



Gesundheit: Alter, Behinderung und Selbsthilfegruppen

Seit den 80er Jahren wird in Teilen der Fachöffentlichkeit (vor allem innerhalb der Migrationssozialarbeit) darüber diskutiert, was es für die Gesellschaft und das Altenhilfesystem bedeutet, wenn die Generation der „Gastarbeiter“ ins Rentenalter kommt. In den 90er Jahren hat es zahlreiche Modellprojekte und Studien zum Thema „Alte Migranten“ gegeben. Auch in der Politik ist das Thema seit längerem präsent. Bereits 1993 erklärte die damalige Bundesregierung, „dass mit der Zunahme der Zahl älterer Ausländer diese auch bei der Gestaltung der Seniorenpolitik stärker berücksichtigt werden müssen.“ (Bundesregierung 1993) Im dritten Bericht zur Lage der älteren Generation (BMFSFJ 2001) und vor allem im 6. Familienbericht (BMFSFJ 2000) wird das Thema mit einer zum Teil sehr differenzierten Problemsicht behandelt.

Auf der anderen Seite scheint die immer wieder erhobene Forderung an das Altenhilfesystem, sich auf die Bedürfnisse und die Pflege älterer Migrantinnen und Migranten vorzubereiten, weitgehend folgenlos geblieben zu sein. Die Praxis der ambulanten und stationären Altenhilfe, die Aus- und Weiterbildung der Pflegekräfte sowie die Altensozialarbeit sind über das Stadium von Modellprojekten kaum hinausgekommen. Weder kann von einer Implementation in den Alltag der Institutionen die Rede sein noch von einer angemessenen Problemsicht der dort tätigen Akteure.

In der Öffentlichkeit wird das Thema „alte Migranten“ so gut wie nicht diskutiert. Aber auch bei Diskussionen mit Fachleuten fällt auf, wie „neu“ eine Problemsicht erscheint, die Alter und Pflegebedürftigkeit von Migranten zum Thema macht. Häufig begegnet man einer Abwehrhaltung, die sich verschiedener Gegenargumente bedient.

1. Weit verbreitet ist die Vorstellung, alte Migranten seien bereits genügend versorgt. Bei den Migranten seien die Alten in der Familie noch aufgehoben. Tatsächlich existiert bei den meisten Migranten das Ideal von familiärer Pflege und entsprechenden Pflichten (der Töchter und Schwiegertöchter). Im Bild vieler Deutscher (auch von Akteuren im Altenhilfesystem) haben die Migranten sich damit etwas bewahrt, das bei den Deutschen abhanden gekommen sei. Wer für Konzepte einer Öffnung der Altenhilfe für Migranten wirbt, wird daher häufig mit dem Argument konfrontiert, mit der vorgeschlagenen Lösung (Öffnung des Altenhilfesystems für Migranten) das Problem erst geschaffen zu haben. Anders gesagt: Statt den funktionierenden Familienzusammenhang sich selbst zu überlassen, würden institutionelle Gebilde geschaffen (Pflegedienste, Altenheime etc.), die dann erst den funktionierenden Familienzusammenhang auflösen. Hinter dieser Vorstellung steht der Mythos einer harmonischen „Gastarbeiter-Großfamilie“. Tatsächlich leben aber (genau wie bei den Deutschen) immer mehr alte Migranten in Ein-Personen-Haushalten, können und wollen die Kinder nicht alle Aufgaben der Pflege übernehmen.
2. Die meisten Migranten werden, so wird argumentiert, im Alter in die Herkunftsländer ziehen. Das Problem stelle sich also gar nicht. Tatsächlich war das Migrationsziel der Arbeitsmigranten der 60er und 70er ein besseres Leben in der Heimat, also die

Rückkehr. Und tatsächlich zeigt die Wanderungsstatistik, dass viele zurückgekehrt sind und auch zurückkehren werden. Viele erleben den Aufenthalt im Alter in Deutschland daher auch als Scheitern ihrer Lebensziele. Der Rückkehrwunsch bleibt daher bestehen, obwohl er in vielen Fällen unrealistisch geworden ist. Gegen die Rückkehr sprechen, das zeigen auch Umfragen unter alten Migranten, vor allem die Familienbindungen in Deutschland und die bessere gesundheitliche Versorgung.

3. Ein weiteres Argument lautet: Das Problem stelle sich noch nicht. Für Institutionen zählen vor allem Zahlen. Tatsächlich sind die meisten Arbeitsmigranten aber noch nicht in dem Alter, in dem in der Regel von einer Pflegebedürftigkeit ausgegangen werden kann. Ein dringendes Problem werde daher auf absehbare Zeit nicht vorliegen. Das ist nicht nur kurzfristig gedacht, sondern geht auch am realen aktuellen Bedarf vorbei. Denn tatsächlich haben die in der Regel schlechteren Lebens- und Arbeitsbedingungen, denen die ausländischen Arbeitnehmer ausgesetzt waren, dazu geführt, dass sie im Durchschnitt erheblich eher altern, mit allen damit verbundenen gesundheitlichen Problemen.

Brauchen Migranten überhaupt eine besondere Versorgung?

Auch wenn man davon ausgeht, dass Arbeitsmigranten in Deutschland altern, pflegebedürftig werden, auf die Hilfe der dafür zuständigen Institutionen angewiesen sind, so bleibt doch die Frage: Braucht das Altenhilfesystem besondere Anstrengungen für die Versorgung älterer Migranten oder reichen die bestehenden Instrumente aus?

In ihrer Expertise zum 6. Familienbericht kommt die Sachverständigenkommission zu dem Schluss, dass man unter den Mitarbeitern in den Regeleinrichtungen häufig „zwei scheinbar einander widersprechende kognitive Strategien“ finden, die aber beide zur Ausgrenzung von Migranten als Kunden führten. Die eine Strategie betont die kulturellen Unterschiede zwischen Deutschen und Migranten. Entsprechend benötigt man aus dieser Sicht für den Umgang mit dieser Klientengruppe entweder migrationspezifische soziale Dienste neben den Regeleinrichtungen oder selbst „kulturelle Hintergrundkenntnisse und kulturimmanente Interventionsstrategien“, um mit ihnen adäquat arbeiten zu können.

Die andere Variante geht davon aus, dass kulturelle Unterschiede nicht wirklich relevant sind. Vorhandene - und als kulturell zu verstehende - Handlungsweisen seien vor allem als Antwort auf soziale Ausgrenzung seitens der hiesigen Gesellschaft zu verstehen. Der Erwerb von interkultureller Kompetenz wird aus dieser Sicht häufig mit dem Argument, alle Klienten gleich zu behandeln, abgelehnt.

Während die erste Position in die Gefahr gerät, mit kulturellen Schablonen zu operieren und die Migranten einer „ganz anderen“ Kultur zuzuordnen, wird bei der zweiten das Kind mit dem Bade ausgeschüttet. Kulturelle Unterschiede existieren – es fragt sich nur, welche Bedeutung sie im Alltag haben, welche Festigkeit sie besitzen, wie homogen sie verteilt sind, wie mit ihnen umzugehen ist und vor allem: ob sie nicht auch auf Unterschiede innerhalb der Kulturen, also zwischen den Individuen mit ihren differenzierten Bedürfnissen verweisen, die in der Praxis der Pflege noch häufig vernachlässigt werden. Wenn wir die Tatsache ernst nehmen, dass die Bevölkerung in Deutschland (Migranten und Einheimische) heterogener wird, dass auch ältere Menschen die unterschiedlichsten Bedürfnisse entwickeln, stellt sich die übergeordnete Frage, welche Anforderungen sich für die Beschäftigten in der Pflege aus dieser Problemlage ergeben.

Die Forderung, „kulturkompetentes Handeln“ einzuüben, um die Altenhilfe für Migrantinnen und Migranten zu öffnen, kann unter diesen Voraussetzungen nicht bedeuten, sich

schablonenhaft „kulturelles Wissen“ anzueignen, um es dann anzuwenden, nach dem Motto: „Was muss ich alles beachten, um einen Moslem zu pflegen“. Was aber heißt es dann?

Kulturkompetente Pflege

Eine Antwort auf die Frage nach „Kulturkompetenz“ muss zuallererst ihr Verständnis von Kultur offen legen. In neueren Ansätzen werden Kulturen als Produkte menschlicher Praxis verstanden. Kultur ist danach durch soziale Interaktion konstituiert. Unter dieser theoretischen Orientierung geht es vor allem um die Individuen, deren kulturelle Orientierungen sich nicht darin erschöpfen, den Bahnen einer immer schon vorgegebenen (nationalen, ethnischen etc.) Kultur zu folgen. Kultur wird vielmehr im Alltag immer wieder neu und immer wieder anders hergestellt.

Die Voraussetzung einer solchen Betrachtungsweise ist die universelle menschliche Fähigkeit für Verständnis und Kommunikation. Im Vordergrund einer solche Kulturdefinition stehen daher zunächst die ‘Gemeinsamkeiten’ und nicht die ‘Unterschiede’.

Die Unterschiede wiederum verändern ihren Charakter, sind keine starren Differenzen und Grenzen. Sie verändern sich laufend und werden immer wieder neu ausgehandelt. Unter diesem Blickwinkel reicht es daher nicht aus zu fragen, welchen kulturellen Prägungen z.B. türkische Jugendliche unterworfen sind. Viel interessanter ist die Frage, wie sie diese unterschiedlichen Prägungen in ihrer Praxis und Kommunikation leben, kombinieren, neu erfinden etc. Und das gilt selbstverständlich auch für die älteren Migranten.

Kulturkompetenz heißt deshalb, für mehrere Dinge sensibel zu werden:

1. Kulturkompetenz besteht nicht nur darin, kulturelles Handeln von Migranten im Rahmen des politischen, sozialen, wirtschaftlichen und historischen Kontextes der Herkunftsgesellschaft zu sehen. Eine solche Betrachtung macht nur Sinn, wenn zugleich das eigene Verhalten, die eigenen Prägungen durch die deutsche Kultur und Gesellschaft reflektiert wird. Verzichtet man darauf, dann kann es passieren, daß z.B. der zu pflegende Patient als „kulturell geprägtes“ Wesen erscheint, der einer besonderen Behandlung bedarf, während der Umgang mit Deutschen als die eigentliche, „natürliche Pflegepraxis“ erscheinen kann.
2. Eine kulturkompetente Praxis muss sich immer wieder fragen, wie spezifische Bedingungen und Umstände zu einem Block von angeblich unüberwindbaren, kulturellen Grenzen geführt haben. Tatsächlich lassen sich solche Vorstellungen von Unüberwindbarkeit („Mit denen kann man nicht zusammenarbeiten“) gerade in multi-kulturellen Teams in der Pflege beobachten.
3. Kulturkompetenz bedeutet, die besonderen gegenseitigen Beziehungen (z.B. zwischen Patienten oder zwischen Patienten und Pflegekräften) und die Umstände, unter denen sie zustande kommen, analysieren zu können.
4. Kulturkompetenz bedeutet, die konkreten Voraussetzungen und Bedingungen, die Kommunikation fehlschlagen lassen, zu analysieren. 5. Schließlich ist es wichtig, dass wir die Lösungen nicht im Reden über die Anderen suchen, sondern mit ihnen gemeinsam erarbeiten. Für den Pflegealltag heißt das: Kulturell differierende Bedürfnisse (z.B. Hygienevorstellungen, Tabugrenzen, Höflichkeitsregeln etc.) oder auch andere Formen der Schmerzäußerung, die zu Missverständnissen führen können, müssen viel stärker beredet werden.

Was bedeutet das für die Praxis kulturkompetenter Pflege? Kulturelle Kompetenz kann nicht als Anhängsel einer ansonsten kulturunabhängigen Altenarbeit verstanden werden. Vielmehr geht es darum, eine veränderte Haltung zu entwickeln, die einer heterogenen Kundenstruktur

gerecht wird. Jeder Mensch ist anders und muss auch anders gepflegt werden. Dies gilt auch für pflegebedürftige Deutsche.

Was bedeutet das für die Institutionen? Die Autoren des 6. Familienberichts weisen darauf hin, dass interkulturelle Öffnung „(...) eine Veränderung der Organisationskultur (Leitbild, fremdsprachliche Hinweise, Repräsentation kultureller Vielfalt usw.) und eine Veränderung der Angebotsstrukturen in Richtung Niedrigschwelligkeit: lebensortnah, alltagsorientiert, aufsuchend, ganzheitlich“ implizieren muss.

Die Kulturgebundenheit der Altenhilfe

Denkt man noch einen Schritt weiter, dann stellt sich auch die Frage, wie weitreichend die Institutionen der Altenhilfe selbst kulturgebunden sind und welche Probleme daraus entstehen. Die Versorgung von älteren Menschen durch Institutionen ist kein neuzeitliches Phänomen. Sie entwickelte sich in der Spätantike aus dem christlichen Gedanken der Barmherzigkeit und Nächstenliebe. Der Einfluss dieser Entstehungsgeschichte wirkt bis heute im Selbstverständnis der Institutionen und ihrer Mitarbeiter, beispielsweise im hohen Frauenanteil unter den Beschäftigten, der geringen Bezahlung, den Berufsmerkmalen sowie einem nach wie vor relativ hohen Anteil nur angelernter Beschäftigter (Pflegen als typisch weibliche Eigenschaft kann jede für „Gottes Lohn“).

Zudem gibt es eine „Tradition der Bemächtigung“ von Hilfebedürftigen in helfenden Berufen, die sich im Umgang mit Migrant*innen besonders negativ auswirken könnte. Dies gilt ganz besonders für die Altenarbeit. Auch hier können Verstehen und Kolonisieren des Fremden eine unheilvolle Allianz eingehen, wenn paternalistische Haltungen der Pflegekräfte dazu führen, dass sie ganz genau zu wissen glauben, was der einzelne alte Mensch für sein Wohlbefinden benötigt. Auch der immer wieder von Pflegekräften geäußerte Wunsch nach Verhaltens-Checklisten im Umgang mit Migrant*innen wirkt in diese Richtung.

Auch unsere Vorstellungen vom Alter prägen die Institutionen der Altenhilfe. Tatsächlich ist „Alter“ eine gesellschaftliche Konstruktion. Die für uns heute selbstverständliche, eigenständige nachberufliche Lebensphase „Alter“ existiert in dieser generalisierten Form erst seit Beginn des 20. Jahrhunderts.

Auf dieser Grundlage entwickeln alte, aber auch junge Menschen Vorstellungen vom „Lebensabend“ und darin eingeschlossen z.T. stereotype Vorstellungen von Versorgung und Pflege, die sich durchaus „kritisch“ zu den Institutionen verhalten (z.B. das Ideal der Familienversorgung, aber auch die Vorstellung, den Kindern nicht zur Last fallen zu wollen; das Pflichtgefühl und die Ängste davor bei den Kindern, die Vorstellung einer „guten Pflege“, eines „geborgenen Lebensabends“ aber auch das Bild von der „Abschiebung“ der Alten ins Heim).

Vieles davon wird auch von Migrant*innen geteilt werden, anderen „Selbstverständlichkeiten“ in den Einrichtungen der Altenhilfe stehen sie aber möglicherweise auch fremd gegenüber. Für die Praxis der Altenhilfeeinrichtungen bedeutet dies, zu hinterfragen, welche Arbeitsabläufe, Führungs-, Organisations- und Planungsstile üblich sind. Auf welchen impliziten kulturell geprägten Vorstellungen von Alter und Lebensgestaltung im Alter basieren sie? Wie sehen z.B. die Zeitvorgaben für die Pflege aus?

Eingübt werden solche „Selbstverständlichkeiten“ u.a. in der Ausbildung zum Altenpfleger. Dort gibt es ein eigenes Unterrichtsfach „Lebensgestaltung im Alter“, um normativ die Bezüge für die Handlungen der Auszubildenden herauszubilden. Welche unhinterfragten Denkgewohnheiten müssten hier aufgelockert werden? Hinzu kommen Fragen an die Beschäftigten in der Altenpflege: Welches Selbstverständnis haben sie über ihren Beruf?

Welche Arbeitskulturen haben sie entwickelt? Wie strukturieren diese den Arbeitsalltag und ihre Vorstellungen darüber, wie hierarchisch Strukturen sein sollten, wie Macht austariert werden sollte (Gleichheit versus Abhängigkeit), über Aufgabenfelder (Was macht die Pflegekraft, was die Familie?) und ihre Ansichten darüber, welche Formen der Mitarbeiterführung als angemessen empfunden werden.

Voraussetzungen für neue Wege in der Altenhilfe

In dem vorhandenen Rahmen der Institutionen der Altenpflege neue Wege zu gehen setzt vor allem die folgenden beiden Schritte voraus:

1. Ältere MigrantInnen müssen noch viel mehr als bisher nach ihren eigenen Vorstellungen und Lösungsideen befragt werden. Nur so können die von ihnen gewünschten Lösungen bereitgestellt werden. Oft stellt sich dabei heraus, dass es um viel einfachere und unspektakuläre Lösungen geht, als vorher angenommen. Zum Beispiel haben Seniorenselbsthilfegruppen oft einfach das Problem, einen Raum zur Verfügung gestellt zu bekommen.
2. Migranten selbst müssen nicht nur als Beschäftigte im Feld der Altenpflege selbst, sondern darüber hinaus auch als Forscher über das Feld der Altenpflege (Gerontologie, Alterssoziologie, Anthropologie u.a. mit Alter beschäftigte Disziplinen) gewonnen werden. Ohne diese ersten Schritte bleiben alle folgenden weniger effektiv, als dies häufig erhofft wird. Solche Schritte sind z.B. muttersprachliches Personal qualifizieren, interkulturelles Lernen als lebenslanger Prozess in der Altenhilfeaus-, Fort- und Weiterbildung, Vernetzung von Altenhilfe- und Migrationsstrukturen, kultursensible Pflegeleitbilder, kulturkompetente Konzepte für Institutionen der Altenhilfe und ihre Platzierung als Führungsaufgaben etc.

Das Ziel ist, die Vision einer kulturkompetenten, professionellen Pflege, die den Anforderungen einer sich verändernden Welt von Patienten fachlich gerecht wird.

Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind selbstorganisierte Zusammenschlüsse von Menschen, die ein gleiches Problem oder Anliegen haben und gemeinsam etwas dagegen bzw. dafür unternehmen möchten. Typische Probleme sind etwa der Umgang mit chronischen oder seltenen Krankheiten, mit Lebenskrisen oder belastenden sozialen Situationen. Die Zahl der Selbsthilfegruppen in Deutschland wird auf 70.000-100.000 geschätzt. Laut dem telefonischen Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts 2003 waren etwa 9 Prozent der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands schon einmal Teilnehmer einer Selbsthilfegruppe. Fragt man danach, wie hoch der Anteil derer ist, die zum Zeitpunkt der Befragung eine Selbsthilfegruppe besuchen, so liegt dieser 2005 bei 2,8 Prozent.

Selbsthilfegruppen dienen im Wesentlichen dem Informations- und Erfahrungsaustausch von Betroffenen und Angehörigen, der praktischen Lebenshilfe sowie der gegenseitigen emotionalen Unterstützung und Motivation. Darüber hinaus vertreten Selbsthilfegruppen in unterschiedlichem Grad die Belange ihrer Mitglieder nach außen. Das reicht von Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit über die Unterstützung von Forschungsprojekten bis hin zur politischen Interessenvertretung. Die häufigste Rechtsform von Selbsthilfegruppen ist der eingetragene Verein.

KISS Weiterentwicklung der Selbsthilfeunterstützung für Migrantinnen und Migranten in Hamburg

Migrantinnen und Migranten scheinen die Unterstützungsmöglichkeiten, die Selbsthilfegruppen bei gesundheitlichen und persönlichen Problemen bieten, bisher weniger zu nutzen als der Rest der Bevölkerung. Dies könnte daran liegen, dass Selbsthilfegruppen bisher sehr stark „deutsch“ geprägt sind und dass Migrantinnen und Migranten nicht als spezielle Zielgruppe im Fokus der Arbeit von Selbsthilfekontaktstellen stehen.

KISS Hamburg hat daher ein Modellprojekt „Selbsthilfeunterstützung für Migranten (w/m) in Hamburg“ gestartet. Ziel des Projektes ist es, den in Hamburg lebenden Migrantinnen und Migranten unter Berücksichtigung der bestehenden (sozio)kulturellen Eigenheiten die gleichen Zugangschancen zu gesundheitlichen Selbsthilfegruppen und zur Selbsthilfeförderung (auch der finanziellen) zu schaffen, wie der „nicht migrantischen“ Bevölkerungsmehrheit.

Ein wesentlicher Ansatzpunkt ist dabei, mehr Erkenntnisse und praktische Erfahrungen über Zugangswege, Ansprechpartner und Selbsthilfestrukturen von Migrantinnen und Migranten zu gewinnen, um Selbsthilfeunterstützung in Hamburg besser auf die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten auszurichten.

(www.kiss-hh.de)

GSP Gesundheitsselbsthilfe NRW und Migration

Gerade bei einer Krebs-Erkrankung sind Migrantinnen und Migranten besonders herausgefordert sich zurechtzufinden: Sprachbarrieren, unzureichende Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem und die geringe Anzahl an kultursensiblen Angeboten tragen dazu bei, dass Migrantinnen und Migranten nicht die gesundheitliche Versorgung in Anspruch nehmen (können), die sie benötigen und die ihnen zur Verfügung steht.

Wie bei anderen Erkrankungen kommt es auch bei Krebs-Erkrankungen darauf an, sich zu informieren und diese Informationen für die Krankheitsbewältigung nutzbar zu machen.

Dafür eignen sich die Angebote der Gesundheitsselbsthilfe besonders: Selbsthilfegruppen sind heute ein unverzichtbarer Teil unseres Gesundheitssystems, eine wertvolle Ergänzung zur ärztlichen Behandlung und hilfreich in der Bewältigung von Lebenskrisen.

(www.sozialeprojekte.de)

3. Themenseminar

Gesundheit: Alter, Behinderung und Selbsthilfegruppen

Am 05. und 06. November hatten die Teilnehmer/innen in der zweitägigen Veranstaltung die Gelegenheit sich über den Themenschwerpunkt *Gesundheit* umfassend zu informieren. Achim Weber (Referent für *Selbsthilfe, Prävention und Rehabilitation*) referierte über die verschiedenen Funktionen, die Selbsthilfegruppen im Gesundheitssystem erfüllen sowie exemplarisch über zwei Projekte des Paritätischen/ Paritätischer Mitgliedsorganisationen in Hamburg (*KISS Weiterentwicklung der Selbsthilfeunterstützung für Migrantinnen und Migranten in Hamburg*) und Nordrhein-Westfalen (*GSP Gesundheitsselbsthilfe NRW und Migration*). Darüber hinaus informierte er darüber, wie man eine Selbsthilfegruppe gründen kann und unter welchen Voraussetzungen Präventionsmaßnahmen von den Krankenkassen finanziert werden könnten. Zur Einführung in das Thema *Alter* haben die Teilnehmer/innen einen von der BAGIV produzierten Film *Ältere Migrantinnen und der potentielle Beitrag der Selbstorganisationen* gesehen und intensiv miteinander diskutiert. Im Anschluss daran hat

Frau Athena Leotsakou den Beitrag durch einen Vortrag zum Thema *Pendelmigration im Alter* ergänzt. Ein Besuch im *Internationalen Pflegehaus Kreuzberg* und die Vorstellung des kultursensiblen Pflegeansatzes durch den stellvertretenden Pflegedienstleiter Herrn Rachid Amessegher rundeten das Programm ab.