mitarbeiter(inne)n der sozialen Dienste kommt – der fünfte Aspekt – zu den genannten Problemen hinzu, dass die Kliniken **kaum über Kenntnisse zu ambulanten Dienste mit interkulturellem Schwerpunkt** verfügen. Einige wenige ambulante Dienste seien jeweils bekannt, doch diejenigen mit interkulturellem Schwerpunkt gehörten nicht unbedingt dazu. Interkulturelle Kompetenz als Kriterium für die Weiterversorgung sei für Mitarbeiter(innen) des Sozialdienstes oder für die Überleitungsschwester (die für das Entlassungsgespräch zuständige Krankenschwester) in der Regel nicht fest im Anforderungsprofil für die Vermittlung an ambulante Dienste verankert. So entstünden Weitervermittlungs- und Versorgungslücken für die Menschen, die aufgrund fehlender Sprach- und Institutionenkenntnis sowieso nicht zu den „kundigen Kund(innen)“ des medizinischen Systems gehörten. Wieder zu Hause, blieben sie dann oft, wie vom oben zitierten Gesprächspartner festgestellt, über einen längeren Zeitraum isoliert und überfordert.

Gesprächspartner(innen) aus einem Münchner Krankenhaus aus den Bereichen Pflege, Sozialarbeit und Leitung machten in einer Interview- und Diskussionsrunde auf den **eigenen Informations- und Hilfebedarf** aufmerksam: Sie bräuchten bessere, spontan einsetzbare Dolmetscherleistungen, Vernetzungen mit den ethnischen Communities und den Migrationsberatungsdiensten, eine leicht zugängliche Liste der interkulturellen beziehungsweise ethnisch spezialisierten ambulanten Pflegedienste sowie eine interkulturell ausgerichtete (schriftliche) Unterstützung für die Durchführung der Überleitungsgespräche. (EXP 29)

All diese Schwierigkeiten bei der Versorgung älterer Migrant(inn)en im und nach dem Krankenhaus machen eines deutlich: Im Hinblick auf ihre seelsorgerische Betreuung im Krankenhaus sowie ihre nachhaltige Weiterversorgung nach der Entlassung ist eine **Vernetzung mit anderen Institutionen, Initiativen und Selbstorganisationen ethnischer Gruppen dringend geboten**. Dabei geht es neben dem Informationsaustausch auch um vertrauensbildende Maßnahmen in den Migrantengemeinschaften, beispielsweise über eine direkte Ansprache der Selbstorganisationen. So müssen etwa kirchliche Strukturen wie die muttersprachlichen Missionen der katholischen Kirche oder die Anlaufstellen der Diakonie, aber auch die muslimischen Vereine der Stadt einbezogen werden. Nur auf diesem Weg kann man viele ältere Migrant(inn)en, die – getrennt vom Rest der Mehrheitsgesellschaft – in ihrer eigenen Welt leben, überhaupt erreichen.

2.4.4 Die Signalwirkung des „kultursensiblen Krankenhauses“

In der Forschung wurde bislang übersehen, welche **zentrale Stellung der Institution Krankenhaus** zukommt, wenn es um die Erprobung innovativer Strategien zur besseren Versorgung älterer Migrant(inn)en geht. Zum einen spielen Kliniken im Leben aller Generationen – bei Migrant(inn)en ebenso wie bei der einheimischen Bevölkerung – eine weitaus größere Rolle als etwa ambulante Pflegedienste oder Seniorenheime. Allein aus diesem Grund hat die **Umsetzung von Konzepten der interkulturellen Kompetenz und der kultursensiblen Pflege im Krankenhaus eine große Signalwirkung** bis in die Migrantengemeinschaften hinein. So können ältere Migrant(inn)en beispielsweise durch eigene Kinder, die in einer Klinik im Pflegebereich beschäftigt sind, erfahren, inwiefern sich dieses Krankenhaus bewusst „migrantenfreundlich“ präsentiert oder umstrukturiert.

Darüber hinaus nehmen Kliniken gegenüber medizinisch-pflegerischen Dienstleistern eine **Vorbildfunktion** ein: Wenn Krankenhäuser die kultursensible Pflege zu einem selbstverständlichen Baustein und einer Querschnittsaufgabe in der täglichen Arbeit erklären, hat dies für die ambulanten Dienste automatisch Relevanz, da die von den Kliniken gesetzten Pflegestandards von den ambulanten Diensten – gemäß ihrer Aufgabenstellung – eingehalten werden müssen. **Schließen** also die Definitionen dieser **Standards die interkulturelle Thematik ganz selbstverständlich ein**, müssen die ambulanten Pflegedienste gleichziehen.

Ähnliches gilt für die **Seniorenwohn- und Pflegeheime**. In vielen Fällen müssen schwerst pflegebedürftige Menschen direkt aus dem Krankenhaus in ein Heim verlegt werden. Dies trifft zwar für ältere Migrant(inn)en gegenwärtig noch nicht so häufig zu – zum Teil bedingt durch die Alterstruktur der Zielgruppe –, doch berufliche und sonstige biografische Voraussetzungen lassen vermuten, dass solche Direktverlegungen höchstwahrscheinlich auch bei ihnen künftig vermehrt vorkommen werden. Auch für stationäre Seniorenzentren hätte eine von den Krankenhäusern vorgegebene klare Definition kultursensibler Pflege als Arbeitsgrundlage einen professionell verpflichtenden Charakter. Dies brächte eine im Vergleich zur heutigen Situation grundlegende Veränderung in der Sicht der Heime auf den/die potenzielle(n) Bewohner(in) mit Migrationshintergrund mit sich, wie im Folgenden gezeigt wird.



2.5 Ältere Migrant(inn)en in stationären Einrichtungen der Altenhilfe

2.5.1 Kultursensible Pflege in Seniorenheimen: die bundesweite Entwicklung

Bis heute sind nur **sehr wenige Migrant(inn)en in den Alten- und Pflegeheimen** Münchens zu finden: Im Jahr 2005 waren es laut einer internen Statistik des Sozialreferats 113. Dies ist sicherlich zum Teil darauf zurückzuführen, dass die breite Masse der ehemaligen „Gastarbeiter(innen)“ noch kein sehr hohes Alter erreicht hat, das durchschnittliche Alter beim Übertritt in ein Heim hierzulande aber inzwischen bei weit über 80 Jahren liegt. Doch ist dies als Erklärung für die geringe Zahl der Heimbewohner(innen) ausländischer Herkunft nicht ausreichend. Auch andere, bereits erwähnte Faktoren spielen eine große Rolle, beispielsweise die Ambivalenz der Migrant(inn)en hinsichtlich ihres Verbleibs in Deutschland, ihre generelle Distanz zu den Institutionen der Altenhilfe und insbesondere ihr negatives Bild der Altenheime. Darüber hinaus stehen jedoch auch stationäre Einrichtungen selbst dieser potenziellen Zielgruppe distanziert gegenüber. Aufgrund der zentralen Rolle dieser wechselseitigen Distanz muss dieses Thema genauer betrachtet werden.

Zunächst aber ein Blick auf die aktuelle Situation der kultursensiblen stationären Pflege in Deutschland. Im Rahmen der *Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe* in den Jahren 2002 bis 2006 wurde das Thema der interkulturellen stationären Altenhilfe großgeschrieben und zahlreiche bundesweit durchgeführte Veranstaltungen beschäftigten sich mit dem Thema (Hinweise unter www.kda.de). Modellprojekte im stationären Bereich spiegeln die Bemühungen einzelner Initiativen wider, den kulturellen, sozialen und religiösen Bedürfnissen älterer Menschen mit Migrationshintergrund besser zu entsprechen: So etwa das Haus am Sandberg in Duisburg⁴⁴, das den Schwerpunkt bei türkischen Bewohner(inne)n setzt, sowie die erste türkische Seniorenpflegeeinrichtung Deutschlands in Berlin, für die unter Leitung der Marseille-Kliniken AG in Zusammenarbeit mit der Türkischen Gemeinde zu

Berlin ein spezielles Wohn- und Pflegekonzept für türkische Senior(inn)en entwickelt wurde.

Durch die Recherchen und Erhebungen im Rahmen der vorliegenden Studie entstand für den Verfasser der Eindruck, gerade im Bereich der stationären Altenhilfe herrsche in Deutschland ein **Nord-Süd-Gefälle**: In anderen Bundesländern scheint man in der Auseinandersetzung mit dem Thema der stationären Unterbringung älterer Migrant(inn)en und den damit verbundenen Fragen ein ganzes Stück weiter zu sein als in Bayern.⁴⁵

Kontrovers diskutiert wird in diesem Zusammenhang der Aspekt **getrennter Einrichtungen oder Stationen für Migrant(inn)en**, vor allem derer mit muslimischem Hintergrund. Diese Diskussion wurde und wird auch in München geführt.⁴⁶ Gerade in Zeiten einer lebhaften Integrationsdebatte um und zwischen Mehrheits- und Minderheitsgesellschaft in Deutschland wirft dieses Thema zwei wichtige Fragen auf: Läuft die Einrichtung solcher Stationen oder Heime spezifisch für ältere Migrant(inn)en nicht dem integrativen Gedanken zuwider? Bedeutet kulturspezifische Angebote nicht zwangsläufig den Ausschluss von Menschen anderer ethnisch-kultureller Prägung?

Doch im Hinblick auf Integration heißt das Eingehen auf kulturspezifische Bedürfnisse in der Altenhilfe eben **nicht**, nicht integrativ zu denken, sondern vielmehr, den Schwerpunkt auf die migrationsbedingten Besonderheiten des älteren Menschen zu legen und zu versuchen, dieser Wirklichkeit – im Sinne der individuellen Biografiearbeit – gerecht zu werden.

Des Weiteren bedeutet interkulturelle Kompetenz, den herkunftsspezifischen Seiten eines Menschen mit entsprechendem Wissen, mit Offenheit und Empathie so weit wie möglich zu begegnen, **ohne den Menschen darauf zu reduzieren**. Für die Strukturen der stationären Altenhilfe heißt dies, eine kultursensible Altenpflege als Öffnung für kulturelle Differenzen und Vielfalt (*diversity*) – nicht nur im Sinne der Ethnie – zu begreifen.

44 Siehe Hielen (1998).

45 Vergleiche Informationen des *IkoM Altenhilfe für Migranten* (Newsletter seit 2001) der Aktion Courage unter www.aktioncourage.org.

46 Die Arbeiterwohlfahrt München-Stadt beschäftigt sich seit einiger Zeit mit dem Thema der Einrichtung einer muslimischen Station in einem Altenheim.

Diese Sichtweise ist präzise im *Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe* (2005, S. 5) dargelegt:

„Eine Gleichbehandlung blendet bestehende Unterschiede aus. Eine gleichwertige Behandlung hingegen erfordert eine bedürfnis- und biografieorientierte Pflegebeziehung. Migrantinnen und Migranten dürfen dabei nicht auf eine vorgeblich homogene Herkunftskultur reduziert werden. Der Pflegeprozess ist im Dialog mit den Pflegebedürftigen vor dem Hintergrund der jeweiligen Lebenserfahrung, Selbstdefinition und des Erlebens der Pflegesituation sicherzustellen. Die Steuerung des kultursensiblen Pflegeprozesses ist Aufgabe der Pflegedienstleitung.

Die Gestaltung der notwendigen Kommunikation erfordert von den Pflegenden interkulturelle Kompetenz, die in interkulturellen Pflegebeziehungen, im Team und in der Aus- und Fortbildung gewonnen werden kann.“

2.5.2 Das deutsche Altenheim aus Sicht älterer Migrant(inn)en

Um zu erfahren, wie Münchner Migrant(inn)en selbst die Situation einschätzen, wurden sie in den Gesprächen gefragt, wie sie das **Älterwerden in Deutschland grundsätzlich sehen** und ob sie sich vorstellen könnten, freiwillig in ein deutsches Altenheim zu ziehen. Ungeachtet ihrer Herkunft sowie der sozialen, ökonomischen oder religiösen Unterschiede war das Thema **Altenheim** bei den älteren Gesprächspartner(inne)n mit Migrationshintergrund durchweg sehr **negativ besetzt**. Die Ergebnisse lassen sich in einigen wesentlichen Aussagen zusammenfassen: 1. Basierend auf ihren Erfahrungen in der Herkunftsregion betrachten sie Altenheime auch in Deutschland als reine „Aufbewahranstalten“ oder „Abschiebebahnhöfe“. 2. In der Regel hegen sie die Hoffnung, die Familie werde im Notfall für sie aufkommen; damit werde eine Übersiedlung ins Altenheim gar nicht nötig sein. Allerdings ist das Thema innerhalb der Familien – wie bereits angedeutet – sehr oft tabu. 3. Das Verhalten der Deutschen, ihre „Alten“ ins Heim „abzuschieben“, wird von älteren Migrant(inn)en mit Entsetzen beobachtet: Dies sei Ausdruck der zerrütteten Familienverhältnisse in der deutschen Gesellschaft. 4. Andere Optionen als das Altenheim oder – wenn sie selbst bereits damit zu tun hatten – ambulante Hilfen zu Hause waren im Allgemeinen unbekannt.

Im Hinblick auf eine potenzielle Offenheit älterer Migrant(inn)en für (teil-)stationäre Angebote der

Altenhilfe ergab sich jedoch ein kleiner Hoffnungsschimmer. Aufgeklärt über andere Optionen wie **betreutes Wohnen**, zeigten sich die meisten Gesprächspartner(innen) dafür offen und interessiert. Insbesondere sämtliche Möglichkeiten, das Leben so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden fortzuführen, wurden sehr befürwortet. Das heißt, für ältere Migrant(inn)en steht – ähnlich wie für ihre deutschen Altersgenoss(inn)en – die autonome Lebensgestaltung bis ins hohe Alter an erster Stelle auf ihrer Wunschliste.⁴⁷ Ihrer Ansicht nach lässt sich dies in erster Linie durch betreutes Wohnen zu Hause realisieren. Aber auch die Option des betreuten Wohnens in einer Seniorenwohnanlage käme unter Umständen infrage, da sie mit gewissen Vorteilen verbunden sein könnte.

Es zeigte sich, dass sich das Bild des Altenheims durchaus **zum Positiven wenden kann**, wenn Migrant(inn)en ganz konkret stationäre Senioreneinrichtungen von innen kennenlernen. Ob dies im Rahmen des AWO-Infokofferprogramms *Älterwerden in Deutschland* oder durch von Teams der Alten- und Service-Zentren organisierte Besuche stationärer Alteinrichtungen geschieht – der von den Medien verbreitete Eindruck von „Pflegeskanandalen“ in Heimen wird damit relativiert. Ausländischen Besucher(inne)n bietet sich die Gelegenheit, die oftmals hohe Wohnqualität selbst zu erleben und über die eigenen Vorstellungen und Ängste im Hinblick auf eine Heimunterbringung zu sprechen – oder zumindest zu hören zu können, wenn andere Besucher(innen) die eigenen Bedenken oder Befürchtungen offen aussprechen. Gesprächspartner(innen) aus der Beratungsarbeit mit älteren Migrant(inn)en wiesen darauf hin, dass solche Gruppenbesuche eine wichtige Aufklärungsfunktion innerhalb der Communitys besäßen.

Die Frage, ob eine Berücksichtigung ihres ethnisch-kulturellen Hintergrundes im Altenheim wichtig wäre, beantworteten die Gesprächspartner(innen) unterschiedlich. So maßen nur wenige Ernährungswünsche große Bedeutung bei. Oft wurde zu Protokoll gegeben, dass man sich nach so vielen Jahren in Deutschland an die deutsche Küche gewöhnt habe. Die Migrant(inn)en gingen davon aus, dass religionsspezifische Ernährungsweisen – etwa kein Schweinefleisch für Muslime – grundsätzlich bekannt seien und respektiert würden. Im Gegensatz dazu waren manche aber von der Vorstellung des Essens aus der Großküche eines Heims nicht



⁴⁷ Vergleiche Tesch-Römer (2004).

begeistert. Sie zitierten Negativbeispiele aus dem weiteren Bekanntenkreis, die anscheinend ihr Bild von einer schlechten Ernährungsqualität in Heimen bestätigten. Was nämlich von den Interviewpartner(inne)n durchaus immer wieder betont wurde: Essen sei schon wichtig – es sollte wenigstens gut schmecken.

Die größte Bedeutung kommt jedoch der **Sprache** zu: Nicht nur bei Gesprächspartner(inne)n mit geringen, sondern auch bei solchen mit sehr guten Deutschkenntnissen war das Bedürfnis, innerhalb des Pflegepersonals muttersprachliche Ansprechpartner(innen) zu haben, groß. Muttersprachigkeit wurde als ein Stück Heimat in der Fremde empfunden. Als weiteren Aspekt erwähnten manche ausdrücklich den Rückgang ihrer Deutschkenntnisse im Alter – und die Angst davor.

Zugleich sahen es die älteren Migrant(inn)en als erwiesen an, dass Pflegepersonal mit persönlicher Kenntnis der Herkunftskultur und -region ihre Bedürfnisse eher – möglicherweise sogar unausgesprochen – verstehen würde. Daraus leitete sich aber kein „Absolutheitsanspruch“ ab: Natürlich sollte es eine Mischung des Personals geben. Es wurde auch **kein ausdrücklicher Wunsch nach getrennten Stationen oder gar Einrichtungen** geäußert, sondern man ging von mit Deutschen und anderen Nationalitäten gemeinsam genutzten Räumlichkeiten aus. Alles in allem sind diese Aussagen als **Plädoyer für muttersprachliches Personal sowie für interkulturelle Kompetenz im gesamten Pfllegeteam** zu werten.

Für ältere Migrant(inn)en mit sehr geringen Einkünften kann es auch eine wichtige Rolle spielen, dass sie in einer stationären Einrichtung möglicherweise nicht nur sozial, sondern auch ökonomisch eine bessere Lebensqualität – gesicherter Wohnraum, schöne Ausstattung, geregelte Mahlzeiten, kaum materielle Sorgen um das „nackte Überleben“ – genießen könnten, wenn sich die Finanzierung entsprechend klären ließe.

Nicht zuletzt sind es **positive Erfahrungen mit anderen Diensten**, die längerfristig die Offenheit für eine mögliche Heimunterbringung wesentlich beeinflussen. Erhält man beispielsweise über die gezielte Unterstützung durch ambulante Hilfen für eine(n) zu Hause zu pflegenden Bedürftige(n) Zugang zu einer Migrantenfamilie, entwickelt sich im Laufe der Zeit ein Vertrauensverhältnis zwischen Pflegekräften und Familie. Fachliche Kompetenz, Einfühlungsvermögen, Verständnis für pflegende Angehörige, Berücksichtigung kultursensibler As-

pekte und gegebenenfalls die muttersprachliche Verständigung können dazu beitragen. Und so können es schließlich Mitarbeiter(innen) ambulanter Pflegedienste oder von Sozialstationen sein, die der Familie bei der schwierigen Entscheidung, eine stationäre Unterbringung für den/die Pflegebedürftige(n) zu suchen, beratend zur Seite stehen.

Grundsätzlich möchte in diesen Fragen also die Mehrheit der älteren Migrant(inn)en – wie jede(r) andere(r) mündige(r) Bürger(in) auch – die verfügbaren Optionen abwägen und selbst über den weiteren, möglichst autonom zu gestaltenden Lebensweg entscheiden – ausreichende Informationen und beratende Unterstützung vorausgesetzt. Und ebenso wie einheimische Senior(inn)en begrüßen auch sie die zunehmende Pluralität der Wohn- und Lebensmodelle für ältere Menschen in Deutschland.

2.5.3 Die Angebotsseite: die Haltung von Heimleitungen und Pflegekräften

Die Forderung, auf die Bedürfnisse älterer Migrant(inn)en kultursensibel und mit muttersprachlicher Vermittlung einzugehen, stößt bei den Dienstleistungsanbietern in der Altenhilfe nicht immer auf Zustimmung. In Gesprächen mit Heimleiter(inne)n stellte sich heraus, dass die **kultursensible Pflege als nicht relevant für die eigene Arbeit** betrachtet wird, da es kaum ausländische Bewohner(innen) gebe – durch die Gleichbehandlung aller Bewohner(innen) sei die interkulturelle Problematik gelöst; die wenigen Einzelfälle „liefen einfach mit“. Ein Mitglied des Leitungsteams eines ambulanten Pflegedienstes vertrat hinsichtlich einer muttersprachlichen Verständigung die Ansicht, die Migrant(inn)en hätten schon lang genug in Deutschland gelebt, um ordentlich Deutsch zu lernen; wenn sie es im Alter immer noch nicht könnten, seien sie selbst schuld. Es tue ihm Leid, aber sie sollten mit den Diensten, so wie sie sind, Vorlieb nehmen und keine besonderen Ansprüche stellen.

Ein in der sozialen und medizinischen Beratungsarbeit sehr erfahrener Gesprächspartner vertrat eine ganz andere Position. Er plädierte dafür, die Bedürfnislage gerade älterer Menschen mit Migrationshintergrund nicht mit der breit angelegten Integrationsdebatte zu vermischen. Die Situation älterer Migrant(inn)en – die ja oft keine langfristig Eingewanderten hatten werden wollen – spiegele die **nicht erfolgte Begegnung zwischen Mehrheits- und Minderheitsgesellschaft** in Deutsch-

land wider. Seine Schlussfolgerung aus diesem seiner Ansicht nach gesellschaftspolitischen Scheitern über Jahrzehnte hinweg formulierte er hart und deutlich:

„Wenn es der Gesellschaft nicht gelungen ist, die Leute in die gleiche Schule zu bringen, in den gleichen Betrieb, dann können wir nicht verlangen, dass sie sich auf dem Friedhof begegnen. Wir müssen das zur Kenntnis nehmen.“ (EXP 28)

Was die Einstellung der Münchner Seniorenheime zur kultursensiblen Pflege angeht, so entsteht der Eindruck, dass – mit sehr wenigen Ausnahmen – das Thema kaum bis in die Einrichtungen selbst vorgedrungen ist. Interkulturelle Fortbildungen oder die Auseinandersetzung mit kultursensiblen (zum Teil auch fördernden) Pflegeansätzen scheinen keine Priorität zu haben. Eine Interviewpartnerin, langjährige Kennerin der stationären Szene in der Stadt, merkte zur Haltung der Leiter(innen) etlicher Münchner Einrichtungen an:

Die Praxis sieht manchmal anders aus als öffentlichkeitswirksam proklamiert – man braucht aber mehr als nur Lippenbekenntnisse. Es geht um mehr als nur Zeitungsvorlesen für die Bewohner. (EXP 36)

Eine klare Ausnahme stellt das **Saul-Eisenberg-Seniorenheim** der Israelitischen Kultusgemeinde München und Oberbayern dar, in dem – bedingt durch die internationale Zusammensetzung der Bewohnerschaft jüdischen Glaubens – **interkulturelle Kompetenz fester Bestandteil des Arbeitsansatzes** geworden ist. Von Beginn der Heimunterbringung an setzt man sich mit den biografischen und kulturellen Besonderheiten neuer Bewohner(innen) auseinander. Eine besondere Herausforderung hinsichtlich der Integration der Bewohner(innen) ist, dass viele von ihnen als Kontingentflüchtlinge erst in relativ weit fortgeschrittenem Alter nach Deutschland kamen.

Für ihre Arbeitsgrundlage bezieht sich die Heimleitung auf das **transkulturelle Pflegekonzept von Madeleine Leiniger**.⁴⁸ In der täglichen Praxis beinhaltet dies eine konkrete Anleitung für die Pflegekräfte im Umgang mit einer sehr heterogenen Bewohnerschaft. Diese besteht zunächst aus Mitgliedern der jüdischen Gemeinde Münchens, Bayerns und – vereinzelt – anderer Bundesländer.

Daneben gibt es auch einige Re-Immigrant(inn)en, zum Beispiel aus den USA und aus Südamerika. Der Schwerpunkt liegt jedoch auf Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion. Insgesamt hat das Haus etwa 50 Bewohner(innen), davon stammen 60 Prozent aus den ehemaligen GUS-Staaten (Kontingentflüchtlinge), unter den weiteren 40 Prozent finden sich viele aus westeuropäischen Staaten, aber auch aus Polen und Ungarn, nicht selten mit deutschem Pass (Stand: Anfang 2006). Auch einige *displaced persons* gehören dazu, die nach 1945 entweder in Deutschland geblieben oder irgendwann zurückgekommen waren, manche aus Israel oder Skandinavien. Deutsche Bewohner(innen) jüdischen Glaubens gibt es nur wenige.

Die theoretische Basis für Betreuung und Pflege wird knapp gehalten und beschränkt sich lediglich auf eine Art „Betriebsanweisung“ für die Mitarbeiter(innen): In ihrem Rahmen werden biografische Hintergründe der Bewohner(innen) vermittelt und Fortbildungen veranstaltet zu Themen wie Feiertage und religiöse Bräuche, Lebensmittel- und Essgewohnheiten sowie die biografische Bedeutung der Migration. Die Relevanz all dieser Faktoren für die Pflege steht immer im Mittelpunkt. Dennoch – so gestanden Gesprächspartnerinnen aus der Einrichtung bei einem ausführlichen Interview ganz offen – gebe es Situationen, in denen man hilflos sei, weil man zu wenig über die Lebensgeschichte eines Menschen wisse.

Im Heimaltag geht es um die Integration von Menschen mit unterschiedlichem Hintergrund, Gesundheitszustand und Alter. Für eher rüstige Bewohner(innen) kann diese Situation teilweise sehr belastend sein, weil stark divergierende Vorstellungen und Bedürfnisse – je nach sozialer Schicht und persönlicher Befindlichkeit – aufeinanderprallen: von schwerst pflegebedürftigen Personen bis hin zu Bewohner(inne)n mit „Fünf-Sterne-Hotel-Erwartung“ an den Service wollen alle entsprechend versorgt sein. Dazu kommt, dass nicht wenige im Heim wohnende Jüdinnen und Juden aus Russland den Gulag erlebt oder andere traumatische Erfahrungen gemacht haben und dadurch zusätzlich stark physisch und psychisch belastet sind. Bezogen auf Migrationshintergrund, soziale Schicht und Einkommen ihrer Bewohnerschaft weisen andere Seniorenheime des Stadtviertels sicherlich eine homogenere Zusammensetzung auf.

→

48 *Transcultural Nursing* siehe Domenig (2001). Vergleiche auch die Aufsatzsammlung von Uzarewicz (2000) sowie Habermann (o.J.).

Das Pflegepersonal besteht zu etwa 30 Prozent aus Mitarbeiter(inne)n mit Muttersprache Russisch. Auch einige autochthone Mitarbeiter(innen) lernen Russisch. Darüber hinaus bietet das Heim seinen Bewohner(inne)n einen Deutschkurs an, der auch angenommen wird und erfolgreich verläuft. Die Alten, hieß es im Gespräch, seien sehr motiviert. Mehrsprachigkeit ist in diesem Heim ganz selbstverständlich. Die Mitarbeiter(innen) der Einrichtung sind also für die individuellen Besonderheiten der Bewohner(innen) – sowohl in sprachlicher als auch in kultureller Hinsicht – sensibilisiert und arbeiten zudem sehr bewusst in diesem Heim. Oft, aber nicht immer, bringen sie eigene Migrationserfahrungen mit. Interessant ist, dass sich die Einrichtung bei Praktikant(inn)en in der Pflegeausbildung – nicht nur bei denjenigen mit Migrationshintergrund – großer Beliebtheit erfreut.

Auf die Frage, was sie allgemein unter **interkultureller Kompetenz in der stationären Altenhilfe** verstünden, antworteten die Gesprächspartnerinnen: **Sensibilität, Offenheit, Neugier und Respekt vor dem anderen in seiner Verschiedenheit**; in der Pflege so weit zu sein, dass man – aus kultursensibler Sicht – das Richtige tut, ohne zu wissen, warum. Grundsätzlich hielten sie Fortbildungen für sehr wichtig: zum Islam, zur Ernährung, zur Bedeutung der Familie und des Alters beziehungsweise des Älterwerdens sowie zur Haltung von Menschen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund zu stationären Einrichtungen.⁴⁹ (EXP 34)

Insgesamt besteht also **großer Bedarf nach Wissen, Information und Aufklärung** zum Thema der stationären Unterbringung älterer Migrant(inn)en. Dieser Bedarf ist in zwei Richtungen zu definieren: Zum einen ist es wichtig, die **Communitys anzusprechen** und über verschiedene Wohn- und Betreuungsgestaltungen im Alter zu informieren. Vorbehalte und Ängste sollten dabei ernst genommen und einfühlsam aufgegriffen werden. Diese Ansprache kann über Vertrauenspersonen, Beratungsstellen, Selbstorganisationen, Treffpunkte, andere Vernetzungen, Veranstaltungen in offenen Einrichtungen etc. stattfinden.

Mindestens genauso wichtig ist es, in den nächsten Jahren insbesondere die **Leitungen städtischer und anderer Seniorenheime** in München durch Informationsveranstaltungen, Fortbildungen und

Seminare über Bedarfe und Bedürfnisse älterer Migrant(inn)en anzusprechen. Denn die Einsicht, dass interkulturelle Kompetenz und kultursensible Pflege eine Notwendigkeit sind, muss zunächst auf Leitungsebene erfolgen. Erst dann – so die Erkenntnis aus dieser Erhebung – bekommen die Fort- und Weiterbildungsangebote für das Heimpersonal, neben den vielseitigen Anforderungen im Pflegealltag, Priorität. Dieser Ansicht waren sowohl Leitungsebene als auch Belegschaft. Hier sind **gute Kommunikationsstrategien** gefragt.

Weitere Themen, die in stationären Einrichtungen ebenfalls eine große Rolle spielen und in Angriff genommen werden müssten, sind noch unbearbeitet – abgesehen von einigen Ausnahmefällen, in denen sich engagierte Menschen bereits ihrer angenommen haben. So stellen sich nach wie vor beispielsweise folgende Fragen:

- Wie kann eine interkulturelle Raum- und Wohnumgebung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe aussehen – wie viel „Eigenes“ dürfen und sollen Menschen mit anderem ethnischen, kulturellen und religiösen Hintergrund beitragen?
- Innovativ wäre in folgender, bedarfsorientierter Richtung zu denken: Wie können betreute Wohnmodelle oder Altenwohngemeinschaften interkulturell gestaltet werden, zum Beispiel „Altenwohngemeinschaften für Alt-68er“ – wenn in den nächsten Jahren auch politisch geprägte Migrant(inn)en älter werden?
- Was spricht für eigene muslimische Stationen in Senioren- und Pflegeheimen und wie sollen sie gestaltet werden?
- Wie will man die in der Regel in Seniorenheimen nicht vorhandene interkulturelle Seelsorge (zum Beispiel für Muslime und andere konfessionelle Minderheiten) voranbringen, um auch in diesem Bereich den Bedürfnissen der Bewohner(innen) zu entsprechen?
- Inwieweit öffnet man sich bei der Gestaltung der weiteren Wohnumgebung von Seniorenheimen und Seniorenwohnanlagen für Konzepte der internationalen beziehungsweise multikulturellen Landschaftsgestaltung (beispielsweise islamische Gartenbaukunst)?

Eine Realisierung der für die **interkulturelle Öffnung** notwendigen Maßnahmen ist jedoch nur möglich, wenn eine auch im Rahmen dieser Er-

⁴⁹ Vergleiche auch das konfessionsübergreifend und kultursensibel angelegte Konzept des Senioren- und Pflegeheims der Freimaurer, das Ludwig-Feuerbach-Haus der AWO in Ottobrunn bei München.

hebung gewonnene Erkenntnis beachtet wird: **Hierarchien zählen.** Macht die Kommune „von oben“ eindeutig klar, dass die interkulturelle Öffnung im Sinne der angesprochenen Fragestellungen in den nächsten Jahren eine zentrale Aufgabe der kommunalen stationären Altenhilfe darstellen wird, können neue Wege beschritten werden. Geschieht dies nicht, das heißt, werden demnächst nicht die Weichen für eine kompetente kultursensible stationäre Altenpflege umfassend neu gestellt, so werden die Altenheime aller Voraussicht nach in einigen Jahren unvorbereitet und weitgehend ohne Konzept vor schweren Aufgaben in der Pflege älterer Migrant(inn)en stehen.

2.5.4 Besondere Themen: Sterbebegleitung und Demenz

Ähnlich wie in Krankenhäusern findet sich auch in Pflege- und Seniorenwohnheimen das Thema **Sterbebegleitung und Umgang mit dem Tod unter interkulturellen Gesichtspunkten** in der Regel nicht auf der Agenda.⁵⁰ Doch auch hier wäre es äußerst sinnvoll, entsprechende Konzepte zu entwickeln und dem Pflegepersonal Kenntnisse über die verschiedenen Bedürfnisse kulturell unterschiedlich geprägter Menschen in der letzten Lebensphase zu vermitteln. In diesem Zusammenhang stellen die zahlreichen Mitarbeiter(innen) mit Migrationshintergrund in der Kranken- und Altenpflege eine bisher weitgehend ungenutzte Informations- und Wissensquelle dar.

Ein weiteres wichtiges Thema – angesprochen von mehreren Interviewpartner(inne)n – ist die **Erkrankung älterer Migrant(inn)en an Alzheimer beziehungsweise Demenz** sowie die Aufklärung darüber in den Migrantengemeinschaften.⁵¹ Bei diesem Themenkomplex sehen sich Haus- und Fachärztinnen und -ärzte – neben den allgemeinen Problemen bei der Diagnose – mit sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten bei der Untersuchung konfrontiert. Demenzerkrankungen bedeuten stets für alle Beteiligten eine starke emotionale Belastung und eine Auseinandersetzung mit existenziellen und beängstigenden Fragen. Verständigungsschwierigkeiten verstärken diese Ängste noch.

In vielen Migrantenfamilien unterschiedlicher Herkunft kommt eine weitere Erschwernis hinzu: Auf der Grundlage kultureller und ländlich-traditioneller Prägungen werden psychisch bedingte Verhaltensänderungen bei Patient(inn)en innerhalb der Familie oftmals tabuisiert. Eine Gesprächspartnerin aus der ambulanten Pflege äußerte die Vermutung, Schamgefühle und Pein über das „*verrückte*“ Benehmen demenzkranker Angehöriger erzeugten eine Mauer des familiären Schweigens und erschwerten damit Früherkennung und Diagnose erheblich. Es könne sogar zu solch paradoxen Situationen kommen, dass die Familie aus Scham sprachliche Verständigungsprobleme gewissermaßen als „Tarnstrategie“ nutzt: „*Ja, denken Sie sich nichts, sie versteht sowieso kein Wort ...*“.



⁵⁰ Vergleiche hierzu Raven und Huisman (2000).

⁵¹ Siehe die sehr nützliche Literatur- und Medienliste der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft unter www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Literaturliste0306. Insgesamt existiert jedoch bislang sehr wenig Material zur interkulturellen Dimension des Themas Demenz.

2.6 Fazit: Es besteht Handlungsbedarf

Abschließend sollen einige allgemeine Schlussfolgerungen aus der Erhebung festgehalten werden, die **Leitlinien für das weitere Handeln** darstellen können.

Für alle untersuchten Bereiche gilt: Der unter den gegenwärtigen Bedingungen vorhandene Bedarf, in vielen Fällen auch die individuellen Nöte, werden von den Betroffenen – älteren Migrant(inn)en – und ihren Familien nicht klar ausgesprochen oder vermittelt. Daher bleiben ihre Bedürfnisse häufig von Dienstleistungsanbietern und Institutionen der Altenhilfe unerkant.

Als Basis einer kommunalen Strategie ließe sich daraus folgender Grundsatz ableiten: Ungeachtet aller widrigen Umstände sollte es **stets das Ziel sein, die Bedarfslage älterer Migrant(inn)en zu eruieren** – auch den Teil, der „im Verborgenen“ liegt. Nur so ist die Grundlage dafür zu schaffen, ältere Menschen mit Migrationshintergrund in den nächsten Jahren in Deutschland angemessen und kompetent versorgen zu können.

Die im nächsten Kapitel dargelegte Strategie zeigt verschiedene, sich ergänzende und wechselwirkende Handlungsvorschläge und Empfehlungen auf, mittels derer dieses Ziel erreicht werden kann.

Nicht zuletzt handelt es sich auch um Überlegungen, die mit der **Gerechtigkeit zwischen Generationen** zu tun haben. Nach Ansicht des Verfassers haben es die Betroffenen – ältere Migrant(inn)en – verdient, dass sich die Aufnahmegesellschaft, in diesem Fall die ihnen am nächsten stehende Instanz der Kommune, um sie kümmert. Ein bereits zitierter, sehr erfahrener Sozialberater begründete diese Sichtweise mit folgenden Worten:

„... Also, wir sind gezwungen, die vorhandenen Mittel und Strukturen so konsequent und so schnell wie möglich eigentlich auch für diese Zielgruppe zu öffnen, dass sie endlich an dem Reichtum, den sie für diese Gesellschaft beigetragen haben, auch partizipieren kann. Weil mit ihren Steuergeldern, mit ihren Sozialversicherungsbeiträgen wurde das finanziert all die Jahre, und jetzt, also, wenn sie zurück in ihre Heimatländer gehen, dann nehmen sie sowieso nichts mit von dem, was sie strukturell hier geleistet haben.“

Aber wenn sie dann hierbleiben und auch Probleme oder Bedürfnisse haben, sollen sie auch von diesem Angebot etwas haben. Das heißt, wir sind jetzt alle miteinander gezwungen – die Öffentlichkeit, die Verbände, aber auch die Akteure –, nach Möglichkeiten zu suchen, wie dieses Angebot an die Menschen herankommt. Oder wie das Angebot umgestaltet werden kann, damit es von denen auch angenommen wird.“ (EXP 28)



3 Eine Gesamtstrategie für die Stadt München: der Mehrgenerationenansatz

Die Gesamtstrategie der Stadt München zur **interkulturellen Öffnung** bedeutet für die Institutionen der Altenhilfe einen **Perspektivenwechsel** im Vergleich zu bisherigen Arbeitsweisen.⁵² Verknüpft ist die Strategie mit dem Ansatz, alle Generationen innerhalb der betroffenen Migrantenfamilien mit dem Themenbereich der Altenhilfe in Berührung zu bringen.

Die Gesamtstrategie besteht aus zwei Teilen unterschiedlicher Ausrichtung (siehe Abbildung S. 90): einer **übergreifenden Strategie** und einer **infrastrukturbezogenen Strategie**, wobei die einzelnen Maßnahmen innerhalb der infrastrukturbezogenen Strategie auf den allgemeinen Empfehlungen der übergreifenden Strategie aufbauen. Alle Maßnahmen und Empfehlungen sind breit angelegt.

Die übergreifende Strategie soll in allen Bereichen Anwendung finden. Dabei geht es zunächst um eine **umfassende Informationspolitik**, mit der ältere Migrant(inn)en und ihre Familien – sofern vorhanden – über die vielfältigen Angebote und Optionen der Altenhilfe aufgeklärt werden sollen.

Weiterhin wird das Thema der **sprachlichen und interkulturellen Kommunikation** mit älteren Migrant(inn)en aufgegriffen. In diesem Zusammenhang werden zum einen Vorschläge für eine Verbesserung der fachlichen Verständigung, zum anderen für Möglichkeiten einer kultursensiblen, vertrauensbildenden Kommunikation mit älteren Migrant(inn)en und ihren Familien präsentiert.

Mit diesen Schritten soll eine entsprechende **Multiplikatorenpolitik und Vernetzung** einhergehen. Leitgedanke hierbei ist die Feststellung, dass sich gerade ältere Migrant(inn)en oft in von der Mehrheitsgesellschaft getrennten „Lebenswelten“ bewegen und Informationen am ehesten von Vertrauenspersonen mit Zugang zu diesen Lebenswelten annehmen. Daher müssen diese Personen – ob Hausärztin oder Hausarzt, Pfarrer einer muttersprachlichen Mission oder Vorstand eines muslimischen Vereins – selbst über Strukturen und Angebote der offenen, ambulanten und stationären Altenhilfe Bescheid wissen. Der Schwerpunkt liegt hier also auf Kontaktaufbau, Informationsveranstaltungen, Seminaren, Austausch und Vernetzung. →

⁵² Vergleiche Baric-Büdel (2001), S. 19: „Letztlich ist die interkulturelle Öffnung der Altenhilfe nur Teil einer überfälligen umfassenderen Öffnung der Altenhilfe, bei der es insgesamt um die Akzeptanz von Vielfalt geht. Ohnehin muss sich die Altenhilfe auf eine Zielgruppendifferenzierung einstellen, die der wachsenden Vielfalt unterschiedlicher Lebenslagen im Alter und einem immer breiter werdenden Spektrum von Alternsstilen gerecht werden kann.“

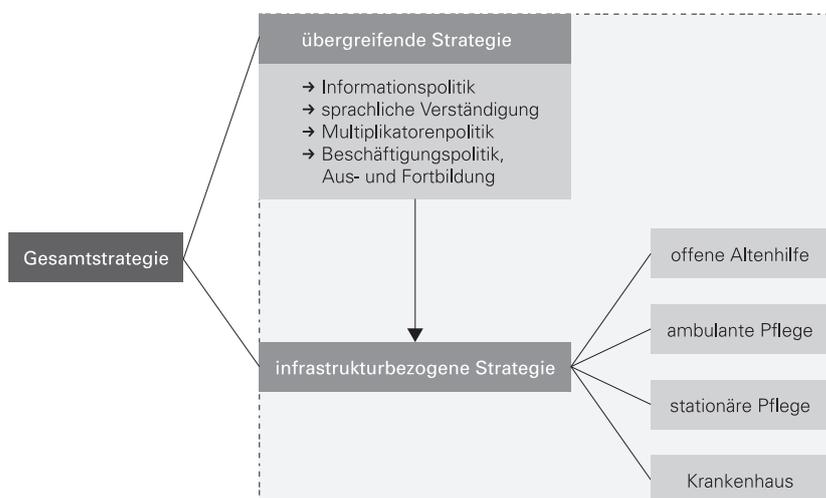


Im Bereich der **Beschäftigungspolitik sowie der Aus- und Weiterbildung** werden verschiedene Aspekte der Einstellungspraxis sowie der Aus- und Weiterbildung in der offenen, ambulanten und stationären Altenhilfe und Pflege sowie in den Ausbildungsinstitutionen im Hinblick auf eine interkulturelle Öffnung angesprochen.

Die **infrastrukturbezogene Strategie** gliedert sich in Maßnahmen für die vier Bereiche offene, ambulante und stationäre Altenhilfe sowie die Institution Krankenhaus. Bei der **offenen Altenhilfe** geht es um Empfehlungen zur Problematik des Zugangs zu und für ältere Migrant(inn)en. Einen Schwerpunkt auf den Bereich der Pflege legt das Thema **Unterstützung von pflegenden Familien durch die ambulanten Dienste**. Im Rahmen des besonderen Themas **Krankenhaus und ältere Migrant(inn)en** werden zahlreiche Empfehlungen für die interkulturelle Öffnung und Sensibilisierung der Institution Krankenhaus vorgestellt, da diese Institution eine herausragende Rolle als Einflussgröße und Vorbild für die Praxis im gesamten Pflegewesen spielt. Den Abschluss bildet die **stationäre Altenhilfe**.

Ergänzend finden sich in den einzelnen Bausteinen Vorschläge für eine **bessere Vernetzung** zwischen Institutionen, Treffpunkten und Initiativen, um ältere Zugewanderte in ihren jeweiligen Lebenswelten anders und besser als bisher zu erreichen. Dabei werden auch die Themen **Ehrenamtlichkeit** sowie **interkulturelle Mehrgenerationenberatung** angesprochen.

Die Abbildung verdeutlicht auf anschauliche Weise die Struktur der Gesamtstrategie.



Im Anschluss an das Kapitel mit den Empfehlungen wird das Konzept für ein Modellprojekt für die Landeshauptstadt München präsentiert. Diese in Zusammenarbeit mit der Landschaftsarchitektin Susanne Frisch entstandene Idee eines **interkulturellen Mehrgenerationenzentrums und -geländes** ist nicht nur als Großprojekt zu verstehen, sondern auch als kleinteiliger Ansatz, der partiell und auf Stadtteilebene in unterschiedlicher Ausprägung (je nach ethnischer und sozialökonomischer Bedarfslage) realisiert werden kann. Zur Verdeutlichung werden verschiedene stadtteilbezogene Ansätze für die Stadtviertel **Moosach** und **Haidhausen** skizziert. In welcher Form dieses Projekt auch realisiert würde, es böte der Landeshauptstadt München auf jeden Fall Gelegenheit, in diesem Bereich bundesweit innovative Akzente zu setzen.

Die Empfehlungen:

3.1 Informationspolitik: schriftliche Informationen und Internet

→ Eine erste große Aufgabe ist die Erarbeitung von **schriftlichen Informationen in leicht verständlicher Sprache über die Strukturen der Altenhilfe** (offene Angebote, ambulante Dienste und Wohnformen im Alter). Dies sollte sinnvollerweise unter Federführung des Ausländerbeirats geschehen und mit fachkundiger Unterstützung des Internationalen Seniorenforums und des Arbeitskreises Altwerden in der Fremde. Ziel ist die Erstellung **bedarfsorientierter Falblätter in Deutsch sowie unter anderem in Türkisch, Italienisch, Spanisch und Serbokroatisch**.

→ Weitere Themen für muttersprachliche Falblätter sollten – unter Nutzung bereits vorhandener Informationen und Ressourcen – durch kundige Gremien, etwa durch den Arbeitskreis Migration und Gesundheit, festgelegt werden. Dazu gehören beispielsweise Informationen über **Rentenübertritt, Betreuungsrecht, Patientenverfügung, Demenzproblematik, Erbe und Testament, Palliativmedizin, Sterbebegleitung, Tod, Beerdigung beziehungsweise Verbrennung in Deutschland oder Überführung in die Herkunftsregion**.



- **Zielgruppen** für die Informationsfaltblätter sind nicht nur **betroffene ältere Migrant(inn)en**, sondern gleichermaßen **Vertrauenspersonen**, die Zugang zu ihnen haben: Pfarrer der muttersprachlichen Missionen sowie der Gemeinden mit hohem Migrantenanteil, Vorstände der muslimischen Vereine und anderer Migrantenselbstorganisationen, Migrations- und Beratungsdienste, Nichtregierungsorganisationen der Migrations- und Flüchtlingsarbeit, Konsulate der größten Migrantengruppen, Sozialdienste der Krankenhäuser sowie Hausärztinnen und -ärzte, Gesundheitsdienste und die Bezirkssozialarbeit. Die Sprache in sämtlichen Informationsmedien – dies wurde immer wieder betont – muss klar und leicht verständlich sein.
- Zur Gestaltung des **Überleitungsgesprächs im Krankenhaus**, mit dem ältere Migrant(inn)en aus dem Krankenhaus entlassen werden, ist ein **interkultureller Leitfaden** für die Gesprächsführung für die zuständigen Stationsschwestern und Mitarbeiter(innen) des Sozialdienstes wünschenswert (siehe Empfehlungen für die Institution Krankenhaus, S. 96 ff.).
- Das Thema interkulturelle Kompetenz beziehungsweise kultursensible Pflege sollte auf der **Homepage der Münchner Pflegebörse** als eigener Bereich zu finden sein und unter der Leitfrage stehen: Über welche sprachlichen und interkulturellen Kompetenzen verfügt ein ambulanter Pflegedienst? Damit könnte die Landeshauptstadt München deutlich machen, dass diese Fähigkeiten erwünscht sind.
- Die **Orientierungskurse für Neuzuwanderinnen und Neuzuwanderer** bieten einen guten Rahmen, um das Thema Älterwerden in Deutschland zu behandeln. Sinnvollerweise sollten über einen Mehrgenerationenansatz Migrant(inn)en aller Altersgruppen – also nicht nur ältere, sondern auch jüngere Menschen mit Migrationshintergrund – über wichtige Aspekte dieser Thematik aufgeklärt werden, beispielsweise Strukturen der Altenhilfe und -pflege, Wohnformen, bereits vorhandene und noch aufzubauende soziale Netze für Ältere, Bedeutung ehrenamtlichen Engagements, spezielle Themen wie Patientenverfügung etc. Die Landeshauptstadt München könnte versuchen, in diesem Sinne auf die für die Kurse zuständige Behörde – das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) in Nürnberg – einzuwirken.
- Durch die Berücksichtigung der Aspekte sprachliche Kompetenz und kultursensible Vorgehensweisen erfordert interkulturelle Kompetenz in der Pflege einen **höheren Zeitaufwand**. Daher wäre es ein wichtiger Teil der interkulturellen Öffnung, Argumente für **entsprechend andere Vorgaben und Berechnungsgrundlagen** zu sammeln und den Krankenkassen sowie dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) vorzulegen.
- **Kultursensible Werbematerialien:** Bislang kommen Migrant(inn)en in Flyern, Plakaten und sonstigen Werbematerialien für Angebote der Altenhilfe als Klient(inn)en kaum vor. Die Verwendung von **Bildern von Zugewanderten als Abnehmer(innen) der Dienste** – als Teilnehmer(innen) von offenen Seniorentreffs, als Pflegebedürftige zu Hause oder als Bewohner(innen) von Seniorenresidenzen wie des Münchenstift – würde Zeichen setzen. Darüber hinaus sollte auf eine **kulturoffene Sprache und Gestaltung** der Materialien geachtet werden, wobei auch Themen wie Ernährung, geschlechtsspezifische Pflege, kulturspezifisch unterschiedliche Schamgrenzen, religiöse Besonderheiten und Fremdsprachenkompetenz berücksichtigt werden müssen.
- **Nutzung des türkischen Fernsehens in München als „Werbe“-Plattform:** Ethnische Gruppen, insbesondere in Großstädten wohnhafte Türk(inn)en, beziehen ihre Informationen großteils aus muttersprachlichen Fernsehkanälen. Diese böten also eine gute Plattform, um Informationen über Altenhilfestrukturen und -angebote zu vermitteln, Dokumentationen mit interkulturellem Schwerpunkt zu verbreiten, bewusst die Aufwertung des Pflegeberufs zu betreiben und die Bandbreite beruflicher Möglichkeiten im Pflegewesen darzustellen. Vielleicht könnte als Kooperationspartner hierzu das türkische Konsulat gewonnen werden. Als flankierende Maßnahme wäre es sinnvoll, Vernetzungen mit Werbe- und Medienfachleuten ethnischer Gruppen aufzubauen, um ansprechende Kommunikationsformen für die ganze Familie zu entwickeln (Stichworte: Einbezug des *ethnic business*, Auf- und Ausbau des Mehrgenerationenansatzes).

→



- **Fachgerechtes Dolmetschen** (Fachgespräche und -übersetzungen) muss als Teil der Qualitätssicherung in der Altenhilfe eingestuft werden, das heißt, Dolmetschereinsätze sollten in allen Bereichen ganz selbstverständlich Teil der Arbeit mit älteren Migrant(inn)en sein: im Sozialbürgerhaus, in der offenen Altenhilfe, bei den ambulanten Diensten, im Krankenhaus und in den Pflegeheimen. Trotz des Problems der Finanzierung solcher Maßnahmen stellt sich nicht die Frage, **ob**, sondern **wie** die Situation zu gestalten ist. Bereits bestehende Modelle wie hausinterne Dolmetscherdienste, die Vernetzung mit Migrationsdiensten oder der Rückgriff auf das Bayerische Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V. zeigen die Bandbreite möglicher Optionen.
- Ebenso wichtig ist die **Aufwertung der muttersprachlichen Verständigung im Alltag der Altenhilfe**. Es sollte als sprachliche Ressource betrachtet werden, wenn Mitarbeiter(innen) in offenen Seniorentreffs muttersprachliche Angebote machen oder als Ansprechpartner(innen) fungieren. Ebenfalls mehr Anerkennung verdient die kommunikative Rolle muttersprachlichen Reinigungspersonals an verschiedenen Stellen. In der ambulanten Hilfe und im Krankenhaus sollten Raum und Zeit für die Verständigung als Beitrag zur Qualitätssteigerung in der Pflege und als vertrauensbildende Maßnahme älteren Migrant(inn)en gegenüber betrachtet werden.
- Ein bislang vernachlässigtes Feld ist die **interkulturelle Beratung und Betreuung von Demenzkranken und ihren Angehörigen**. Dazu bedarf es der Entwicklung eines praxisbezogenen Konzepts, wie das Thema innerhalb der Migrantenfamilien enttabuisiert werden kann. Dies erfordert zunächst kultursensible, muttersprachlich anwendbare Zugangs- und Beratungskonzepte. Dementsprechend ist es ein Thema für Fachgremien und den Austausch zwischen Praktiker(inne)n.

3.3 Multiplikatorenpolitik und Formen der Vernetzung: Austausch und Seminare

- **Multiplikator(inn)en** im Hinblick auf die Gruppe der älteren Migrant(inn)en sind zum einen deren **Vertrauenspersonen**, zum anderen Menschen, die ihnen **verlässliche Informationen** zum Thema Altenhilfe vermitteln können. Um jedoch andere Menschen beraten zu können, benötigen Multiplikator(inn)en zunächst selbst (knapp) schriftliche Informationen über die entsprechenden Themen – sie sind also die erste Adresse für Faltblätter und Broschüren. Zudem sind sie auch die Ansprechpartner(innen) für zugehende Angebote der Alten- und Service-Zentren. Multiplikator(inn)en können sein: Mitarbeiter(innen) der Migrationsdienste, Sozialberater(innen), Pfarrer der muttersprachlichen Missionen, Vertreter(innen) ethnischer Selbstorganisationen, Mitarbeiter(innen) von Sozialdienst und Seelsorge in Kliniken, Hausärztinnen und Hausärzte, Therapeut(inn)en, in Initiativen oder Gemeinden ehrenamtlich tätige Migrant(inn)en etc.
- Neben schriftlichen Informationen benötigen Multiplikator(inn)en selbst kundige **Kontakte** sowie **Aufklärung und Austausch** über Strukturen und Angebote der Altenhilfe im Rahmen von **Seminaren**. Solche Veranstaltungen bilden die Grundlage für den Aufbau von Netzwerken, die langfristig den Zugang zu und die nachhaltige Versorgung von unterschiedlichen Gruppen älterer Migrant(inn)en ermöglichen.
- Eine entsprechende **Datenbank mit nützlichen Adressen und Hinweisen** für die Multiplikatorenarbeit mit der Zielgruppe könnte im Rahmen der **Münchner Pflegebörse** ins Internet gestellt werden, zum Beispiel unter dem Schlagwort „Interkultureller Wegweiser für die Versorgung älterer Migrant(inn)en“. Dabei empfiehlt sich die **Vernetzung mit IKOM**, einem Newsletter zum Thema ältere Migrant(inn)en, abrufbar unter www.actioncourage.org.
- Zum **Aufbau von Multiplikatorennetzwerken** sollten die zuständigen Stellen der Stadtverwaltung – beispielsweise die Abteilung Hilfen im Alter, Fachstellen für häusliche Versorgung, die Bezirkssozialarbeit sowie Leitungen von Alten- und Service-Zentren – gemeinsam mit Verbänden, Kirchen, Vertreter(inne)n der ambulanten Dienste und dem Arbeitskreis Altwerden in der Fremde unter anderem **langfristige Konzepte**



für Veranstaltungsreihen und Kontaktforen erarbeiten, über die Multiplikator(inn)en angesprochen und für die Informationsvermittlung gewonnen werden können.

- Die **Zusammenarbeit mit dem städtischen Referat für Gesundheit und Umwelt und dessen Expertise** sind wichtig, um die Informations- und Multiplikatorenarbeit mit den Gesundheitsdiensten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Therapeut(inn)en sowie Krankenhäusern und Fachkliniken zu koordinieren – dies betrifft vor allem Fachthemen wie Demenz oder ältere Migrant(inn)en und Psychiatrie. Im medizinischen Bereich ist die besondere Rolle der **niedergelassenen muttersprachlichen Ärztinnen und Ärzte als Vertrauenspersonen** für die Migrantengemeinschaften nicht zu unterschätzen. Sie sollten daher gezielt als potenzielle Multiplikator(inn)en für Altenhilfeangebote in den Aufbau von Netzwerken einbezogen werden.
- Die Koordinierung der **Zusammenarbeit mit Pfarrern der muttersprachlichen Missionen** als Multiplikatoren könnte in Absprache mit dem Erzbischöflichen Ordinariat der katholischen Kirche in München erfolgen.
- Um das Thema bei den **muslimischen Vereinen** anzusprechen, empfiehlt sich der Runde Tisch der Muslime im Rathaus unter Leitung von Bürgermeister Monatzeder. Dabei könnten die Probleme älterer Migrant(inn)en aus Sicht der Vereine erfragt und konkrete Hilfestellungen sowie Informationsveranstaltungen über die Strukturen der Altenhilfe angeboten werden.
- Auch „**informelle Multiplikator(inn)en**“ sind wichtig. Daher sollte auf Stadtteilebene – neben den Selbsthilfevereinen oder Hausärztinnen und -ärzten – auch Kontakt zu unkonventionellen Ansprechpartner(inne)n wie Inhaber(inne)n von einschlägigen Cafés, Teehäusern, Lebensmittelgeschäften und sonstigen Treffpunkten von Migrant(inn)en aufgenommen werden. Auf diesem Weg könnten Informationen verbreitet werden über Angebote in offenen Einrichtungen, wie zum Beispiel Beratung zum Rentenübertritt, Gesundheitsvorträge oder muttersprachliche Gymnastikkurse.

3.4 Fort- und Weiterbildung, Ausbildung und interkulturell ausgerichtete Beschäftigungspolitik

- Ein zentrales Thema ist die **Fort- und Weiterbildung zur interkulturellen Kompetenz und zur kultursensiblen Pflege**. Sie ist sowohl für einzelne Mitarbeiter(innen) als auch für Teams längerfristig wissens- und bewusstseinsbildend (zum Beispiel Lehrgänge für interkulturelles Qualitätsmanagement). Darüber hinaus führt die interkulturelle Weiterbildung – sowie das **Aufgreifen interkultureller Themen in der Supervision** – in der Regel zu einer generellen Aufwertung der Ressourcen von Teammitgliedern mit Migrationshintergrund.
- Durch **interkulturell versierte Mitarbeiter(innen)** – egal, ob in der offenen, ambulanten oder stationären Altenhilfe – ist es möglich, das Misstrauen und die kulturelle Distanz seitens vieler Migrant(inn)en zu überwinden. Dies gilt insbesondere für die Privatsphäre der Wohnung der Klient(inn)en, die zum Beispiel im Rahmen ambulanter Hilfsangebote eine Rolle spielt.
- In der **Pflegeausbildung** könnten durch **Ausbildungsinhalte zu interkultureller Kompetenz und kultursensibler Pflege** eindeutige Zeichen gesetzt werden. Bereits jetzt beschäftigen sich die Ausbildungsinstitutionen im Pflegewesen bundesweit zunehmend mit diesem Thema.⁵³ Daran könnte die Stadt in Zusammenarbeit mit Verbänden sowie Aus- und Weiterbildungsinstitutionen richtungsweisend anknüpfen. Auch die interkulturelle Weiterbildung zur Arbeit mit Demenz- und Alzheimerkranken muss thematisiert werden.
- Interkulturell qualifizierte Mitarbeiter(innen) im sozialen Bereich setzen sich seit Jahren (weitgehend vergeblich) für die **Beschäftigung von mehr Migrant(inn)en in der Altenhilfe** ein – zentraler Aspekt einer **interkulturellen Öffnung der Beschäftigungspolitik**. Diese umfasst die Einstellung von Fachkräften mit Migrationshintergrund in Alten- und Service-Zentren sowie Seniorentreffs, das Einrichten von Praktikumsplätzen bei ambulanten Diensten und Sozialstationen für Auszubildende mit unterschiedlichem religiösen Hintergrund, ein erleichtertes Nach-

→

⁵³ Siehe hierzu Hellige (2006) und Zielke-Nadkarni (2003).



holen der Qualifikation für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund sowie die Aufnahme von Quereinsteiger(inne)n bei fachlicher Eignung etc.

- Darüber hinaus ist im Zusammenhang mit dem Thema Beschäftigungspolitik Folgendes klar festzustellen: Wurden bislang qualifizierte Mitarbeiter(innen) mit Migrationshintergrund nicht eingestellt, liegt dies auch daran, dass **die Notwendigkeit dafür auf Leitungsebene und in den Personalabteilungen nicht erkannt wurde**. Das heißt, eine interkulturelle Öffnung im Sinne einer offensiv betriebenen Einstellungspolitik unter den Vorzeichen des *diversity management* hat in weiten Teilen des sozialen Bereichs – im Gegensatz zu manchen Bereichen der Wirtschaft – bislang gar nicht stattgefunden. Um diesbezüglich ein Zeichen zu setzen, könnte das Personalreferat der Stadt München in seinen Stellenbeschreibungen für den Bereich der städtischen Altenhilfe **interkulturelle Kompetenz als Teil des Anforderungsprofils** definieren.
- Wie bereits bei den Empfehlungen für eine offensive Informationspolitik (S. 57) angedeutet, gehört die **Gewinnung der zweiten und dritten Einwanderergeneration für den Pflegeberuf** zu den Prioritäten. Dieses Ziel könnte über die jeweiligen muttersprachlichen Medien der Migrantengruppen in München und in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Konsulaten verfolgt werden.

3.5 Die offene Altenhilfe: Best Practice erweitern, den zugehenden Ansatz entwickeln

- **Mitarbeiter(innen) mit besonderer interkultureller Kompetenz** (Sprache, reflektierter Migrationshintergrund, konsequente Auseinandersetzung mit dem Thema) sind der Schlüssel zum **Aufbau von Netzwerken und Gruppen älterer Migrant(inn)en**. Dabei spielen vor allem Beratungs- und Informationsangebote sowie das Angebot von Treffpunkten eine wichtige Rolle. Die Alten- und Service-Zentren könnten – wie erfolgreiche Beispiele in München zeigen – in Zusammenarbeit mit Migrationsdiensten und interkulturell qualifizierten Sozialberater(inne)n solche Netzwerke auf Stadtteilebene aufbauen. Der erste Schritt vonseiten der Zugewanderten ist buchstäblich jener über die Türschwelle der Einrichtung.

→ Ein erfolgreicher Ansatz der Alten- und Service-Zentren, um Migrant(inn)en zu erreichen, sind **Sprach- und Konversationskurse**. Es wäre zu überlegen, ob die Kurse in Kooperation mit anderen Institutionen zielgruppenspezifisch – nach ethnischer Herkunft oder Aufenthaltsstatus – erweitert oder sogar Alphabetisierungskurse für ältere Migrant(inn)en – zum Beispiel mit Kinderbetreuung für die Enkelkinder – angeboten werden könnten, wie es etwa an Schulen mit den Kursen „Mama (Oma) lernt Deutsch“ praktiziert wird.

→ Die in den Alten- und Service-Zentren **bestehenden Migrantengruppen sind teilweise „Auf-fangbecken“** für ältere Erwerbslose, Empfänger(innen) von Erwerbsunfähigkeitsrenten oder Hartz-IV-Leistungen sowie verrentete Arbeitsmigrant(inn)en. Diese Gruppen erfüllen für die Besucher(innen) eine wichtige Funktion, indem sie ihnen ein Durchbrechen der sozialen Isolation ermöglichen und sie psychisch unterstützen. Allerdings unterscheiden sich diese Migrantengruppen sowohl in ihrer Altersstruktur wie auch in sozialökonomischer Hinsicht wesentlich vom Großteil der deutschen Besucher(innen), die eher älteren Jahrgangs sind und aus der Mittelschicht stammen. Dieser Unterschied ist sicher mitverantwortlich für das „Integrationsproblem“, mit dem Mitarbeiter(inne)n der Alten- und Service-Zentren konfrontiert sind. Die Herausforderung für eine interkulturell ausgerichtete soziale Arbeit in Alten- und Service-Zentren besteht darin, bewusst auf den positiven Aspekten dieser Differenz aufzubauen und unterschiedliche Besuchergruppen zufriedenzustellen.

→ Ein weiteres – allerdings tabuisiertes – Problem ist die **Diskriminierung**: Wie soll mit ausländerfeindlichen Äußerungen von Besucher(inne)n der Alten- und Service-Zentren – egal, welcher Herkunft – umgegangen werden? Die gleiche Frage stellt sich im Bereich der Kranken- und Altenpflege. Hier könnte die Landeshauptstadt München durch einen Stadtratsbeschluss klare Vorgaben in Form eines **Antidiskriminierungsgebots** machen. Doch auch die Teams in den Einrichtungen selbst müssen klare Grenzen setzen: Durch eine entschiedene Zurückweisung diskriminierender Äußerungen und Handlungen können sie – im Sinne aktiver Integration – den Migrant(inn)en signalisieren, dass sie **in der Einrichtung willkommen und erwünscht** sind. Zugleich gebietet es der Respekt vor dem Alter und der Erfahrung älterer Migrant(inn)en, die kulturelle Distanz zu akzeptieren. Ein Gesprächs-



partner formulierte es so: „Ältere Migrant(inn)en haben keine Bringschuld“. Das heißt, es sollte für ältere Einwanderinnen und Einwanderer auch **kein Zwang zur Integration** bestehen, vor allem angesichts möglicher Ressentiments vonseiten mancher deutscher Senior(inn)en.

- **Gewinnung von Ehrenamtlichen und Multiplikator(inn)en.** Das Potenzial für ehrenamtliche Tätigkeiten bei den älteren Migrant(inn)en selbst sollte nicht unterschätzt werden. Im Laufe der Untersuchung zeigte sich, dass engagierte Mitarbeiter(innen) mit Migrationshintergrund bei der Motivation und Gewinnung älterer Migrant(inn)en eine wichtige Vorbildfunktion einnehmen: Es gab Gesprächspartnerinnen, die ehrenamtlich aktiv geworden sind aus Dankbarkeit für die erfahrene Unterstützung beziehungsweise aufgrund ihres gestiegenen Selbstwertgefühls. Diese Mobilisierung von Ressourcen innerhalb ethnischer Communitys kann durchaus als Teil einer bewussten, langfristigen Strategie im Sinne von **Hilfe zur Selbsthilfe** verstanden werden.
- In diesem Zusammenhang ist das Ziel, innerhalb der ethnischen Netzwerke **ehrenamtliche Besucher- oder „Lotsen“-Dienste** für ältere Migrant(inn)en aufzubauen, sicherlich ein guter Ansatz für die bessere Nutzung menschlicher Ressourcen. Die Einbeziehung von Nichtregierungsorganisationen (zum Beispiel Donna Mobile) mit gutem Zugang zu verschiedenen Communitys ist dabei ein vielversprechender Weg.
- Im Sinne von **mehr zugehenden Angeboten in der offenen Altenhilfe** muss eine Erweiterung der Beratungsdienste in die offensive Strategie des Zugangs zu den anderen „Lebenswelten“ älterer Migrant(inn)en eingebunden werden. Basierend auf den neu geschaffenen Multiplikatorennetzwerken sollten zum Beispiel in Kooperation mit Migrationsdiensten Beratungen an Treffpunkten von Migrant(inn)en – Selbsthilfeorganisationen, Asylunterkünften, muslimische Vereine etc. – angeboten werden. Genauso wichtig in diesem Zusammenhang sind in der Migrantenszene verankerte Ansprechpartner(innen) wie das Eine-Welt-Haus. Auch gemeinsame Veranstaltungen zu Themen wie Alter und Gesundheit oder Wohnformen im Alter, aber auch die bessere Nutzung von Freizeit- und Kulturangeboten durch ältere Migrant(inn)en etc. könnten Ziel sein. Verstärkte Kooperationen wären auch in der Hinsicht bedeutsam, dass nur auf diesem Weg wichtige Aufklärungskampagnen, wie etwa *Älterwerden in Deutschland*, regelmäßig zustandekommen können.
- Eine andere Möglichkeit, zugehende Angebote auszubauen, wäre die **Kooperation verschiedener sozialer Dienste untereinander sowie mit anderen Institutionen**, um Migrantenfamilien für die Optionen der Altenhilfe zu sensibilisieren. So könnten beispielsweise in Sprachkursen für Migrantinnen – wie „Mama lernt Deutsch“ in Schulen – Informationseinheiten von Alten- und Service-Zentren sowie anderen Einrichtungen der Altenhilfe angeboten werden. Denkbar wären auch verstärkte Kooperationen von Kindergärten mit Alten- und Service-Zentren, die betreuenden Großmüttern mit ihren Enkelkindern den Besuch bestimmter Angebote ermöglichen (zum Beispiel „Kaffeekränzchen“ für die betreuende Angehörige, Spielgruppe für die Kleinkinder). Ansprechpartner(innen) dafür wären die Eltern der Kinder.
- Ein weiteres Element der Vernetzung wären **Partnerschaften im Stadtviertel zwischen Altenhilfeeinrichtungen und Kindergärten und/oder Schulen**, die für Jung und Alt interessant sein können: Denkbar wären etwa Besuche von Kindergruppen im Altenheim mit entsprechenden Aktivitäten (zum Beispiel lesen die Älteren vor, die Kinder singen und tanzen, man veranstaltet gemeinsame Feste) oder auch Einzelbesuche von Kleingruppen (Stichwort: soziales Engagement). Storytelling (Geschichtenerzählen) und stadtteilbezogene Geschichtsprojekte, die Alte und Junge einbeziehen, sind Ansätze, mit denen die Nachbarschaft zwischen „Einheimischen“ und Migrant(inn)en sowie Migrationsprozesse über Generationen hinweg zum Thema gemacht werden können.⁵⁴
- Schließlich könnte und sollte in den nächsten Jahren die **interkulturelle Mehrgenerationenberatung** bewusst weiterentwickelt werden. In unterschiedlichen Zusammenhängen kann es sehr sinnvoll sein, die ganze Familie anzusprechen, weil in Migrantenfamilien oft die älteren Mitglieder eine wichtige Rolle bei der Betreuung und – auch emotionalen – Versorgung der Kinder übernehmen. Daher wäre es wichtig, →

54 Vergleiche das Geschichtsprojekt der Landeshauptstadt München (Landeshauptstadt München 2002).



etwa Mitarbeiter(innen) der Erziehungs- oder Sozialberatung sowie der Kinder- und Jugendpsychotherapie – zum Beispiel im Rahmen von Fortbildungen – Instrumente für die generationenübergreifende Beratung von Migrantenfamilien zu vermitteln. So könnten auch wichtige Vernetzungen mit Berufsgruppen aus dem Bereich der Altenhilfe entstehen.

3.6 Der ambulante Bereich: Unterstützung pflegender Familien mit Migrationshintergrund

→ Im Bereich der ambulanten Dienste wurden bislang – von einigen wenigen Ausnahmen abgesehen – **kultursensible Pflege und interkulturelle Kompetenz nicht als wichtige Themen angesehen**. Aus diesem Grund wird bis heute der Migrationshintergrund vieler Pflegekräfte nicht als Informationsquelle und Ressource für die Arbeit mit älteren Migrant(inn)en wahrgenommen. Entsprechende Fort- und Weiterbildungen könnten dem entgegenwirken, vor allem aber müssten die Themen von den Pflegedienstleitungen stärker in den Vordergrund gestellt werden. Eine andere wichtige Maßnahme bestünde darin, Migrationsdienste und – soweit bekannt – andere Vertrauenspersonen in die Vermittlung der Altenhilfeangebote an ältere Migrant(inn)en einzubeziehen, zum Beispiel über Dolmetscherleistungen. Dies könnte dazu beitragen, im Umgang mit der Zielgruppe Missverständnisse zu vermeiden und Vorurteile abzubauen, was insofern besonders wichtig ist, als beispielsweise die plötzliche, nicht begründete Kündigung des Vertrags mit einem ambulanten Dienst durch eine Migrantenfamilie auch auf ein gewisses Misstrauen – möglicherweise bedingt durch Verständigungsschwierigkeiten – zurückzuführen sein kann.

→ Pflegende Migrantenfamilien übernehmen – wie alle pflegenden Angehörigen – eine schwierige Aufgabe, erhalten aber unterdurchschnittlich viel Unterstützung durch ambulante Dienste. **Entsprechende Angebote sollten daher gezielter unterbreitet werden**. Meist besteht durch die Pflegeeinstufungskontrollen bereits ein Kontakt zwischen einer pflegenden Familie und einem ambulanten Dienst oder einer Sozialstation. Diese Besuche sollten bewusst zum Vertrauensaufbau genutzt werden. Pflegende Familien handeln nicht allein aufopferungsvoll –

im Sinne eines „Liebesdienstes“ am Nächsten –, sondern überdies kostengünstig: Andere Pflegeoptionen sind wesentlich teurer. Mögliche Elemente einer Strategie zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen beziehungsweise Familien mit Migrationshintergrund wären:

1. **Informationen** über ambulante Angebote und die Strukturen der Altenhilfe sollten Migrantenfamilien in ihrer Muttersprache angeboten werden (Stichwort: Informationspolitik).
2. Im Rahmen der Kontrollbesuche kann ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden, indem die **Beantragung notwendiger Hilfsmittel** und **gezielte Angebote** wie Essen auf Rädern oder Kurzzeitpflege – sowie entsprechende Finanzierungsmöglichkeiten – (in der Muttersprache) angesprochen werden.
3. Oftmals können pflegende Angehörige kaum das Haus verlassen. Daher wäre es sinnvoll, vor allem alleinverantwortlichen pflegenden Angehörigen **Pflegeanleitungskurse zu Hause** anzubieten.
4. Es wäre wichtig, **ausreichend Zeit einzuräumen für die Erläuterung von entlastenden Angeboten** wie Kurzzeitpflege und Tagespflege oder auch von Beratungsangeboten, etwa zum Thema Demenz.
5. Es sollten Möglichkeiten gesucht werden, um innerhalb der Familien Themen wie **Demenz, Depression und andere psychische Probleme älterer Migrant(inn)en** anzusprechen (Stichwort: Vernetzung mit Fachdiensten zur Vertiefung dieser Themen).
6. Bisher kaum realisiert wurden **Gruppen für pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund**. Wie können solche Angehörigengruppen – ethnisch und sprachspezifisch oder interkulturell ausgerichtet – für Migrant(inn)en aufgebaut werden?
7. Die Unterstützung durch ambulante Dienste sollte als Möglichkeit begriffen werden, die **Migrantenfamilien bewusst auf stationäre Optionen wie betreutes Wohnen, Senioren- und Pflegeheime vorzubereiten**.

3.7 Anregungen für eine kultursensible Pflege im Krankenhaus

→ Für die Aufnahme von Patient(inn)en könnten auf den Stationen **kultursensible Pflegefragebögen** – individuellbiografisch ausgerichtet – eingeführt werden. Darin sollten beispielsweise



folgende Aspekte thematisiert werden: Migrationshintergrund, Sprache, Ernährung, religiöse Gefühle, Schamempfinden (im Hinblick auf die Körperpflege), für die Pflege relevante biografische Besonderheiten, Sterbebegleitung sowie zu berücksichtigende Rituale beim Sterben beziehungsweise nach dem Tod.

- Auch in Kliniken sollte eine **bessere Kommunikation mit Migrant(inn)en**, die sich schlecht verständigen können, Priorität haben. Ist selbst die einfachste sprachliche Verständigung kaum möglich, könnten leicht handhabbare, klinikweit verfügbare Piktogramme die Kommunikation unterstützen. Außerdem sollten im Gespräch vorzugsweise Ein- bis Zwei-Wort-Sätze verwendet werden.⁵⁵
- **Flexibel einsetzbare Dolmetscherdienste** sollten im Krankenhausalltag überall zur Selbstverständlichkeit werden. Nach Aussagen des Personals wäre es wichtig, Dolmetscher(innen) jederzeit schnell auch per Mobiltelefon hinzuziehen zu können. Kolleg(inn)en zufolge sei selbst für eine so große Migrantengruppe wie die der Türk(inn)en diese Möglichkeit oft nicht gegeben. Patient(inn)en aus dem ehemaligen Jugoslawien seien dagegen sprachlich eher gut versorgt.
- Bei Gesprächen über medizinische, pflegerische oder den Intimbereich betreffende Themen sollten möglichst **keine Angehörigen der Patient(inn)en als Dolmetscher(innen)** eingesetzt werden. Sozialdienste und Seelsorge könnten eine wichtige Rolle in der Beratung und Betreuung älterer Migrant(inn)en übernehmen, die muttersprachliche Vermittlung wäre aber eine wertvolle Ergänzung – als fester Bestandteil der interkulturellen Öffnung.
- Bislang wurden die Themen **interkulturelle Seelsorge, Sterbebegleitung und Palliativmedizin** in Krankenhäusern sowie in Einrichtungen der stationären Altenhilfe und Altenpflege nur am Rande behandelt. Für einen entsprechenden Informationsaustausch wäre eine bessere Vernetzung mit den muttersprachlichen Missionen, der ökumenischen Kontaktstelle, den muslimischen Vereinen (Vereinsvorstände und Imams) und anderen Konfessionen wichtig. Um vorhandenes Wissen besser nutzen zu können, ist die Einrichtung eines „Qualitätszirkels“ zu interkultureller Seelsorge, Palliativmedizin und Sterbebegleitung denkbar. Wichtige Fragen in diesem Zusammenhang sind beispielsweise: Wie kann in der Seelsorge auf muttersprachlich und interkulturell versierte Kolleg(inn)en zurückgegriffen werden? Wie lassen sich Kontakte zu entsprechend qualifizierten Imams der muslimischen Vereine aufbauen?
- Auch **Klinikärztinnen und -ärzte** sollten großen Wert auf eine **differenzierte Verständigung** mit Patient(inn)en und Angehörigen mit Migrationshintergrund in deren Muttersprache legen. Oft sind die ausländischen Angehörigen der Schlüssel zu einer erhöhten Kooperationsbereitschaft der Patient(inn)en.
- Hilfreich für die Sozialdienste sowie für die Überleitungsschwestern auf den einzelnen Stationen wäre ein Informationsblatt über die **interkulturell orientierte Durchführung von Angehörigen- und Überleitungsgesprächen**.
- In vielen Fällen stellt die fehlende „Institutionenkunde“ bei Migrantenfamilien ein großes Problem dar. Daher sind die Überleitungsgespräche wichtig, um die **Angehörigen darüber zu informieren, wer was macht und an wen man sich wann wenden muss**. In diesem Zusammenhang muss auch die Rolle der Hausärztin beziehungsweise des Hausarztes für die weitere Versorgung erläutert werden. Die zentrale Frage lautet: **Wo ist muttersprachliche Aufklärung notwendig?** Ebenso wichtig ist die Informationsvermittlung über das Überleitungsgespräch hinaus, etwa mithilfe leicht verständlicher, muttersprachlicher Informationsbroschüren oder -faltblätter.
- Große Bedeutung kommt **interkulturell kompetenten, auf ethnische Gruppen spezialisierten ambulanten Pflegediensten** zu, die gezielt vermittelt werden sollten, zum Beispiel über die Münchner Pflegebörse. Zwar existieren bereits vereinzelt Kontakte zu solchen interkulturell ausgerichteten ambulanten Diensten, diese sollten jedoch systematisch ausgebaut und erfasst werden.
- Eine **anschauliche Vermittlung von Informationen** für Migrantenfamilien ist insbesondere auch zu Themen wie **Patientenvollmacht und Patientenverfügung, Betreuungsvereine und Vormundschaften etc.** wichtig. Dabei ist zu berücksichtigen, dass möglicherweise auch Analphabet(inn)en zur Zielgruppe gehören.

55 Vergleiche hierzu das Konzept von Hellige (2006).





- Eine interkulturell kompetente und kultursensible Behandlung und Versorgung auf den Stationen erfordert einen **erhöhten Arbeitsaufwand – dieser muss von der Pflegeleitung auch als solcher anerkannt werden** (Stichwort: Weiterbildung).
- Ein in der Öffentlichkeit wahrnehmbarer Schritt in Richtung einer interkulturellen Öffnung der Krankenhäuser wäre deren Ausstattung mit **mehrsprachigen Schildern und Wegweisern (alternativ: Piktogramme)**. Ein weiteres Thema wäre die Einrichtung einer eigenen Station sowie eines eigenen Gebetsraums für Musliminnen und Muslime.
- Schließlich sollten in den Kliniken auch die **durch unterschiedliche kulturelle oder religiöse Hintergründe bedingten Ernährungsgewohnheiten in stärkerem Maße berücksichtigt werden**; Patient(inn)en sollten sich ihr Essen selbst aussuchen können. Allerdings sind natürlich längst nicht nur Migrantenfamilien mit dem Essen aus der Großküche unzufrieden. Eine überlegenswerte, auf einzelnen Stationen bereits praktizierte Möglichkeit besteht darin, es Migrantenfamilien zu erlauben, ihr eigenes, mitgebrachtes Essen für den/die kranke(n) Angehörige(n) auf der Station zuzubereiten.
- Eine wichtige Erkenntnis aus dieser Studie für stationäre Altenhilfeeinrichtungen betrifft die **speziellen Wünsche der Zielgruppe**: Ältere Migrant(inn)en interessieren sich für alternative Wohnformen. Die besondere Attraktivität muttersprachlicher Seniorenwohngruppen oder „Altenwohngemeinschaften“ sowie des betreuten Wohnens könnte für sie in dem dort erhöhten Ausmaß an Selbstbestimmungsmöglichkeiten bestehen, beispielsweise im Hinblick auf Wohnform und Gestaltung. Dazu trägt sicherlich auch die erhöhte Bereitschaft des dortigen Personals bei, auf die besonderen Bedürfnisse von Migrant(inn)en – etwa im Rahmen der Bezugspflege – einzugehen, beispielsweise durch Kommunikation in deren Muttersprache, Berücksichtigung kulturbedingter Schamgrenzen und Ernährungsweisen, Durchführung entsprechender Musik-, Gesangs- und Tanzveranstaltungen oder Erzählnachmittagen – generell durch die Berücksichtigung der kulturell und religiös bedingten Bedürfnisse.
- Auch die Landeshauptstadt München könnte ein deutliches Zeichen dahingehend setzen, dass ihr die Integration älterer Migrant(inn)en in stationären Einrichtungen der Altenhilfe ein großes Anliegen ist, indem sie ein(e)n **Integrationsbeauftragte(n)** als Mittler(in) für die stationären Einrichtungen eines Stadtviertels einsetzt. Nach einer speziellen Schulung wäre diese(r) für die **gesamte Prozessbegleitung** zuständig: im Vorfeld der Heimunterbringung, bei der Aufnahme der älteren Migrant(inn)en ins Heim, bei Mitarbeiter- und Angehörigengesprächen sowie bei der Integration der Senior(inn)en in den Heimalltag. Als Einstieg wäre ein **Pilotprojekt in einem Sozialbürgerhaus** denkbar.

3.8 Die stationäre Altenhilfe

- Vieles deutet darauf hin, dass die mit der (teil-)stationären Versorgung älterer Migrant(inn)en verbundenen Herausforderungen in der stationären Altenhilfe bislang noch nicht thematisiert wurden. Daher bestünden sowohl für die Heimleitungen als auch für die Pflegekräfte die ersten Schritte in der **Informationsvermittlung sowie in Fort- und Weiterbildungen** zu den Themen Zielgruppen, demografische Prognosen, besondere Bedarfe, interkulturelle Kompetenz, kultursensible Pflege etc. Darüber hinaus müsste auch in stationären Einrichtungen verstärkt der **Migrationshintergrund von Mitarbeiter(inne)n als Ressource** wahrgenommen und genutzt werden.



4 Modellprojekt „Interkulturelles Mehr- generationenzentrum und -gelände“

Der Entwurf für das **Modellprojekt eines interkulturellen Mehrgenerationenzentrums** innerhalb eines Geländes mit mehreren Einrichtungen besteht aus sechs Elementen. Leitgedanke für das Projekt ist die Erprobung des Mehrgenerationenansatzes unter interkulturellen beziehungsweise internationalen Vorzeichen. Das Konzept bietet die Gelegenheit, auf einem Gelände verschiedene Aspekte der im vorherigen Kapitel ausgesprochenen Empfehlungen miteinander zu verbinden: internationaler Treffpunkt, interkulturelle, generationenübergreifende Angebote und Beratung, ambulante Pflege, betreute Wohneinheiten und kultursensibel ausgerichtete stationäre Unterbringung. Durch die interkulturell orientierte Bauweise und Landschaftsgestaltung können Menschen unterschiedlichen Alters und unterschiedlicher Herkunft angesprochen werden.

Anknüpfungspunkt für dieses Konzept ist das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im November 2006 initiierte **Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser**⁵⁶. Mit dem im Folgenden vorgestellten Konzept eines interkulturellen Mehrgenerationenzentrums könnte

die Landeshauptstadt München ein Projekt mit Modellcharakter weit über München hinaus schaffen und dieses im Rahmen des Aktionsprogramms der Bundesregierung (mit)finanzieren und bekannt machen lassen.

Die Bestandteile des Konzepts im Einzelnen:

→ Das **internationale Mehrgenerationenhaus** wäre ein Treffpunkt für Menschen aller Altersgruppen und unterschiedlicher Herkunft. Das Zentrum verfügte über ein Café und böte verschiedene Dienstleistungen an: von Hilfe bei der Gartenarbeit über Unterstützung bei einfachen handwerklichen Tätigkeiten bis hin zu einer Informations- und Tauschbörse für Kinderbetreuung und einem Seniorenbesuchsdienst. Selbsthilfe, Förderung ehrenamtlichen Engagements und Vernetzungen mit Vereinen definierten den Arbeitsansatz des Zentrums. Zum Tagesprogramm gehörten Aktivitäten für Jung und Alt ebenso wie eigene Aktivitäten verschiedener Seniorengruppen, die ihr Programm möglichst autonom – nötigenfalls mit Unterstützung – gestalten. Weitere Programmpunkte könnten

→

⁵⁶ www.bmfsfj.de/Politikbereiche/Familie/mehrgenerationenhaeuser: „Die Mehrgenerationenhäuser orientieren sich am örtlichen Bedarf und den unterschiedlichen Bedürfnissen der Generationen. Sie bieten selbst Dienstleistungen an und vermitteln Dienste. Das geht von Kinderbetreuung über Dienstleistungen rund um Haushalt und Garten bis zu Altenservices.“



internationale Kochwochen und Feste sowie Erzählcafés, Musik- und Tanzveranstaltungen sein. Wichtig wäre die interkulturelle Ausstattung und Gestaltung der Räumlichkeiten. Im Hinblick auf das berufliche Profil der Mitarbeiter(innen) wäre eine Verbindung der Kompetenzen aus Migrationsdiensten, Alten- und Service-Zentren und anderen sozialen Diensten eine gute und tragfähige Grundlage.

- Ein wichtiges Angebot, um die ganze Familie beziehungsweise unterschiedliche Generationen anzusprechen, wäre die **mehrsprachige Beratung und Betreuung** verschiedener (Alters-) Gruppen. Voraussetzung dafür wäre eine Vernetzung der zugehenden Angebote von Alten- und Service-Zentren und Migrationsdiensten und/oder Migrantenselbstorganisationen. Damit könnte Vertrauen zu Migrantenfamilien aufgebaut werden und die bereits angeregten übergreifenden Beratungsangebote – zu Themen allgemein aus dem sozialen Bereich sowie im Besonderen aus den Bereichen Erziehung und Altenhilfe – könnten an die ganze Familie gerichtet werden. Das Mehrgenerationenhaus wäre ein Ort, wo dieser Ansatz unter Partizipation der verschiedenen – deutschen wie ausländischen – Besuchergruppen entwickelt werden könnte.
- Ein anderes Areal auf dem Gelände wäre **Einheiten des betreuten Wohnens beziehungsweise autonomen Wohnmodellen** vorbehalten, die planerisch und baulich unter interkulturellen Gesichtspunkten zu realisieren wären. Ein entsprechendes Element könnten Wohneinheiten für ältere Migrant(inn)en sein, die in den sozialen Wohnungsbau integriert werden, sodass (sofern vorhanden) die Familie der betreffenden Person in unmittelbarer Nähe wohnen könnte. Eine interkulturell ausgerichtete Belegungspolitik würde also die traditionelle Großfamilie berücksichtigen und die Vernetzung zwischen den Generationen fördern. Hier böte sich auch ein Rahmen zur Erprobung von „Altenwohngemeinschaften“ mit interkultureller Orientierung. Aus Sicht älterer Migrant(inn)en wäre es wünschenswert, Mehrsprachigkeit und interkulturelle Kompetenz zu einem selbstverständlichen

Bestandteil des Konzepts des betreuten Wohnens zu machen. Dementsprechend müssten diese Inhalte auch in die Personalausbildung einbezogen werden.

- Die **Freiflächenplanung** könnte eine verbindende Funktion zwischen den verschiedenen Teilen des Geländes übernehmen (siehe Gestaltungsvorschlag und Konzeptskizze der Münchner Landschaftsarchitektin Susanne Frisch). Wichtig wären dabei fließende Übergänge zwischen den unterschiedlichen Gebäudegruppen: Die Gebäude und Einheiten sollten zwar eigenständig sein, aber dennoch miteinander in Verbindung stehen. Eine entscheidende Rolle spielte in diesem Zusammenhang die **Landschaftsgestaltung**, da sich gerade ältere Menschen gerne in Gärten aufhalten. Eine interkulturelle Gartengestaltung würde bei älteren Menschen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund auf „Wiedererkennungseffekte“ – und damit Erinnerungen⁵⁷ – setzen. So empfände „der g’stand’ne Münchner“ ihm bekannte Pflanzen und Gartenbauelemente als heimisch, während sich eine muslimisch geprägte ältere Migrantin türkischer Herkunft etwa durch mediterrane Kräuter oder durch für die islamische Gartenbaukunst typische Wasserläufe angesprochen fühlte. Gleichzeitig könnte damit etwas Verbindendes zwischen Menschen unterschiedlicher Hintergründe geschaffen werden.
- Ein weiteres Element wären **temporäre Wohngelegenheiten für Pendelmigrant(inn)en**. In den Niederlanden werden einer Expertin zufolge derartige Wohneinheiten mit angeschlossenem ambulanten Pflegedienst für ältere, in der Pendelmigration lebende Zugewanderte bereits angeboten.⁵⁸ Diese Option wäre für jene Migrant(inn)en attraktiv, die zwar pendeln wollen, aber keine Wohnung in München zusätzlich unterhalten können. Durch die Einrichtung solcher Wohneinheiten auf dem Gelände würde diesen Migrant(inn)en zudem der soziale Anschluss ermöglicht, der mit Aufgabe der eigenen Wohnung verloren gehen kann. Darüber hinaus ließe sich durch diesen Ansatz der Anteil an Wohnungen verringern, die – bedingt durch die Pendelmigration – zeitweise leer stehen.⁵⁹

57 Hier könnten neuere Erkenntnisse zum Thema Betreuung demenzerkrankter Menschen und „Erinnerungsgärten“ einfließen. Siehe zum Beispiel Pollock (2004) und Pro Alter (2004).

58 „[Die älteren Migrant(inn)en] können sich dort melden, die können dort ihre Rente abholen und wenn sie wirklich eine Versorgung brauchen, ist jemand für sie da. Also, sie haben ihr Zimmerchen, wo sie wohnen können, vielleicht auch noch mit ein paar Gegenständen, und es gibt einen Pflegedienst, der für das ganze Haus zuständig ist ...“ (EXP 26)

59 Dies ist nach Aussage eines in einer städtischen wohngenossenschaftlichen Siedlung tätigen Sozialarbeiters im Norden Münchens ein häufiges Problem. (EXP 33)



→ Schließlich gehörte auch eine stationäre Einrichtung zum Areal, ein **Senioren- und Pflegeheim mit interkultureller Ausrichtung**,⁶⁰ in dem die kultursensible Pflege einen Schwerpunkt bildet. Es wäre sinnvoll, das Konzept gemeinsam mit den Aus- und Weiterbildungsinstitutionen der Pflege zu erarbeiten – zum einen aus inhaltlichen Gründen, zum anderen, um von Anfang an Praktikumsplätze für Auszubildende einplanen zu können. Darüber hinaus wäre mit dem Träger zu diskutieren, ob als ein Aspekt der interkulturellen Pflege beispielsweise eine eigene **muslimische Station mit Modellcharakter** in das Konzept integriert werden könnte.

Das Modell des interkulturellen Mehrgenerationenzentrums ist zwar als Einheit gedacht, kann aber auch – je nach Bedarf – im Sinne des **Quartiersmanagements** partiell und stadtteilspezifisch realisiert werden. In der Praxis bedeutet dies, dass zunächst in Stadtvierteln mit hohem Migrantenanteil die für ältere Menschen vorhandene Infrastruktur im Hinblick auf zusätzlichen Bedarf oder gute Ergänzungsmöglichkeiten überprüft wird. So könnte der interkulturelle Mehrgenerationenansatz beim Neubau eines Alten- und Service-Zentrums von vornherein in die Planung einbezogen werden (wie es etwa seit 2007 im Rahmen eines Projekts in Aubing-West unter Trägerschaft der Caritas geschieht). Ebenso könnte die Einrichtung einer muslimischen Station in einem bestehenden Alten- und Pflegeheim angedacht werden (wie zeitweilig von der Arbeiterwohlfahrt in München geplant), ergänzt durch ein entsprechendes Weiterbildungsprogramm für die Mitarbeiter(innen) in kultursensibler Pflege sowie verbunden mit einer Vernetzung mit Migrationsdiensten, Sozialberatung, Migrantenselbstorganisationen etc. Weiterer Teil des Gesamtkonzepts wäre eine **langfristig angelegte Informations- und Multiplikatorenpolitik**, über die Migrantengroups gewonnen werden können.

Voraussetzung für eine sinnvolle Planung und Umsetzung ist, die auf Stadtteilebene vorhandenen Ressourcen für die Arbeit mit älteren Migrant(inn)en genau zu analysieren und die praktikabelsten – und nicht zuletzt kostengünstige – Elemente und Ansätze zur Ergänzung und Verbesserung des Vorhandenen zu wählen.

4.1 Erläuterungen zur Entwurfsskizze Susanne Frisch

Die Skizze des Mehrgenerationenzentrums ist grundsätzlich als **Entwurfsschema** zu verstehen, das die möglichen Elemente eines angenommenen Geländes für das Projekt sowie eine denkbare Anordnung der Baukörper zeigt. Da es sich um ein rein fiktives Grundstück und die Darstellung rein konzeptioneller Betrachtungen handelt, sollen diese vorwiegend der Illustration des beschriebenen Vorschlags dienen. Sie sind also weder vollständig noch ist die hier gewählte formale Struktur bindend.

Für das Senioren- und Pflegeheim sowie für das internationale Mehrgenerationenhaus sind jeweils **separate Grundstücke** vorgeschlagen, die zwar in unmittelbarer Nachbarschaft denkbar sind, jedoch auch unabhängig voneinander funktionieren können. Für die Bedürfnisse der Pflegeheimbewohner(innen) ist der direkte Kontakt zum Mehrgenerationenhaus möglicherweise wünschenswert, insbesondere für demenzkranke Menschen im Heim ist jedoch ein separates Gelände mit einer speziell auf die Bedürfnisse der Kranken abgestimmten Konzeption notwendig.

4.1.1 Die Komponenten des Senioren- und Pflegeheims

Das Gebäude des Senioren- und Pflegeheims ist **zwei- bis dreigeschossig** und erhält südostseitig **Balkone oder Dachterrassen**. Die Gebäudeform ist nicht näher beschrieben und im Entwurf sehr neutral gehalten. Es wären unter Umständen auch **Innenhof** und **Patio-Situationen** im Inneren des Gebäudes wünschenswert; diese bringen Licht ins Innere und sind ein typisches Thema in vielen Ländern Südeuropas. Durch die geschützte Lage lassen sich in Innenhöfen auch Pflanzen kultivieren, die Menschen südeuropäischer Herkunft vertraut sind.

Die gesundheitsbezogenen und körperlichen Bedürfnisse von Senior(inn)en mit Migrationshintergrund decken sich sicherlich zum großen Teil mit solchen einheimischer älterer Menschen. Selbst-

→

⁶⁰ Vergleiche das Victor-Gollancz-Haus, ein interkulturelles Altenhilfzentrum in Frankfurt am Main unter Trägerschaft des Frankfurter Verbands.



verständlich sind ein **optimaler Zugang** der Eingangsbereiche für Krankenfahrzeuge, die Barrierefreiheit aller Verkehrsflächen sowie eine übersichtliche, der Orientierung im Gelände dienliche Gestaltung der Flächen. Dies ist besonders für demenzkranke Menschen von zentraler Bedeutung. Alle möglichen Wege sollten wieder zurück zum Eingang des Gebäudes führen.

Für gehbehinderte Menschen und Schlaganfallpatient(inn)en sind **therapeutische Gärten** für Anwendungen der Ergotherapie im Freien hilfreich. Diese können erhöhte Pflanzbeete, die vom Rollstuhl aus oder im Sitzen erreichbar sind, oder Wasserbecken für die physikalische Therapie aufweisen. Sie können ebenso Gehschulen mit in den Garten integrierten kleinen und größeren „Herausforderungen“ beinhalten, um das Begehen in Begleitung von Angehörigen und Therapeut(inn)en zu ermöglichen. Daneben sind Aufenthalts- und Sitzgelegenheiten für Angehörige und Bewohner(innen) sowie Plätzchen für **gemeinsame Feiern und Feste** Elemente, die sicherlich für alle im Haus vereinten Gruppen bedeutsam sind. Das **Erleben der Jahreszeiten und die Möglichkeit der Bewegung** in einem beschaulichen, möglichst an altem Baumbestand reichen Garten stellen weitere Grundbedürfnisse älterer Menschen dar.

Die genannten – für alle Seniorengruppen relevanten Elemente – können leicht ergänzt werden durch Elemente, die ganz spezifisch Senior(inn)en mit Migrationshintergrund ansprechen: Dies kann durch die formale Gestaltung eines Teils der oben genannten Komponenten geschehen, indem beispielsweise durch Ornamente und die Wahl der verwendeten Materialien **Kennzeichen aus Gärten und Landschaften der Herkunftsländer** zitiert werden. So können im Garten – in begrenztem Maß, aber dennoch wirkungsvoll – Bilder entstehen, die vielleicht Vertrautheit und ein Gefühl des „Daheimseins“ fördern können. Die – wenngleich durch die Witterungsverhältnisse in unseren Breiten begrenzte – Möglichkeit, Pflanzen zu verwenden, die auch in den Herkunftsländern vorkommen, kann diesen Effekt noch unterstützen.

4.1.2 Internationales Mehrgenerationenhaus und interkulturelles Zentrum

Die vorgeschlagene Anordnung der Gebäude beinhaltet das **größere Gemeinschaftshaus mit zentralem Eingangsbereich** in das Café und die Eingangshalle sowie südlich im Grundstück **versetzt zueinander angeordnete Häuschen mit jeweils ein bis zwei Wohneinheiten** für Familien, Singles und kleinere Wohngemeinschaften. **Betreute Wohneinheiten** sind ebenfalls enthalten. Die Häuschen haben ein zweites Teilgeschoss mit größerer **Dachterrasse oder Loggia**; sie stehen so zueinander gruppiert, dass **im Inneren Höfe und geborgene Räume** entstehen zur Begegnung und für kleine Feste sowie für spielende Kleinkinder im Nahbereich der Häuser. Jede Einheit hat ihren **privaten Freisitz** ebenerdig im Erdgeschoss oder auf dem Dach.

Die **Außenanlagen** enthalten folgende Komponenten:

Im **Eingangsbereich** mit Hausbaum sind überdachte Carports mit einem Anteil an Behindertenstellplätzen sowie Fahrradständer vorgesehen. In der Eingangszone ist nach Sitte des türkisch-arabischen Kulturkreises auch ein größerer **Rosengarten** angeordnet, da Gäste in arabischen Ländern traditionell mit Rosenwasser zur Erfrischung von Gesicht und Händen begrüßt werden. Zentrale Bedeutung hat ein ausgedehnter **Nutzgarten** im Südwesten des Grundstücks, der auch gemeinsam mit dem therapeutischen Nutzgarten des Seniorenheims betrieben werden kann. Hier können den Bewohner(inne)n vertraute Gemüsearten gezogen werden; Informationen über traditionelle Anbaumethoden und die Zubereitung der Speisen können vor Ort ausgetauscht werden. Frühbeete, Gewächshäuser, Ställe für Kleinvieh sowie ein Kompostlagerplatz runden das Angebot ab, sodass durch die Betätigung im eigenen Garten ein **Höchstmaß an Identifikation und Integration** erzielt werden kann.

Ausdruck verschiedener Kulturen ist häufig die in den jeweiligen Herkunftsländern ausgeübte Religionszugehörigkeit. Denkbar ist, diese in sogenannten „**Horti conclusi**“ (geschlossene Gartenräume oder „grüne Zimmer“) mithilfe **typischer Symbole** abzubilden und damit Orte der Besinnung und möglicherweise der Identifikation zu schaffen. Ob die Wahl der Mittel und der Symbole jeweils erwünscht oder inwieweit die Identifikation tat-



sächlich mit der Religionszugehörigkeit verbunden ist, lässt sich in Nutzergesprächen klären. Sie können auch durch andere Symbole und Bilder aus den Herkunftsländern ersetzt werden. Von großer Bedeutung sind auch ausreichend **Spiel- und Bewegungsflächen für Kinder**, die Möglichkeit, zu bolzen, zu rennen oder einfach auf der Wiese zu liegen. Hierfür ist die **Multifunktionswiese** im Süden des Geländes gedacht.

Grillplätze und Spielflächen für Tischtennis, Boule oder Boccia, Backgammon und Bodenschach gehören ebenfalls zum Angebot und können bei Bedarf durch weitere Elemente ergänzt werden.

4.2 Alternative Ansätze auf Stadtteilebene: Moosach und Haidhausen im Vergleich

Wie soll man in unterschiedlichen Stadtvierteln vorgehen, um ältere Migrant(inn)en dort jeweils besser zu erreichen?

Im Rahmen dieser Studie wurden zwei Münchner Stadtteile – **Haidhausen** und **Moosach** – im Hinblick auf ihre Infrastruktur für die Bedarfsermittlung sowie für die Versorgung älterer Migrant(inn)en miteinander verglichen. Es handelt sich um zwei gewachsene Stadtviertel mit jeweils hohem Migrantanteil – womit sich ihre Gemeinsamkeiten jedoch bereits erschöpfen.

Moosach war und ist ein **traditionelles Arbeiterviertel** mit zahlreichen Mietwohnsiedlungen sowie einem ausgeprägten „kleinbürgerlichen“ Milieu, das sich in Gestalt von Ein- und Zweifamilienhäusern sowie Kleingartenvereinen zeigt. Aufgrund der geringen Qualifikation vieler Bewohner(innen) sowie wirtschaftlicher Umstrukturierungen (Rationalisierung in der Produktion und damit Verlust von zahlreichen Industriearbeitsplätzen) ist die Zahl der Arbeitslosen und der von Armut betroffenen Menschen verhältnismäßig hoch.

Die Migrantenpopulation ist vorwiegend in **gering qualifizierten Beschäftigungsbereichen** tätig, überproportional von **Arbeitslosigkeit** betroffen und weist nur einen kleinen Anteil an Selbstständigen, eigenen Geschäften (*ethnic business*) und Selbstorganisationen auf. Gesprächspartner(innen) aus dem Viertel – ob aus Verwaltung, kirchlichen und karitativen Organisationen oder der Sozial-

oder Seniorenarbeit – berichteten, dass die in Moosach wohnhaften Zugewanderten **kaum öffentlich in Erscheinung träten**, wie dies durch Eigenaktivitäten, in Selbstorganisationen, im Geschäftsleben oder durch andere Formen der Partizipation möglich wäre.

Dagegen ist **Haidhausen** ein Stadtviertel, das im Laufe der letzten drei Jahrzehnte **enormen sozialökonomischen Veränderungen** unterworfen war. Jahrhundertlang war Haidhausen ebenfalls – zusammen mit der Au – ein **traditionelles Arbeiter- und Handwerkerviertel**; doch mit der in den 1970er-Jahren einsetzenden Sanierung der Straßenzüge und Plätze ging eine **große sozialökonomische Aufwertung** einher, die die Zusammensetzung der Wohnbevölkerung entscheidend beeinflusste: Es zogen viele Bewohner(innen) mit hohem Bildungsniveau und hohem Einkommen zu, solche mit niedrigen Einkünften wurden verdrängt. Haidhausen entwickelte sich allmählich zum „**In-Viertel**“ und galt bald als Modell für die Erprobung verschiedener Wohnformen und Lebensstile – in zunehmendem Maße auf hohem ökonomischen Niveau. Das Stadtviertel wurde durch viele **soziale, politische und ökologische Initiativen** und eine gestalterische **Quartiersplanung** geprägt, die für eine Erhöhung der Wohnqualität bei gleichzeitiger Entwicklung eines dichten Netzes florierender kleiner und mittlerer Unternehmen sorgte.

An dieser Entwicklung waren ausländische Familien, Unternehmer(innen) und Geschäftsinhaber(innen) maßgeblich beteiligt. Eine **Mittelschicht mit Migrationshintergrund** ist nicht nur sichtbar, sondern prägt das ökonomische, soziale und politische Leben des Viertels dezidiert mit. Dementsprechend stellt sich das Profil der Zugewanderten im sozialen sowie im Bildungsbereich dar und dementsprechend stark ausgeprägt ist die Tradition der sozialpolitischen Selbstorganisation – man denke etwa an das AKA Haidhausen, eine Haidhauser Institution. Natürlich gibt es auch in Haidhausen Migrant(inn)en, die von sozialer Marginalisierung, Chancenlosigkeit oder Verarmung bedroht sind. Doch gerade der Vergleich zwischen den beiden Vierteln zeigt, **wie sehr die lokalen sozialen und ökonomischen Milieus die Lebensführung und die Perspektiven der Zugewanderten ähnlich wie die der autochthonen Bevölkerung beeinflussen**.

Aus diesem – natürlich sehr knapp gehaltenen Vergleich – lassen sich für die beiden Stadtviertel unterschiedliche Ansätze für eine **offensive Strategie** ableiten, wie ältere Migrant(inn)en dort jeweils besser zu erreichen wären.

→



In **Moosach** müsste die Strategie an die bereits vorhandenen sozialen und karitativen Strukturen anknüpfen, über die die verschiedenen Migrantengruppen über die Angebote der Altenhilfe informiert und die Akteure im Stadtviertel miteinander vernetzt werden könnten. Auf Beteiligungsstrukturen der Migrant(inn)en selbst kann vermutlich nur in geringem Ausmaß zurückgegriffen werden – dies wurde von Kenner(inne)n der Stadtteilstruktur immer wieder betont. Ein konkreter Ansatz bestünde beispielsweise in einer Zusammenarbeit zwischen Alten- und Service-Zentrum und Kindergarten sowie Hort (Gubestraße, unter Trägerschaft der Arbeiterwohlfahrt), um Migrantenfamilien über alle Generationen hinweg anzusprechen. Das Alten- und Service-Zentrum könnte den Kontakt zu den wenigen Treffpunkten der Eingewanderten, wie etwa dem muslimischen Verein in der Moosacher Straße, aufbauen. Dies wäre eine vertrauensbildende Maßnahme, die vor allem von der türkischen Wohnbevölkerung positiv wahrgenommen würde. Die Pfarrer der christlichen Gemeinden in Moosach signalisierten diesbezüglich Gesprächsbereitschaft; allerdings hätten sie nur begrenzt Zugang zu den Migrantengruppen.

Die für ältere Migrant(inn)en aus dem ehemaligen Jugoslawien bereits bestehende muttersprachliche Beratung im Alten- und Service-Zentrum bietet eine ausbaufähige Grundlage für die Vernetzungsarbeit in die Migrantengemeinschaften hinein. Auf die Kompetenz der Fachstelle für häusliche Pflege im Sozialbürgerhaus könnte zurückgegriffen werden, um bei Kliniken und ambulanten Diensten neue Konzepte und Fortbildungen anzuregen, die sich mit den besonderen Bedürfnissen von Migrantenfamilien auseinandersetzen. Erst allmählich und nur mit Zugang zu Migrantengruppen wäre mit der Eigeninitiative oder ehrenamtlichen Aktivitäten der Betroffenen selbst zu rechnen. Mitarbeiter(innen) der offenen Altenhilfeeinrichtungen müssten sich darauf einstellen, dass die Begegnungen zwischen traditionell geprägten deutschen Besucher(inne)n und älteren Migrant(inn)en nicht immer unbedingt reibungslos verlaufen – für Auseinandersetzungen sollten sie entsprechend gerüstet sein.

In **Haidhausen** sähe die Erprobung neuer Ansätze der interkulturellen Öffnung in der Altenhilfe grundsätzlich anders aus. Hier könnte auf bereits existierende interkulturell ausgerichtete Strukturen in der

offenen Altenhilfe, wie die Migrantengruppen im Alten- und Service-Zentrum in der Balanstraße, zurückgegriffen werden. Wichtig wäre es, die Selbstorganisationen der Migrant(inn)en in Haidhausen in neue Initiativen und Vernetzungen einzubeziehen. Doch auch die Geschäftswelt sowie die Medien der Zugewanderten wären zu berücksichtigen, wenn Werbekampagnen durchgeführt, Aufklärung betrieben und Multiplikator(inn)en angesprochen werden sollen. In Haidhausen gibt es also in soziologischer Hinsicht eine Reihe von Milieus und Lebenswelten, die in unterschiedlicher Weise erreicht und mobilisiert werden können.

Daher eignete sich Haidhausen als Viertel, in dem innovative Ansätze entwickelt werden könnten. Bedingt durch die gewachsenen sozialen und politischen Strukturen gäbe es hier beispielsweise fruchtbaren Boden zur Erprobung interkultureller (und „Alt-68er“?) Altenwohngemeinschaften oder anderer Wohnformen. Die Landeshauptstadt München könnte dabei die Diskussion über Formen der Selbstbestimmung und Partizipation im Alter im Sinne von kultureller Vielfalt als Gewinn gemeinsam mit diversen zivilgesellschaftlichen Akteuren anregen und in lebendiger Weise (mit)gestalten.

Bei allen berechtigten Überlegungen zum Quartiersmanagement für ältere Menschen ausländischer Herkunft muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass ältere Migrant(inn)en zwischenmenschliche Beziehungen oft weit über ihr Viertel hinaus haben. Eine Interviewpartnerin wies darauf hin, dass Zugewanderte auch quer durch die ganze Stadt zu Seniorentreffen fahren, wenn die Gruppe sie wirklich interessiert – und sie erklärte, warum:

„Also, der Personenbezug ist das Zentrale, denke ich. Und auch die eingeschliffenen Wege, die man hat. Also, wenn ich nach Laim fahre [zur russischen Gruppe im Alten- und Service-Zentrum], dann kann ich vielleicht noch auf der Hinfahrt meine Freundin besuchen. Oder da kenne ich noch eine Familie auf der Hinfahrt und da ist der Lebensmittelladen, wo ich meine russischen Produkte kriege – und alle solche Dinge spielen eine Rolle. Das heißt, man sollte neben diesem sozialregionalen Modell – also jeder Bürger in seiner Region hat seinen Ansprechpartner – durchaus noch mal diese Parallelstruktur zulassen: Die gehen eben dahin, wo sie ihre Anlaufstelle oder ihre Kontakte haben.“ (EXP 26)



5 Abschließende Bemerkung

Die in dieser Studie gegebenen Empfehlungen sollten **im Rahmen einer Gesamtstrategie und unter Beteiligung aller relevanten Akteure** umgesetzt werden. Dabei bringen alle Beteiligten ihre jeweiligen traditionellen Stärken und Ressourcen ein. Innovationen auf dem Gebiet der Versorgung älterer Migrant(inn)en können einzeln und gemeinsam entwickelt und erprobt werden – das Betätigungsfeld ist groß und wurde bislang über weite Strecken kaum bearbeitet. Die zentrale Aufgabe besteht darin, für ältere Menschen mit Migrationshintergrund in ihrer ganzen Heterogenität – jenseits der Interessengegensätze der beteiligten Akteure und der Konkurrenz zwischen ihnen – die **bestmögliche umfassende Versorgung** zu gewährleisten.

Um diese nur langfristig zu bewältigende große Aufgabe angehen zu können, sollten in Kürze die Weichen entsprechend gestellt werden. Erste konkrete Schritte könnten sein:

- Auseinandersetzung des Stadtrats und der Verwaltung mit den Erkenntnissen der Studie,
- Beschlussfassungen über die Umsetzung der als am wichtigsten erachteten Empfehlungen und Modellprojektansätze,
- Erarbeitung einer Zeitschiene für die Umsetzung.

Anschließend müsste die Gremienarbeit mit Praktiker(inne)n der verschiedenen Altenhilfebereiche, mit Verbänden, Migrantenselbstorganisationen und anderen Beteiligten in Angriff genommen werden, um die beschlossenen Maßnahmen Schritt für Schritt in die Praxis umsetzen zu können.

Die Priorisierung und die Finanzierbarkeit solcher Strategien ist zunächst immer eine Frage des politischen Willens. Auch die gleichberechtigte Partizipation aller Beteiligten ist Teil des Gesamtkonzepts; sie bedeutet die Mobilisierung und die Berücksichtigung der betroffenen Menschen selbst – und dies ist keine einfache Aufgabe. Die langfristig zu erzielenden Erfolge des besseren Zugangs zu und der besseren Versorgung von älteren Menschen mit Migrationshintergrund werden jedoch von großer Bedeutung sein. Sie sind auch im Zusammenhang mit einer **langfristig angelegten Integrationspolitik für ältere Migrant(inn)en** zu sehen.

Vieles deutet darauf hin, dass dieser Weg sich lohnen wird. Zahlreiche zivilgesellschaftliche Akteure haben die Chance, zu diesem vielseitigen Prozess maßgeblich beizutragen und dabei neue und spannende Wege zu beschreiten.

Literatur

- Anderson, P. (2003): *Zur Sterbekultur in stationären Seniorenzentren. Eine Untersuchung im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt (AWO) als Grundlage für die Entwicklung von Standards zur Sterbebegleitung*. München: AWO-Bezirksverband Oberbayern, Bezirksverband Ober-/Mittelfranken, Bezirksverband Schwaben. Abrufbar unter www.awo-obb.de/fileadmin/Content/Startseite/2einrichtungen/2_Senioren_allgemeine_Bilder/Sterbekultur_Seniorenzentren.pdf
- Anderson, P., S. Nökl, M. Spohn (2005): *Muslimisches Leben in München. Eine Informationsbroschüre*. München: Landeshauptstadt München, Sozialreferat. Abrufbar unter www.muenchen.de/cms/prod2/mde/_de/rubriken/Rathaus/85_soz/04_wohnenmigration/31_interkulti/downloads/muslim.pdf
- Baric-Büdel, D. (2001): *Spezifika des Pflegebedarfs und der Versorgung älterer Migranten. Konzeptentwicklung zur interkulturellen Öffnung des Pflegeversorgungssystems in Dortmund*. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)-Schriftenreihe, Thema 160. Köln: KDA.
- Baric-Büdel, D. (2002): Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe – Bedarfsorientierte Konzeptentwicklung der Stadt Dortmund. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 2: 113–120.
- Becker, S.A., E. Wunderer, J. Schultz-Gambard (Hrsg.) (2006): *Muslimische Patienten – Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis*. München: Zuckschwerdt.
- Bischoff, A. (2005): Caring for Migrant and Minority Patients in European Hospitals – A Review of Effective Interventions. In: Trummer, U. et al. (Hrsg.): *Migrant-Friendly Hospitals in an Ethno-Culturally Diverse Europe (MFH) – Ein europäisches Projekt zur Qualitätsentwicklung ethnokulturell sensibler Betreuung in europäischen Krankenhäusern* (Endbericht und CD-ROM). Wien: ÖPV. Abrufbar unter www.mfh-eu.net/public/files/mfh_literature_review.pdf
(Siehe auch *The Amsterdam Declaration* [26 Empfehlungen])
- Brathuhn, S. (1999): *Lernen, mit dem Tod zu leben. Menschenwürdiges Sterben, Möglichkeiten der Sterbebegleitung, Hospizbewegung*. Osnabrück: Der Andere Verlag.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (1998): *Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland – 1. Abschlussbericht, 2. Dokumentation der Fachtagung „Ausländische und deutsche Seniorinnen und Senioren gemeinsam: Modelle und Perspektiven gesellschaftlicher Partizipation und Integration“ am 17. März 1999 in Stuttgart*. Stuttgart: BMFSFJ.
- Delkos, P. (2002): Alt werden in der Fremde – Ältere Migranten: eine Herausforderung für die Altenhilfe und für das Gesundheitswesen. In: Hegemann, T., B. Lenk-Neumann (Hrsg.): *Interkulturelle Beratung – Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung. 131–137.

→

- Dietzel-Papakyriakou, M. (2001): Elderly Foreigners, Elders of Foreign Heritage in Germany. *Revue Européenne des Migrations Internationales* 17/1: 79–99.
- Dietzel-Papakyriakou, M. (2005): Potentiale älterer Migranten und Migrantinnen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38: 396–406.
- Dietzel-Papakyriakou, M., E. Olbermann (1997): Wohnsituation älterer Migranten in Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): *Wohnverhältnisse älterer Migranten. Expertisen zum zweiten Altenbericht der Bundesregierung*. Frankfurt am Main: Campus.
- Dietzel-Papakyriakou, M., E. Olbermann (2001): Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In: Marschalck, P., K. H. Wiedl (Hrsg.): *Migration und Krankheit*. IMIS-Schriften 10. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Domenig, D. (Hrsg.) (2001): *Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe*. Bern: Hans Huber.
- Frenzel, K., M. Müller, H. J. Sottong (2006): *Storytelling. Das Praxisbuch*. München: Hanser.
- Ghaeni, Z. (Hrsg.) (1999): *Krank in der Fremde: Perspektiven zur interkulturellen Entwicklung von deutschen Kliniken. Einleitung*. Frankfurt am Main: CINCO.
- Habermann, M. (o. J.): *Interkulturelles Management in der Pflege – Eine Einführung*. Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE).
- Hellige, B. (2006): *Handbuch kultursensible Altenpflegeausbildung. Projekt des BMFSFJ*. Hannover: Evangelische Fachhochschule Hannover. Abrufbar unter www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/Forschungsberichte.
- Hielen, M. (1998): *Altenhilfe für Einwanderer. Anforderungen an eine ethnisch orientierte Altenhilfe. Abschlussbericht des DRK-Pilotprojektes „Ethnischer Schwerpunkt Altenhilfe (ESA)“*. Duisburg: VERLAG?
- Holz, G., H. Scheib, S. Altun, U. Petereit, J. Schürkes (1994): *Fremdsein, Altwerden und was dann? Ältere Migranten und die Altenhilfe*. Frankfurt am Main: ISS-Eigenverlag.
- Kuhn, G. (2005): *Interkulturelle Hilfe im Münchner Norden. Sachbericht*. Caritas-Papier. München: Caritas.
- Landeshauptstadt München (Hrsg.) (2002): *Fremde Heimat – Zur Geschichte der Ausländer in München. Geschichtswettbewerb 1999/2000*. Reihe Lesebücher zur Geschichte des Münchner Alltags. München: Landeshauptstadt München.
- Landesseniorenbeirat Hamburg (Hrsg.): *Lebenssituation älterer Migranten in Großstädten. Tagungsdokumentation*. Hamburg: VERLAG?

- Leininger, M., S. Alban, C. L. Reynolds (2000): *Multikulturelle Pflege*. München: Urban & Fischer.
- Marschalck, P. (2000): Öffentliche Gesundheitspflege und die Einwanderung: „Gastarbeiter“, Aussiedler und Flüchtlinge in Deutschland. In: Gardemann, J., W. Müller, A. Remmers (Hrsg.): *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssystem und öffentliches Gesundheitswesen*. Dokumentation und Handbuch einer Tagung vom 23. bis 25. März 2000 in Hilden. Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen. 31–42.
- Matthäi, I. (2004): *Die Lebenssituation älterer allein stehender Migrantinnen. Ausgewählte Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Zusammenfassung*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).
- Maxwell, J. (1996): *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Messmer, P. (2000): Versorgungssituation und Hilfebedarf älterer Migrantinnen und Migranten (Erhebung Sozialministerium Baden-Württemberg). In: Landesseniorenbeirat Hamburg (Hrsg.): *Lebenssituation älterer Migranten in Großstädten. Tagungsdokumentation*. Hamburg: VERLAG? 45–62.
- Mika, T., I. Tucci (2006): *Alterseinkommen bei Zuwanderern – Gesetzliche Rente und Haushaltseinkommen bei Aussiedlern und Zuwanderern aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien im Vergleich zur deutschen Bevölkerung*. DIW Research Notes 18. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW).
- Naegele, G. (1998): *Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland: Dokumentation der Fachtagung „Ausländische und deutsche Seniorinnen und Senioren gemeinsam: Modelle und Perspektiven gesellschaftlicher Partizipation und Integration“ am 17. März 1999 in Stuttgart*. Stuttgart: BMFSFJ.
- Naegele, G., C. Schopf (2005): Alter und Migration – ein Überblick. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38: 384–395.
- Özakin, S. (1993): *Ausländische Arbeitnehmer vor dem Rentenalter am Beispiel türkischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Literaturanalyse mit Fallstudien*. Konstanz: Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft.
- Pollock, A. (2004): *Gärten für Menschen mit Demenz*. Reihe Türen öffnen zum Menschen mit Demenz, Band 2. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA).
- Pro Alter (2003): Kultursensible Altenhilfe (diverse Beiträge). *Pro Alter* 4/2003. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). 6–41.
- Pro Alter (2004): Flower-Power für die Pflege. *Pro Alter* 1/2004. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA).

→

- Raven, U., A. Huismann (2000): Zur Situation ausländischer Demenzkranker und deren Pflege durch Familienangehörige in der Bundesrepublik Deutschland. *Pflege – die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe* 3/2000: 187–196.
- Schröer, H., S. Handschuck (2003): *Offen für Qualität – interkulturell orientiertes Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Migrationssozialarbeit*. München: Landeshauptstadt München, Sozialreferat.
- Seeberger, B. (1998): *Altern in der Migration – Gastarbeiterleben ohne Rückkehr*. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)-Schriftenreihe, Thema 130. Köln: KDA.
- Steidle, Y.E. (o. J.): *MigrantInnen im Alter – neue Anforderungen an die soziale Arbeit im Einwanderungsland*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, FH Pasing.
- Strauss, A., J. Corbin (1990): *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Tempel, G., Z. Mohammadzadeh (2004): *Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen. Dokumentation*. Bremen: Gesundheitsamt Bremen.
- Tesch-Römer, C. (Hrsg.) (2004): *Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Ergebnisse der zweiten Welle des Alterssurveys. Kapitel 10: Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. 455–500.
- Uzarewicz, C. (Hrsg.) (2000): *Transkulturelle Pflege*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Uzarewicz, C. (2003): Überlegungen zur Entwicklung transkultureller Kompetenz in der Altenpflege. In: Friebe, J., M. Zalucki: *Interkulturelle Bildung in der Pflege*. Bielefeld: Bertelsmann. 29–46.
- Verein Ledigenheim e.V. (Hrsg.) (1997): *Ledigenheim München 1987*. München: Eigenverlag.
- Wesselman, E., T. Lindemeyer, A. L. Lorenz (2004): *Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts. Übersetzungen im Krankenhaus. Der klinikinterne Dolmetscherdienst*. Frankfurt am Main: VERLAG?
- Zeman, P. (2002): *Ältere Migrantinnen und Migranten in Berlin – Expertise im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz*. Regensburg: VERLAG?
- Zielke-Nadkarni, A. (Hrsg.) (2003): *Kulturelle Aspekte bei der Pflege und Betreuung von Senioren am Beispiel ausgewählter Migrantengruppen*. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)-Schriftenreihe, Thema 184. Köln: KDA.

Impressum

Herausgeberin



Landeshauptstadt
München
Sozialreferat

Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherung
Abteilung Hilfen im Alter und bei Behinderung, S-I-AB2
Orleansplatz 11, 81667 München
Tel. (Vorzimmer): 089 233-48351, Fax: 089 233-48378
E-Mail: altenundbehindertenhilfe.soz@muenchen.de

Sozialreferat, Stelle für interkulturelle Arbeit
Franziskanerstraße 8, 80669 München
Tel.: 089 233-40542, Fax: 089 233-40699
E-Mail: interkulturellearbeit.soz@muenchen.de
www.muenchen.de/interkult

Gestaltung und Satz
Heike Tiller, München

Druck
Landeshauptstadt München, Direktorium, Stadtkanzlei

März 2008

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wurden in dieser Broschüre die ausgeschriebenen gendergerechten Formen „Migrantinnen und Migranten“, „Patientinnen und Patienten“ etc. durch die verkürzten, aber ebenfalls korrekten Formen „Migrant(inn)en“, „Patient(inn)en“ etc. ersetzt.