



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Pflegebedürftig in der Fremde“: bedürfnisorientierte Altenpflege für türkischstämmige MigrantInnen

Verfasserin

Doris Dyndocky

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaften

Betreuerin / Betreuer:

Dr. Ursula Karl-Trummer

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig angefertigt habe. Ich erkläre weiters, dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle ausgedruckten, ungedruckten oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliches Arbeiten zitiert worden.

Die wissenschaftliche Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden. Diese Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit der gedruckten Version übereinstimmt.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Wien, Oktober 2011

Doris Dyndocky

Danksagung

Während der Erstellung meiner Diplomarbeit gab es viele Personen die mich in schwierigen Momenten unterstützten. Vor allem die unzähligen Telefonate mit meiner Mutter Lisa und meiner Schwester Soraya waren für mich in „akuten Diplom Arbeitskrisen“ lebensnotwendig. Weiters möchte ich mich bei meinem Partner Petjo für die emotionale rund um die Uhr Betreuung von ganzem Herzen bedanken.

Mein spezieller Dank gilt Dr. Peter Cichon, der sich die Zeit genommen hat, sich so intensiv mit dieser Arbeit auseinanderzusetzen und mir eine große Hilfe war.

Den Lebensabschnitt „Studium“ schließen meine engsten Freundinnen und ich nun ab, auch hier war es sehr bereichernd zu sehen, wie wir uns über die Jahre hinweg entwickelt haben. Der intensive Austausch mit meinem Freundeskreis stärkte mein Durchhaltevermögen, vor allem ab dem Entschluss, die zeitintensive psychiatrische Gesundheits-KrankenpflegerInnen Ausbildung nebenbei zu absolvieren.

Weiters gebührt mein Dank Dr. Ursula Karl-Trummer und ihrer Kollegin Dr. Sonja Novak-Zezula, die mich organisatorisch und fachlich während der Erstellung der Diplomarbeit betreuten.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei den InterviewpartnerInnen für ihre Kooperation herzlichst bedanken.

Inhaltsverzeichnis

1.Einleitung	6
1.1 Einführung in das Thema und Problemdarstellung:	6
1.2 Pflegewissenschaftliche Relevanz	6
1.3 Forschungsfrage und Zielsetzung der Arbeit	7
1.4 Methodik und Kapiteleitfaden	9
I. LITERATURTEIL	11
2.Altenpflegeeinrichtungen in Wien	11
2.1 Versorgungsangebot in Wien	11
2.1.1 Begriffsbestimmung Wohn- und Pflegeheim	11
2.1.2 Aufnahmekriterien	14
2.1.3 Finanzierung des Heimplatzes	15
2.2 Ethnokulturelle Betreuungsdimension in Wiener Wohn- und Pflegeheimen	17
3.Migration und MigrantInnen in Wien	29
3.1 Die Arbeitsmigration	30
3.2 Statistische Daten	32
3.2.1 Bevölkerungsstruktur in Österreich	32
3.2.2 Bevölkerungsstruktur in Wien	34
3.2.3 Alters- und Geschlechtsstruktur	35
3.2.4 Muslime in Österreich und Wien	36
3.3 Lebenssituation älterer türkischstämmiger MigrantInnen	38
3.3.1 Bildungsniveau, Arbeitsbedingungen und Einkommen	39
3.3.2 Wohnverhältnisse	41
3.3.3 Familienverhältnisse und soziale Netzwerke	43
3.4 Gesundheitszustand türkischstämmiger MigrantInnen	44
3.5 Erleben des Altseins türkischstämmiger MigrantInnen	50

4.Herausforderungen des Settings Pflegeeinrichtung	54
4.1 Zunahme des Pflegebedarfs türkischstämmiger MigrantInnen	54
4.1.1 Abnahme der traditionellen Familienpflege	54
4.1.2 Zunahme an Demenzerkrankungen	56
4.1.3 Geringe Inanspruchnahme, Akzeptanz und Veränderungsoptionen	58
4.2 Zugangsbarrieren zwischen Altenpflege und MigrantInnen	61
4.2.1 Sprachbarrieren	63
4.2.2 Informationsmangel	65
4.2.3 Rechtsansprüche und Finanzierbarkeit der Pflegeleistung	67
4.2.4 Mangelnde Berücksichtigung kultureller Konzepte in der Pflege	71
5.Empfehlungen zur Überwindung der Barrieren in der Altenpflege	74
5.1 Das Konzept der transkulturellen Pflege	75
5.2 Interkulturelle Öffnung von Pflegeorganisationen	78
5.3 Diversity im Pflege- und Gesundheitsbereich	83
6. Bedürfnisorientierte Organisationsmodelle in Deutschland	91
6.1 DRK-Multikulturelles Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“	92
6.1.1 Entstehung und Entwicklung	92
6.1.2 Leistungen und multikulturelle Angebote	94
6.2 Türk Bakim Evi	99
6.2.1 Entwicklung und Entstehung	99
6.2.2 Leistungen und Angebote	101

II EMPRISCHER TEIL	103
7. Bedürfnisorientierte Altenpflege für türkischstämmige MigrantInnen- Erfahrungen und Einschätzungen aus der Perspektive von ExpertInnen	103
7.1 Forschungsfragen und Ziel der Untersuchung	103
7.2 Methodik	103
7.2.1 Die Wahl der ExpertInnen	105
7.2.2 Auswertung mittels Qualitativer Inhaltsanalyse	107
7.3 Ergebnisse und Interpretation	109
7.4 Ergebnisse aus dem empirischen Teil	127
8. Resümee	128
9. Literaturverzeichnis	141
10. Abbildungsverzeichnis	

1. Einleitung

1.1 Einführung in das Thema und Problemdarstellung:

Viele MigrantInnen, die in den neunzehnhundertsechziger und siebziger Jahren als „GastarbeiterInnen“ aus Jugoslawien und der Türkei nach Österreich gekommen sind, werden nach ihrer Pensionierung nicht in ihre alte Heimat zurückkehren, sondern ihre nachberufliche Lebensphase ebenfalls in Österreich verbringen. Das befristete Projekt der Migration ist gescheitert, und ein Großteil dieser Menschen hat Verwandte nach Österreich nachgeholt, eine Familie gegründet und sich ein Netz sozialer Beziehungen aufgebaut (vgl. Reinprecht 1999: 7- 15).

Die demografische Entwicklung in Österreich zeigt, dass die Zahl der alternden Menschen mit Migrationshintergrund ebenso wie ihr Anteil an der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den nächsten Jahrzehnten beträchtlich anwachsen wird (vgl. Reinprecht 2006: 12).

Bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit wird das familiäre Unterstützungssystem die Versorgung vieler SeniorInnen sicherstellen. Dies wird jedoch nicht bei allen Personen der Fall sein, da für die nachfolgenden Generationen mit einer hohen Erwerbsquote zu rechnen ist. (vgl. Kruse& Wahl 1994: 74-75). Die dadurch wachsende räumliche Mobilität und Flexibilität der Berufstätigen sowie die demografisch bedingte Reduzierung familiärer Kohäsion führt zu einer Reduzierung des Potentials an informellen Unterstützungsnetzwerken (vgl. Schopf 2005: 391). Angesichts dieser gesellschaftlichen Veränderungen muss für die Zukunft mit einem gesteigerten Bedarf an pflegerischen Maßnahmen gerechnet werden (vgl. Pfabigan 2007: 12).

1.2 Pflegewissenschaftliche Relevanz

Somit stellen sich neue Herausforderungen an das Handlungsfeld der Altenpflege in Österreich: Es ist anzunehmen, dass durch die veränderten Lebensbedingungen der zweiten und dritten Generation der Bedarf an Heimplätzen in Wohn- und Pflegeheimen steigen wird. Unsere Pflegeheime orientieren sich an den Bedürfnissen der Mehrheitsbevölkerung, und es ist

fraglich, ob pflegebedürftige türkischstämmige MigrantInnen österreichische stationäre Pflegeeinrichtungen akzeptieren werden.

Ein entscheidender Hinderungsgrund könnten die kulturellen Unterschiede sein, und zwar dort, wo in der Pflege von türkischstämmigen SeniorInnen deren spezifische religiöse und kulturelle Orientierungen unberücksichtigt bleiben. Darüber hinaus verweist die facheinschlägige Literatur auf vielfältige Zugangsbarrieren im Altenhilfesystem, welche die Inanspruchnahme stationärer Pflegeeinrichtungen erschweren könnten.

Entsprechend der vorhandenen Barrieren und des steigenden Bedarfs an Heimplätzen hat das Handlungsfeld der Altenpflege in Deutschland bereits reagiert. Stationäre Versorgungsangebote stellen sich auf die neue Klientele ein und bieten türkischstämmigen MigrantInnen in Städten mit hoher ausländischer Wohnbevölkerung eine bedürfnisorientierte Altenpflege an. Dabei haben sich zwei unterschiedliche Versorgungsmodelle entwickelt. Auf der einen Seite entstand mit „Türk Bakim Evi“ in Berlin-Kreuzberg ein monokulturelles, d.h. ein rein türkisches Pflegeheim, und auf der anderen Seite entwickelte sich das multikulturelle Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“ in Duisburg. Der Schwerpunkt beider Organisationsmodelle bildet die an die Kultur der Bewohner angepasste Altenpflege.

Vor diesem Hintergrund stellt sich nun auch in Österreich die grundlegende Frage der Organisationsentwicklung von stationären Pflegeeinrichtungen: Sollen für ältere türkischstämmige MigrantInnen ethnospezifische Einrichtungen geschaffen werden oder ist es möglich, die Bedürfnisse dieser Personengruppe in die Funktionsstruktur den bestehenden Heime zu integrieren.

1.3 Forschungsfrage und Zielsetzung der Arbeit

Dabei ergibt sich folgende zentrale Fragestellung, die meine Arbeit zu beantworten versucht:

Wie können Pflegeheime auf die Bedürfnisse türkischstämmiger BewohnerInnen reagieren, um eine adäquate Altenpflege dieser Bevölkerungsgruppe zu gewährleisten?

Diese Forschungsfrage wurde in folgende Unterfragen gegliedert:

- Wie wird auf unterschiedliche Anforderungen der BewohnerInnen in Wiener Wohn- und Pflegeheimen eingegangen?
- Besteht in Österreich ein Bedarf an Heimplätzen für türkischstämmige MigrantInnen?
- Welche möglichen Zugangsbarrieren erschweren die Inanspruchnahme von Heimplätzen?
- Welche Empfehlungen bestehen in der Altenpflege in Bezug auf die Überwindung möglicher Barrieren?
- Welche Organisationsmodelle sind bereits Praxis, um eine adäquate Altenpflege dieser Bevölkerungsgruppe zu gewährleisten?
- Wie können die Bedürfnisse türkischstämmiger SeniorInnen in bestehende Pflegeheimstrukturen integriert werden?

Ziel dieser Arbeit ist es, durch die ausführliche Aufarbeitung der Fachliteratur einen Überblick über den derzeitigen Forschungsstand und in die in Deutschland bereits vorhandenen bedürfnisorientierten Organisationsmodelle für türkischstämmige MigrantInnen zu geben. Die Arbeit wird durch ExpertInneninterviews ergänzt und vertieft, um Einschätzungen über den Status quo und zukünftige Entwicklungen bedürfnisorientierter Altenpflege in österreichischen Pflegeheimen zu erhalten. Dabei sollen die zielgruppenspezifischen Pflegeeinrichtungen aus Deutschland als Beispiele für eine mögliche Umsetzung bedürfnisorientierter Altenpflege in Wohn- und Pflegeheimen und als eine Anregung für mögliche zukünftige Entwicklungen in Österreich diskutiert werden.

Durch die Zusammenschau der Ergebnisse aus der Literaturanalyse und dem ergänzenden Empirieteil der Arbeit soll herausgefunden werden, wie das Handlungsfeld der Altenpflege auf spezielle Anforderungen türkischstämmiger

BewohnerInnen reagieren muss, um eine adäquate Versorgung für türkischstämmige MigrantInnen in Pflegeheimen gewährleisten zu können.

1.4 Methodik und Kapiteleitfaden

Die Arbeit besteht aus einem theoretischen und empirischen Teil. Zur Bearbeitung der Forschungsthematik im theoretischen Teil wurde Literatur vorwiegend aus Österreich, aber auch aus Deutschland und der Schweiz herangezogen, da die Datenlage in Österreich noch ungenügend erforscht ist. Insbesondere Österreich und Deutschland sind durch eine ähnliche Migrationsgeschichte gekennzeichnet. Dadurch stehen beide Länder vor vergleichbaren demografischen und soziokulturellen Entwicklungen und somit vor ähnlichen Herausforderungen im Bereich der Altenpflege. Aufgrund dieser Tatsachen können diese Daten auf die österreichische Situation umgelegt werden.

Das erste Kapitel beinhaltet die Problemdarstellung, Forschungsfragen und das Ziel der Arbeit. Im zweiten Kapitel werden die allgemeinen Rahmenbedingungen und ethnokulturellen Betreuungsdimensionen der Wiener Wohn- und Pflegeheime dargestellt, da die Hauptstadt als Ballungszentrum für kulturelle Vielfalt gesehen werden kann und die hier behandelte Thematik in hohem Maße anschaulich macht. Im Kapitel „Migration und MigrantInnen“ wird die Bevölkerungsstruktur und die Lebenslage türkischstämmiger MigrantInnen näher beleuchtet. In Funktion der Ergebnisse der Literaturrecherche werden im nachfolgenden Kapitel die Herausforderungen des Settings Pflegeeinrichtungen thematisiert. Kapitel fünf erläutert mögliche theoretische Empfehlungen, die der Problematik der Zugangsbarrieren entgegenwirken. Dabei wird einerseits auf die „interkulturelle Öffnung“ von Pflegeorganisationen und andererseits auf das „Konzept der Transkulturellen Pflege“ von Dagmar Domenig hingewiesen. Abschließend wird das „Diversity-Konzept“ im Gesundheitswesen skizziert, da die Stadt Wien diesen Ansatz verfolgt. Das letzte Kapitel des theoretischen Teiles stellt die beiden Pflegeheimmodelle aus Deutschland vor.

Der ergänzende empirische Teil der Arbeit gibt einen Einblick in Erfahrungen und Einschätzungen von ExpertInnen bezüglich bedürfnisorientierter Altenpflege für türkischstämmige SeniorInnen. Bei der Auswahl der ExpertInnen wurde aus folgenden Zielgruppen ausgewählt:

Politik	Gemeinderat; Gesundheit und Soziales
Management	PflegedirektorIn
Community ¹	Fonds Soziales Wien
MitarbeiterIn	Geriatrizentrum

Abb. 1: Auswahl der InterviewpartnerInnen

Quelle: Eigene Darstellung

Anschließend wurden die Interviews transkribiert, nach dem Kriterienkatalog von Philipp Mayring (2010) ausgewertet und mit den Ergebnissen der Literaturrecherche verglichen und diskutiert.

¹ *Community* bezeichnet hier die in Österreich lebende Gruppe der türkischen MigrantInnen. Grundlage für das Funktionieren einer Community in der sprachlich-kulturellen und religiösen Diaspora ist der Aufbau eigener Netzwerke. Diese ermöglichen die interne Interaktion und Kommunikation und steuern sie zugleich. Gestalt und Nutzungsgrad dieser Netzwerke sind ein guter Indikator für die Strukturiertheit und das Zusammengehörigkeitsgefühl als Gruppe. Zugleich sagen sie viel über die Nähe und Distanz zur Gesellschaft des Aufnahmelandes aus. Hier lässt sich die Hypothese aufstellen, dass je ausgeprägter und frequentierter diese Netzwerke sind, desto größer ist auch die Abgrenzung gegenüber der Mehrheitsgesellschaft. Da in der Migration die Mehrheitsgesellschaft jedoch stets auch Spender neuer Erfahrungen und kultureller Prägungen ist, führt dies in der Community der MigrantInnen zwangsläufig zu einer Pluralisierung der Lebensgestaltung und damit zu einer Veränderungen im Zusammenhalt als Gruppe.

I. LITERATURTEIL

2. Altenpflegeeinrichtungen in Wien

Insbesondere die Hauptstadt Wien zeichnet sich durch eine wachsende kulturelle Vielfalt aus, denn sie ragt mit einem Anteil von 35,6% Personen mit Migrationshintergrund deutlich aus dem Landesdurchschnitt heraus und kann somit als interkulturelles Ballungszentrum gesehen werden (vgl. österr. Integrationsfond 2009: 93). Entsprechend steht das Versorgungsangebot der Altenpflegeeinrichtungen in Wien im Focus dieser Arbeit.

2.1 Versorgungsangebot in Wien

Grundsätzlich wird in der Altenpflege zwischen informeller und formeller Pflege unterschieden. Im formellen Bereich sind Familienmitglieder oder/und Freunde für die Pflege verantwortlich (vgl. Schneider, Österle, Schober & Schober 2006: 7)

Der formelle Sektor in Österreich gliedert sich in

- stationäre Einrichtungen,
- teilstationäre Betreuung und
- ambulante Pflege (Hauskrankenpflege).

Die Altenpflege ist primär dem Sozialwesen zugeordnet. Die verfassungsmäßige Zuständigkeit für die Ausführung in den neun Bundesländern liegt im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesen. Im Gesundheitswesen ist der Bund für die Grundsatzgesetzgebung zuständig, und im Sozialwesen sind die Länder auch für die Grundsatzgesetzgebung verantwortlich (vgl. Rottendorfer& Wild 2004: 94-96).

2.1.1 Begriffsbestimmung Wohn- und Pflegeheim

Träger der stationären Einrichtungen sind Länder, Gemeinden, Nonprofit-Organisationen sowie private gemeinnützige oder gewinnorientierte Unternehmen (vgl. Rottendorfer& Wild 2004: 98). Die privaten gewerblich-

gewinnorientierten Unternehmen bieten zusätzlich zur Pflege und Betreuung Hoteldienstleistungen an. Die Zielgruppe der „Seniorenresidenzen“ ist dementsprechend zahlungskräftig (vgl. Schneider et al. 2006: 8).

Eine Übersiedlung in ein Wohn- und Pflegeheim erfolgt oft dann, wenn die Pflege und Betreuung durch Angehörigenpflege und/oder durch ambulante Dienste nicht mehr ausreichend gewährleistet werden kann.

Nach dem Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz sind Heime *„Einrichtungen, in denen mindestens drei Personen dauerhaft oder auf bestimmte Zeit aufgenommen, betreut und bei Bedarf gepflegt und auch fallweise ärztlich betreut werden.“* (§ 1 WWPG).

- In einem Wohnheim leben Menschen, die hauptsächlich Betreuung und nur zeitweise Pflege benötigen.
- Pflegeheime sind Einrichtungen für Menschen, die ständig Pflege und Betreuung brauchen (vgl. § 2, 1.Abs. WWPG).

Der Wiener Krankenanstaltverbund (WKAV) verfügt in Wien derzeit über acht Geriatriezentren. Dort befinden sich rund 4.900 Heimplätze. Weitere 840 Plätze werden von niederösterreichischen, vom KAV betriebenen Geriatriezentren angeboten (vgl. Baldaszi&Urbas 2007: 46).

Das Kuratorium Wiener Pensionistenheime wurde 1964 von der Stadt Wien gegründet. Es existieren rund 31 PensionistInnenwohnheime (Häuser zum Leben) und bieten damit rund 7.700 Wohnplätze und 1.750 Plätze auf den Pflegestationen in den Wiener PensionistInnenwohnheime an (vgl. Baldaszi&Urbas 2007: 45). Grundsätzlich zählt das Kuratorium Wiener Pensionistenheim zu den privaten Trägern (vgl. <http://pflege.fsw.at> ; [Stand: 28.05.2010]).

Nichtöffentliche Träger sind u.a. die Barmherzigen Brüder, die Caritas der Erzdiözese Wien, die Caritas Socialis, die Franziskanerinnen und das Haus der

Barmherzigkeit. In Wien werden rund 5.300 Wohn- und Pflegeplätze von nicht öffentlichen Trägern zur Verfügung gestellt (vgl. Baldaszi&Urbas 2007: 46).

Das Versorgungsangebot in Wien wird zukünftig durch neue moderne Geriatriezentren aufgewertet. Im Jahr 2004 wurde ein neues Geriatriekonzept von der Stadt Wien ins Leben gerufen und bislang konsequent umgesetzt. Hintergrund für die Initiative dieses Projekts ist die demografischen Entwicklung Österreichs und der damit zukünftig verbundene erhöhte Bedarf an Pflege- und Betreuungseinrichtungen der immer älter werdenden Bevölkerung. Neben den demografischen Prognosen gilt es auch, den hohen Anforderungen des Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetzes gerecht zu werden. Die Wiener Geriatriereform bietet unterschiedliche Angebote je nach Höhe der Pflegebedürftigkeit der Person an (Tageszentren, mobile Dienste, betreutes Wohnen und stationäre Pflege). Das Konzept beinhaltet neue Standards in der stationären Pflege, d.h. kleine Wohnbereiche für 24 bis 28 BewohnerInnen ersetzen große Stationen, der Wohnaspekt steht im Vordergrund, krankenhausähnliche Symbole werden vermieden, es stehen ausschließlich Ein- und Zweibettzimmer zur Verfügung, eine individuelle Gestaltung der eigenen Zimmer ist möglich und die Pflegeeinrichtungen sind durch viele Kommunikations- und Begegnungsmöglichkeiten charakterisiert. Darüber hinaus weisen die neuen Geriatriezentren eine demenzgerechte Ausstattung für die steigende Zahl demenzkranker Menschen auf. Die Stadt Wien errichtet bis 2015 sechs neue Geriatriezentren. Zukünftig werden die Pflegeheime der Stadt Wien und das Kuratorium Pensionisten Wohnhäuser (KWP) eng miteinander kooperieren. Der Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen und die Möglichkeit, in Würde zu altern, stehen im Mittelpunkt der neuen Reform der Geriatrie (vgl. <http://www.wienkav.at> [Stand: 1.9.2010]).

Die wichtigsten Kriterien des Geriatriekonzeptes sind:

- leistbare und bedarfsgerechte Betreuung und Pflege,
- regional ausgewogen verteilte Angebote,
- ambulante vor stationärer Betreuung und Pflege,
- hohe Qualität der angebotenen Leistungen (vgl. Leeb 2009: 22).

Der Fonds Soziales Wien (FSW) dient als Beratungszentrum für stationäre Angebote der Stadt Wien. Die Servicestelle prüft neben dem Pflege- und Betreuungsbedarf auch die Finanzierbarkeit des Heimplatzes für die jeweilige pflegebedürftige Person. Weiters ist der FSW für die Kontaktherstellung zu städtischen sowie privaten Heimträgern zuständig (vgl. Baldaszi&Urbas 2007: 45).

2.1.2 Aufnahmekriterien

Für die Aufnahme in ein Geriatriezentrum der Stadt Wien müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden:

- Einverständnis zur Aufnahme der pflegebedürftigen Person,
 - Betreuung durch ambulante Dienste nicht mehr ausreichend,
 - Bezug der Pflegegeldstufe drei oder höher,
 - Besitz der österreichischen Staatsbürgerschaft oder Gleichstellung (d.h. EU- bzw. EWR-Staatsangehörige; Drittstaatsangehörige müssen über eine Daueraufenthaltsbewilligung verfügen)
 - Hauptwohnsitz und tatsächlicher Aufenthalt in Wien (mind. sechs Monate)
- (vgl. <http://pflege.fsw.at> [Stand: 01.06.2010]).

Für die Aufnahme in ein privates Wohn- und Pflegeheim reicht das Einverständnis der pflegebedürftigen Person. Die Anmeldung für das Kuratorium Wiener Pensionistenheime ist ab den vollendeten 60. Lebensjahr möglich (vgl. <http://pflege.fsw.at> [Stand: 01.06.2010]).

Die Wohn- und Pflegeheime der Stadt Wien sowie die privaten Wohn- und Pflegeheime bieten verschiedenen Betreuungsmöglichkeiten an:

- Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege wird in Anspruch genommen, wenn Menschen nach einem Unfall oder einer schweren Erkrankung aus dem Spital entlassen werden und noch nicht ohne Hilfestellung zu Hause zurechtkommen würden. Die Kurzzeitpflege dauert maximal drei Monate. Der Schwerpunkt dieser Betreuung

liegt im therapeutischen Angebot, dieses soll den PatientInnen ermöglichen, sich zu erholen und nach dem Aufenthalt zuhause wieder selbstständig zurechtzukommen.

- Befristete Aufnahmen

Im Rahmen der „befristeten Aufnahme“, können Pflegegeldbezieher der Stufe drei oder höher bis zu maximal drei Monate im Jahr in einem privaten Wohn- und Pflegeheim leben. Der Fonds Soziales Wien fördert befristete Aufnahmen.

- Urlaubsbetreuung

Die Urlaubsbetreuung entlastet pflegende Angehörige und kann bis zu fünf Wochen pro Jahr in Anspruch genommen werden.

- Langzeitpflege

Wenn die Pflege zu Hause nicht mehr ausreichend gewährleistet ist, besteht die Möglichkeit, für einen längeren Zeitraum in ein Geriatriezentrum der Stadt Wien oder in ein privates Wohn- und Pflegeheim einzuziehen (vgl. <http://pflege.fsw.at/> [Stand: 22.5.2010]).

2.1.3 Finanzierung des Heimplatzes

Die Kosten für Aufenthalt, Essen, Pflege und alle zusätzlich angebotenen Leistungen in den Geriatriezentren der Stadt Wien betragen € 79,94 pro Tag. In der Regel muss die zukünftige BewohnerIn für die Kosten des Heimplatzes aufkommen, sofern Pflegegeldbezüge, Einkommen oder Vermögen es ermöglichen. Falls die finanziellen Mittel der pflegebedürftigen Person nicht ausreichen, muss der sogenannte „zumutbare Kostenbeitrag“ gezahlt werden. Er setzt sich aus 80 Prozent des Nettoeinkommens, einschließlich anteiligem Pflegegeld und dem verwertbaren Vermögen zusammen. Der FSW fördert den noch offenen Betrag, um die Gesamtkosten eines Geriatriezentrums der Stadt Wien abzudecken. Das Geld, das der pflegebedürftigen Person zur freien Verfügung freisteht (Freibetrag), setzt sich wie folgt zusammen:

- 20 Prozent des Nettoeinkommens,
- der 13. und 14. Monatsbezug,
- 10% der Pflegegeldstufe drei.

Die Pflegeentgelte in privaten Wohn- und Pflegeheimen können deutlich höher liegen, sie richten sich nach Angebot und Ausstattung. Der Differenzbetrag

zwischen den Heimkosten und den Eigenzahlungen wird nicht in jedem Fall vom Sozialhilfeträger übernommen. Hier muss der Restbetrag von dritter Stelle (z.B. von Angehörigen) bezahlt werden (vgl. <http://pflege.fsw.at/> [Stand:22.5.2010]).

Viele private Wohn und Pflegeheime sowie das Kuratorium Wiener Pensionistenheime werden vom FSW gefördert, wenn Pflegegeld, Einkommen und verwertbares Vermögen nicht ausreichen, um den Heimplatz finanzieren zu können. Weiters muss, entsprechend der Pflegestufe zwei die Pflegebedürftigkeit für Wohnheime, und entsprechend der Pflegestufe drei und höher gegeben sein, wenn die Betreuung durch soziale Dienste nicht ausreichend ist. Grundsätzlich sind die österreichische Staatsbürgerschaft oder eine entsprechende Gleichstellung sowie Hauptwohnsitz und tatsächlicher Aufenthalt in Wien eine notwendige Voraussetzung, um die Förderung nützen zu können.

Falls die finanziellen Mittel der BewohnerInnen nicht ausreichen, um den Pflegeplatz finanzieren zu können, ist der zumutbare Kostenbeitrag zu zahlen. Somit verbleibt der pflegebedürftigen Person der Freibetrag (vgl. <http://pflege.fsw.at/> [Stand:10.05.2010]).

Der Zweck des Pflegegeldes ist die pauschalierte Abgeltung des Mehraufwandes für pflegebedürftige Personen. Mit dieser abgestuften Sozialleistung soll die Sicherung einer ständigen Betreuung und Hilfe bei mindestens einer sechs Monate andauernden körperlichen, geistigen, psychischen oder Sinnesbehinderung gesichert werden. Zusätzlich soll es der pflegebedürftigen Person ermöglichen, ein selbstbestimmtes und bedürfnisorientiertes Leben zu führen. Die Kriterien, um Pflegegeld zu beziehen, sind ein ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf, der voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird. Der Pflegebedarf muss monatlich mehr als 50 Stunden betragen. Das Pflegegeld ist in sieben Stufen unterteilt. Je nach Ausmaß und Pflegebedürftigkeit wird die pflegebedürftige Person in die passende Pflegestufe eingeteilt und kann das Geld dieser Stufe beziehen. Personen in der niedrigsten Stufe erhalten monatlich 145,- Euro. Die höchste Ausbezahlung ist die der Pflegegeldstufe sieben mit rund 1.526,- Euro (vgl.

Rottendorfer& Wild 2004: 98-99). Nach dem Wiener Pflegegeldgesetz (WPGG) ist der Besitz der österreichischen Staatsbürgerschaft oder einer EWR-Staatsbürgerschaft und der Hauptwohnsitz Wien bzw. Aufenthalt in Wien Voraussetzung. Jedoch kann in Ausnahmefällen von dieser Anspruchsvorraussetzung abgesehen werden und ein Antrag auf soziale Härte gestellt werden (Näheres dazu in Kap. 4.2.3).

2.2 Ethnokulturelle Betreuungsdimension in Wiener Wohn- und Pflegeheimen

Die in den letzten Jahren unter Fachkräften entstandene Diskussion der Altenpflege und Migrationssozialarbeit rund um das Thema der Bedürfnisse alt werdender MigrantInnen brachte verschiedene Konzepte und Handlungsstrategien zur Versorgung älterer MigrantInnen hervor. Dabei entwickelten sich mehrere Begriffe, welche in der Altenpflege unter "transkultureller Pflege", "interkultureller Pflege" und "kultursensibler Pflege" bekannt sind. Obwohl sich die verschiedenen Begrifflichkeiten durch kleine Unterschiede voneinander abgrenzen, ist das Ziel identisch: adäquate Unterstützungsleistungen für älter werdende MigrantInnen in die Pflegepraxis umzusetzen (vgl. Hielen 2000: 34). Aufgrund der verschiedenen Begrifflichkeiten bei gleicher Zielsetzung der Konzepte im Pflegebereich werden in dieser Arbeit die Termini „ethnokulturell“ oder „kultursensibel“ synonym verwendet. Um die Berücksichtigung kultursensibler Betreuungsdimensionen in Wiener Wohn- und Pflegeheimen näher zu beleuchten, müssen zunächst, ausgehend vom zentralen Begriff der „Kultur“, die in der Altenpflege gebräuchlichen Begrifflichkeiten definiert werden.

- Kultur

(lat= colere: bebauen, pflegen, ehren)

Eine umfassende Definition des Begriffes 'Kultur' ist nicht möglich, da jede Begriffsbestimmung kulturabhängig ist. Die Zugehörigkeit zu einer Kultur kann Identität schaffen. Kultur kann als Orientierungs- und Bedeutungssystem einer Gruppe oder Lebenswelt gesehen werden: *„Aus einer anderen Perspektive wird*

damit genau das beschrieben, was uns fremd erscheint, wenn wir in Kontakt mit einer anderen Kultur kommen, also das, was anders funktioniert, anders beschrieben und gedeutet wird, als wir es gewohnt sind“. Der Mensch und seine Kultur stehen in einem korrelativen Verhältnis zueinander: So wie der Mensch die Kultur verändert, beeinflusst die Kultur auch den Menschen. Kulturen dürfen nicht mit nationalen Grenzen oder ethnischen Gruppen gleichgesetzt werden. Vielmehr existieren in einer Gesellschaft eine Vielzahl von Lebenswelten und kulturelle Gruppen nebeneinander (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002: 18). Einen wichtigen Bestandteil von Kulturen bilden *Religionen*. Somit sind auch Religionen individuell und kulturell geformt. Häufig werden Religionen wie der Islam durch ihre religiösen Institutionen nach außen hin einheitlicher vertreten. Jedoch ist zu beachten, dass in allen Religionen länderspezifische Ausprägungen existieren. Darüber hinaus darf nicht vom Religionsbekenntnis einer Person auf die persönliche Bedeutung des Glaubens geschlossen werden (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002: 18).

- Kultursensible Pflege

Die Kultursensibilität in der Altenpflege beruht auf dem kultursensiblen Wissen, welches die Kulturgebundenheit der eigenen Wahrnehmung und des eigenen Handelns und die möglichen kulturellen Differenzierungen mit einbezieht. Zugleich soll das Gegenüber nicht auf das Wissen über seine Kultur reduziert werden. Somit ist es von Bedeutung, in der Altenpflege Fachleute über die kulturellen Prägungen und Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen und deren Auswirkungen auf das Pflegehandeln zu konsultieren. Eine kultursensible Altenpflege arbeitet biografie- und subjektorientiert (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002: 19). *„Kultursensible Pflege ist immer auch religionssensible Pflege.“* (Körtner 2007: 14). Bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde durch Florence Nightingale auf die Berücksichtigung kultureller Aspekte in der Pflege verwiesen. Zentrale Zielsetzung der kultursensiblen Pflege ist es, die pflegebedürftige Person einer anderen Kultur in Pflegesituationen zu verstehen

und dieses Verstehen in der Praxis wirksam werden zu lassen (vgl. Zielke-Nadkarni 2009: 105).

- Multikulturalität

Der Begriff der Multikulturalität beschreibt einen Zustand, wie wir ihn z.B. in einer Pflegeeinrichtung antreffen, die von Personen unterschiedlicher kultureller Herkunft bewohnt wird. (vgl. Ertl 2002: 19). Unsere heutigen Gesellschaften sind geprägt von Multikulturalität, d.h. dem Nebeneinander vieler Kulturen, denn: *„In ihnen leben Individuen und Gruppen, die mehreren oder vielen unterschiedlichen Kulturen entstammen oder sich auf mehrere beziehen.“* (Uzarewicz 2002: 6).

- Interkulturalität

Interkulturalität beschreibt die konkrete Interaktion zwischen Menschen unterschiedlicher Kultur in der Begegnung (vgl. Ertl 2002: 19). Die Schwierigkeit des Konzepts der Interkulturalität ist, dass Kulturen als real existierende Kategorien betrachtet werden. Folglich werden kulturelle Differenzen fälschlicherweise als objektiv und nicht als subjektiv, d.h. vom eigenen Standpunkt abhängig, interpretiert. In den letzten Jahren wurde versucht, mehr Dynamik in den Begriff der Interkulturalität zu bringen, um Kulturalisierungen entgegenzuwirken (vgl. Khan-Zvornicanin 2007: 703). Der Aspekt einer „reflexiven“ Interkulturalität, soll den Menschen die Möglichkeit bieten, *„[...] Fremdem und Neuem offen und interessiert gegenüberzutreten, die Kulturbezogenheit der eigenen Pflegekonzepte kritisch zu reflektieren und eigene Positionen verändern zu können.“* Somit verfolgt die interkulturelle Kompetenz die Zielsetzung: *„[...] sensibel auf die von unterschiedlichen Kulturen geprägten Menschen zu reagieren und eine individuelle, biografisch orientierte Pflege zu entwickeln“* (Ertl 2002: 81).

- Transkulturell

Madeleine Leininger führte den Begriff der transkulturellen Pflege ein und war somit die erste, die die gegenseitige Abhängigkeit von Pflege und Kultur wahrnahm, analysierte und theoretisch bearbeitete (vgl. Zielke-Nadkarni 1997:

108). Im Kapitel 5.2. wird das von Madeleine Leininger weiterentwickelte Konzept der transkulturellen Kompetenz von Dagmar Domenig vorgestellt. Es dient als Vorbild für die Pflege, da es das komplexe Thema aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet und die jeweilige Lebenswirklichkeit der MigrantInnen berücksichtigt. Somit bietet sich dieses Konzept als theoretische Grundlage für eine kultursensible Pflege und Betreuung an, da bei den Begrifflichkeiten der Interkulturalität und Multikulturalität noch immer der Aspekt des Zwischen- und Nebeneinander besteht (vgl. Pfagian: 2007: 14). Im Unterschied dazu stellt Transkulturalität: „[...] nicht das Zwischen oder Nebeneinander, sondern das *über das Kulturelle Hinausgehende, Grenzüberschreitende und somit wieder Verbindende und Gemeinsame ins Zentrum.*“ (Domenig 2007: 172).

In Österreich finden sich keine zielgruppenspezifischen Pflegeeinrichtungsangebote, welche explizit auf die biographischen und kulturellen Besonderheiten der türkischstämmigen MigrantInnen eingehen. Jedoch wurden in den letzten Jahren im Bereich der Hauskrankenpflege einige „kultursensible“ ambulante Dienste (Hauskrankenpflege) entwickelt, die den spezifischen Anforderungen älterer MigrantInnen gerecht werden. In Wien entstand die Islamische Seelsorge oder auch Islamischer Besuchs- und Sozialdienst (IBS) genannt, die sich mit den Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe auseinandersetzt und auch im Bereich der Altenpflege tätig ist (nähere Beschreibung des IBS am Ende des Kap. 2.2.).

Für die Pflege bietet der Ethikkodex von International Council of Nurses (ICN), eine bedeutende Grundlage. Der ICN ist ein Zusammenschluss von 128 Berufsverbänden der Pflege, besteht seit 1899 und verfolgt das Ziel, Pflege von hoher Qualität für alle sicherzustellen und sich für eine vernünftige Gesundheitspolitik einzusetzen. Diese besteht aus vier Grundelementen, die den Standard ethischer Verhaltensweisen bestimmen. Der Ethikkodex beinhaltet neben der grundsätzlichen Wahrung der Menschenrechte die Ausübung der Pflege ohne Rücksicht auf das Alter, Behinderung, Krankheit, das Geschlecht, die Nationalität, die politische Einstellung, die Rasse oder den sozialen Status (vgl. ICN- Ethikkodex, deutsche Übersetzung, letzte Überarbeitung 2005, [Stand: 01.09.2010]).

Eine der primären Zielsetzungen der Pflege und Betreuung gilt dem Erhalten, Fördern oder Wiedererlangen von Unabhängigkeit und Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens und ihrem Umgang mit existentiellen Erfahrungen. Folglich beinhaltet dieses Ziel auch die Bedürfnisse der MigrantInnen. Somit bedarf es laut Domenig (2001) einer entsprechenden Professionalisierung in der Betreuung und Pflege im Bereich der geriatrischen Langzeitpflege, um situations- und kontextgerechter auf die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe eingehen zu können (vgl. Pfagian 2007: 13-14 zit. nach Domenig 2001).

Inwieweit in der Betreuung der Altenpflegeeinrichtungen auf unterschiedliche Anforderungen der BewohnerInnen einzugehen ist, ist mehrfach definiert:

- auf gesetzlicher Ebene,
- im Qualitätsprogramm für Wiener Wohn- und Pflegeheime sowie
- im Pflegeleitbild einer Altenpflegeeinrichtung.

- Das Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz (WWPG)

Das Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz, beschlossen am 25.11.2004 durch den Wiener Landtag, erfasst neben den Pflichten der BetreiberInnen auch die Rechte der BewohnerInnen (vgl. <http://www.wienkav.at> [Stand: 25.04.2010]).

Durch das festgelegte grundsätzliche Ziel der „*Wahrung der Menschenwürde, Privatsphäre, Individualität, Selbstbestimmtheit, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner*“ ist es gesetzlich verankert, dass jede BewohnerIn individuell in einem Wiener Wohn- und Pflegeheim betreut wird.

Grundsätzliche Ziele des WWPG sind:

- „Gewährleistung der angemessenen Betreuung und im Bedarfsfall der angemessenen Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner der Wiener Wohn- und Pflegeheime;
- *Wahrung der Menschenwürde, Privatsphäre, Individualität, Selbstbestimmtheit, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner;*
- *Schutz vor Beeinträchtigung der persönlichen, physischen, psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner;*

- *Sicherstellung der personellen und ausstattungsmäßigen Strukturen der Heime;*
- *Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen älterer Frauen und älterer Männer“*
(<http://www.wien.gv.at/> [Stand: 25.04.2010])

Der zweite Abschnitt des Gesetzes behandelt die Rechte der BewohnerInnen.

Gemäß § 4, 1.Abs. WWPG ist zu beachten:

Auszug aus dem WWPG:

§ 4. (1) Der Heimträger hat unter Berücksichtigung pflegerischer und medizinischer Notwendigkeiten zum Schutz der Bewohner vorzusorgen, dass die Rechte der Bewohner beachtet und gewahrt werden und durch geeignete Maßnahmen und Angebote sicherzustellen, dass den Bewohnern die Wahrnehmung ihrer Rechte ermöglicht wird.

4. Recht auf bedarfsgerechte Ernährung oder Diät sowie erforderlichenfalls auf Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme; [...]

9. Recht auf Organisation der Tagesabläufe entsprechend den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Bewohner; [...]

10. Recht auf höflichen Umgang, auf Anerkennung der Würde und Persönlichkeit;

11. Recht auf Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen älterer Frauen und älterer Männer;

12. Recht auf Berücksichtigung kultureller Bedürfnisse und religiöse Betreuung; [...]

14. Recht auf Wahrung der Privat- und Intimsphäre, auch in Mehrbettzimmern

15. Tragen privater Kleidung

16. Verwendung von persönlichen Gegenständen [...]

20. Recht auf angemessenen Kontakt zur Außenwelt, insbesondere:

a) Recht auf jederzeitigen Empfang von Besuchen unter Rücksichtnahme auf die anderen Bewohner und den Heimbetrieb, [...]

21. Recht auf Sterben in Würde.

- Das Qualitätsprogramm für Wiener Wohn- und Pflegeheime

Das WWPG ist durch das Qualitätsprogramm für Wiener Wohn- und Pflegeheime (2007) ergänzt worden. Die Basis für das Programm bildet das WWPG. Das Qualitätsprogramm stellt eine Orientierung für alle Beteiligten in der stationären Altenpflege dar. Es dient zur Sicherung und Kontrolle der Qualität in Wiener Wohn- und Pflegeheimen. Das Programm wurde im Auftrag der MA 15, des Fonds Soziales Wien und des Dachverbandes der Wiener Sozialeinrichtungen erarbeitet (vgl. Dachverband Wiener Sozialreinrichtungen, Fonds Soziales Wien & MA 15 – Gesundheitswesen und Soziales 2007: 5).

Anhand des Wiener Qualitätsprogramms für Wiener Wohn- und Pflegeheime, auf der Basis des WWPG, werden in dieser Arbeit die wichtigsten Anforderungen an Wiener Altenpflegeeinrichtungen und deren Fachpersonal vorgestellt, welche kulturellen Aspekten zur Pflege und Betreuung gehören und in der Pflegepraxis berücksichtigt werden sollen. Die Zielsetzung des Wiener Qualitätsprogramms für Wiener Wohn- und Pflegeheime kann folgendermaßen zusammengefasst werden:

„Ziel der Entwicklung des Qualitätsprogramms war es, auf Basis des Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetzes, der Durchführungsverordnung und anerkannten fachlichen Standards eine inhaltliche Grundlage zur Qualitätsentwicklung und -kontrolle in Wohn- und Pflegeheimen zu entwickeln.“ (ebenda: 5)

Im Programm wird darauf hingewiesen, dass Einrichtungen der Altenpflege zukünftig auch mit BewohnerInnen fremder Kulturen zu tun haben werden. Grundsätzlich bildet im Qualitätsprogramm für Wiener Wohn- und Pflegeheime die individuelle und biographieorientierte Pflege als Grundlage für die Erhebung der vielfältigen Wünsche, Bedürfnisse etc. der BewohnerInnen (vgl. ebenda: 13-16). Die Biografiearbeit ermöglicht, Lebenszusammenhänge und Erfahrungen von PatientInnen mit Migrationshintergrund ganzheitlich zu erfassen. Durch eine ausführliche Pflegeanamnese und Dokumentation über einen längeren Zeitraum zeigen sich spezielle Bedürfnisse, Wünsche etc. der zu pflegenden Person im Pflege- und Betreuungsbedarf (vgl. Zielke – Nadkarni 2009: 114). Die Erfassung der Person muss im Rahmen der individuellen Pflegeprozessgestaltung dokumentiert werden und nachvollziehbarer Bestandteil in der Pflegedokumentation sein. Der Heimträger der Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die Rechte der BewohnerInnen den BewohnerInnen selbst sowie deren Vertrauenspersonen schriftlich zukommen zu lassen (vgl. Dachverband Wiener Sozialreinrichtungen et al. 2007: 13-16).

- § 4 (2) 4. Recht auf bedarfsgerechte Ernährung oder Diät sowie erforderlichenfalls auf Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme

„Essen und Trinken haben neben der rein physiologischen Funktion der Aufrechterhaltung der Körperfunktionen einen ausgeprägten sozialen und kulturellen Aspekt, den es speziell in Langzeitpflegeeinrichtungen zu berücksichtigen gilt.“ (ebenda: 20)

Die Erhebung der Ess- und Trinkgewohnheiten ist erforderlich und sichert somit das Recht auf eine bedarfsgerechte Ernährung in Wiener Wohn- und Pflegeheimen (vgl. ebenda: 20).

- § 4 (2) 9. Recht auf Organisation der Tagesabläufe entsprechend den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Bewohner

Ein wichtiger Bestandteil in der Pflege und Betreuung ist es, die Selbständigkeit der BewohnerInnen zu erhalten und zu fördern. Ebenfalls sollen auch nach dem Einzug in eine Pflegeeinrichtung deren individuellen Lebensgewohnheiten fortgesetzt werden können (vgl. ebenda: 12).

- § 4 (2) 10. Recht auf höflichen Umgang, auf Anerkennung der Würde und Persönlichkeit

Bereits die Höflichkeit umfasst *„[...] kulturelle und situationsspezifische Dimensionen, die im individuellen Fall und für jede Pflegesituation immer wieder neu zu bestimmen sind.“* (Ebert 2003 zit. nach ebenda: 13). Höflichkeit steht im engen Zusammenhang mit der Würde und Persönlichkeit. Grundsätzlich wird in dieser Erklärung festgehalten, dass sich jede Person grundlegend von der anderen unterscheidet. Kultur, Geschlecht, soziale Klasse, Lebensweise, Aussehen, Geschmack, Interessen usw. sind nur einige Ausprägungen dieses Unterschieds (Kitwood 2000, zit. nach ebenda: 13).

- § 4 (2) 11. Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen älterer Frauen und älterer Männer

Jede pflegerische Handlung ist von geschlechtsspezifischen Einflüssen geprägt und muss somit im Pflegeprozess reflektiert werden. Insbesondere muss bei der Körper- und Intimpflege die Möglichkeit bestehen, zwischen einer weiblichen und männlichen Pflegeperson frei zu wählen. Zur Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen älterer Frauen und Männer zählt auch die freie Wahl der Kleidung sowie die Auswahl der Mitbewohner,

Kommunikationspartner oder Tischnachbarn. Ein weiterer wichtiger Punkt bildet die Gestaltung der Beschäftigungsmöglichkeiten und des Kultur- und Veranstaltungsprogrammes. Die BewohnerInnen und deren Angehörige sollen zur Mitgestaltung angeregt und mit einbezogen werden (vgl. Dachverband Wiener Sozialreinrichtungen et al. 2007: 14).

• § 4 (2) 12. Berücksichtigung kultureller Bedürfnisse und religiöser Betreuung
Im Qualitätsprogramm für Wiener Wohn- und Pflegeheime wird darauf hingewiesen, dass die kulturell und religiös geprägten Bedürfnisse in der Altenpflege-Praxis oft nicht getrennt betrachtet werden können, sondern vielmehr Mischungen sind. Als Beispiel sei das Feiern von Festen genannt, die durchaus einen religiösen Charakter besitzen können. Die Bedürfnisse der BewohnerInnen müssen erhoben werden und in der Anamnese und Biografie erkenntlich gemacht werden. Weiters muss die Möglichkeit bestehen, diese ausleben zu können. Hinweise darauf, ob und wie dies gegeben ist, liefern die Maßnahmenplanung, die Beobachtungen und Aussagen der BewohnerInnen, weiters das Vorhandensein entsprechender Räumlichkeiten und deren Ausstattung, Veranstaltungen und das generelle Angebot in der Betriebs- und Leistungsbeschreibung.

Zu den kulturellen Bedürfnissen zählen beispielsweise:

- Feiern von Festen,
- die Einbindung von Angehörigen,
- Sprache,
- Zeitungslektüre,
- Aktivitäten des täglichen Lebens wie Essen und Trinken, Kleiden etc.

Zu den religiösen Bedürfnissen zählen beispielsweise:

- Gottesdienste oder der Besuch einer Messe,
- Verwendung religiöser Symbole,
- das Vorhandensein von Räumlichkeiten zum Rückzug (Andachtsräume oder Kapelle),
- die Möglichkeit der seelsorgerischen Betreuung (vgl. ebenda: 14).

Im § 4 finden sich noch weitere Rechte der BewohnerInnen, welche kulturellen Bezüge vorweisen und sich folglich auf die Pflegepraxis auswirken können. Dazu zählen unter anderem:

- Das Tragen privater Kleidung: Das Tragen bestimmter Kleidungsstücke kann durchaus religiösen Charakter besitzen.
- Die Wahrung der Privat- und Intimsphäre, auch in Mehrbettzimmern: Bei der Körperpflege ist z.B. auf unterschiedliche Schamgefühle der BewohnerInnen zu achten.
- Die Verwendung von persönlichen Gegenständen: Persönliche Gegenstände stellen einen Teil der Lebenswelt und der persönlichen Geschichte dar, somit können auch diese kulturelle oder religiöse Werte aufweisen.
- Die Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte: Dieses Bedürfnis kann sich z.B. auf das Feiern von bedeutenden kulturellen Festen der BewohnerInnen mit Angehörigen auswirken.
- Das Recht auf Sterben in Würde: Sterben in Würde impliziert auch z.B., die individuellen Wünsche im Sterbeprozess zu beachten. Die Thematik Sterben, Tod, Trauer ist stark kulturspezifisch geprägt.

- Das Pflegeleitbild

„Unsere Achtung, unser Respekt gilt für alle Bewohnerinnen und Bewohner gleich, ungeachtet ihres Alters, ihrer Herkunft, ihres Glaubensbekenntnisses oder sonstiger, ethnischer Prinzipien. Wir sehen die uns anvertrauten Menschen als Individuen mit vielfältigen Bedürfnissen, Problemen, aber auch Fähigkeiten“

(Auszug aus dem Pflegeleitbild Geriatisches Zentrum Baumgartner Höhe)

Das Pflegeleitbild, auch Pflegeverständnis genannt, vermittelt zentrale Ziele und Grundsätze einer Altenpflegeeinrichtung. Dieses muss grundsätzlich auf das Menschenbild, die Orientierung der Pflege (bedürfnisorientiert, bewohnerorientiert,...), das Verständnis von Gesundheit, Alter und Krankheit, auf relevante Umwelten des Menschen (z.B. der Mensch als soziales Wesen) und die Bedeutung der Biografie und Lebenswelt eingehen. Darüber hinaus wird im Pflegeverständnis erwähnt, wie diese Anforderungen in der Pflegepraxis

berücksichtigt werden. Weiters sind die grundlegenden Pflegekonzepte bzw. -modelle, folgt man einzelnen Theoretikern, namentlich aufzuzeigen (vgl. Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen et al. 2007: 12).

Dabei orientieren sich die Geriatriezentren der Stadt Wien am Leitbild des KAV. Dennoch unterscheidet sich das Pflegeverständnis einzelner Geriatriezentren in den Grundkonzepten und Ausformulierungen. Konsensuell sind die Pflegeleitbilder bzw. –modelle dahingehend, dass pflegebedürftige Personen nach ihren individuellen Bedürfnissen zu betreuen sind.

Auszug aus dem Leitbild des KAV:

- „Wir schaffen für kranke und pflegebedürftige Menschen eine Atmosphäre des Vertrauens und der Geborgenheit und achten auf ihre Würde.
- Die Wahrung der PatientInnenrechte ist für uns nicht nur Gesetz, sondern Selbstverständlichkeit.
- Im Umgang mit kranken und pflegebedürftigen Menschen nehmen wir eine kundenorientierte Grundhaltung ein. Wir agieren partnerschaftlich und offen. Wir achten das Selbstbestimmungsrecht jeder Person und stehen beratend zur Seite.
- Auch bei Einsatz modernster Gerätemedizin versuchen wir, Ganzheitlichkeit und Individualität zu wahren. Wir gehen auf soziale, kulturelle und religiöse Bedürfnisse ein.
- Wir beziehen kranke und pflegebedürftige Menschen in ihren Behandlungs- und Betreuungsprozess ein.
- Angehörige und BesucherInnen sind uns willkommen. Auch sie beziehen wir, wo immer möglich, aktiv in den Betreuungsprozess ein.“

(<http://www.wienkav.at/kav> [Stand: 25.05.2010])

Die Trägerorganisation des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser verfolgt mit ihrem Pflegeverständnis eine identische Zielsetzung. Schließlich verweisen die gesetzliche Grundlage, das Qualitätsprogramm und die Pflegeleitbilder der Trägerorganisationen auf die Wahrung der Individualität der BewohnerInnen. Somit entspricht die Zielsetzung einer individuellen und biografieorientierten Pflege in Wiener Wohn- und Pflegeheimen der Forderung, flexibel auf die unterschiedlichen Anforderungen ihrer BewohnerInnen zu reagieren.

Zusammenfassend erscheint die Thematik älterer MigrantInnen in Wiener Wohn- und Pflegeheimen als gut reflektiert und fundiert. Es bleibt jedoch die Frage, ob bestehende Regeleinrichtungen mit ihren derzeitigen Betreuungsstrukturen und vorhandenen Kompetenzen der MitarbeiterInnen in der Lage sind, in der Pflegepraxis auch auf die Bedürfnisse türkischstämmiger SeniorInnen angemessen einzugehen. Angesichts institutioneller Defizite in den Einrichtungen der Altenpflege war die Entwicklung des WWPG einschließlich des Qualitätsprogrammes und des neuen Geriatrie-Konzeptes notwendig, um eine individuelle und biografieorientierte Betreuung in den Pflegealltag implementieren zu können. Eine Umsetzung dieser Konzepte in die Praxis und eine kontinuierliche Evaluierung sind wünschenswert, um den neuen Herausforderungen an das Handlungsfeld der Pflege gerecht zu werden. Die Bestimmung der Anforderungen an eine kulturspezifische Pflege kann jedoch sinnvollerweise erst nach Maßgabe jener Einflussfaktoren erfolgen, welche eine Inanspruchnahme dieser Einrichtungen durch MigrantInnen erschweren können. Diese Barrieren werden detailliert im Kapitel 4.2. beleuchtet.

Islamischer Besuchs- und Sozialdienst (IBS)

Ein Angebot, welches sich speziell an türkisch-muslimische Menschen richtet, wurde von der Initiative Muslimischer ÖsterreicherInnen im Auftrag und mit Unterstützung der Islamischen Glaubensgemeinschaft aufgebaut. Diese Initiative besteht seit 2001 und setzt sich aus ehrenamtlichen MitarbeiterInnen zusammen. Der IBS ist im Kaiser-Franz- Josef-Spital und im AKH tätig. Im AKH verfügt der IBS über ein eigenes Büro und einen Gebetsraum. Die MitarbeiterInnen sind auf Anfrage auch in anderen öffentlichen Einrichtungen aktiv. Der IBS wurde in Funktion der durch die Migration veränderten familiären und sozialen Strukturen in Österreich gegründet. Diese Initiative erkannte die steigende Bedeutung außerfamiliärer Unterstützung für muslimische Menschen. Insbesondere in Krisensituationen bietet diese Initiative eine Hilfestellung, die den religiösen Bedürfnissen gerecht wird. Weiters möchte der IBS aufklärende Arbeit zwischen den MitarbeiterInnen des IBS und dem Personal in öffentlichen Einrichtungen leisten: Ziel ist es, Vorurteile gegenüber MuslimInnen abzubauen. MuslimInnen aus Österreich und anderen Ländern können im Rahmen des

Besuchsdienstes als MitarbeiterInnen durch ihre sprachlichen und soziokulturellen Kompetenzen einen wichtigen Beitrag zur interkulturellen Kommunikation zwischen unterschiedlichen Interessensgruppen im Sozial- und Gesundheitsbereich leisten. Die Gründung des IBS stärkte die interkonfessionelle Zusammenarbeit in Spitälern und anderen öffentlichen Einrichtungen.

Die Aufgaben des IBS ist die Betreuung muslimischer Menschen in Spitälern, aber auch in anderen öffentlichen Einrichtungen wie etwa Asylantenheimen, Gefängnissen, Altersheimen oder Mutter-Kind-Heimen.

Das Angebot des IBS umfasst:

- Gespräche und soziale Unterstützung von hilfsbedürftigen Personen und ihren Angehörigen,
- Seelsorge (religiöses Gespräch, Gebet, Unterstützung in Fragen der religiösen Praxis im Krankenhaus, Sterbebegleitung etc.),
- Hilfestellung bei Todesfällen, z.B. bei der Organisation der rituellen Totenwaschung oder bei der Bestattung,
- Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Kranken/Angehörigen bzw. Heiminsassen durch Fortbildungsangebote zum religiös-kulturellen Hintergrund von MuslimInnen (vgl. <http://www.derislam.at> [Stand: 10.06. 2010]).

-

3 Migration und MigrantInnen in Wien

Das folgende Kapitel beschreibt die besondere Lebenssituation von Menschen mit Migrationshintergrund mit Schwerpunkt auf türkischstämmige SeniorInnen, welche ursprünglich zum Zwecke der Arbeit angeworben wurden. Denn oft fühlen sie sich zwischen zwei Welten lebend, im Spagat zwischen verschiedenen Lebenswelten, Sprachen und Einstellungen zum Leben (vgl. Koch Straube 2007: 413-414). Bei der Forderung nach einer bedarfsgerechten Pflege darf nicht von einer Homogenität der Gruppe der älteren MigrantInnen ausgegangen werden. Die Kenntnis ihrer Migrationsgeschichte, deren demografischer Entwicklung, ihrer Lebenslagen im Zielland und Kultur sind die Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Planung (vgl. Goris: 2009: 138).

3.1 Die Arbeitsmigration

In den späten 1950er und 1960er Jahren begannen westeuropäische Länder im Mittelmeerraum ArbeitsmigrantInnen anzuwerben (vgl. Münz 2005: 17). In dieser Zeit sind hunderttausende Arbeitskräfte nach Österreich zugewandert, von denen ein Teil beschlossen hat, sich im Aufnahmeland niederzulassen (vgl. Reinprecht 2006: 7).

Durch die Arbeitskräftewanderung entstanden Minderheiten, mit denen Europa heute konfrontiert ist. Durch den Anwerbestopp 1973/74 verlagerte sich das Wanderungsgeschehen von der Arbeitsmigration zum Familiennachzug. Den Familiennachzug hielt man anfangs für einen kurzen Prozess, aber diese Formen der Familienwanderung halten bis heute noch an: Viele hier geborene Kinder von ZuwanderInnen holen sich PartnerInnen aus dem Herkunftsland ihrer Eltern. Erst mit dem Familiennachzug und der Gründung neuer Familien im Aufnahmeland stellte sich für viele Länder Europas das Problem der Integration von ZuwanderInnen (vgl. Münz 2005: 18). Die Gruppe der ArbeitsmigrantInnen ist nach wie vor kein gleichberechtigter Teil der Mehrheitsbevölkerung geworden, sondern bleibt unabhängig vom Bürgerschaftsstatus mit typischen Benachteiligungen konfrontiert, welche aus der biografischen Erfahrung und deren ähnlichen Lebenslagen entstanden sind (vgl. Reinprecht 2006: 8).

Der Entschluss, auch nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben in Österreich zu bleiben, ist meistens durch eine familiäre Verankerung im Migrationsland, gesundheitliche Aspekte oder knappe materielle Ressourcen, aber auch durch eine Entfremdung vom Herkunftsland oder eine unsichere politische und ökonomische Lage im Herkunftsland begründet (vgl. Grilz-Wolf 2004: 37). Der Begriff des „Gastarbeiters“ ist veraltet, entstanden ist vielmehr eine ethnisch-kulturelle Minderheit. Heute haben diese Menschen ihren Lebensmittelpunkt im Aufnahmeland: Sie arbeiten, leben- und sie bleiben auch hier (vgl. Seeberger & Braun 2003: 243).

Statistik Austria bezeichnet Menschen als *Personen mit Migrationshintergrund*, wenn deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in weiterer Folge in Migrantinnen und Migranten der ersten Generation

(Personen, die selbst im Ausland geboren wurden) und in Zuwanderer der zweiten Generation (Kinder von zugewanderten Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind) untergliedern. Die Definition von Migrationshintergrund in Statistik Austria folgt den "Recommendations for the 2010 censuses of population and housing", der United Nations Economic Commission for Europe, abgekürzt: UNECE (vgl. www.statistik.at [Stand: 18.02.2010]).

In dieser Definition ist zu beachten, dass der Status des/der MigrantIn als eine soziologische Kategorie unabhängig von der Staatsbürgerschaft gesehen wird, während der Begriff AusländerIn eindeutig durch das Staatsbürgerschaftsrecht definiert ist. Als MigrantIn werden nicht nur jene Personen bezeichnet, welche zum Zwecke der Arbeit angeworbenen wurden, sondern dieser Ausdruck umfasst auch jene, welche im Rahmen des Familiennachzuges nach Österreich gekommen sind, einschließlich einer kleineren Anzahl an Personen, die erst als alte Menschen von ihren hier lebenden Kindern und Enkelkindern aus Gründen der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit nachgeholt wurden (vgl. Reinprecht 2006: 6-7).

Begriffsdefinition: türkischstämmige Person

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die Bevölkerungsgruppe der türkischstämmigen ArbeitsmigrantInnen. Gemeint ist jene Personengruppe, welche mit österreichischer und /oder türkischer Staatsbürgerschaft in Österreich lebt.

Personen mit türkischer Staatsbürgerschaft gehören zu der Gruppe der Drittstaatsangehörigen. Drittstaatsangehörige sind: *„Bürger/-innen all jener Staaten, für welche die Bestimmungen der Personenfreiheit innerhalb der EU, des EWR, der Schweiz sowie der mit EU-Staaten assoziierten Kleinstaaten nicht gelten.“*

(Österreichischer Integrationsfonds 2008: 95).

Es ist zu berücksichtigen, dass Kulturen und Ethnien nicht homogen sind: *„Zum einen gibt es innerhalb von Kulturen individuelle Ausprägungen und Unterschiede zwischen einzelnen oder Gruppen, die sich auch in der Migration*

fortsetzen.“ (Cubillos 2001: 251). Somit ist die Personengruppe der TürkInnen ebenso durch Heterogenität gekennzeichnet, folglich existiert kein repräsentativer Typus einer türkischstämmigen Person. Gleichwohl ist es möglich, türkischstämmige EinwohnerInnen anhand einiger Merkmale zu beschreiben, welche auch Gemeinsamkeiten vorweisen. Somit sind türkischstämmige BewohnerInnen Österreichs

„ [...] zwar nach religiösen, sozialen und politischen Kriterien differenziert zu sehen, es bestehen jedoch über die türkische Sprache, türkische Medien - die meisten türkischen Haushalte empfangen über Kabelfernsehen und Satellitenanlagen türkische Sender wie TRT und Kanal 7 - und wichtige Kulturgüter immer noch ein starker gemeinsamer Hintergrund, der selbst die ethnischen Minderheiten der Türkei (vor allem die Kurden) erfasst.“ (Schmid 2005: 194)

Auf Grund dieser Tatsache, wird in dieser Arbeit nicht zwischen den unterschiedlichen, aus der Türkei stammenden Ethnien differenziert.

Zusätzlich beeinflussen die regionalen Unterschiede in der Türkei die Lebenswelten der türkischen Bevölkerung. Personen, die aus der westlichen Türkei und den Hauptstädten kommen, besitzen eine andere Lebensperspektive als Personen, die aus den ostanatolischen Dörfern stammen. Ein gemeinsames charakteristisches Merkmal ehemaliger türkischer ArbeitsmigrantInnen ist meist die Herkunft aus sozial schwachen Schichten (vgl. Binder-Fritz 1997: 142-143).

3.2 Statistische Daten

3.2.1 Bevölkerungsstruktur in Österreich

Es gibt verschiedene Möglichkeiten Bevölkerungsgruppen zu definieren. Je nach Staatsangehörigkeit und Geburtsland unterscheidet der österreichische Integrationsfond anhand der Daten von Statistik Austria Bevölkerungsgruppen

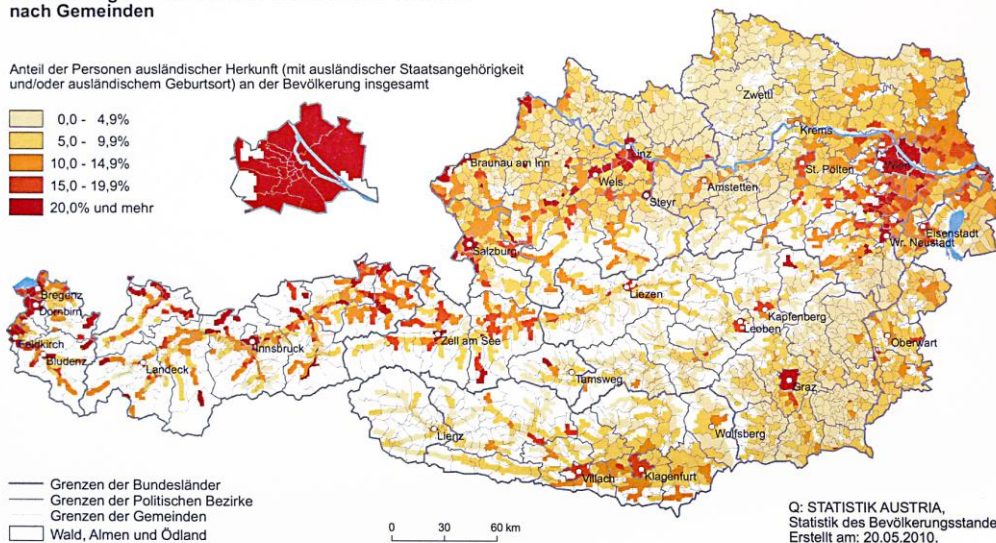
mit „Migrationshintergrund“ oder „ausländischer Herkunft“ und die Personengruppe der „AusländerInnen“.

Bei der Volkszählung 2001 wurde nicht nur die Frage nach der Staatsbürgerschaft gestellt, sondern erstmals auch das Geburtsland erhoben. Dadurch wurden Daten gewonnen, die Aussagen über einen eventuellen *Migrationshintergrund* österreichischer StaatsbürgerInnen ermöglichen (vgl. MA 17 2007: 10). Laut Statistik Austria wohnen 1.441,5 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich, das entspricht einen Bevölkerungsanteil von 17,5 %. Die ZuwanderInnen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei bilden die zwei größten Gruppen aus einem Nicht-EU-Land. Die Ex-Jugoslawen zählen rund doppelt so viele Personen mit Migrationshintergrund wie die türkischstämmigen MigrantInnen. Insgesamt leben 247.500 türkischstämmige MigrantInnen in Österreich. Darunter finden sich die ZuwanderInnen der ersten Generation mit 151.500 Personen und die ZuwanderInnen der zweiten Generation von 96.100 Personen (vgl. <http://www.statistik.at> [Stand: 18.02.2010]).

Der Ausdruck *AusländerInnen* bezieht sich auf jenen Personenkreis, welcher am Stichtag keine österreichische Staatsbürgerschaft besitzt (vgl. österr. Integrationsfonds 2009: 8). Laut aktuellem Jahresergebnis vom 1. Januar 2010 lebten insgesamt 875.144 ausländische Staatsangehörige in Österreich, was einem Anteil von rund 10,7 % an der Gesamtbevölkerung entspricht. Davon waren 112.150 türkische Staatsangehörige. (vgl. <http://www.statistik.at> [Stand: 28.05.2010]).

Bevölkerung am 1.1.2010: mit ausländischer Herkunft nach Gemeinden

Anteil der Personen ausländischer Herkunft (mit ausländischer Staatsangehörigkeit und/oder ausländischem Geburtsort) an der Bevölkerung insgesamt



Die *Bevölkerung ausländischer Herkunft* umfasst jene Personengruppe, die entweder im Ausland geboren wurde und/oder eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt. Diese Kriterien trafen mit Stichtag 1. Januar 2008 auf rund 1,385 Mio. Personen zu, was einen Anteil von 16,6% der Gesamtbevölkerung entspricht. In Österreich wohnten zu diesem Zeitpunkt 13,1% Personen türkischer Herkunft, die damit die drittgrößte Gruppe mit rund 180.000 Einwohnern darstellt (vgl. österr. Integrationsfond: 2009:8-14).

3.2.2 Bevölkerungsstruktur in Wien

Die Hauptstadt Wien hebt sich mit einem Anteil von 35,6% Personen mit Migrationshintergrund deutlich von den restlichen Bundesländern ab, und kann somit als Ballungszentrum angesehen werden (vgl. österr. Integrationsfond 2009: 93). Der größere Anteil von 27,0% stammt aus der ersten und 8,6% aus der zweiten Migrationsgeneration (vgl. Österr. Integrationsfond 2009: 9).

Der Anteil der ausländischen Staatsangehörigen in Wien lag deutlich über dem österreichischen Anteil bei 20,1% (vgl. <http://www.statistik.at> [Stand: 18.02.2010]).

In Wien lebten am Stichtag 32,1% Personen ausländischer Herkunft. Damit verzeichnet die Bundeshauptstadt beinahe doppelt so hohe Werte wie der österreichische Durchschnitt und zeigt die regionalen Unterschiede in Österreich auf (vgl. österr. Integrationsfond: 2009: 18). Am Stichtag 1. Januar 2010 lebten 42.325 türkische Staatsangehörige in Wien (vgl. <http://www.statistik.at> [Stand: 27.05.2010]).

3.2.3 Alters- und Geschlechtsstruktur

Der Alterungsprozess der Personengruppe migrantischer Herkunft steht derzeit noch am Anfang und ist durch einen hohen Anteil von Personen jüngeren und mittleren Alters gekennzeichnet (vgl. Reinprecht 2006:12). Nach den Ergebnissen der Volkszählung 2001 betrug der Anteil der über 60jährigen in Wien lebenden ausländischen Staatsangehörigen 7%. Bei der einheimischen Bevölkerung lag dieser Anteil bei 24%. Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung wird jedoch in den nächsten zunehmen. Demografische Prognosen deuten auf einen raschen Wandel in der Altersstruktur der Zuwanderer hin (vgl. Reinprecht 2005: 52). Für die nächsten Jahrzehnte wird vom Institut für Demographie der Akademie der Wissenschaften eine Angleichung der Altersstruktur an jene der einheimischen Wohnbevölkerung prognostiziert. In Wien geht man davon aus, dass der Anteil der Älteren bis 2021 auf das heutige Niveau der einheimischen Bevölkerung anwachsen wird. So wird der Anteil der über 60-jährigen in Wien lebenden AusländerInnen auf rund 23% geschätzt, wobei der Anteil der InländerInnen in diesem Zeitraum nur mehr schwach ansteigen wird. Es wird nur noch ein Anstieg von 24 auf ungefähr 27 Prozent angenommen. Dass der demografische Alterungsprozess rasch voranschreitet, zeigt ein Zeitvergleich von 1981 bis 2001: Obwohl in diesem Zeitraum der Anteil der SeniorInnen bei der österreichischen Bevölkerung nur moderat angestiegen ist, zeigt sich, dass der Anteil der über 50-jährigen ZuwanderInnen aus der Türkei sich in diesem Zeitraum versechsfacht und der Anteil der aus Ex-Jugoslawien verfünffacht hat. Im Altersegment der über 60-jährigen MigrantInnen lässt sich eine Steigerung um das Zwölfwache, bei türkischstämmigen MigrantInnen sogar um das Dreizehnfache erkennen. Dieses Ergebnis zeigt somit einen zunehmenden

Alterungsprozess und deutet auf einen raschen Wandel der Altersstruktur hin (vgl. Reinprecht 2006: 13).

Die Bundeshauptstadt Wien hebt sich von den anderen Bundesländern deutlich ab. Hier hat nach den Ergebnissen der Volkszählung 2001 ein Fünftel der über 50-jährigen einen Migrationshintergrund. Fast die Hälfte dieser Personen stammt aus den traditionellen Herkunftsländern der Arbeitsmigration (vgl. Reinprecht 2006: 12). Prozentuell betrug im Jahr 2004 der Anteil in der Gruppe der 50-65jährigen unter den in Wien lebenden MigrantInnen aus der Türkei 9% (4.029 EW) und der über 65-jährigen 4 % (1.641 EW) (vgl. Kienzl-Plochberger 2005: 44).

Da die Arbeitsmigration primär ein Projekt für junge Männer war, hat die Arbeitsmigration nicht nur im Altersaufbau, sondern auch hinsichtlich der Geschlechterproportionen Spuren hinterlassen. Die Arbeitsmigration bestand aus zwei Zuwanderungswellen. In der ersten Welle wurden hauptsächlich Männer als Arbeitskräfte angeworben. Erst in der zweiten Welle, wanderten Frauen im Rahmen der Familienzusammenführung nach Österreich ein. Der ausgeprägte Männerüberhang der ersten Zuwanderungswelle wirkt sich bis heute auf die innere Struktur der älteren migrantischen Bevölkerung aus. In der einheimischen älteren Bevölkerung dominiert der Frauenanteil, während über 50-jährige MigrantInnen mehrheitlich männlich sind. Erst in den Altersgruppen der Höheraltrigen (60-bis 70-jährige) und Hochaltrigen (über 70 Jahre und mehr) findet sich eine leichte Mehrheit an Frauen. Aufgrund der Pensionierung alleinstehender Männer, welche anschließend in ihre Herkunftsländer zurückkehren und der höheren Lebenserwartung der Frauen, verschiebt sich die Geschlechterproportion der migrantischen Wohnbevölkerung im höheren Alter in Richtung Frauen (vgl. Reinprecht 2006: 14).

3.2.4 Muslime in Österreich und Wien

Die Demografische Entwicklung in Österreich zeigt eine starke Erhöhung der Anzahl der Muslime. Laut Angaben des deutschen "Zentralinstituts Islam-Archiv" hat Österreich nach Frankreich den zweithöchsten Anteil an

muslimischen Einwohnern in der EU (vgl. <http://religion.orf.at> [Stand: 28.04.2010]). Zwischen den Volkszählungen 1971 und 2001 stieg der Anteil der Muslime deutlich an. Im Jahr 1971 waren erst 22.267 Muslime in Österreich registriert. Bei der letzten Volkszählung 2001 stellten die Menschen mit islamischem Glaubensbekenntnis mit 338.988 Einwohner die drittgrößte Bevölkerungsgruppe nach jener mit römisch-katholischem und evangelischem Glauben dar (die konfessionslose Personengruppe wurde hier nicht mit einbezogen) (<http://www.statistik.at> [Stand: 22.05.2010]).

Anhand der Tabelle kann man erkennen, dass sich der Bevölkerungsanteil von 2% im Jahr 1991 auf 4,2% bei der letzten Volkszählung mehr als verdoppelt hat. Konkret lebten beim letzten Erhebungsdatum 339.000 Muslime in Österreich. Von diesen verfügten 96.000 (28%) über die österreichische Staatsbürgerschaft. Bei der Volkszählung 2001 war die größte Gruppe unter den in Österreich lebenden Muslimen jene mit türkischer Staatsbürgerschaft (123.000), gefolgt von den Österreichern (96.000), Bosniern (64.628), Jugoslawen (21.594), Mazedoniern (10.969) und Iranern (3.774). Die meisten arabischen Muslime kommen aus Ägypten (3.541) und Tunesien (1.065) (vgl. ORF News: Bis zu 400.000 Muslime in Österreich (15. 05. 2006)(vgl.<http://religion.orf.at> [Stand: 28.04.2010]).



Abb.3: Moslems in Österreich

Quelle: <http://religion.orf.at> [Stand: 28.04.2010]

Insgesamt besteht die heutige muslimische Gemeinde zu rund 45% aus türkischstämmigen BewohnerInnen, die durch die Arbeitsmigration nach

Österreich auswanderten. Muslime sind im Bundesgebiet ausgewogen verteilt, wobei rund ein Drittel in der Bundeshauptstadt Wien zu Hause ist (vgl. Schmied 2005: 194). In Wien wohnten zum Zeitpunkt der gleichen Erhebung 121.149 Muslime. Somit ist in Wien der Islam bereits die zweitstärkste Religionsgemeinschaft, vor den orthodoxen Christen und den Protestanten (vgl. <http://www.statistik.at> [Stand: 22.05.2010]).

Der Islam ist ähnlich dem Christentum in verschiedene konfessionelle Gliederungen gespalten. Somit stellt der Islam keine monolithische, sondern eine heterogene Glaubensgemeinschaft dar (vgl. Seeberger & Braun 2003: 254). Der Großteil der türkischen Bevölkerung sind sunnitische Muslime mit 85%, gefolgt von den Schiiten mit 15%. Die Konfessionsgruppe der türkischen Aleviten ist eine anatolisch geprägte Ausrichtung schiitischen Ursprungs und nimmt in Österreich eine Sonderstellung ein. Obwohl sich die türkischen Aleviten vom schiitischen und sunnitischen Islam unterscheiden, existieren keine gesonderten statistischen Daten. Die Konfessionsgruppe der Aleviten wird zum türkischstämmigen Teil der Bevölkerung gezählt, d.h. auch hier finden sich viele Personen kurdischer Abstammung. Nach inoffiziellen Schätzungen leben ca. 50.000 Aleviten in Österreich, davon ca. 20.000 allein in der Bundeshauptstadt Wien (vgl. Schmied 2005: 195).

3.3 Lebenssituation älterer türkischstämmiger MigrantInnen

In Österreich existieren nur wenige Informationen über die Lebenssituation der ArbeitsmigrantInnen, die bereits das Pensionsalter erreicht haben. In anderen europäischen Ländern ist dieses Forschungsfeld seit längerem eine wichtige, vieldiskutierte Thematik. Somit besteht in Österreich ein Nachholbedarf von Lebens- und Gesundheitsstudien über ehemalige und hier nun alt gewordene „GastarbeiterInnen“ (vgl. Reinprecht 2005).

Die Daten des folgenden Unterkapitels stützen sich auf die empirische Studie „Ältere MigrantInnen in Wien“ (1999) von Christoph Reinprecht, welche die Lebenslagen von MigrantInnen aus den traditionellen Herkunftsländern der Arbeitsmigration, d.h. aus Ex-Jugoslawien und der Türkei, näher beleuchtet. Die

vorab erwähnte Forschungslücke wird seit kurzem durch aktuelle, von Statistik Austria erhobene Daten geschlossen. Dessen Statistisches Jahrbuch für Migration & Integration (2009) liefert als aktuelle Datenquelle wichtige Ergebnisse. Die Erhebungen des Integrationsberichtes beziehen sich auf das Jahr 2007.

3.3.1 Bildungsniveau, Arbeitsbedingungen und Einkommen

Für die erste Generation türkischer MigrantInnen war ein kontinuierlicher Schulbesuch nicht selbstverständlich und hat ein vergleichsweise niedriges Bildungsniveau zur Folge. (vgl. Okken et al. 2008: 401).

Aus den aktuellen Daten des Integrationsberichtes geht hervor, dass 76% der Zuwanderer aus der Türkei keine über die Pflichtschule hinausgehende Ausbildung abgeschlossen haben. Nur 2% der Personen aus der Türkei besitzen einen akademischen Abschluss. Somit verfügt diese Bevölkerungsgruppe im Vergleich zu ÖsterreicherInnen und Bürgern aus EU- oder EWR Staaten bzw. Zuwanderern aus diesen Ländern, ein sehr niedriges Bildungsniveau. (vgl. Statistisches Jahrbuch für Migration & Integration, 2009: 46).

Weiters liegt der Ausländeranteil in Sonderschulen bei 18% und ist damit doppelt so hoch wie der Anteil österreichischer SchülerInnen. Diese hohe Sonderschulquote ist darauf zurückzuführen, dass Kinder aus Migrantenfamilien aufgrund geringer Deutschkenntnisse häufig gezwungen sind, ihre Ausbildung statt in der Volksschule an einer Sonderschule zu beginnen (vgl. Statistisches Jahrbuch für Migration & Integration, 2009:42).

Personen mit Migrationshintergrund und hier besonders ZuwanderInnen der ersten Generation sind besonders stark von Arbeitslosigkeit betroffen: Deren Anteil beträgt für die im Ausland geborene Bevölkerung 65%. Mithin ist nur etwas mehr als ein Drittel erwerbstätig, während es unter den in Österreich geborenen Personen 73% sind. Dabei weisen türkischstämmige MigrantInnen besonders niedrige Erwerbstätigenquoten auf: mit einem Anteil von 56% liegen sie rund zehn Prozent unter den Wert von ZuwanderInnen aus Ex-Jugoslawien und EU- bzw. EWR-Ländern. Darüber hinaus ist die Erwerbstätigenquote der

älteren türkischstämmigen MigrantInnen im Alterssegment der 55-64jährigen mit 22% besonders niedrig, obwohl der Anteil der Erwerbstätigen unter den im Ausland geborenen Personen mit 40% etwas höher als bei der in Österreich geborenen Bevölkerung ist. Eine weitere Problematik besteht darin, dass türkischstämmige Personen unabhängig von ihrem Bildungsniveau stärker von Arbeitslosigkeit betroffen sind als ÖsterreicherInnen, d.h. auch bei besserer Bildung ist diese Bevölkerungsgruppe häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen. Weiters zeigt der Integrationsbericht, dass Zuwanderer aus der Türkei und Ex-Jugoslawien überwiegend ArbeiterInnen sind. Den höchsten Anteil verzeichnen Personen aus der Türkei mit 81%, hingegen sind nur rund 30% unter den ArbeiterInnen gebürtige ÖsterreicherInnen. Männer ausländischer Herkunft arbeiten sehr häufig im Bauwesen. Demgegenüber liegt die Selbstständigkeit bei Personen aus der Türkei nur bei 5% (vgl. Statistisches Jahrbuch für Migration & Integration, 2009: 51-54).

Somit leben in Wien viele MigrantInnen in einer finanziell prekären Situation. Die Zahlen und Daten der Statistik Austria dokumentieren ein niedriges Lohnniveau und eine hohe Armutsgefährdung für die Bevölkerungsgruppe der Zuwanderer. In Österreich werden jene Personen als armutsgefährdet bezeichnet, deren pro-Kopf-gewichtetes Haushaltseinkommen unter 60% des Durchschnittseinkommens liegt. Dabei leben MigrantInnen auch bei Erwerbstätigkeit überdurchschnittlich oft unter der Armutsgrenze. Bei türkischstämmigen Zuwanderern liegt die Armutsgefährdungsquote bei 29% und ist somit besonders stark vom Phänomen der „workingpoor“ betroffen. Eine weitere Klassifizierung von Armutsgefährdung liefert die manifeste Armut. Manifeste Armut besteht, wenn weitere Faktoren wie Zahlungsrückstände, Nichtleistbarkeit von Heizen, erzwungener Verzicht auf Ernährung, Urlaub und bestimmte Konsumgüter sowie besonders schlechte Wohnverhältnisse vorliegen. Wiederum verzeichnen die Personen aus der Türkei mit 36% die höchste Quote manifester Armut, verglichen mit ÖsterreicherInnen und anderen Personen mit nichtösterreichischer Staatsangehörigkeit (vgl. Statistisches Jahrbuch für Migration & Integration, 2009: 60).

Hinzuzufügen ist, dass die Erwerbsbiografie (z.B. Lebensarbeitszeit, Arbeitslosenzeiten und das durchschnittliche Lohnniveau) sich auf die Höhe der Pensionen auswirkt und somit einen nachhaltigen Einfluss auf das Leben im Alter hat. Das Einkommen und Vermögen bieten die Grundlage für die aktuelle Lebensgestaltung und Voraussetzung für eine aktive und selbstbestimmte Lebensweise im Alter (vgl. Okken et al. 2008: 400). Es ist nicht überraschend, dass sich auch im Pensionseinkommen deutliche Unterschiede zwischen In- und AusländerInnen zeigen. Wieder schneiden die ZuwanderInnen schlechter ab als die einheimische Bevölkerung. Nur 15% der türkischstämmigen SeniorInnen verfügen über eine reguläre Alterspension in Wien. Dieses Ergebnis unterstreicht die knappe materielle Ressourcenausstattung dieser Bevölkerungsgruppe (vgl. Reinprecht 2005: 61).

Wie die folgenden Ausführungen zeigen, haben die deutlichen Einkommensnachteile der türkischstämmigen Zuwanderer nachhaltigen Einfluss auf deren Lebensgestaltung.

3.3.2 Wohnverhältnisse

Die Wohnung wird mit zunehmendem Alter zu einem immer wichtigeren Lebensmittelpunkt. So ist nicht nur mit dem Eintritt in den Ruhestand mit höheren Aufenthaltszeiten in der eigenen Wohnung zu rechnen, sondern besonders bei Krankheit oder Hilfsbedürftigkeit, die häufig mit eingeschränkter Mobilität einhergehen, gewinnen die Wohnverhältnisse an Bedeutung. (vgl. Okken et al. 2008: 401). Gerade hier zeigt sich, dass die Wohnversorgung ein Bereich ist, in dem die Benachteiligung der ArbeitsmigrantInnen zum Ausdruck kommt (vgl. Dietzel-Parakyriakou 1993: 118).

Zusammenfassend unterstreichen die Ergebnisse der Statistik Austria die Benachteiligung von Zuwanderer am Wohnungsmarkt. Vor allem türkischstämmige MigrantInnen leben in kleineren und schlechter ausgestatteten Wohnungen. So handelt es sich meistens um sehr kleine Wohnungen, da nur 20m² durchschnittliche Wohnfläche pro Kopf der türkischen Bevölkerung zur Verfügung stehen, während in Österreich geborene

InländerInnen im Durchschnitt auf 45m² Wohnfläche leben. Neben der ausgeprägten Wohnraumknappheit sind die Wohnkosten für MigrantInnen wesentlich höher. Die Wohnkostenbelastung beträgt bei Zuwanderern aus der Türkei 31%, während mit Blick auf die Gesamtbevölkerung nur 18% aller Personen mehr als ein Viertel ihres Haushaltseinkommens für Wohnkosten aufwenden muss.

Obwohl Zuwanderer in kleineren und schlechter ausgestatteten Wohnungen leben, liegt die Mietbelastung über jener der einheimischen Bevölkerung. Das ist auf den geringen Anteil an Wohneigentum zurückzuführen und auf die damit verbundenen anteilig höheren Kosten für Mietwohnungen. Somit liegt die Mietbelastung türkischstämmiger Personen bei 85% und für die der in Österreich geborenen InländerInnen bei etwa 34% (vgl. Statistisches Jahrbuch für Migration & Integration, 2009: 62).

In der empirische Studie „Ältere MigrantInnen in Wien“ (1999) von Christoph Reinprecht wurde erhoben, dass es sich bei den kleinen Wohnungen meistens um Mehrpersonenhaushalte handelt (60% wohnen mit Kindern und 11% mit Enkelkindern zusammen). Durch die Wohnraumknappheit ergibt sich eine drastische Überbelegung. Einerseits führt die räumliche Dichte zu Belastungen innerhalb der Familie, andererseits stellen die Haushaltsmitglieder für die Bewältigung kritischer Lebenslagen, wie zum Beispiel bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit, eine wichtige Ressource dar. Aber das Klischee, dass alle MigrantInnen in einem Familienverband leben, muss überdacht werden, denn jede fünfte MigrantIn lebte zum Zeitpunkt der Erhebung allein. Ein Drittel der Befragten waren Frauen, welche in Ein-Personen-Haushalten leben (vgl. Reinprecht 1999: 48-51).

Aktuelle Zahlen und Daten aus der Statistik Austria zeigen, dass im Durchschnitt in türkischen Haushalten 3,76 Personen wohnen. Damit kann angenommen werden, dass nach wie vor eine Überbelegung in Wohnungen der türkischstämmigen MigrantInnen besteht (vgl. Statistisches Jahrbuch für Migration & Integration, 2009: 36).

Da die gegenwärtige Wohnsituation noch immer durch einen niedrigen Qualitätsstandard geprägt ist (z.B. Treppen, kein Bad, keine Zentralheizung), führt dies bei nachlassender körperlicher Kraft und verringerten finanziellen Möglichkeiten zur Einschränkung der Selbständigkeit, der Selbstversorgung, der räumlichen Mobilität und damit auch des sozialen Aktionsraumes der alten MigrantInnen (vgl. Dietzel- Parakyriakou 1993: 118). Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass in Bezirken mit hohen Ausländeranteilen entsprechende Infrastrukturen und Nachbarschaften entstanden sind, die die Wohnsituation und das subjektive Sicherheitsgefühl positiv beeinflussen (vgl. <http://www.gesundheitberlin.de> [Stand: 4.05.2010]).

3.3.3 Familienverhältnisse und soziale Netzwerke

Die Familie ist die zentrale Institution zur sozialen Integration sowie zur emotionalen und instrumentellen Unterstützung älterer Menschen. Das gilt vor allem für die Bevölkerungsgruppe der älteren MigrantInnen (vgl. Schopf & Naegele 2005: 391).

Risikofaktor soziale Isolation

Jedoch ist zu beachten, dass vor allem bei allein lebenden MigrantInnen häufig das soziale Netzwerk die ihm zugedachte Funktion nicht erfüllt. Das betrifft vor allem Männer, die alleine ausgewandert und alleine geblieben sind, oder Frauen, die nach einer Scheidung alleinstehend sind. Vor allem türkische Frauen verfügen über ein reduziertes soziales Netz (vgl. Reinprecht 1999: 66-71). Aufgrund der Tradition, einen älteren Mann zu heiraten, bleiben sie im Alter häufig alleine zurück. Ihr ganzes Leben war oft auf das Privatleben konzentriert, und ihre wichtigste Aufgabe bestand darin, die Kinder zu erziehen. Dadurch nahmen sie selten am öffentlichen Leben teil und besitzen somit ein höheres Risiko der Vereinsamung und der Isolation (Goris 2009: 139). Zusätzlich werden die sozialen Unterstützungsnetzwerke mit dem Alter kleiner. Nach der Pensionierung zeigt sich, dass der Anteil jener, die mit niemandem Kontakt haben, bei PensionistInnen rund dreimal so hoch ist wie bei Berufstätigen. Das zeigt einen Rollenverlust und einen sozialen Rückzug, der mit dem Austritt aus dem Berufsleben einhergeht (vgl. Reinprecht 1999: 71-71).

Dennoch stellen für die erste Generation der Zuwanderer Verwandte, in der Mehrzahl Kinder, insbesondere für jene aus der Türkei, ein wichtiges soziales Netz dar. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass diese Netzwerke unter der Belastung auch leiden. Ein Gefühl der Abhängigkeit von anderen, Belastung durch Krankheit und Pflege von Verwandten oder Streitigkeiten in der Familie und/oder Partnerschaft sind Belastungsfaktoren für das informelle Netzwerk. Weiters führen die beengten Wohnverhältnisse zu erhöhter innerfamiliärer Konflikthanfälligkeit. Somit leiden MigrantInnen aus der Türkei, welche über ein enges Netz verfügen, besonders häufig unter diesen Belastungsfaktoren, die psychosozialen Stress auslösen können (vgl. Reinprecht 1999: 74).

3.4 Gesundheitszustand türkischstämmiger MigrantInnen

Die Weltorganisation (WHO) definiert die Gesundheit als körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden. Folglich besitzt die Gesundheit für MigrantInnen zusätzlich eine (migrations)-biografische, eine kulturelle sowie eine spirituelle/religiöse Dimension. Zusätzlich wirken sich weitere migrationsspezifische Faktoren, wie ökologische Gegebenheiten (z.B. Wohnung) auf die gesundheitliche Situation der ZuwanderInnen aus (vgl. Geiger 1998: 167).

MigrantInnen, die als „GastarbeiterInnen“ nach Österreich kamen, waren zu Beginn des Migrationsprojekts mit überdurchschnittlichen Gesundheitsressourcen ausgestattet. In der Literatur ist von einem „Healthy-migrant-Effekt“ die Rede (vgl. Reinprecht 2006: 172). Zum einen wurde der Gesundheitsstatus der ArbeitsmigrantInnen überprüft und zum anderen waren gesunde Menschen eher dazu bereit, die Strapazen der Migration auf sich zu nehmen (vgl. Okken et al. 2008: 404). Trotz der überwiegend gesunden Männer und Frauen wirkten sich die körperlich belastende Erwerbstätigkeit, sowie weitere gesundheitsgefährdende Bedingungen, die häufig mit der Migration einhergehen, auf deren Gesundheit aus. Darunter fallen bedeutende Einflussfaktoren wie zum Beispiel Einkommens- und Bildungsschwäche, soziale Ausgrenzung, schlechterer Zugang zu Gesundheitsleistungen, und deren oft

gesundheitsschädigender Lebensstil mit viel Tabak und Alkoholkonsum und ungesunden Ernährungsgewohnheiten (vgl. Reinprecht 2006: 173).

Erst im Jahr 2006/2007 wurde erstmals eine flächendeckende Gesundheitsbefragung von Statistik Austria durchgeführt, welche auch den Gesundheitszustand von MigrantInnen miteinbezieht. Die Gesundheitsbefragungen bestätigen die vorab erwähnten Annahmen und werden im folgenden Abschnitt näher beleuchtet. In den Berechnungen dieser Studie ist zu beachten, dass die Gesundheitsdaten türkischer MigrantInnen mit den Daten von MigrantInnen aus Ex-Jugoslawien zusammengefasst veranschaulicht werden.

- Subjektiver Gesundheitszustand

Die Ergebnisse der Statistik Austria verweisen auf einem subjektiv schlechteren Gesundheitszustand unter den befragten MigrantInnen und zeigen deutliche Unterschiede in ihrer relationalen Selbsteinschätzung im Verhältnis zur einheimischen Bevölkerung. Während rund 80% der Männer und Frauen ohne Migrationshintergrund ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzen und nur 5% als schlecht, beurteilen Personen aus den traditionellen Arbeitsländern ihren Gesundheitszustand insgesamt schlechter. In dieser Bevölkerungsgruppe geben 67% der Männer und 62% der Frauen einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand an. Als schlecht oder sehr schlecht stufen 13% der Männer und 14% der Frauen ihren Gesundheitsstatus ein.

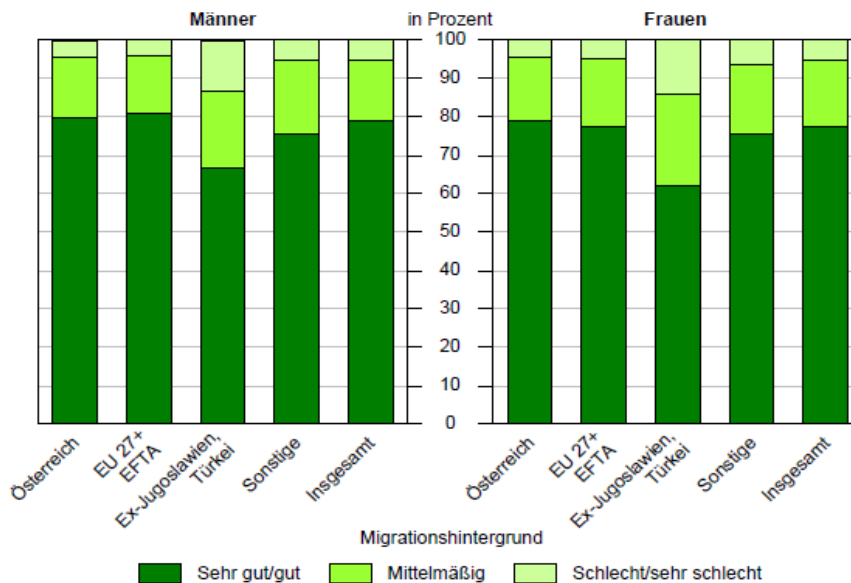


Abb. 4: Subjektiver Gesundheitszustand nach Migration und Geschlecht (Prozentangaben)

Quelle: Statistik Austria-Gesundheitsbefragung 2006/2007, S. 82

Zwischen den Personen aus 27 EU- und EFTA-Ländern sowie der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund sind kaum Unterschiede bezüglich des subjektiven Gesundheitszustandes zu bemerken. Die Analyse zeigt, dass Männer ohne Migrationshintergrund eine mehr als doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit für einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand aufweisen als MigrantInnen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei. Bei den Frauen ohne Migrationshintergrund ist die Wahrscheinlichkeit, sich gesundheitlich sehr gut oder gut zu fühlen, beinahe drei Mal so hoch als bei Frauen mit Migrationshintergrund (vgl. Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/2007: S 82-83).

- Chronische Erkrankungen

Betrachtet man die Prävalenz chronischer Krankheiten in allen Alters-, Geschlechts- und Bevölkerungsgruppen, so lassen sich nur geringe Unterschiede feststellen. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil an chronischen Erkrankungen bei Männern und Frauen in beiden Bevölkerungsgruppen an, wobei die Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund insgesamt schlechter abschneidet. Männer mit Migrationshintergrund sind in den Altersgruppen 15 bis 34 Jahre und 55 Jahre und mehr und bei Frauen mit Migrationshintergrund in der mittleren

Altersgruppe (35-54 Jahre) stärker von chronischen Krankheiten betroffen als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

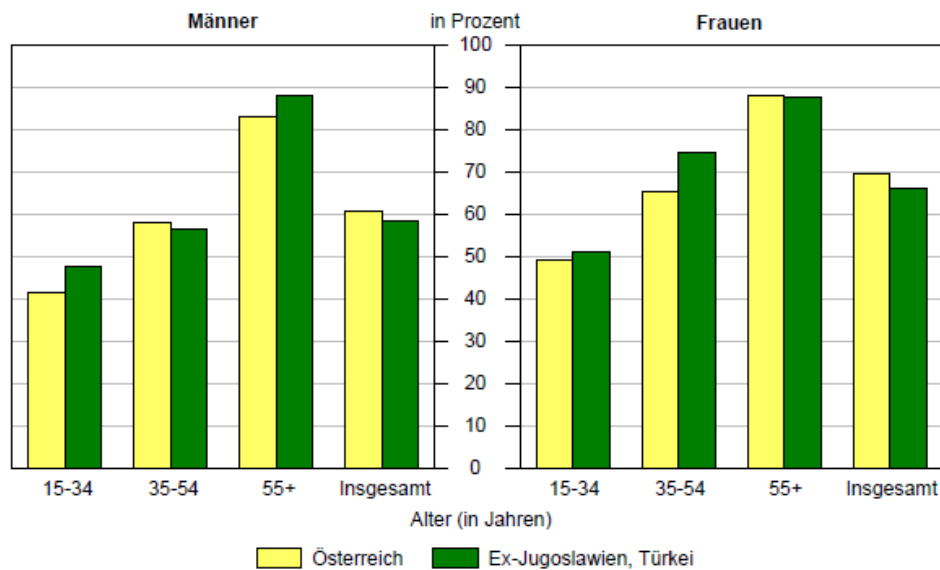


Abb. 5: Prävalenz von mindestens einer chronischen Krankheit nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (Prozentangaben)

Quelle: Statistik Austria-Gesundheitsbefragung 2006/2007, S 84

Weiters wurde die Auftretungswahrscheinlichkeit spezifischer chronischer Erkrankungen bei Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund berechnet. Hier zeigt die Studie deutliche Unterschiede zur einheimischen Bevölkerung (vgl. Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/2007: S 84-85).

Wirbelsäulenbeschwerden	1,5 mal häufiger
Allergien	0,6 mal häufiger
Bluthochdruck	2,6 mal häufiger
Migräne, häufige Kopfschmerzen	1,6 mal häufiger
Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus	1,5 mal häufiger
Chronische Angstzustände, Depression	2,6 mal häufiger
Diabetes	3,4 mal häufiger
Harninkontinenz	0,9 mal häufiger

- Schmerzprävalenz

Bei der Schmerzprävalenz zeigt sich die gleiche Tendenz wie bei den vorangehend erhobenen Daten: Personen mit Migrationshintergrund sind häufiger von erheblichen Schmerzen während der letzten zwölf Monate vor der Befragung betroffen als die Vergleichsgruppe.

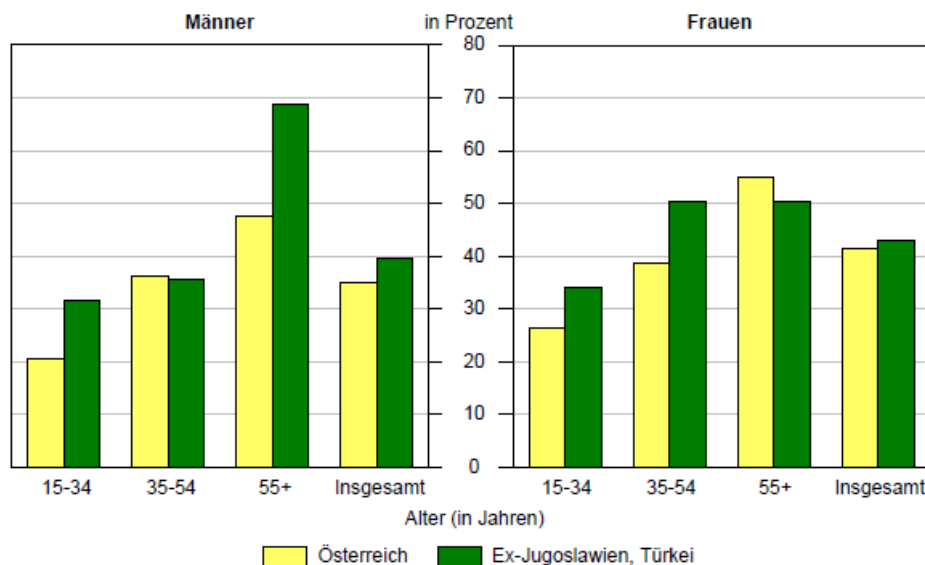


Abb. 6: 12-Monats-Prävalenz erheblicher Schmerzen nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (Prozentangaben)

Quelle: Statistik Austria-Gesundheitsbefragung 2006/2007, S. 86

Männer und Frauen mit Migrationshintergrund sind 1,4 mal bzw. 1,3 mal häufiger von Schmerzen betroffen als die Bevölkerungsgruppe ohne Migrationshintergrund. Prozentuell ausgedrückt berichten 41% der Männer und 44% der Frauen aus den traditionellen Herkunftsländern über Schmerzen während der letzten zwölf Monate. Der Anteil der Bevölkerungsgruppe ohne Migrationshintergrund ist deutlich geringer, da nur 39% der Männer bzw. 34% der Frauen sich über Schmerzen beklagen (vgl. Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/2007: 85f).

- Psychische Gesundheit

MigrantInnen beurteilen ihre Lebensqualität als schlechter als die Bevölkerungsgruppe ohne Migrationshintergrund. Im Bereich der Umwelt und allgemeinen Lebensqualität lassen sich die größten Unterschiede erkennen.

Der erhobene Aspekt der sozialen Beziehungen zeigt kaum Unterschiede zwischen den relevanten Bevölkerungsgruppen. Nur die Lebensqualität bezüglich der Vitalität und psychischem Wohlbefinden bewerten Personen mit Migrationshintergrund als schlechter als Inländer.

- Gesundheitsverhalten - Übergewicht und Rauchen

Frauen und Männer mit Migrationshintergrund besitzen ein signifikant häufigeres Adipositas-Risiko. Dabei besteht bei Männern ein 1,8fach höheres Adipositas-Risiko, bei Frauen ein mehr als doppelt so hohes Risiko (Faktor 2,5), an Übergewicht zu leiden. Prozentuell bedeutet dies, dass 23% der Frauen mit Migrationshintergrund und 11% der Frauen ohne Migrationshintergrund übergewichtig sind. Bei Männer zeigen sich zwar nicht so deutliche Unterschiede, jedoch leiden 17% der Männer aus Ex-Jugoslawien und der Türkei an Übergewicht, während 11% der Männer ohne Migrationshintergrund adipös sind. (vgl. Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/2007: S87-88).

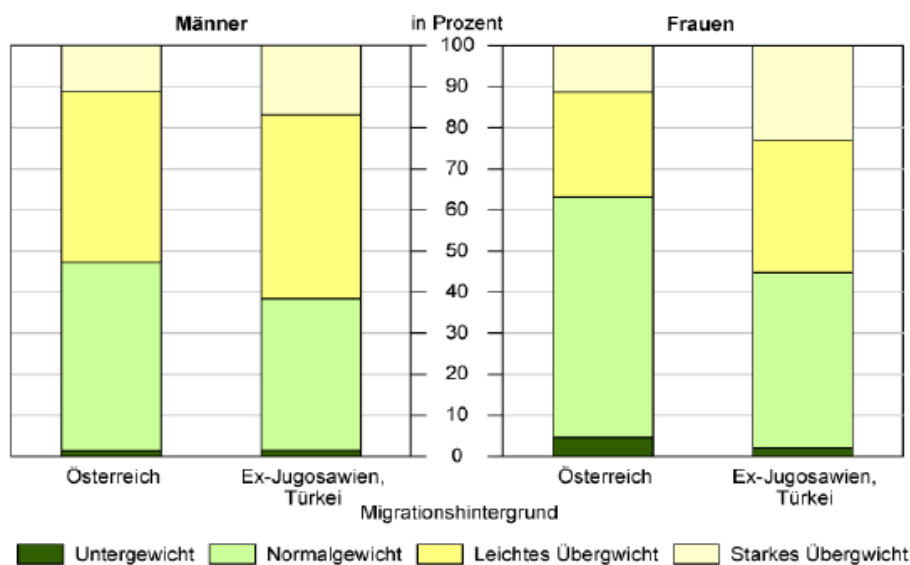


Abb. 7: BMI nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Prozentangaben, altersstandardisiert)

Quelle: Statistik Austria-Gesundheitsbefragung 2006/2007, S. 88

In Bezug auf die Raucherprävalenz fördert die Studie zutage, dass Männer mit Migrationshintergrund deutlich öfters täglich rauchen als Männer ohne Migrationshintergrund (41% versus 26%). Insgesamt rauchen Frauen zwar weniger, jedoch greifen 29% der Frauen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei gegenüber 21% der Frauen ohne Migrationshintergrund täglich zur Zigarette.

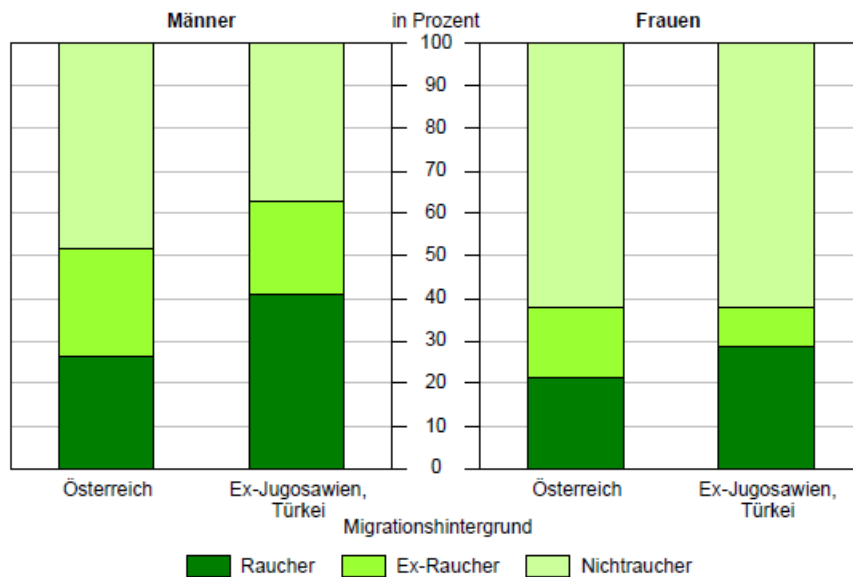


Abb. 8: Raucherstatus nach Migration und Geschlecht (Prozentangaben, altersstandardisiert)

Quelle: Statistik Austria-Gesundheitsbefragung 2006/2007, S. 89

- Gesundheitsvorsorge- Versorgungsuntersuchungen und Impfschutz

Diese Daten liefern wichtige Ergebnisse zum Gesundheitsvorsorgebewusstsein der Bevölkerung. Im Bereich des Impfschutzes besteht bei Personen ohne Migrationshintergrund häufiger ein aufrechter Impfschutz. Die Unterschiede beim Impfverhalten sind von allen gängigen Impfungen wie Tetanus, FSME, Grippe etc. signifikant. Somit ist das Risiko bei Migranten, keinen aufrechten Impfschutz zu haben, um das Neunfache erhöht und bei Migrantinnen um das Sechsfache. Vorsorgeuntersuchungen werden von MigrantInnen seltener genutzt. Dabei wurde nach Krebsabstrich, Mammographie, PSA-Test, Gesundenuntersuchung und Darmspiegelung gefragt. Tendenziell nehmen Männer mit Migrationshintergrund das Angebot noch weniger in Anspruch als Frauen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei (vgl. Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/2007: S. 91f).

3.5 Erleben des Altseins türkischstämmiger MigrantInnen

Auch das Altern ist für MigrantInnen ein Teil der individuellen Lebensgeschichte und ein Prozess, welcher mit sozialen und kulturellen Komponenten einhergeht. Der Alterungsprozess ist somit nicht auf einen rein biologisch-organischen Vorgang zu reduzieren, sondern das Verstehen und Erleben des Altseins wird

von kulturellen und religiösen Wertvorstellungen geprägt. Maßnahmen mit dem Ziel, den Alterungsprozess beispielsweise durch Schönheitsoperationen zu verschieben oder zu verheimlichen, werden abgelehnt, da dieser Lebensabschnitt zur Natur des Menschen gehört. Bei Pflegebedürftigkeit besteht der Wunsch, von den eigenen Kindern versorgt zu werden. Im Islam gehört die Betreuung der hilfsbedürftigen Eltern zu wesentlichen Aufgaben der Kinder (vgl. Ilkilic 2006: 46).

Die Bewältigung der Lebenssituation im Alter älterer MigrantInnen im Aufnahmeland hängt von vielen Faktoren ab:

- *„von der Größe der Diskrepanz zwischen den unterschiedlichen soziokulturellen Lebenswelten,*
 - *von der Persönlichkeit des Betroffenen, z.B. hinsichtlich Flexibilität sowie psychischer und physischer Belastbarkeit,*
 - *vom Wissen über das Aufnahmeland bzw. der Vorbereitung darauf,*
 - *vom Grad der Unterstützung und Begleitung im Aufnahmeland,*
 - *von der Möglichkeit, Verbindung mit dem Herkunftsland halten zu können,*
 - *von der Möglichkeit, wesentliche Elemente der mitgebrachten soziokulturellen Normen und Werte erinnern, bewahren und leben zu können,*
 - *von der Möglichkeit, Einfluss auf die neue Lebenswelt nehmen zu können,*
 - *von der Möglichkeit und Bereitschaft, Perspektiven in die Zukunft zu entwickeln.“*
- (Koch-Straube 2007: 413)

Alterserfahrungen sind durch individuelle und soziale Unterschiede geprägt. Weitere ausschlaggebende Faktoren für eine erfolgreiche Bewältigung sind sozialer Status, Bildungsstand, Gesundheitszustand, finanzielle Ressourcen, Wohnverhältnisse und das Geschlecht. In diesem Sinne sind ältere MigrantInnen doppelt benachteiligt. Obwohl die Probleme der MigrantInnen den Einheimischen aus unteren sozialen Schichten ähnlich sind, verschärft sich diese Problematik aufgrund des zugeschriebenen „Ausländerstatus“ (vgl. Koch-Straube: 2007: 414).

Darüber hinaus weisen Autoren darauf hin, dass besonders im Alter der Rückzug in die eigene Ethnie für MigrantInnen bedeutsam ist. Dieses verstärkte

Ausleben des ethnischen Hintergrundes wird als „doing ethnicity“ bezeichnet (vgl. Okken et al. 2008: 403). Obwohl Kontakte mit Einheimischen über die Arbeit ermöglicht wurden, blieb für die ArbeitsmigrantInnen die ethnische Bezugsgruppe entscheidend. Fehlende soziale Austauschbeziehungen zur einheimischen Bevölkerung, mangelnde Sprachkompetenz, sowie die Orientierung an den Normen, Werten und traditionellen Verhaltensweisen der eigenen ethnischen Gruppe wirken sich auch auf den Alternsprozess aus: „Altern in ethnischer Insolation“ meint, dass sich der Alterungsprozess in einer „fremden Umwelt“ vollzieht, in einer Gesellschaft, deren soziale Struktur und Kultur den meisten MigrantInnen fremd geblieben ist. Ethnische Kolonien entstehen aber nicht nur durch die sozialen Präferenzen der MigrantInnen, sondern ergeben sich auch aus direkten und indirekten sozialen Exklusionsmechanismen der Aufnahmegesellschaft. Hierzu zählen zum Beispiel Diskriminierungen auf dem Wohnungsmarkt (vgl. Dietzel- Parakyriakou 2005: 401). Trotzdem bietet der Rückzug in die eigene Ethnie vielen MigrantInnen die Möglichkeit, gemeinsame Traditionen zu pflegen und trägt somit zu einem Erhalt des Selbstwertgefühls bei. So sichern sich ArbeitsmigrantInnen die Möglichkeit, in Würde zu altern (vgl. Dietzel-Parakyriakou 1993: 11).

Ein anderes wichtiges Charakteristikum der MigrantInnen erster Generation ist ihre Rückkehrorientierung. Mit dem Erreichen des Pensionsalters stellt sich für viele MigrantInnen die Frage, ins Heimatland zurückzukehren oder im Aufnahmeland zu bleiben (vgl. Dietzel- Parakyriakou 1993). Ein endgültiger Verbleib im Aufnahmeland wird dann wahrscheinlicher, wenn die Mobilität aus gesundheitlichen und finanziellen Gründen abnimmt. Bis dahin ist das Verhaltensmuster des Pendelns eine weitere Option, die Entscheidung des Rückkehrens oder des Verbleibens auf später zu verschieben (vgl. Dietzel-Parakyriakou 2005: 404). Jedoch birgt das Pendeln auch ein finanzielles Risiko, denn nach dem Sozialversicherungsgesetz dürfen pensionierte Nicht-ÖsterreicherInnen, die die Ausgleichszulage beziehen, nicht länger als 60 Tage pro Jahr im Ausland verbringen und müssen jeden Auslandsaufenthalt melden (vgl. Kienzl-Plochberger 2005: 49). Doch wie viele der MigrantInnen tatsächlich

nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben in ihre Herkunftsländer zurückwandern, kann anhand der amtlichen Wanderungsstatistik nicht prognostiziert werden. Diese liefert keine zuverlässigen Aussagen über Mobilität im Lebensverlauf (vgl. Reinprecht 2006: 133). MigrantInnen der zweiten oder mehr noch der dritten Generation werden durch eine weitgehende Integration in die Gesellschaft des Aufnahmelandes vermutlich nicht mehr in ihr Herkunftsland zurückkehren (vgl. Cubillos 2001: 246).

Zusammenfassend veranschaulichen die statistischen Daten eine Zunahme des Anteils von Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung und einen raschen Wandel der Altersstruktur innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe. Um die Bevölkerungsgruppe türkischstämmiger MigrantInnen in Österreich ganzheitlich erfassen zu können, ist es notwendig, deren Lebenswelt aus verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten.

Die Ergebnisse aus der Forschungsliteratur demonstrieren die prekären materiellen, gesundheitlichen und psychosozialen Verhältnisse der hier alt werdenden türkischstämmigen ArbeitsmigrantInnen. Typische gesundheitliche Probleme im Alter sind im Besonderen Verschleißerscheinungen und schwere chronische Erkrankungen. Daher muss man davon ausgehen, dass für sie ein hohes und frühes Pflegebedürftigkeits- und Behinderungsrisiko im Alter besteht (vgl. Reinprecht 1999: 58-59).

Somit stellen ältere türkischstämmige SeniorInnen in Bezug auf ihre gesundheitliche Situation, bedingt durch deren biografische Erfahrungen und ähnliche benachteiligte Lebenslagen, eine besonders vulnerable Gruppe dar, die verstärkter Aufmerksamkeit bedarf (vgl. Okken et al. 2008: 405).

Folglich ist anzunehmen, dass aufgrund der demografischen Entwicklung und der sozioökonomischen Fakten der Pflegebedarf türkischstämmiger MigrantInnen in Österreich zunimmt. Weitere ausschlaggebende Faktoren für einen steigenden Bedarf an stationären Versorgungsangeboten werden im folgenden Kapitel näher beleuchtet.

4 Herausforderungen des Settings Pflegeeinrichtung

4.1 Zunahme des Pflegebedarfs türkischstämmiger MigrantInnen

Neben den demografischen Prognosen (näheres dazu Kap. 3.2.3), deuten ebenso soziokulturelle Veränderungen auf eine Erhöhung des Pflegebedarfs türkischstämmiger SeniorInnen hin. Weiterhin ist anzunehmen, dass bei schwerer Pflegebedürftigkeit die Familien selbst professionelle Hilfe brauchen, um die pflegebedürftige Person optimal versorgen zu können. Somit steigt auch die Wahrscheinlichkeit, im Alter auf Wohn- und Pflegeheime angewiesen zu sein.

Es existieren keine flächendeckenden Kenntnisse über die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe und Pflegeleistungen. Jedoch existieren in Österreich zwei größere Forschungsarbeiten, welche die Situations- und Bedarfslage von MigrantInnen türkischer und ex-jugoslawischer Herkunft erheben. In diesem Kapitel wird neben der Literatur aus Deutschland und Österreich, vorwiegend auf diese zwei Studien zurückgegriffen, um relevante Untersuchungsergebnisse türkischstämmigen SeniorInnen aufzuzeigen. Hierbei handelt es sich einerseits um die Untersuchung Senior Plus, welche im Rahmen des Förderprogramms „URBAN Wien – Gürtel Plus“ im Jahr 1999 erhoben wurde und andererseits um die Ergebnisse einer Befragung älterer ZuwanderInnen im Rahmen der Begleitforschung des EQUAL-Projekts „Integrationsinfoservice von MigrantInnen für MigrantInnen“ aus dem Jahre 2005. Des Weiteren liefert der Ergebnisbericht der interkulturellen Altenpflege in Wien (2004) wichtige Informationen. Um den Bedarf an interkulturell ausgerichteter Altenarbeit zu erheben, wurden fünf Diskussionsrunden durchgeführt, darunter eine türkisch-kurdische und eine kurdisch-alevitische Gruppe.

4.1.1 Abnahme der traditionellen Familienpflege

Viele MigrantInnen halten noch an tradierten Werten und Vorstellungen fest. Die erste Generation geht davon aus, dass sich ihre Familienangehörigen im Alter bzw. im Falle einer Pflegebedürftigkeit um sie kümmern (vgl. Brandenburg 1994: 425).

Da die erste Generation in der Migration oft (unfreiwillig) die Betreuung und Pflege der alternden Eltern im Herkunftsland nicht selbst übernehmen konnten, entsteht das Problem, dass hier geborene Kinder nicht erfahren haben, was die Betreuung und Pflege der eigenen Eltern beinhaltet. Trotzdem versucht die nachkommende Generation die Pflege der Eltern zu meistern, um diese vermeintliche Schuld einzulösen. Obwohl die Eltern die stille Hoffnung hegen, von den Kindern betreut zu werden, wollen sie ihnen gleichzeitig nicht zur Last fallen (vgl. Goris 2009: 140).

Allerdings erweist sich die in diesem Zusammenhang häufig vermutete ausländische Großfamilie, die im Bedarfsfall diese Pflege und Betreuung übernimmt, immer mehr als Klischee (vgl. Ramazan 2001: 89). Es ist anzunehmen, dass zukünftig auch in türkischen Familien die Pflege nicht mehr bedarfsdeckend von Familienangehörigen übernommen werden kann (vgl. Okken et al. 2008: 419). Durch die zunehmend geforderte räumliche Mobilität und Flexibilität der Erwerbspersonen, sowie die demografisch bedingte Reduzierung des familiären Netzwerks sinkt das Potenzial informeller Unterstützungsnetzwerke (vgl. Schopf & Naeyegele 2005: 391). Hinzu kommen die veränderten Lebensverhältnisse der zweiten und dritten Generation. Sie sind mobiler geworden, und die bessere Bildung der nachfolgenden Generationen fördert unter anderem den Wegzug aus der „ethnischen Kolonie“, da diese zum einen als einengend betrachtet werden kann, und zum anderen der Arbeitsmarkt eine gewisse Flexibilität abverlangt. Die oft beengten Wohnverhältnisse der MigrantInnen machten es fast unmöglich, die Eltern bei Hilfebedürftigkeit aufzunehmen (vgl. Hinz 2004: 84).

So darf nicht davon ausgegangen werden, dass sich die traditionelle Bereitschaft zur Familienpflege automatisch in die Realität umsetzen lässt (vgl. Schopf & Naeyegele 2005: 392).

Die Studie Senior Plus zeigt, dass MigrantInnen hinsichtlich der Vorstellungen und Bedürfnisse in Hinblick auf einen Krankheits- und Pflegefall den familiären und häuslichen Bereich bevorzugen. Obwohl es vorgezogen wird, zu Hause zu

bleiben und von Familienangehörigen gepflegt zu werden, ist die Vorstellung, zu einem Kind zu übersiedeln und in dessen Wohnung gepflegt zu werden, unter den MigrantInnen weniger beliebt. Die einzige Gruppe, die dieser Vorstellung gegenüber positiv eingestellt ist, sind türkische Frauen (Reinprecht 1999: 76). Doch die SeniorInnen zeigen sich allgemein skeptisch bezüglich familiärer Versorgung im Alter, insbesondere bei langfristiger und intensiver Pflege: *„Kein einziger und keine einzige der Befragten äußert sich zuversichtlich, dass die eigene Familie zur Pflege bereit und verfügbar wäre“* (Kremla 2004: 8).

Es besteht ein ausgeprägter Bedarf an Hilfe und Unterstützung unter den Personen aus der Türkei. Rund 40% geben an, dass die informellen Netzwerke nicht ausreichen. Die meistgenannten alltagsnahen Hilfeleistungen sind Einkaufen und Amtswege, des weiteren Hilfsbedarf bei der Körperpflege, persönlichen Betreuung und medizinisch relevanten Leistungen. Diese werden zwar noch vom familiären Unterstützungssystem erwartet und auch geleistet, können aber nicht durchgehend in professioneller Weise ausgeführt werden (vgl. Reinprecht: 2005: 68).

Hinzuzufügen ist, dass vor allem für alleinlebende türkischstämmige SeniorInnen (näheres dazu Kap. 3.3.3) die traditionelle Familienpflege keine Option bei Pflegebedürftigkeit darstellt. Besonders diese Gruppe bedarf verstärkter Aufmerksamkeit.

4.1.2 Zunahme an Demenzerkrankungen

Im Kapitel 3.3.4 wurde bereits darauf hingewiesen, dass ältere MigrantInnen durch starke körperlichen Verschleißerscheinungen und gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen im Alter ein hohes und frühes Pflegebedürftigkeits- und Behinderungsrisiko haben. Da die Anzahl der alten Menschen sowohl in Österreich als auch in Deutschland zunehmen wird, kann man davon ausgehen, dass mit zunehmendem Alter auch die Wahrscheinlichkeit steigt, an einer der verschiedenen Demenzformen zu erkranken.

Da insbesondere der Anteil der Bevölkerungsgruppe der MigrantInnen rasch ansteigt, wird die Anzahl der älteren MigrantInnen mit Demenz zunehmen (vgl. Hirsch 2008: 19). Darüber hinaus ergibt sich durch ihre migrationsspezifische Erfahrung eine weitere Problematik, die Hirsch treffend formuliert:

„Migranten mit Demenz wird die erst erworbene neu gewonnene Heimat wieder zur Fremde, da sie sich zunehmend nur noch an die weit zurückliegende Vergangenheit – die Zeit vor der Migration – erinnern können.“ (Hirsch: 2008: 20)

In der Regel übernehmen Angehörige aus der Familie die zeitintensive Betreuung der pflegebedürftigen Demenzkranken (vgl. Küçük 2008: 302). Jedoch sollten die Unterstützungsmöglichkeiten durch die Familien nicht überschätzt werden. Bei schwierigen Situationen, wie zum Beispiel bei schwerer Pflegebedürftigkeit oder dementiellen Erkrankungen ist anzunehmen, dass die ethnischen Stützsysteme selbst fachliche Hilfe brauchen (vgl. Süleyman: 2002: 437).

Als zentrales Ergebnis zeigt sich in einer empirischen Studie über die Situation pflegender Angehöriger von demenziell erkrankten türkischen MigrantInnen in der BRD die Bestätigung der psychischen, familiären und sozialen Belastung der pflegenden Angehörigen. Weiters bestätigt sich die geringe Erfahrung und Inanspruchnahme von Beratungsangeboten, obwohl die Mehrheit eine große Bereitschaft zeigt, diese in Anspruch zu nehmen (vgl. Küçük 2008: 306).

Da, wie bereits erwähnt, die Altenhilfe davon ausgehen muss, dass sich durch verschiedene Faktoren die Altenpflege zunehmend aus dem Familienverband herauslösen wird und die Wohnungen türkischstämmiger SeniorInnen zu klein und schlecht für eine intensive Pflegesituation ausgestattet sind, stellt gerade eine fortschreitende Demenz einen Hauptgrund für eine Aufnahme in ein Pflegeheim dar. Folglich sind Konzepte von Altenpflegeeinrichtungen notwendig, in denen die Individualität und kulturelle Identität gewahrt bleiben, und zwar als Voraussetzung für eine adäquate Pflege für ältere demenzerkrankte MigrantInnen (vgl. Hirsch 2008: 31).

4.1.3 Geringe Inanspruchnahme, Akzeptanz und Veränderungsoptionen

Inwieweit Einrichtungen der Altenpflege akzeptiert werden, hängt wie bereits beschrieben (siehe dazu Kap. ´Erleben des Altseins´), von unterschiedlichen Faktoren ab. Diese Aspekte können laut Koch-Straube (2007:420) ebenso auf den Übergang in eine Einrichtung der Altenpflege übernommen werden:

- „Diskrepanz zwischen den unterschiedliche Lebenswelten,
- Persönlichkeitsmerkmale,
- Wissen und kognitive Vorbereitung,
- Unterstützung und Begleitung,
- Erinnern, Bewahren, Leben wesentlicher Elemente der herkömmlichen soziokulturellen Lebenswelt,
- Einfluss auf die neue Lebenswelt nehmen können.“

Zusätzlich gestaltet sich der Übergang in ein Pflegeheim für die Bevölkerungsgruppe der MigrantInnen als schwierig, da der Umzug in eine österreichische Alteneinrichtung das Fremdheitserleben dieser Bevölkerungsgruppe verstärkt (vgl. Koch-Straube 2007:420).

Beide grundlegenden Forschungsarbeiten weisen auf eine geringe Inanspruchnahme der Altenpflegeeinrichtungen hin. Nur eine verschwindend kleine Minderheit der älteren MigrantInnen (5%) (Türkei und Ex-Jugoslawien) nehmen Angebote und Einrichtungen der Altenarbeit in Anspruch (vgl. Reinprecht 2005: 71). Diese geringe Inanspruchnahme, die von Trägerorganisationen bestätigt wird, lässt den durchaus bestehende Betreuungsbedarf seitens älterer MigrantInnen kaum sichtbar werden. Schätzungen des Bedarfs aus der Nachfrage abzuleiten, greifen sicherlich zu kurz. (vgl. Kremla 2004: 4).

Grundsätzlich wird angenommen, dass Pflegeeinrichtungen insbesondere unter der türkischstämmigen Bevölkerung als wenig attraktiv gelten. Jedoch verweisen die Forschungsarbeiten von Reinprecht auf keine herkunftsbedingten Unterschiede zwischen Ex-Jugoslawen und türkischstämmigen SeniorInnen bezüglich der Akzeptanz von Altenpflegeeinrichtungen. Wenn in der Fragestellung nach subjektiven Wünschen gefragt wird, bevorzugen

EinwanderInnen aus der Türkei den häuslichen und familiären Bereich. Der Akzeptanzwert stationärer Versorgungsangebote steigt jedoch, wenn es um die Frage einer möglichen Inanspruchnahme im Bedarfsfall geht. In der Studie von 1999 können sich rund 15% der älteren türkischstämmigen SeniorInnen vorstellen, bei Pflegebedarf in ein Pflegeheim oder Pensionistenwohnhaus zu ziehen (Reinprecht 2006: 207f).

Weiters bestätigt die aktuellere ISS-Studie aus dem Jahr 2005 eine offene und interessierte Haltung seitens dieser Bevölkerungsgruppe: bereits 17% der türkischstämmigen Personen können sich vorstellen, bei Bedarf in einem Pensionistenwohnhaus zu leben (vgl. Reinprecht 2005: 71).

Diese Ergebnisse zeigen, dass im Bedarfsfall Altenpflegeeinrichtungen durchaus als eine Option gesehen werden und die Akzeptanzwerte von Wohn- und Pflegeheimen innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe angestiegen sind. Es ist davon auszugehen, dass die Vorbehalte gegenüber stationären Pflegeeinrichtungen in Zukunft weiter abnehmen werden.

Forschungsergebnisse aus österreichischen und deutschen Studien unterstreichen spezifische Wünsche türkischstämmiger MigrantInnen an Altenpflegeeinrichtungen:

Bei Rücksichtnahme auf die kulturellen Wünsche in Wohn- und Pflegeheimen steigt gleichzeitig die Akzeptanz dieser Einrichtungen. Der Ergebnisbericht der interkulturellen Altenpflege in Wien (2004) zeigt eine hohe Akzeptanz von älteren MigrantInnen gegenüber Wohnheimen, die multikulturell ausgerichtet sind. Vor allem Alleinlebende oder Personen, die mit der derzeitigen Wohnsituation unzufrieden sind, können sich eine Umsiedlung vorstellen. Außerdem dokumentiert die Untersuchung den Wunsch, bestehende Angebote für einzelne Zielgruppen zu differenzieren – deutlich wird der Wunsch nach einem „eigenen“ türkischen Altersheim. Insbesondere für alleinstehende türkische Frauen scheint es im Falle der Pflegebedürftigkeit die einzige Möglichkeit zu sein, ihren Lebensabend nach ihren Vorstellungen verbringen zu können (vgl. Kremla 2004: 3-8).

Eine deutsche Untersuchung formuliert ähnliche Veränderungsoptionen der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund an eine Pflegeeinrichtung: In der baden- württembergerischen Stadt mit einem Ausländeranteil von rund 18%, stellen 56% von den 256 über 60-jährigen befragten MigrantInnen bestimmte migrationsspezifische Bedingungen an Pflegeheime. In dieser Untersuchung wurden auch vorhandene Daten deutscher SeniorInnen berücksichtigt. Somit wurden einige Bedingungen auch von deutschen SeniorInnen genannt. Diejenigen, die sich vorstellen könnten, bei Pflegebedarf in ein Pflegeheim zu übersiedeln (die Zustimmung für eine Übersiedlung lag bei den älteren MigrantInnen bei 30%), wünschen sich ein „eigenes Zimmer“, oder dass „der Ehepartner mit einziehen darf“, wobei diese Bedingungen auch von den deutschen Inländern gefordert worden sind. Zusätzlich kamen migrationsspezifische Aspekte zur Sprache, wie das Vorhandensein muttersprachlichen Personals (genannt von 56%), gefolgt vom Praktizieren der Religion in der Pflegeeinrichtung (42%) und als letztes eine von 20% gewünschte, an deren Glauben angepasste Ernährung (vgl. Süleyman 2002: 437).

Im Rahmen einer qualitativen Studie, in der das Krankheits-, Gesundheits- und Pflegeverständnis von zehn türkischstämmigen Frauen zweier Generationen analysiert wurde, wünschten sich die Frauen die Einbeziehung der türkischen Familie in alle pflegerischen Entscheidungen. Weitere Erwartungen und Wünsche an das deutsche Pflegepersonal sind eine Erhebung über die gewünschte Form der Glaubensausübung und die Verfügbarkeit von gleichgeschlechtlichen Pflegepersonen. Insbesondere die MigrantInnen der ersten Generation wünschen sich im Idealfall muttersprachliche Pflegefachkräfte, in jedem Fall aber DolmetscherInnen (vgl. Zielke- Nadkarni 1999: 288).

Zusammenfassend müssen Ergebnisse von Studien bezüglich der Nachfrage an Versorgungseinrichtungen kritisch betrachtet werden. Oft werden diese aufgrund noch geringer Nachfrage seitens älterer MigrantInnen als nicht vorhandener Bedarf an Heimplätzen in Altenpflegeeinrichtungen interpretiert.

Jedoch sagen diese Untersuchungsergebnisse grundsätzlich wenig über den tatsächlichen Bedarf an Leistungen der Gesundheitseinrichtungen aus. Diese werden nicht nur vom vorhandenen Angebot, sondern auch von den verfügbaren Ressourcen, wie beispielsweise Wissen und Geld, mitbestimmt (vgl. Pelikan et al. 2002: 47). Auch die noch verhältnismäßig geringe Anzahl hochaltriger MigrantInnen, die noch bestehenden familiären Hilfsleistungen sowie die Zugangsbarrieren können Ursachen für die derzeit noch geringe Nachfrage sein (vgl. Schopf & Naegele 2005: 389).

Um eine bedarfsgerechte Entwicklung der Altenpflege zu ermöglichen, welche den heterogenen Bedarf älterer Menschen berücksichtigt, müssen als erstes mögliche Zugangsprobleme in der Altenpflege wahrgenommen und überwunden werden (vgl. Geiger 1998: 171).

4.2 Zugangsbarrieren zwischen Altenpflege und MigrantInnen

Zwar sind Institutionen der Altenhilfe grundsätzlich für jeden offen, doch verweist eine Reihe von Studien auf vielfältige Zugangsbarrieren, die eine Inanspruchnahme von Einrichtungen der Altenpflege erschweren oder behindern (vgl. Reinprecht 1999, Reinprecht 2005, Kremla 2004).

Ein Grund dafür, dass für MigrantInnen auf dem Weg in die Altenpflege zahlreiche Zugangsbarrieren existieren, hat unter anderem damit zu tun, dass viele Fachleute aus dem Bereich Altenhilfe die spezifischen Anforderungen an die Pflegeversorgung im Zusammenhang mit pflegebedürftigen MigrantInnen in ihren Überlegungen und Planungen noch nicht angemessen berücksichtigen und sie erst allmählich als eine wichtige kommende Herausforderung erkennen. Diese Einstellung basiert auf der noch immer verbreiteten Ansicht, dass Pflegebedürftige innerhalb der Familie optimal versorgt werden können. Viele Einheimische, darunter auch Akteure im Altenhilfesystem, sind der Meinung, dass sich Migrantenfamilien mit dem Ideal der familiären Pflege etwas bewahrt haben, das den Einheimischen abhanden gekommen ist. So meinen Kritiker,

dass die interkulturelle Öffnung des Altenhilfesystems sich negativ auf den Familienzusammenhang auswirke. Folglich würden Institutionen in der Altenpflege, die speziell für MigrantInnen geschaffen werden, den funktionierenden Familienzusammenhalt auflösen. Bei vielen herrscht zudem noch immer die Vorstellung, dass ArbeitsmigrantInnen nach der Pension in ihre Herkunftsländer zurückkehren werden.

Für die Institutionen zählen vor allem Zahlen. Somit stellt sich für viele die Problematik der Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit MigrantInnen noch nicht, da die ehemaligen ArbeitsmigrantInnen insgesamt noch nicht das hohe Lebensalter erreicht haben (vgl. Kaewnetara 2001: 19).

Zusammenfassend formuliert liefert die Literatur zahlreiche Hinweise darauf, dass diese Annahme auf falschen Tatsachen beruht und sich der Pflegebedarf türkischstämmiger MigrantInnen zukünftig erhöhen wird:

- Verbleib vieler türkischstämmiger MigrantInnen nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben in Österreich;
- zahlenmäßige Zunahme der türkischstämmigen PensionistInnen;
- schlechte Wohnqualität;
- oftmals schlechter Gesundheitszustand und körperlicher Verschleiß;
- subjektives höheres Altersempfinden;
- Zunahme an Demenzerkrankungen;
- Abnahme der traditionellen Familienpflege;
- wachsendes Interesse an einer Inanspruchnahme stationärer Versorgungsangebote.

Im Folgenden gehe ich auf vier zentrale Zugangsbarrieren ein, die deutlich machen, dass sich das Anforderungsprofil an die österreichische Altenpflege wandelt und hier entsprechend weiterer Handlungsbedarf besteht.

4.2.1 Sprachbarrieren

Da die Arbeitsmigration als eine befristete Lebensphase mit dem Ziel der baldigen Rückkehr betrachtet wurde, schien das Erlernen der deutschen Sprache als überflüssig, es genügte, Arbeitsanweisungen zu verstehen oder geben zu können (vgl. Gesundheitsamt Bremen 2004: 26). Folglich sind MigrantInnen der ersten Generation von diesem oft nur approximativen Deutscherwerb besonders betroffen. Insbesondere ältere Frauen weisen mangelnde Deutschkenntnisse auf (vgl. Brandenburg 1994: 425). Weiters verhinderten die entstandenen ethnischen Kolonien mit der typisch türkischen Infrastruktur, die deutsche Sprache häufig zu gebrauchen (vgl. Seeberger & Braun 2003: 253). Im Alter kann es passieren, dass viele MigrantInnen ihre geringen Fremdsprachenkenntnisse weiter verlieren. Dies ist auf die verstärkte Orientierung auf das ethnische Netzwerk hin zurückzuführen, welches, wie erwähnt, kaum den aktiven Gebrauch der deutschen Sprache fordert (vgl. Geiger 1998: 172). Zu berücksichtigen ist außerdem ein möglicher Analphabetismus, der auf eine geringe Schulbildung zurückzuführen ist. Besonders Frauen sind davon betroffen und haben heute noch Probleme mit der deutschen Sprache (vgl. Seeberger & Braun 2003: 242). Hinzu kommt, dass beim Auftreten von dementiellen Erkrankungen die Fremdsprache komplett verloren gehen kann.

Die Ergebnisse der ISS-Studie (2005) verdeutlichen die Problematik bezüglich der Sprachkenntnisse und den hohen Bedarf an muttersprachlicher Information: Insbesondere türkischstämmige SeniorInnen schätzen ihre Deutschkenntnisse als deutlich defizient ein. So geben rund 85% an, die deutsche Sprache schlecht zu beherrschen. Die sich daraus ergebenden Kommunikationsbarrieren führen dazu, dass sich ältere SeniorInnen oft nicht verstanden und ungerecht behandelt fühlen (vgl. FH-Studiengang 2005: 15). Folglich wünschen sich zwei Drittel türkischstämmiger SeniorInnen muttersprachliche Beratung/Betreuung und/oder Pflege. Weiters ist die Bevölkerungsgruppe an einer Erstellung von muttersprachlichem Informationsmaterial, der Errichtung einer muttersprachlichen Beratungsstelle

und der Öffnung altersspezifischer Einrichtungen (geriatisches Tageszentrum, Pensionistenwohnhaus) durchaus interessiert (vgl. Reinprecht: 2005: 72).

Obwohl eine mangelnde sprachliche Verständigung eine wesentliche Zugangsbarriere darstellt, findet sich im Bereich der Pflege- und verwandter Berufe, in den Bereichen der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege und der medizinischen Fachberufe (ambulant und stationär) in Wien laut ISS-Studie – basierend auf einer Erhebung von Statistik Austria – eine überwiegend deutschsprachige Personalstruktur. 83% des Pflegepersonals insgesamt, 89% der DGKP, und 95% der in medizinischen Fachberufen Tätigen sind in Österreich geboren. Im Bereich der Pflege sind nur 2% der Beschäftigten in der Türkei geboren (vgl. Kienzl-Plochberger 2005: 7).

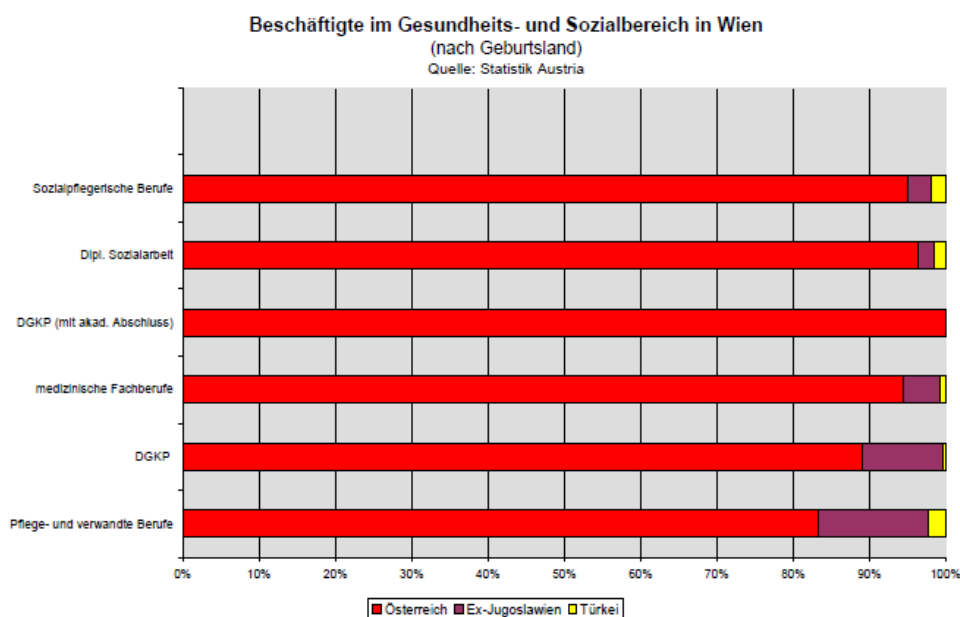


Abb.9: Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialbereich in Wien
Quelle: ISS Studie 2004: 7

Im Wiener Krankenanstaltenverbund und in den Geriatriezentren des KAV sind 92,5% der MitarbeiterInnen österreichische Staatsbürger. Der Rest stammt zu 2,7% aus den EU-Staaten und zu 4,7% aus Nicht-EU-Staaten. Die Beschäftigten aus den Nicht-EU Staaten sind zu 3,4% (= 954 Personen) ex-jugoslawischer Herkunft, und 23 Personen sind türkische Staatsangehörige. Diese arbeiteten vor allem in den Bereichen Betriebspersonal (11 Personen)

und als Krankenpflege-Fachdienstpersonal (9 Personen). In diesen Berechnungen gilt allerdings zu beachten, dass Beschäftigte des KAV mit österreichischer Staatsbürgerschaft mit Migrationshintergrund nicht berücksichtigt werden konnten (vgl. Kienzl-Plochberger 2004: 8).

Weiters demonstriert eine schriftliche Erhebung der Mitgliederorganisationen des Dachverbandes Wiener Pflege- und Sozialdienste, Bereich Wohn und Pflegeeinrichtungen (ohne KAV), dass rund 30% der MitarbeiterInnen keine österreichischen StaatsbürgerInnen sind. Das Personal ist überwiegend als DGKP, als PflegehelferInnen, als Heimhilfe oder in der Reinigung beschäftigt. Bei dieser schriftlichen Befragung betrug der Rücklauf 44%. Leider konnte auch in dieser Erhebung von vielen Organisationen die Frage nach dem Migrationshintergrund nicht beantwortet werden (vgl. Kienzl-Plochberger 2004: 9).

Zusammenfassend lassen die Erhebungen der ISS-Studie erkennen, dass es im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in den pflegeverwandten Berufen muttersprachliches Personal gibt, es aber an türkischstämmigen Personen mangelt: *„Dabei könnten gerade hier die Kompetenzen von MitarbeiterInnen und ExpertInnen mit Migrationshintergrund genutzt werden, um die Hilfs- und Dienstleistungen den Bedürfnissen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen anzupassen.“* (Kienzl- Plochberger 2005: 6). Zu berücksichtigen ist, dass in den Erhebungen des KAV und des Dachverbandes Wiener Pflege- und Sozialdienste, Bereich Wohn- und Pflegeeinrichtungen, eingebürgerte MigrantInnen nicht mit einberechnet werden konnten.

4.2.2 Informationsmangel

Informationsdefizite verhindern nicht nur einen Kontakt mit der entsprechenden Versorgungsinstitution, sondern bestehende Informationslücken werden durch Sprachbarrieren zusätzlich verschärft. Um aber die Dienste der Altenhilfe zu nützen, ist ein hohes Ausmaß an Information, ein Einblick in das Sozialsystem und Kompetenz im Umgang mit Behörden notwendig. Aufgrund der schon

genannten Verständigungsschwierigkeiten und auch der geringen Schulausbildung, kann von einem Vorhandensein dieser Kompetenz nicht ausgegangen werden (vgl. Brandenburg 1994: 424- 425).

Hinzu kommt, dass den zugewanderten SeniorInnen das differenzierte System zwischen den Polen Familie und den stationären Einrichtungen im Aufnahmeland weitgehend unbekannt ist (vgl. Richter 2001: 2883). Folglich erscheint den zugewanderten MigrantInnen die Rolle der Pflege, insbesondere der Altenpflege neu, da in den Herkunftsländern dem Pflegepersonal grundsätzlich andere Aufgaben zugeschrieben werden und Pflegebedürftige hauptsächlich von der Großfamilie betreut werden, da es als eine Pflichtverletzung angesehen wird, wenn sich Familien nicht um ihre pflegebedürftigen Angehörigen kümmern. Infolgedessen existieren in der Türkei kaum Altenpflegeeinrichtungen, wie sie in Westeuropa zu finden sind (vgl. Glodny 2008: 5).

Einerseits wird die geringe Inanspruchnahme der Einrichtungen durch die fehlenden migrationsspezifischen Angebote begründet. Andererseits zeigt sich hier die weitere Problematik des Informationsmangels unter der migrantischen Bevölkerung. Bei der Befragung geben vier von fünf MigrantInnen an (in dieser Untersuchung sind MigrantInnen aus Ex-Jugoslawien mit einbezogen), nicht ausreichend über die Einrichtungen der Stadt Wien informiert zu sein (vgl. Reinprecht 2005: 71). Einerseits kannten rund 65% der türkischstämmigen und ex-jugoslawischen Personen die Einrichtungen eines Pflegeheims und die eines Pensionistenwohnhauses, jedoch weist die Gruppe der türkischen SeniorInnen besonders große Informationsdefizite unter den älteren MigrantInnen auf (vgl. Reinprecht:1999: 79f).

Zusätzlich besteht angesichts des differenzierten und für manchen nicht auf Anhieb überschaubaren Leistungsangebots der Altenpflegeeinrichtungen ein erhöhter Bedarf an muttersprachlicher und zielgruppenorientierter Information und muttersprachlichen Kontaktpersonen (vgl. Reinprecht 2006: 205). Darüber hinaus brauchen Zielgruppen wie z.B. sozial benachteiligte einheimische

InländerInnen oder ausländische MigrantInnen eine zugehende Altenhilfe, um Hindernisse zu überwinden. Einrichtungen der Altenhilfe sind primär darauf ausgerichtet, dass der Nutzer bzw. seine Angehörigen aktiv um Unterstützung ansuchen (vgl. Brandenburg 1994: 425).

Eine grundsätzliche Problematik scheint in Wien jene der Öffentlichkeitsarbeit zu sein: Durch die für die Zukunft prognostizierte Überlastung der Einrichtungen besteht nur geringes Interesse seitens der Trägerorganisationen, eine neue Zielgruppe zu gewinnen. Schon jetzt bestehen Schwierigkeiten, die wachsende Klientel angemessen zu betreuen. Hinzu kommt, dass sich die Stadt Wien zwischen die Trägerorganisationen und die KlientInnen einschaltet, was zur Konsequenz hat, dass das Ansprechen neuer Zielgruppen keinen Wettbewerbsvorteil mit sich bringt und keine direkte Informationsarbeit geleistet werden kann. Somit ist aus Sicht der Trägerorganisationen die Öffentlichkeitsarbeit eine Aufgabe der Stadt Wien und soll von dieser ausgehen. Die noch ungelöste Zuständigkeit für muttersprachliche Öffentlichkeitsarbeit scheint die Trägerorganisationen in der Erreichung der neuen Zielgruppe zu behindern (vgl. Kremla 2004: 7).

4.2.3 Rechtsansprüche und Finanzierbarkeit der Pflegeleistung

Die Mehrheit der MigrantInnen verfügen über negative Erfahrungen mit der institutionellen Umwelt der Aufnahmegesellschaft. Hinzu kommt die notwendige Voraussetzung eines rechtlich gesicherten Aufenthaltsstatus, um mit Behörden in Kontakt zu treten. Viele MigrantInnen befürchten, meist unbegründet, ausländerrechtliche Folgen. Somit ergeben sich folgende Konsequenzen für diese Gruppe: Oft werden berechtigte Ansprüche, beispielsweise auf Wohngeld, aufgrund von Berührungsängsten mit Behörden nicht eingelöst und schränken im Alter die Inanspruchnahme von Altenhilfe ein (vgl. Brandenburg 1994: 425).

Der Zugang zu den Einrichtungen der Altenhilfe ist für Menschen ohne Staatsbürgerschaft aufgrund sozialrechtlicher Ausschließungsgründe erschwert bzw. vom Ermessen der jeweils zuständigen Behörde abhängig. Nicht eingebürgerte MigrantInnen haben keinen Rechtsanspruch auf Leistungen der

Sozialhilfe. Darunter fallen somit die „Sozialen Dienste“ und auch Pflegeleistungen (vgl. Reinprecht 1999: 77). Nach dem Wiener Sozialhilfegesetz werden für Drittstaatsangehörige soziale Dienste nur in Einzelfällen zuerkannt (vgl. Kienzl- Plochberger 2005: 48f).

Grundsätzlich ist der Zugang zu Wiener Pflegeeinrichtungen (Geriatriezentrums, Wohnhäuser des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser) für alle Menschen gewährleistet. Zwar ist die österreichische Staatsbürgerschaft Voraussetzung, jedoch sind EU- bzw. EWR-Staatsangehörige den österreichischen Staatsbürgern gleichgestellt. Drittstaatsangehörige müssen über eine Daueraufenthaltbewilligung verfügen, um in ein Geriatriezentrums der Stadt Wien aufgenommen zu werden.

Auszug aus dem Wiener Sozialhilfegesetz:

Personenkreis

- § 7a.** (1) Leistungen nach diesem Gesetz stehen grundsätzlich nur Staatsbürgern zu.
(2) Den Staatsbürgern sind folgende Personen gleichgestellt, wenn sie sich erlaubterweise im Inland aufhalten:
a) Fremde, insoweit sich eine Gleichstellung aus Staatsverträgen ergibt, oder
b) Fremde, wenn mit ihrem Heimatstaat auf Grund tatsächlicher Übung Gegenseitigkeit besteht, insoweit sie dadurch nicht besser gestellt sind als Staatsbürger in dem betreffenden Staat, oder
c) Fremde, denen nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Gewährung von Asyl, BGBl. I Nr. 76/1997, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 105/2003, Asyl gewährt wurde, nach Ablauf von vier Monaten ab Asylgewährung, oder
d) durch das Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum Begünstigte.
(3) Fremden, die nicht nach Abs. 2 den Staatsbürgern gleichgestellt sind und sich für einen Zeitraum von mehr als drei Monaten erlaubterweise in Österreich aufhalten, kann der Sozialhilfeträger nach § 34 Abs. 1 als Träger von Privatrechten Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes, Pflege, Krankenhilfe, Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen und soziale Dienste gewähren, wenn das auf Grund ihrer persönlichen, familiären oder wirtschaftlichen Verhältnisse zur Vermeidung einer sozialen Härte geboten erscheint und der Bedarf nicht durch Leistungen nach dem Wiener Grundversorgungsgesetz gedeckt werden kann. (Quelle: WSHG Gesetz über die Regelung der Sozialhilfe)
(4) Fremde, die nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Gewährung von Asyl einen Asylantrag gestellt haben, haben bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens keinen Anspruch auf Sozialhilfe.

Vgl. ([http://ris.bka.gv.at/Dokument.wx?Abfrage=LrW&Dokumentnummer=LRWI_S060_000&ResultFunctionToken=6a92b4a8-4ade-4706-8806-348e41792797&Titel=&Typ=&Index=&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=50&Suchworte=sozialhilfegesetz+pflegegeld; \[Stand:30.5.2010\]](http://ris.bka.gv.at/Dokument.wx?Abfrage=LrW&Dokumentnummer=LRWI_S060_000&ResultFunctionToken=6a92b4a8-4ade-4706-8806-348e41792797&Titel=&Typ=&Index=&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=50&Suchworte=sozialhilfegesetz+pflegegeld; [Stand:30.5.2010]))

Als Ausnahme im österreichischen Altenhilfesystem gilt das Bundesland Salzburg: Pflegeeinrichtungen der Stadt nehmen *Drittstaatsangehörige* nur noch in „Härtefällen“ auf. Grundsätzlich wird dieser Bevölkerungsgruppe ein Heimplatz verwehrt, egal wie lange AusländerInnen schon legal in Österreich leben. Dieser Entschluss entstand unter anderem aus den schon erwähnten „Gegenargumenten“, welche auf eine fehlende Nachfrage verweisen, die traditionelle Familienpflege als weiterhin funktionierend einschätzt und der Glaube, dass diese Bevölkerungsgruppe in ihre Herkunftsländer zurückkehren wird (vgl. Stadt Salzburg sperrt Altenheime für Ausländer, in: Standard vom 19.10.2009).

Ein weiteres Kriterium für eine Aufnahme in ein Pflegeheim ist der Bezug des Pflegegeldes. Insbesondere dieses finanzielle Hilfsmittel ist notwendig, um einen Heimplatz finanzieren zu können. Das Pflegegeld kann auch von Nicht-ÖsterreicherInnen beantragt werden (Antrag auf soziale Härte), trotzdem besitzen sie keinen Rechtsanspruch darauf. Zu beachten ist beim Pflegegeld, dass es hier keine Aufenthaltsdauervoraussetzung gibt (vgl. Kienzl-Plochberger 2005: 48f).

Auszug aus dem Wiener Pflegegeldgesetz:

Personenkreis

§ 3 (3) *Den österreichischen Staatsbürgern sind gleichgestellt:*

1. *Fremde, insoweit sich eine Gleichstellung aus Staatsverträgen ergibt, oder*
 2. *Fremde, wenn mit ihrem Heimatstaat auf Grund tatsächlicher Übung Gegenseitigkeit besteht, insoweit sie dadurch nicht besser gestellt sind als Staatsbürger in dem betreffenden Staat, oder*
 3. *Fremde, denen gemäß § 7 des Bundesgesetzes über die Gewährung von Asyl, BGBl. I Nr. 76/1997, Asyl gewährt wurde, oder*
 4. *Fremde, die durch das Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum begünstigt sind.*
- (4) Die Voraussetzung des Abs. 1 Z 1 kann nachgesehen werden, wenn das auf Grund der persönlichen, familiären oder wirtschaftlichen Verhältnisse des Fremden zur Vermeidung einer sozialen Härte geboten erscheint. Entscheidungen über das Nachsehen von dieser Voraussetzung sind keine Sozialrechtssachen nach § 65 des Arbeits- und Sozialgerichtsgesetzes (ASGG), BGBl. Nr. 104/1985.*
(vgl. <http://www.wien.gv.at>[Stand: 22.5.2010])

Fremde, die österreichischen Staatsbürgern nicht gleichgestellt sind, müssen folgende Unterlagen vorweisen, um das Pflegegeld beantragen zu können:

- Fragebogen für Nicht-EWR-BürgerInnen

- Reisepass mit gültigem Visum aller im selben Haushalt lebenden Personen
- Einkommensnachweise aller im selben Haushalt lebenden Personen
- Nachweis über die Höhe der Mietzahlung
- Nachweis über die Höhe der Strom- und Gasrechnung
- Bei Kreditverpflichtung einen Nachweis über die Höhe der Kreditrate
(vgl. <http://www.wien.gv.at> [Stand: 22.5.2010])

Da MigrantInnen zu den armutsgefährdeten Schichten in Österreich zählen, ist anzunehmen, dass die Finanzierbarkeit von Pflegeleistungen ein zusätzlicher Hinderungsgrund für die Inanspruchnahme darstellt. Die Verfügbarkeit von materiellen Ressourcen ist bei der Nutzung der Altenhilfe notwendig, um einen Pflegeheimplatz oder allgemein die Dienste der Altenhilfe finanzieren zu können. MigrantInnen, welche als „GastarbeiterInnen“ mit oft niedriger Bildung immigrierten, arbeiteten meistens in schlecht bezahlten Berufen. Ihre Einkommens- und Wohnverhältnisse zeigen deutlich die geringen materiellen Ressourcen älterer MigrantInnen (siehe dazu Kap. 3.3).

Zusätzlich kommt ein ausgeprägtes Sparverhalten bei älteren MigrantInnen hinzu. Viele versuchten so, während ihres Aufenthalts im Aufnahmeland Familienangehörige in den Herkunftsländern finanziell zu unterstützen (vgl. Brandenburg 1994: 425).

Der Ergebnisbericht der interkulturellen Altenpflege in Wien bestätigt, dass das Interesse an Angeboten der Altenhilfe durch die Einschätzung beeinflusst wird, ob diese überhaupt als leistbar beurteilt werden. InterviewpartnerInnen, die Pflegeangebote als nicht finanzierbar einstufen, besitzen zugleich nur geringes Interesse, diese in Anspruch zu nehmen. Somit versuchen EinwanderInnen erforderliche Pflegeleistungen durch familiäre Pflege abzudecken, auch wenn sie Pflegegelder beziehen, um das finanzielle Hilfsmittel des Pflegegeldes andersweitig verwenden zu können (vgl. Kremla 2004: 7).

Entsprechend den Ergebnissen bezüglich der Rechtsansprüche und Finanzierbarkeit von Pflegeleistungen, ist die österreichische

Staatsbürgerschaft mit komplizierten Behördengängen, finanziellen Ausgaben und ungewissem Ausgang verbunden, was viele türkischstämmige SeniorInnen vor weitere Schwierigkeiten stellt. Viele der nun hier alt gewordenen EinwanderInnen konnten sich die Staatsbürgerschaft schlicht nicht leisten und sind folglich nicht zu österreichischen Staatsbürgern geworden (vgl. Kremla 2004: 10).

Folglich scheinen die Problematiken der Rechtsansprüche und der Finanzierbarkeit von Pflegeleistungen für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund eine wesentliche Hürde zu sein. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass aufgrund von Sprachbarrieren, Informationsdefiziten und des allgemein undurchsichtigen Behördensystems diese Problematik verschärft wird.

4.2.4 Mangelnde Berücksichtigung kultureller Konzepte in der Pflege

Die westeuropäische Gesundheitsversorgung ist von einer naturwissenschaftlich fundierten Medizin geprägt. Zu berücksichtigen ist aber, dass Gesundheitsvorstellungen untrennbar mit der Kultur verbunden sind. So werden sowohl die Interpretation und die Präsentation von Symptomen als auch die Akzeptanz von Behandlung und Therapie kulturell beeinflusst (vgl. Razum et al. 2004: 2442).

Grundsätzlich sind Angebotsstrukturen der Altenpflege auf die Gewohnheiten und Lebenspraktiken der Mehrheitsbevölkerung ausgerichtet. Infolgedessen wird die Verschiedenartigkeit der soziokulturellen Einstellungs- und Verhaltensmuster von älteren Menschen mit Migrationshintergrund noch immer vernachlässigt, und kulturelle oder religiöse Konzepte in der ambulanten und stationären Altenhilfe kaum berücksichtigt. Eine weitere mögliche Problematik ist die mangelhafte Qualifizierung bzw. Vorbereitung des Fachpersonals für die Begegnung mit MigrantInnen. Es ist fraglich, ob Pflegepersonen im Rahmen ihrer Ausbildung ausreichende Qualifikationen erlangen, um auf Bedürfnisse von Klientel mit Migrationshintergrund eingehen zu können. MigrantInnen konnten im Laufe ihrer Migration vielfältige Erfahrungen im Umgang mit der Mehrheitsgesellschaft sammeln und bringen damit ihrerseits eine gewisse

interkulturelle Kompetenz mit, gleichwohl stellen ältere MigrantInnen eine besondere Herausforderung für das Pflegepersonal dar. Die Berücksichtigung ihrer spezifischen Bedürfnisse ist im Pflegeverständnis und der Pflegeplanung bisher kaum realisiert (vgl. Brandenburg 1994: 425).

Aufgrund der überwiegenden Zugehörigkeit türkischstämmiger MigrantInnen zur islamischen Konfessionsgruppe, erfordert die Pflege dieser Bevölkerungsgruppe besondere Kultursensibilität. Darüber hinaus stellt sich für das Pflegepersonal das Problem, individuelle Bedürfnisse zu erfassen, da insbesondere die erste Generation der ArbeitsmigrantInnen geringe Deutschkenntnisse aufweist (vgl. Lüneburg 2006: 231-234). Ilkilic thematisiert in seiner Handreichung: „Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten“, den für viele unvermeidbaren Aufenthalt in einem Pflegeheim. Hier sollten stationäre Einrichtungen zukünftig Maßnahmen in der Organisation und Raumgestaltung vornehmen, die der kulturellen Sensibilität muslimischer PatientInnen angemessen begegnen (vgl. Ilkilic 2006: 47).

Folgende Kulturbezogene Pflegegrundlagen für muslimische BewohnerInnen sollen laut Literaturrecherche (vgl. Biemel 2004: 15) in der Altenpflege berücksichtigt werden:

- Die Möglichkeit einer *freien Religionsausübung* soll bedacht werden, d.h. es muss die Möglichkeit bestehen, den Koran zu lesen und ein Gebetsraum, ohne kreuzähnliche Zeichen, zur Verfügung stehen.
- Der Pflegealltag kann durch Gebets-, Fest- und Fastenzeiten zeitlich strukturiert werden.
- Es existieren *kulturell geprägte Ernährungsvorschriften*, wie der Verzicht auf Produkte von Schwein und Alkohol. Strenggläubige Muslime/Muslimas nehmen nur geschächtetes Fleisch zu sich. Darüber hinaus beeinflusst der jährliche Fastenmonat Ramadan die Nahrungsaufnahme.
- *Kulturell geprägte Geschlechterkonzepte* können die Akzeptanz von Leistungen im Pflegebereich beeinflussen. Es ist wichtig, dass Frauen von Pflegerinnen und männliche Bewohner von Pflegern versorgt

werden. Dieses Konzept geht mit einem Körper- und Schamkonzept einher, bei dem die Wahrung der Intimsphäre eine große Rolle spielt. Somit löst eine gleichgeschlechtliche Pflege diese Herausforderung.

- *Rituelle Waschungen* unter fließendem Wasser sind für streng gläubige Menschen notwendig, um mögliche Unreinheiten die durch Erbrechen, Blutungen, Stuhlgang etc. entstehen, zu verhindern. Somit sind Duschen die bevorzugte Körperpflegeart, da es unter fließendem Wasser stattfindet. In der Türkei existiert für pflegebedürftige Personen die Pflegetechnik der Bettdusche. Saugfähige Unterlagen ermöglicht dem Gläubigen eine Ganzkörperwaschung: Diese(r) wird am ganzen Körper mit Wasser übergossen. Bei Pflegebedürftigkeit ist viel Besuch von großer Bedeutung. Angehörige tragen zum Wohl der pflegebedürftigen Person bei.
- In Altenpflegeeinrichtungen ist die Phase der Sterbebegleitung und des Todes eine unausweichliche Thematik. Unter Umständen sind Personen anderen religiösen Bekenntnisses bei der rituellen Totenversorgung nicht erwünscht. Eine *rituelle Totenversorgung* wird von den Angehörigen organisiert. Bei der Totenversorgung ist eine rituelle Waschung vorgeschrieben.

Es ist zu berücksichtigen, dass hinsichtlich ihrer Ausgestaltung große individuelle Unterschiede existieren (vgl. Wunn 2006: 91).

Wie vorab erwähnt, ist bei der kultursensiblen Gestaltung von Altenpflegeangeboten durch die Zwischenschaltung der Gemeinde die Stadt Wien konkreter Ansprechpartner. Somit liegt die Motivation, eine neue Zielgruppe anzusprechen, in Händen der Politik. Hinzufügen ist, dass der Ansatz einer individuellen Pflege, die sich um die Berücksichtigung kulturspezifischer Bedürfnisse bemüht, immer der Gefahr ausgesetzt ist, die unterschiedliche Herkunft und Kultur der MigrantInnen zu nivellieren, dabei sowohl in der Wahrnehmung als auch in der Art ihrer Betreuung (vgl. Kremla 2004: 9).

Zusammenfassend können die vorhandenen Zugangsbarrieren als Indikator für strukturelle Diskriminierung und institutionelle Schließungsprozesse gewertet

werden (vgl. Reinprecht 2006: 203). Der schrittweise Abbau der Zugangsbarrieren fördert nicht nur die Nutzung vorhandener Angebote und Einrichtungen, sondern bildet auch die Voraussetzung für eine nachholende interkulturelle Öffnung der Altenhilfe (vgl. Geiger 1998: 174).

5. Empfehlungen zur Überwindung der Barrieren in der Altenpflege

Vor dem Hintergrund dieser Tatsachen, der demografischen und soziokulturellen Veränderungen und der existierenden Zugangsbarrieren wurden Empfehlungen entwickelt, um MitarbeiterInnen und Organisationen für dieses Thema zu sensibilisieren und für Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund zu öffnen. Im Kapitel 2.2 wurden schon die unterschiedlichen Konzepte im Bereich der Pflege thematisiert. Dieses Kapitel stützt sich begrifflich auf die Konzepte der Transkulturellen Kompetenz und der Interkulturellen Öffnung. Zwar handelt es sich um zwei unterschiedliche Termini, jedoch führt deren idente Zielsetzung, nämlich sich für die Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund zu öffnen, diese „Differenz“ wieder zusammen. Der Entschluss, die transkulturelle Kompetenz auszuwählen, liegt in den gängigen Lehrbüchern von Dagmar Domenig im Bereich der Pflege begründet, da diese auf eine ganzheitliche PatientInnenorientierung ausgerichtet sind. Beide Empfehlungen stehen im engen Zusammenhang miteinander und können als zwei sich ergänzende Prozesse gesehen werden: Die Qualifizierung von MitarbeiterInnen im Bereich der transkulturellen Pflege ist notwendig, um den Prozess der interkulturellen Öffnung zu ermöglichen. Die transkulturelle Kompetenz der MitarbeiterInnen wird ihrerseits erhöht, wenn sich die gesamte Institution entschließt, dieses Ziel zu erreichen. Weiters entwickelte sich in den letzten Jahren das Konzept von Diversity im Gesundheitswesen. Da die Stadt Wien im Rahmen ihres Integrations- und Diversitätskonzeptes ebenso diesen Ansatz in der Pflege verfolgt, beleuchtet dieses Kapitel abschließend diese Strategie, Organisationen allen benachteiligten Bevölkerungsgruppen zugänglich zu machen.

5.1 Das Konzept der transkulturellen Pflege

Die Pflegewissenschaft stellt anhand von verschiedenen Modellen Erklärungsansätze zur Verfügung, welche die Komplexität und Vielfalt des pflegerischen Handelns theoretisch beschreibt und gleichzeitig versucht, praxisorientierte Handlungsempfehlungen zur Verfügung zu stellen. Ein Pflegemodell stellt ein Fundament für die Umsetzung professioneller Pflege dar. Das Konzept der transkulturellen Pflege ist ein geeignetes Pflegemodell, da es mit seiner ganzheitlichen Orientierung auf die Bedürfnisse der PatientInnen adäquat eingehen kann (vgl. Hermann & Kätker 2007: 226). Ursprünglich wurde das Konzept der transkulturellen Pflege in den 1950er Jahren von Madeleine Leininger als neues Gebiet in die Pflegewissenschaften eingeführt. Diese Theorie stützt sich auf den klassischen Kulturbegriff der Ethnologie, welcher Kulturen als eine statische Größe definiert, die zugleich als stark homogenisiert wahrgenommen werden. Das heißt, Personen, die aus einer Kultur stammen, werden gleiche oder sehr ähnliche Wertvorstellungen zugeschrieben. Dieser Kulturbegriff hat heute seine Gültigkeit verloren, da neue Erkenntnisse die Bedeutung eines dynamischen Kulturbegriffs hervorheben (siehe dazu Kap. 2.2). Somit führen Leiningers Theorien zu einer Kulturalisierung von sozialpolitischen und migrationsspezifischen Faktoren, da ihre Perspektive ausschließlich „Kulturspezifisches“ wahrnimmt (vgl. Domenig 2007: 168-170). Die Kritik des Anwendens eines veralteten Kulturbegriffs in der Pflege, demzufolge Menschen nichtösterreichischer Herkunft bestimmte Bedürfnisse und Verhaltensweisen unterstellt werden, ist unangebracht. Trotzdem müssen sich Einrichtungen der Altenpflege, wenn diese die große Gruppe der älteren MigrantInnen als Kunden gewinnen und ihnen eine menschenwürdige Versorgung anbieten wollen, auf deren besondere soziale und biografische Situation einstellen und als Alternative zur Anwendung des Kulturbegriffs „Transkulturelle Kompetenz“ gelangen. Wichtig dabei ist, die eigene soziokulturelle Prägung zu hinterfragen und sich unvoreingenommen auf die Bedürfnisse der KlientInnen einzulassen (vgl. Skodda 2001: 21).

Kulturen wirken zwar auf Individuen, jedoch ist diese Prägung nicht eindimensional: So beeinflussen soziokulturelle Faktoren im Herkunftsland die Migrationsbiografie, Erfahrungen im Aufnahmeland und weitere Faktoren wie

Alter Geschlecht, Bildung etc. einen Menschen und deren persönlichen Einstellungen. Das Konzept der Transkulturalität beachtet diese vielfältigen Ausprägungen im Persönlichkeitsprofil jedes Einzelnen und wirkt somit stereotypisierenden Zuschreibungen entgegen. Gesucht wird die individuelle Annäherung an einen Menschen (vgl. Bachl 2002: 10-12).

Transkulturelle kompetente Personen besitzen:

„die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten [...] reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen und Vorurteile, haben die Fähigkeit, die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten und vermeiden Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von bestimmten Zielgruppen.“ (Domenig 2007: 174)

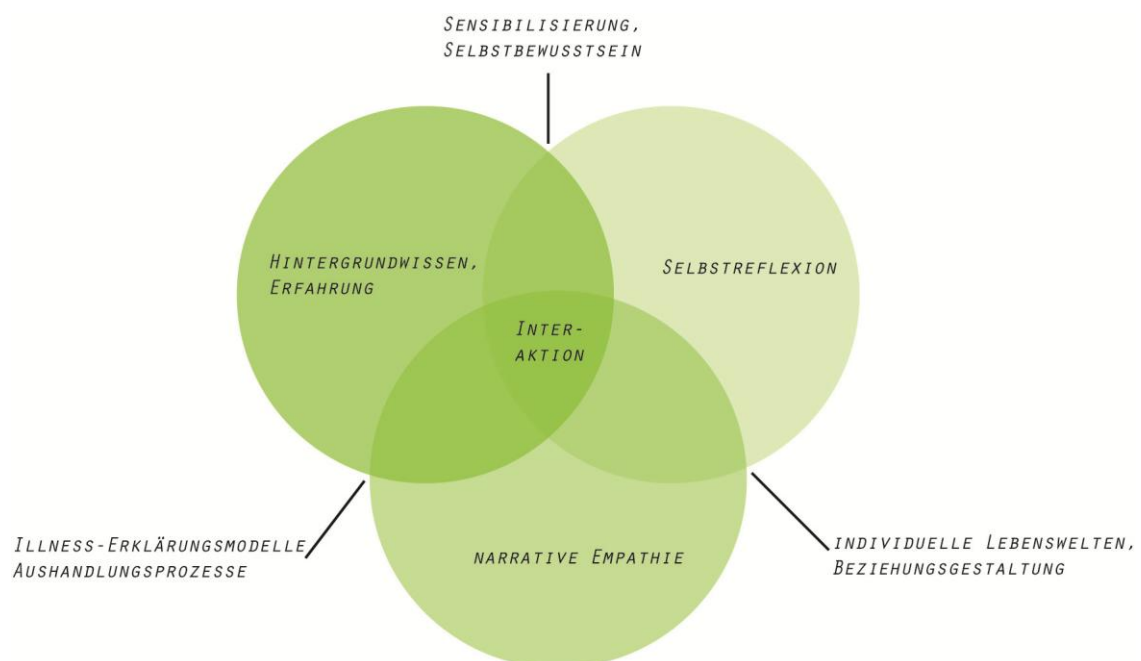


Abb.10: Transkulturelle Kompetenz

Quelle: vgl. Domenig 2007: 75

Da im transkulturellen Konzept nicht Kulturen im Mittelpunkt stehen, bildet die transkulturell kompetente Interaktionsfähigkeit im Migrationskontext das Zentrum für die transkulturelle Kompetenz. Die Interaktionsfähigkeit basiert auf drei Säulen: Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrung und zuletzt narrative Empathie.

- Selbstreflexivität

Da jede Person in eine spezifische Lebenswelt geboren wird, ist es Aufgabe der Transkulturellen Kompetenz, die eigene Lebenswelt zu hinterfragen, indem Unbewusstes und Selbstverständliches bewusst gemacht wird. Gleichzeitig ist es notwendig, sich die Lebenswelten von Menschen mit Migrationshintergrund bewusst zu machen und möglichst wertneutral zu erfassen. Die Fähigkeit der Selbstreflexion von MitarbeiterInnen erfordert eine grundsätzliche Offenheit und die Bereitschaft, sich mit dieser komplexen Thematik auseinanderzusetzen und regt somit an, vertraute Pflegekonzepte, das eigene Handeln im Berufsalltag u.ä. in Frage zu stellen. (vgl. Domenig 2007: 175f).

- Hintergrundwissen und transkulturelle Erfahrungen

Hintergrundwissen über die Bevölkerung mit Migrationshintergrund beinhaltet Kenntnis über die Lebensbedingungen, strukturelle Begrenzungen und Benachteiligungen von MigrantInnen. In diesem Zusammenhang ist das Wissen von soziogeprägten Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit, migrationsspezifische Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung notwendig, um Lebenswelten dieser Bevölkerungsgruppe besser verstehen zu können. Neben der Aneignung vom theoretischen Hintergrundwissen ist auf praktischer Ebene wichtig, konkrete Erfahrungen im Umgang mit MigrantInnen zu erhalten. Um transkulturell erfahrener zu werden, ist es von großen Nutzen, Menschen mit Migrationshintergrund in die Behandlung dieser Thematik mit einzubeziehen (vgl. Domenig 2007: 176f).

- Narrative Empathie

In der Zusammenarbeit mit MigrantInnen ist Empathie von besonderer Bedeutung. Die Fähigkeit, sich kognitiv und emotional in die Lage des Anderen hineinzuversetzen und mit ihm mitzufühlen, bedeutet auch, neugierig und aufgeschlossen gegenüber „Fremden“ zu sein. Narrative Empathie meint, mittels narrativer Techniken (Selbstpräsentation, Zustimmungsbekundungen, passende Fragen) die „Wahrheit“ des Pflegebedürftigen herauszufinden. Folglich fördert die narrative Empathie den freien Weg für Behandlung und

Pflege, da die Perspektive und subjektive Interpretation des Befragten unerlässlich für die Krankheitsbewältigung sind (vgl. Domenig 2007: 178f).

Implementierung in Aus- und Weiterbildung

Die Vermittlung des Konzeptes von Dagmar Domenig in Aus- und Weiterbildungseinrichtungen für Pflege- und Betreuungsberufe ist zu empfehlen, da es der Pflegerealität am nächsten kommt und den MitarbeiterInnen ein flexibles, individuell angepasstes Handeln ermöglicht und lebenslanges Lernen fördert. Bislang hat sich dieser Ansatz im deutschsprachigen Raum noch nicht weiträumig durchgesetzt. Folglich liegen noch keine Erfahrungswerte bezüglich seiner Umsetzbarkeit und Effektivität vor. Gleichwohl ist anzunehmen, dass dieses Paradigma eine den Bedürfnissen von Personen mit Migrationshintergrund angepasste Pflege unterstützt (vgl. Buschner et al. 2004: 5). Es ist sinnvoll, diese Thematik in das Curriculum für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Pflegehilfe fächerübergreifend in den Unterricht zu integrieren. Auf diese Weise wird die Thematik kultursensibler Pflege nicht als Zusatzthema und die Bevölkerung mit Migrationshintergrund nicht als „Sondergruppe“ empfunden. Obwohl das Wissen mit einer enormen Erweiterung des Kenntnishorizontes einhergeht, muss man ebenso bereit sein, das Fremde auch fremd sein zu lassen und sich einzugestehen, dass man nicht alles verstehen muss. Schließlich soll erreicht werden, dass eine Pflegeperson die Kompetenz besitzt, die Betreuungssituation so zu gestalten, dass sich alle agierenden Personen (Pflegeperson sowie KlientIn) wohlfühlen (vgl. Pfabigan 2007: 16).

5.2 Interkulturelle Öffnung von Pflegeorganisationen

Im Hinblick auf die durchgeführte interkulturelle Öffnung im multikulturellen Seniorenheim in Deutschland wird dieser Prozess in einer Organisation näher beschrieben:

„Darüberhinaus zeigen Erfahrungen aus dem europäischen Ausland, dass eine Verbesserung der Zugangsbedingungen mit einer interkulturellen

Öffnung dieser Angebote und Einrichtungen verbunden werden muss: deren Akzeptanz erweist sich bei der Zielgruppe nämlich häufig auch von kulturellen Einstellungen, Traditionen und Lebensgewohnheiten abhängig.“ (Reinprecht 1999: 78)

Die interkulturelle Öffnung ist ein Prozess, der in bestehenden Regeleinrichtungen durchgeführt wird. Dieser verfolgt die Aufgabe, die Chance für Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund zu erhöhen, einen Anschluss an die für die Mehrheitsgesellschaft entwickelten Strukturen zu finden. Die interkulturelle Öffnung basiert auf dem Ansatz, dass spezielle Angebote nur dann sinnvoll sind, wenn sie in das bestehende System der Pflegeeinrichtungen integriert werden. Angebote, die sich außerhalb dieses Angebots entwickeln, bergen das Risiko einer Qualitätsminderung und einen „Wildwuchs“ von Organisationen und Einrichtungen (vgl. Goris 2009: 140).

Im Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“, bestehend aus verschiedenen Institutionen, Verbänden und Einzelpersonen, wurde eine gemeinsame Arbeitsgrundlage für den Prozess der interkulturelle Öffnung entwickelt. Das „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ wurde von den InitiatorInnen veröffentlicht, um den Prozess auf gesamtpolitischer Ebene langfristig zu sichern und zugleich andere Institutionen der Altenhilfe anzuregen, sich an diesen Prozess zu beteiligen. Die Öffnung einer Institution der Altenhilfe bedeutet eine grundsätzliche Offenheit für einen dauerhaften Prozess mit ständiger Veränderung und Weiterentwicklung. Das Konzept der interkulturellen Öffnung betrifft somit die gesamte Organisation, die mit einem kontinuierlichen Verbesserungsprozesses einhergeht (vgl. Ertl 2002: 8-19).

Interkulturelle Öffnung als struktureller Entwicklungsprozess

Der Prozess einer Öffnung beinhaltet immer eine Entwicklung

- auf gesellschaftlicher Ebene (allgemeine Aufforderung, Ausgrenzungen und Diskriminierungen abzubauen)
 - auf institutioneller Ebene (in diesem Fall von Institutionen der Altenpflege) und
 - auf individueller Ebene (persönliche Lernprozesse eines Menschen)
- (vgl. Ertl 2004: 43).

Der erste wichtige Schritt in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess in einer Organisation ist die Analyse des notwendigen Veränderungsbedarfs. In diesem Entwicklungsprozess ist es wichtig, MigrantInnen (Kunden, MitarbeiterInnen, MigrantInnenorganisationen) mit einzubeziehen. Da der Prozess die gesamte Institution betrifft, muss die Leitung, das Fachpersonal und die zukünftige Kundschaft eingebunden werden. Das Anbieten von Probewohnen für MigrantInnen in Pflegeeinrichtungen stellt einen Lernprozess am konkreten Beispiel dar. Durch den Kontakt mit den neuen Kunden werden wichtige Erfahrungswerte für die Einrichtung gesammelt und Defizite deutlich. Weiters kann für eine stationäre Einrichtung der Schwerpunkt auf der Überprüfung und Veränderung der Abläufe des Tages liegen (vgl. Ertl 2004: 45-46).

Die Rahmenbedingungen werden von Management verantwortet, d.h. klare Entscheidungen und eine kontinuierliche Steuerung werden von Führungskräften gefordert. Eine eigens geschaffene Projektorganisation, bestehend aus allen Betroffenen, bildet einen zentralen Stellenwert in diesem Konzept. Diese steuert, reflektiert und macht den Prozess der Organisation und der Öffentlichkeit transparent. Aus dieser Projektgruppe werden einzelne Arbeitsgruppen abgeleitet, die unterschiedliche Teile des Projektes bearbeiten. Um Konflikten vorzubeugen, ist es notwendig, Reflexionsstrukturen im Rahmen z.B. von Supervisionen einzurichten.

Eine kontinuierliche Evaluation des Prozesses ist unabdingbar, um den Erfolg der Maßnahmen und des Prozessen kontrollieren zu können (vgl. Ertl 2004: 47-48).

Der konkrete Entwicklungsprozess der Interkulturelle Öffnung gliedert sich in vier Phasen:

1. Vorbereitung und Einleitung
2. Formulieren und Verabschieden des Veränderungsvorhabens
3. Umsetzung und Implementierung
4. Evaluation und Weiterentwicklung

1. Vorbereitung und Einleitung

In der ersten Phase wird die Bedarfs- und Bestandanalyse des Standortes und der IST-Zustand der Einrichtung ermittelt. Die standortbezogene Analyse

umfasst die Erhebung statistischer Daten der MigrantInnenanteile, Bedarf und Bedürfnisse der Zielgruppe, Defizite der Versorgung und Bestand der Ressourcen und Potenziale (Angebote und Einrichtungen der ethnischen Infrastruktur z.B. Migrationsdienste). Der IST-Zustand der Einrichtung ist notwendig, um Veränderungsvorhaben definieren zu können. Die interne Analyse beinhaltet die Angebote und die Umsetzung dieser Angebote, sowie die Einbeziehung aller beteiligten Akteure in das Projekt (vgl. Ertl 2002: 49-50).

2. Formulieren und Verabschieden des Veränderungsvorhabens

Die Aufgabe dieser Phase besteht aus einer konkreten Zielformulierung der interkulturellen Öffnung. Mögliche Ziele beinhalten z.B. die Bereitstellung der Angebote, die Definition der Zielgruppe etc. Dabei müssen Kriterien erarbeitet werden, an denen die Zielerreichung gemessen und kontrolliert werden kann (vgl. Ertl 2002: 51).

3. Umsetzung und Implementierung

Die Basis für die dritte Phase setzt sich aus den Ergebnissen der standortbezogenen Analyse, der Organisationsanalyse und der Zielformulierung zusammen. Den nächsten Schritt bildet die Aufnahme der interkulturellen Öffnung in das Leitbild der Institution. Durch das transparente Bekenntnis der Einrichtung wird der Prozess bestärkt und bietet allen Akteuren eine klare Leitlinie. Weiters muss die Projektgruppe die in den vorangegangenen Phasen deutlich gewordenen Defizite durch entsprechende Maßnahmen ausgleichen.

Ein weiterer Schwerpunkt stellt die Umsetzung der interkulturellen Öffnung in das Personalkonzept dar. Das Anforderungsprofil an das Fachpersonal erweitert sich durch den neuen Prozess. Die interkulturelle Öffnung fordert eine interkulturelle Kompetenz der MitarbeiterInnen, die Mehrsprachigkeit im Team und Teamentwicklung. Ständige Weiterbildungen des Fachpersonals bilden einen notwendigen Bestandteil dieses Prozesses.

Neben dem angepassten Leitbild beinhaltet die Implementierung das Sichtbarmachen des interkulturellen Prozesses für die interne und externe Öffentlichkeit. Bedürfnisorientierte Angebote innerhalb der Einrichtung (z.B. Gebetsraum, Gestaltung der Einrichtung) sorgen für die manifeste Beachtung

der MigrantInnen als BewohnerInnen. Die externe Öffentlichkeit wird durch Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung und Partizipation (z.B. MigrantInnenorganisationen) erreicht (vgl. Ertl 2002: 53-55).

4. Evaluation und Weiterentwicklung

Die interkulturelle Öffnung einer Institution beansprucht mehrere Jahre und bedarf mehrerer Evaluationen und einer kontinuierlichen Weiterentwicklung. Eine vollständige Organisationsveränderung kann nur mit einem Entwicklungsprozess einhergehen, der sich in kleinere Phasen und Schritte gliedert. Nur so kann die interkulturelle Öffnung ein fester Bestandteil einer Altenpflegeeinrichtung werden (vgl. Ertl 2002: 55f).

Die Studie von Kremla (2004) deutet auf die Bereitschaft der Wiener Trägerorganisationen hin, sich interkulturell zu öffnen. Durch die Zwischenschaltung der Stadt Wien muss die Initiative vom Auftraggeber selbst ausgehen, d.h. von der Stadt Wien. Erst mit ihrer Zustimmung können Trägerorganisationen das Projekt der interkulturellen Öffnung einleiten. Dieses Ergebnis bezieht sich aber vor allem auf ambulante Dienste, da stationäre Versorgungsangebote in dieser Untersuchung aufgrund geringer Erfahrung mit MigrantInnen kaum befragt wurden (vgl. Kremla 2004: 9).

Mögliche Hindernisse, die einer Öffnung entgegenstehen, sind vor allem Unklarheit über den Bedarf und die Befürchtung, Diversität des Angebots nicht gleichwertig für alle Gruppen durchführen zu können. Durch das Anbieten z.B. von muttersprachlichem Personal kann es zur Benachteiligung einzelner Personengruppen kommen (vgl. Kremla 2004: 4). Dieses Risiko entsteht, wenn Trägerorganisationen MigrantInnen als Zielgruppe ansprechen, ohne einen Prozess der interkulturellen Öffnung einzuleiten. Somit besteht die Gefahr, zur Diskriminierung beizutragen und Vorurteile zu verfestigen (vgl. Ertl 2004: 43). Eine weitere Problematik ist die Befürchtung, die einheimische Kundschaft zu verlieren, wenn die Zielgruppe der älteren MigrantInnen angesprochen wird. Diese Bedenken verhindern häufig schon das Einleiten dieses Prozesses, da sie oft mit politischer Konfrontation mit dem relevanten Umfeld (Nachbarschaft, MitarbeiterInnen, HeimbewohnerInnen, etc.) verbunden sind. Damit ein gefasster Beschluss der Öffnung nach innen und nach außen gelebte Praxis

wird, bedarf es der Überzeugungsarbeit und kontinuierlichen Mitarbeit aller Ebenen (vgl. Hinz-Rommel: 1994: 154).

5.3 Diversity im Pflege- und Gesundheitsbereich

In den letzten Jahren rückte auf europäischer Ebene zunehmend das Thema Chancengleichheit für alle und der diskriminierungsfreie Zugang zu den staatlichen Leistungen in den Mittelpunkt der Diskussion im Pflege und Gesundheitsbereich. Das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union definierte Zielsetzungen, welche alle bisher von Diskriminierung betroffenen Gruppen mit einschloss und somit die Chancengleichheit aller Bevölkerungsteile fördert. Diese Strategie findet sich im Diversity- Konzept wieder (vgl. Domening 2007: 343).

„Als eine internationale durch Zuwanderung und Vielfalt geprägte Stadt setzt Wien auf eine aktive, gestaltende integrationsorientierte Diversitätspolitik“

(Leitlinien der Wiener Integrations- und Diversitätspolitik, Stand: 1.9.2010)

Die Stadt Wien verfolgt mit ihrem Integrations- und Diversitätskonzept primär das Ziel, die vorhandenen Angebote an die veränderten und vielschichtigen Bedürfnisse und Lebenslagen einer in ethnischer, sozialer und kultureller Hinsicht diversifizierten Stadtgesellschaft anzupassen. Die Angebote sollen daher primär auf das Individuum und weniger auf ethnische Kollektive ausgerichtet sein, ohne dabei spezifische Bedürfnisse der Zielgruppe zu verkennen. Auch im Bereich der Altenpflege wird dieses Konzept verfolgt. Entsprechend gibt es derzeit keine Pläne für ein monokulturelles Pflegeheim für türkischstämmige SeniorInnen (vgl. Schlesinger, MA 24, 2009).

Der Begriff „Diversity“ wird im Deutschen mit „Vielfalt“, „Verschiedenheit“ oder auch „Ungleichheit“ übersetzt und beschreibt den Umstand, dass sich Menschen auf vielerlei Art und Weise unterscheiden oder gleichen. Folgende Dimensionen von Diversity stehen dabei im Zentrum: Alter, Behinderung, ethnisch-kulturelle Prägung, Geschlecht, Religion/Weltanschauung und sexuelle Orientierung. Neben den Kerndimensionen kann eine Organisation weitere für sie bedeutende Faktoren thematisieren. Das Konzept zeigt nicht nur die Unterschiedlichkeiten zwischen Menschen, sondern stellt den verbindenden

Charakter von Vielfalt dar. Hinzuzufügen ist, dass die Bedeutung der einzelnen Faktoren von Vielfalt in unterschiedlichen Kulturen und für jeden einzelnen Menschen variiert. Das Individuum mit seinen Dimensionen von Diversity rückt in den Mittelpunkt dieses Ansatzes (vgl. Stuber 2006: 35).

Das Konzept stammt ursprünglich aus den USA und ist im Kontext gleichstellungspolitischer Diskussionen zwischen farbigen und weißen Menschen in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts entstanden. Infolgedessen entwickelten sich mehrere Gesetze zur Vermeidung von Diskriminierung und Förderung von Chancengleichheit. Seit den 1980er Jahren ist dieser Ansatz im Management zu finden, um die personelle Vielfalt in Organisationen gezielt nutzen zu können und somit den Erfolg eines Betriebes zu sichern und zu steigern (vgl. Hermann & Kätker 2007: 45f).

Bereits 2005 thematisierte das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen im Bericht „Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen“ die Problematik, dass die zunehmende ethnische und kulturelle Vielfalt in der Gesellschaft Organisationen des Gesundheitswesens vor Herausforderungen stellt. Dabei wurde festgestellt, dass das österreichische Gesundheitswesen noch zu wenig auf den Umgang mit den spezifischen Problemen von MigrantInnen vorbereitet ist. Zur Bearbeitung des Themas wurde der IST-Zustand vom extra- und intramuralen Bereich sowie dem der psychosozialen Betreuung analysiert.

Ergebnisse zeigen, dass ein großer Entwicklungsbedarf auf struktureller und kultureller Ebene besteht, um einen gleichen Zugang und die gleiche Versorgung aller ÖsterreicherInnen durch das Gesundheitssystem zu gewährleisten. Neben fehlenden Erhebungen zu dieser Problematik fehlt in den Führungsebenen größtenteils die Einsicht in die Notwendigkeit einer interkulturellen Integration. Weitere Mängel sind das Wissen um „ [...] *das individuelle und zwischenmenschliche Verhalten von medizinischem Personal und PatientInnen in anderen Kulturkreisen, sowie das zwischenmenschliche Verhalten von Patient/innen und Angehörigen.*“ (BMGF 2005: 5). Sprachbarrieren und fehlende Dolmetscher erschweren die Kommunikation. Die räumlichen Gegebenheiten sind für traditionelle Angehörigenbesuche zu beengend, es fehlt an großen Aufenthaltsräumen für zahlreiche BesucherInnen (vgl. BMFG 2005: 3-5).

Krankenhäuser sind ein relevantes Setting, um Probleme zu analysieren und Lösungsansätze für eine adäquate Versorgung von PatientInnen mit unterschiedlichem ethno-kulturellen Hintergrund zu entwickeln, da gerade Spitalsambulanzen durch ihre niedrige Zugangsschwelle für Personen mit Migrationshintergrund der erste Eintritt ins Gesundheitswesen darstellt (vgl. www.mighealth.net. [Stand:9.11.2010]).

Obwohl Diversity-Management (DiM) in Europa eine sehr junge Managementdisziplin darstellt, existieren bereits Good-Practice-Beispiele in der Gesundheitsversorgung. Ein Praxisbeispiel ist das EU-Pilotprojekt „*Migrant Friendly Hospitals*“. Im Jahr 2002 beteiligten sich im Rahmen dieses Projekts zwölf Krankenanstalten aus zwölf EU-Mitgliedstaaten daran, Initiativen zur Qualitätsentwicklung kultursensibler Strukturen und Leistungsprozesse zu erarbeiten. In Österreich nahm das Kaiser-Franz-Josef-Spital als Pilotkrankenhaus teil (vgl. Karl-Trummer & Novak- Zezula 2005: 370).

Um erste Informationen über den IST-Zustand zu erhalten, erfolgte eine Bedarfsanalyse mit relevanten Stakeholdern (PatientInnen, MitarbeiterInnen und Management). Weiters wurde ein Organisationsfragebogen entwickelt, der sogenannte „Migrant-Friendly-Quality-Questionnaire“ (MFQQ), welcher kultursensible Strukturmerkmale der Krankenhäuser erhebt. Dieses Assessment-Instrument wurde zweimal eingesetzt (2002 u. 2003). Neben diesen methodischen Zugängen lieferte eine Literaturrecherche wichtige Erkenntnisse bezüglich bestehender Projekte und Expertisen zur Gestaltung von kultursensiblen Krankenhausleistungen.

Im Rahmen der Abschlusskonferenz „Hospitals in a Culturally Diverse Europe“ in Amsterdam 2004 wurden die Projektergebnisse der zweijährigen Arbeit für ein Migrant-friendly Hospital präsentiert.

Zentrale Ergebnisse sind:

- Investitionen in den Maßnahmenbereichen Dolmetschservice, Schulung und Information in der Mutter-Kind-Betreuung und MitarbeiterInnentraining; diese dienen dazu, die Versorgungsqualität von

Patienten mit Migrationshintergrund zu verbessern und MitarbeiterInnen zu entlasten.

- Das entwickelte Assessment zur Organisations- und Leistungsstruktur eignet sich als effektives Instrument für die Weiterentwicklung in Richtung kultursensibler Organisation (vgl. Karl-Trummer & Novak-Zezula 2005: 372).

Folgende Prinzipien eines Leitbildes sind notwendig, um eine nachhaltige Öffnung von Gesundheitseinrichtungen zu ermöglichen:

- Wertschätzung und Akzeptanz von Menschen mit unterschiedlichem ethnischen und kulturellem Hintergrund;
- Identifizierung der Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppen durch laufendes Monitoring und Qualitätsentwicklung der Dienstleistungen;
- aktive Kompensation von gesundheitlichen Defiziten, die durch unterschiedliche soziokulturelle und migrationsbezogene Hintergründe entstanden sind.

Neben der Präsentation wichtiger Ansatzpunkte wurde im Rahmen der Konferenz die Amsterdamer Declaration formuliert. Auf der Basis der Ergebnisse und Erfahrungen wurden 26 Ansatzpunkte zur Umsetzung einer migrantInnenfreundlichen Organisation herausgearbeitet (vgl. MFG - Amsterdamer Erklärung, deutsche Übersetzung, 2005).

Folgende zentrale Punkte sind für eine erfolgreiche Entwicklung von Dienstleistungen und Organisationskulturen von großer Bedeutung:

- *„Ein migrantInnenfreundliches Krankenhaus zu werden ist eine Investition in individuellere und persönlichere Dienstleistungen für alle PatientInnen und KlientInnen sowie deren Familien.“*
- *„Als notwendige Voraussetzung dafür gilt es, zunächst Bewusstsein für die spezifischen Erfahrungen von MigrantInnenpopulationen zu schaffen. Bestehende Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten im Gesundheitssystem sind zu identifizieren (auch gender-spezifisch) und auf dieser Basis Veränderungen in Kommunikation, Organisationsabläufen und Ressourcenzuteilungen durchzuführen.“*
- *„Ethnokulturelle Unterschiede wahrzunehmen birgt das Risiko der Klischeebildung - deshalb ist es wichtig, sich vor Augen zu halten, dass*

MigrantInnenstatus, ethnische Abstammung, kultureller Hintergrund und religiöse Zugehörigkeit nur einige wenige ausgewählte Dimensionen des komplexen menschlichen Daseins sind.“

- *„Die Etablierung von Partnerschaften mit Betroffenen auf der lokalen Ebene bzw. mit engagierten NGOs und ähnlichen Organisationen, die mit den Problemen von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten vertraut sind, ist ein wichtiger Schritt zu einem kulturell und sprachlich adäquateren Versorgungssystem.“*

(MFG- Amsterdamer Erklärung-deutsche Übersetzung, 2005)

Da es sich um einen Entwicklungsprozess in einer Organisation handelt, sind verschiedene Akteure an dieser Aufgabe beteiligt. Deren Zusammenarbeit bildet das Fundament eines funktionierenden migrantInnenfreundlichen Gesundheitssystems. Entsprechend enthält die Amsterdamer Erklärung Empfehlungen für fünf relevante Stakeholder zur Entwicklung einer kultursensiblen Betreuung.

1. SpitalsbetreiberInnen/Management und Qualitätsmanagement

Die Aufgabe dieser Stakeholdergruppe ist es, die Qualität der Versorgung für MigrantInnen und ethnische Minderheiten in einer Organisation umfassend zu thematisieren. Dabei soll dieser Entwicklungsprozess ausgehend von Krankenhausleitung, Management/Verwaltung und Qualitätssicherung initiiert und kontinuierlich evaluiert werden. Weiters ist es notwendig, die Bedürfnisse und Ressourcen der Beteiligten regelmäßig zu erheben.

2. KrankenhausmitarbeiterInnen, Gesundheitsberufe

Diese Berufsgruppe in den Prozess einzubinden ist von großer Bedeutung, da sie einen wesentlichen Bestandteil dieser Organisationen darstellen. Die Wichtigkeit migrantInnenfreundlicher Gesundheitsinstitutionen soll erkannt werden. KrankenhausmitarbeiterInnen und das Fachpersonal der Gesundheitsberufe sind aufgefordert, entsprechende Kompetenzen zu erwerben, um mit kultureller Vielfalt umgehen zu können.

3. BenutzerInnen (NutzerInnen, Angehörige, RepräsentantInnen von Migrantengruppen bzw. ethnische Minderheitsgruppen)

Neben der Organisations- und MitarbeiterInnen-Ebene können PatientInnenorganisationen und lokale Gruppierungen wichtige Beiträge leisten, indem sie den Einfluss von Kultur und Migration auf Gesundheit und Krankheit thematisieren und Aufklärungsarbeit leisten.

4. Gesundheitspolitik und Administration

Die Gesundheitspolitik und Administration spielt in diesem Prozess eine enorme Rolle, da sie für die Qualitätsstandards im Gesundheitswesen verantwortlich sind. Daher sollen sie einen Rahmen mittels rechtlicher, finanzieller und organisatorischer Bestimmungen schaffen, um in jedem Krankenhaus eine Qualitätsentwicklung zu ermöglichen.

5. Gesundheitswissenschaften

Die Behandlung dieses Themas in Gesundheitswissenschaften ist nützlich, um wichtige Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung in die theoretische und praktische Ebene einfließen zu lassen (vgl. MFG- Amsterdamer Erklärung, deutsche Übersetzung, 2005).

Dabei werden alle europäischen Krankenhäuser aufgefordert, die Empfehlungen der „Amsterdamer Erklärung“ umzusetzen, um sich zu migrantInnenfreundlichen und interkulturell kompetenten Organisationen zu entwickeln und eine individualisierte Versorgung zu gewährleisten, von der alle PatientInnen profitieren (vgl. Domenig 2007: 351).

Dieses Projekt wird von der im Rahmen der Arbeit gegründeten Task Force on Migrant Friendly and Culturally Competent Health Care weitergeführt, deren Ziel es ist, die Nachhaltigkeit dieses Projekts zu gewährleisten (vgl. Karl-Trummer & Novak- Zezula 2005: 372).

Um auch in der Pflege einer umfassenden, ganzheitlichen Betreuung gerecht zu werden, ist es notwendig, diesen Ansatz in Einrichtungen der Altenhilfe zu integrieren:

„Die Pflegewissenschaft fordert daher zu Recht eine kontextbezogene Pflege, die die multikulturellen, lebensweltlichen und wertpluralen gesellschaftlich-historischen Bezüge berücksichtigt, weil sie sich auf die Effektivität von Pflegemaßnahmen auswirken.“ (Poser & Zielke-Nadkarni 2007: 13)

Um strukturelle Defizite in Versorgungsstrukturen abzubauen, sind nach Zielke-Nadkarni (2009: 115) „Pflegedienstleitung bzw. Pflegedirektion im ambulanten und stationären Bereich aufgerufen, ein umfassendes Konzept des Diversitymanagement zu realisieren.“

Um im Speziellen MigrantInnen oder ethnische Minderheiten als Zielgruppe zu erreichen, bedarf es neben dem Willen, eine kultursensible Pflege anzubieten, spezifischer Handlungsempfehlungen bei der Umsetzung von Diversity im Pflegebereich:

- Bedürfnisse von MigrantInnen zu identifizieren, um geeignete Maßnahmen abzuleiten und Angebote bedarfsgerecht gestalten zu können;
- die Bereitstellung von muttersprachlichen Informationsmaterialien, zweisprachigen Medien, Bild- sowie audiovisuellen Materialien;
- Aus- und Weiterbildung für Pflegekräfte in transkulturellen Pflege- und Diversity-Fragen;
- multikulturelle Teambildung von MitarbeiterInnen;
- Verankerung dieser Zielsetzung im Leitbild der Pflegeinstitution;
- Ausstattung der Räumlichkeiten mit mehrsprachigen Hinweisschildern, interreligiösen Gebetsräumen, entsprechender Dekoration etc.;
- Berücksichtigung von Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppen;
- konsequente Zusammenarbeit der regionalen MigrantInnen-Verbände;
- Forschung und Qualitätssicherung einschließlich enger Kooperation mit MigrantInnen;
- kontinuierliche Evaluation und
- eine entsprechend ausgerichtete Einstellungspolitik.

(vgl. Zielke- Nadkarni 2009: 115; Borde 2006: 132; Gransee 2009: 26- 27)

Im Sinne des Integrations- und Diversitätskonzeptes wird verstärkt auf muttersprachliche Betreuung in den Einrichtungen der Stadt Wien gesetzt. Die Serviceeinrichtung bietet im Beratungszentrum "Pflege und Betreuung zu Hause" SeniorInnen mit Migrationshintergrund muttersprachliche Beratung in türkischer, serbischer, kroatischer und bosnischer Sprache an (vgl. http://pflege.fsw.at/information-service/spezielle_beratungsstellen.html [Stand: 10.05.2010]).

Wie in Kapitel 2.2 beschrieben fördert das zugrunde liegende ganzheitliche Pflegemodell und die Architektur der neuen Wohn- und Pflegeheime eine individuelle, professionelle Pflege. Weiters existieren Projekte zur Sensibilisierung von Diversity in der Pflege. Im Rahmen einer ExpertInnendiskussion wurde Anfang September 2010 „Care-Net, eine Interessensgemeinschaft von Pflegepersonen für eine professionelle Pflege und Ausbildung“ ins Leben gerufen. In der Aktion „Pflege für ein gesundes Miteinander aller Menschen in Wien“ wurde die Thematik von Diversity in der Pflege diskutiert. Es wird darauf hingewiesen, dass Pflegepersonen

- die Potentiale, Bedürfnisse und Probleme von PatientInnen bzw. KlientInnen sowie von KollegInnen mit unterschiedlicher Herkunft und verschiedenen Lebensstilen erkennen,
- Konzepte und Programme zur Wahrung der Chancengleichheit entwickeln,
- diese auch erfolgreich in den Pflegealltag implementieren können,
- das Diversitätsmanagement in allen Bereichen beachten d.h. die kulturelle Vielfalt konstruktiv nützen, und
- sich gegen Rassismus und Ausländerfeindlichkeit einsetzen (vgl. www.care-net.at [Stand:2.09.2010]).

Die VertreterInnen von Care-Net entwickelten ein Positionspapier und starteten eine Unterschriftenaktion, in der Pflegepersonen aufgefordert wurden, diese Aktion zu unterstützen.

Somit bestehen in Wien bereits einige Initiativen, diesen Ansatz in den Pflegebereich zu implementieren bzw. Menschen für diese Thematik zu sensibilisieren.

Grundsätzlich wird aber in Frage gestellt, ob mit diesen bereits umgesetzten Strategien die benachteiligte Gruppe der MigrantInnen im Bereich der Pflege auch wirklich erreicht wird. Weitere Handlungsempfehlungen sind wünschenswert, um effektiv und nachhaltig die Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund als Klientel zu gewinnen. Die Empfehlungen der Amsterdamer Erklärung von „Migrant friendly Hospitals“ können durchaus im Altenpflegebereich verwendet werden, da sie wichtige Erkenntnisse in der Umsetzung einer migrantInnenfreundlichen Organisation im Gesundheitssystem liefern.

6. Bedürfnisorientierte Organisationsmodelle in Deutschland

Aufgrund der bereits erwähnten vergleichbaren demografischen Entwicklung und ähnlicher Migrationsgeschichte in Österreich und Deutschland, stehen beide Länder im Bereich der Altenpflege vor ähnlichen Herausforderungen.

Folgende Daten basieren auf den Ergebnissen des Mikrozensus 2008. Zu diesem Zeitpunkt lebten in Deutschland 15,6 Mio. Personen mit Migrationshintergrund, das ist ein Anteil von 19% an der Gesamtbevölkerung. Im Gegensatz zu Österreich bilden in der BRD-MigrantInnen türkischer Herkunft mit 20,2% die größte Gruppierung. Weitere bedeutsame Herkunftsländer sind Polen (6,8%), die Russische Föderation (6,0%), Italien (5,8%), Serbien (4,3%), Kroaten (3,4%), Griechenland (3,1%) und Bosnien Herzegowina (2,8%).

Der Altenanteil der ehemaligen ArbeitsmigrantInnen in der BRD und Österreich ist durch eine ähnliche Altersstruktur gekennzeichnet: In beiden Ländern handelt es sich noch um überwiegend junge Alte. Doch auch in der BRD wird ein Anstieg des Altenteils prognostiziert (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2008: 7-9). Im Erhebungsjahr 2003 waren neben 26% der deutschen Bevölkerung etwa 10% der ausländischen Bevölkerung 60 Jahre und älter (vgl. Okken 2008: 397 zit. nach: Kuratorium Deutsche Altenhilfe 2001).

Aufgrund der existierenden und bereits erkannten Zugangsbarrieren für türkischstämmige MigrantInnen in Deutschland realisierte das deutsche Altenhilfesystem bereits Angebote für diese Personengruppe im stationären Altenpflegebereich. Dabei wurden zwei unterschiedliche Organisationsmodelle entwickelt.

- Ein Projekt, welches versucht, die Bedürfnisse älterer MigrantInnen aller Kulturen zu berücksichtigen, ist das multikulturelle Seniorenheim im Duisburg.
- Darüber hinaus entstand vor wenigen Jahren in Berlin ein monokulturelles Konzept, das Türk Bakim Evi, ein türkisches Pflegeheim, welches ausschließlich der türkischen Personengruppe eine bedürfnisorientierte Pflege anbietet.

Beides sind vollstationäre Pflegeheimmodelle in Deutschland, in denen die Akteure bemüht sind, auf die spezifischen Bedürfnisse türkischstämmiger MigrantInnen Rücksicht zu nehmen.

6.1 DRK-Multikulturelles Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“

6.1.1 Entstehung und Entwicklung

In Duisburg leben knapp 77.000 MigrantInnen. Davon sind rund 44.000 aus der Türkei und die Mehrheit praktizierende Muslime. Folglich bot sich in dieser Stadt an, das erste multikulturelle Seniorenwohnheim Deutschlands zu eröffnen (vgl. Struchtemeier 2006: 990).

Das DRK-Multikulturelle Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“ ist eine Nachfolgeeinrichtung des früheren DRK-Altenheims „Haus Rheinkamp“, welches im Jahr 1997 bezogen worden ist. Schon drei Jahre zuvor wurde ein Pilotprojekt, ESA – Ethnischer Schwerpunkt Altenhilfe, zur Konzipierung eines „internationalen Altenheims“ gestartet. In Kooperation zwischen dem DRK-Landesverband Nordrhein e.V., Träger der Einrichtung und dem Rhein-Ruhr-Institut für Sozialforschung und Politikberatung an der Gerhard-Mercator-Universität Duisburg, wurde das dreijährige Projekt, gefördert durch die Stiftung Wohlfahrtspflege, durchgeführt. Der Schwerpunkt innerhalb der drei Jahre war

u.a. die interkulturelle Organisationsentwicklung. Die Altenhilfeeinrichtung zeichnet sich besonders durch ihr multikulturelles Konzept aus. Durch die größere Anzahl der türkischen BewohnerInnen ist die Einrichtung besonders auf diese Personengruppe ausgerichtet (vgl. DRK-Multikulturelles Seniorenzentrum 2007: 12). Innerhalb des Projekts wurden zwei Ergebnisse deutlich:

- Es besteht keine Notwendigkeit, neue (transkulturelle) Pflege-theorien zu entwickeln, sondern bestehende Leistungen zu modifizieren.
- Es zeigt sich, dass angesichts fehlender adäquater Angebote, bestehender Zugangsbarrieren und Informationsdefizite bisher eine sehr geringe Nachfrage besteht.

Um der Öffnung der Pflegeeinrichtung gerecht zu werden, kooperierten die Migrations- und Altenarbeit miteinander, Pflegepersonal wurde weitergebildet, qualifizierte MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund wurden in allen Funktionsbereichen beruflich tätig und Wissenschaft und Praxis arbeiteten eng zusammen (vgl. Bachl 2002: 12).

Im Laufe der Projektphase wurde deutlich, dass Theorien über „kulturelle Besonderheiten“ den einzelnen Menschen in typische Stereotype zwängen. Die Projektbetreiber erfuhren durch die Begegnung mit pflegebedürftigen MigrantInnen, dass türkische BewohnerInnen ihr Leben nicht immer nach streng religiösen Vorschriften ausrichten. Weiters können demenzielle Veränderungen dazu führen, dass die Bedeutung religiöser Regeln für die muslimische BewohnerInnen abnimmt (vgl. Struchtemeier 2006: 991).

Ein Beispiel dafür lieferte am Anfang des Projekts im Jahr 1994 die Annahme, dass MigrantInnen gerne in so genannten „ethnischen Enklaven“ leben möchten. Diese hat sich im Laufe des interkulturellen Organisationsprozesses in dieser vollstationären Einrichtung nicht bestätigt. Infolgedessen leben die MigrantInnen verteilt in vielen der neun Wohngruppen (E-Mail Ralf Krause, Pflegedirektor dieser Einrichtung)

6.1.2 Leistungen und multikulturelle Angebote

Das multikulturelle Seniorenzentrum verfügt über 96 Plätze mit 48 Einzel- und 24 Doppelzimmern. Das Pflegeheim bietet auch die Möglichkeit der Kurzzeitpflege an (vgl. DRK-Multikulturelles Seniorenzentrum 2007: 12).

- Fachpersonal

In der Einrichtung arbeiten insgesamt ca. 90 MitarbeiterInnen mit Zivildienstleistenden, Ehrenamtlichen und junge Menschen, die ein freiwillig soziales Jahr leisten, zusammen. Das Pflegeheim zeichnet sich durch ein multikulturelles Pflegeteam aus und beschäftigt vierzehn türkischstämmige MitarbeiterInnen und weitere Pflegepersonen aus Russland, Kasachstan, Polen, den Niederlanden und Italien. Die Einrichtung förderte in den vergangenen Jahren ihre Ausbildung zu Fachkräften, da die ausländischen Pflegekräfte zu Beginn oft noch gering qualifiziert waren und in Aushilfspositionen arbeiteten (vgl. DRK-Multikulturelles Seniorenzentrum 2007: 12). Das bilinguale und bikulturelle Personal soll zum Wohlbefinden der BewohnerInnen beitragen (Hinz 2004:124).

Es werden für die Mitarbeiter regelmäßige multikulturelle Fortbildungen angeboten, und sie können bei Bedarf spezielle Supervisionen erhalten. Den Schwerpunkt dieser Supervisionen bilden meistens kulturelle Fragestellungen (vgl. DRK-Multikulturelles Seniorenzentrum 2007: 12).

- BewohnerInnen

Das Durchschnittsalter der BewohnerInnen liegt bei ca. 83 Jahren. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt fünf Jahre. Zurzeit leben zusätzlich zu den deutschen Einheimischen fünfzehn türkische, ein tunesischer und zwei niederländische BewohnerInnen im Haus am Sandberg. Das bedeutet, dass zwanzig Prozent der BewohnerInnen nichtdeutschen Ursprungs sind. Seit der Eröffnung 1997 bis ins Jahr 2007 wurden insgesamt 58 ältere pflegebedürftige Menschen aus anderen Ländern in der Einrichtung betreut (vgl. DRK-Multikulturelles Seniorenzentrum 2007: 12).

- Bauliche Anforderungen

Weiters zeichnet sich das multikulturelle Seniorenzentrum durch entsprechende bauliche Konzeptionsmerkmale aus: das Vorhandensein von Gebetsräumen für Christen und Muslime, ein Abschiedsraum für Verstorbene, und eine internationale Bibliothek steht den BewohnerInnen zur Verfügung (vgl. DRK-Multikulturelles Seniorenzentrum 2007: 13-14). Jedoch vergaß die Bauplanung beim Abschiedsraum den rituellen Waschraum für muslimische Verstorbene. Die rituelle Waschung wird jetzt von einer Moscheengemeinde übernommen (vgl. Struchtemeier 2006: 991).

Der Wohnaspekt des Heimes steht im Vordergrund, und im Laufe eines kontinuierlichen Prozesses wurden alle sichtbaren krankenhausähnlichen Symbole, wie z.B. weiße Dienstkleidung, Begriffe wie Patient – Schwester – Station durch alltägliche Formen/Symbole wie farbige Bekleidung der MitarbeiterInnen, Teppiche in den Fluren, Ansprache als Bewohner/Herr/Frau und Mitarbeiter/Herr/Frau, oder die Mitnahme von eigenen Möbeln und Haustieren ersetzt, um so ein „normales Wohnumfeld“ zu ermöglichen (vgl. DRK-Multikulturelles Seniorenzentrum 2007: 13).



Abb.11: Gebetsraum

Quelle: <http://www.drk-haus-am-sandberg.de/index.php?id=499>, [Stand:20.6.2010]

- Multikulturelle Angebote

Neben Angeboten wie das „Café am Sandberg“, welches ein spezielles Betreuungsangebot für Menschen, die an Demenz erkrankt sind, darstellt, bietet die Einrichtung für die BewohnerInnen des Heimes multikulturelle Angebote: einen interkulturellen Besuchsdienst, Koranlesungen, ein wöchentlicher

mediterraner Markt, türkische Teestunde und regelmäßige internationale Festlichkeiten wie das islamische Opfer- und Zuckerfest. Die Einrichtung stellt den muslimischen BewohnerInnen einen Hodscha und die Mecid zur Verfügung, um ihre Religion weiterhin praktizieren zu können. Außerdem können durch eine türkische Köchin kulturelle und religiöse Essgewohnheiten beibehalten werden. Insbesondere wird auf die gleichgeschlechtliche Pflege bei den muslimischen BewohnerInnen geachtet (vgl. DRK-Multikulturelles Seniorenzentrum 2007: 13-14).

Um den Sprachbarrieren entgegenzuwirken und die Zielgruppe türkischstämmiger SeniorInnen zu erreichen, werden türkische Informationen auf der Homepage bereitgestellt. Eine vollständige Übersetzung der gesamten Homepage in die türkische Sprache wird nicht angeboten.

Pflegeleitbild und Pflegemodell

Das grundlegende Pflegeverständnis erfolgt durch die Grundsätze der Migrationsarbeit des Deutschen Roten Kreuz. Insgesamt verweisen diese Leitlinien auf ein respektvolles Miteinander, unabhängig von: „*Nationalität, Rasse, Religion, sozialer Stellung oder politischer Überzeugung*“ (Die sieben Grundsätze der internationalen und Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung). Die multikulturelle Pflegeeinrichtung stützt sich auf das Pflegemodell der fördernden Prozesspflege von Monika Krohwinkel.

Im folgenden Abschnitt werden eine Kunden- und MitarbeiterInnenbefragung und eine Untersuchung von Sandra Hinz im multikulturellen SeniorInnenzentrum beschrieben.

Ergebnisse einer anonymen Kunden- und MitarbeiterInnenbefragung von 2003-2006 verweisen auf ein positives Feedback seitens beider Zielgruppen. BewohnerInnen, Angehörige, Ehrenamtliche und Ärzte wurden zu den Kunden gezählt. Im Durchschnitt haben 50 MitarbeiterInnen und 75 Kunden teilgenommen.

Die Bewertung erfolgte nach dem Schulnotenprinzip, d.h. von 1= sehr gut bis 6= ungenügend.

	Kunden	MitarbeiterInnen
2003	2,00	2,28
2004	1,96	2,80
2005	1,99	2,21
2006	1,77	1,12

Abb.12: Ergebnisse einer anonymen Kunden- und Mitarbeiterbefragung von 2003 – 2006

Quelle: vgl. DRK-Multikulturelles Seniorenzentrum 2007: 23

Die Auswertung erfolgte im DRK-Landesverband Nordrhein in Düsseldorf. Durch die Untersuchung zeigten sich Schwächen und Stärken in den einzelnen Arbeitsbereichen des Pflegeheims (z.B. Pflege und Hauswirtschaft). Dadurch konnten die positiven und negativen Feedbacks herausgearbeitet werden und in Zielvorgaben umgewandelt werden. Diese Untersuchungsmethode gewährleistet einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Die Ergebnisse verweisen auf ein kontinuierlich steigendes positives Feedback beider Zielgruppen (vgl. DRK - Multikulturelles Seniorenzentrum 2007: 23).

In einer Untersuchung von Sandra Hinz (2004) wurde unter anderem die Inanspruchnahme des DRK-Multikulturellen Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“, analysiert. Durch eine Befragung von Einzelpersonen und Familienangehörigen wurde versucht, die Akzeptanz dieser Einrichtung herauszufinden bzw. zu klären, wessen es bedarf, damit das Angebot dieses Pflegeheims in Anspruch genommen wird. Ziel dieser Untersuchung war die Beantwortung der Frage, ob das Angebot die Bedürfnisse der BewohnerInnen abdeckt. Zusätzlich wurden anhand von Interviewleitfäden ExpertInnengespräche mit dem Personal des Seniorenheims geführt. Schwerpunkte dieser Gespräche waren die auftretenden Schwierigkeiten, mögliche Zugangsbarrieren sowie die Akzeptanz bei den MigrantInnen.

Die Analyse der Befragung von BewohnerInnen und deren Familienangehörigen sowie dem Pflegepersonal zeigte, dass für die türkischen Familien, die ihre Angehörigen im Seniorenzentrum anmeldeten, das bilinguale

Personal und die Berücksichtigung der türkischen Kultur ausschlaggebend für die Anmeldung in dieser stationären Einrichtung war. Die angemeldeten älteren ausländischen PatientInnen waren stark pflegebedürftig und bedurften daher einer sehr intensiven Betreuung. Die Altenhilfe-Einrichtung wird von den BewohnerInnen und deren Familien als zufriedenstellend erlebt, obwohl hin und wieder Beschwerden auftreten, die aber laut Heimleiter konstruktiv aufgenommen wird und die Entwicklung des Teams der Einrichtung fördert. Das Pflegeheim hat Anfragen von ausländischen Personen über die Stadtgrenzen hinaus, und es zeigt sich somit ein starkes Interesse an dem transkulturellen Konzept, welches in dieser Pflegeeinrichtung verfolgt wird. Einige Probleme dieses Konzepts innerhalb der Pflegeeinrichtung auch in die Praxis umzusetzen, sind anhand der Interviews erkennbar: Es ist möglich, dass aufgrund von Schichtwechsel oder Urlaubstagen etc. nicht immer ausschließlich bilinguales Personal die Betreuung der türkischen BewohnerInnen übernehmen kann. Außerdem ist das bilinguale Pflegepersonal auch für die anderen HeimbewohnerInnen zuständig und kann sich somit in anderen Etagen des Hauses befinden. Zum Zeitpunkt der Befragung war es aber für die türkischen HausbewohnerInnen kein Problem, von deutschem Pflegepersonal versorgt zu werden. Außerdem stellt die Einrichtung eine türkischstämmige Sozialdienstmitarbeiterin als Ansprechpartnerin für die türkischen HausbewohnerInnen zur Verfügung. Somit können Beschwerden oder Wünsche bei der Sozialdienstmitarbeiterin deponiert werden, welche sich bei auftretenden Schwierigkeiten um Lösungen bemüht. Bei der gleichgeschlechtlichen Pflege stellt sich wiederum die Problematik des nicht immer verfügbaren Pflegepersonals. Es kann passieren, dass die Anforderung von türkischen Bewohnerinnen, von einer Frau gewaschen zu werden, nicht immer erfüllt werden kann. Nicht immer steht eine weibliche Pflegeperson zur Verfügung oder fühlt sich aufgrund ihrer körperlichen Voraussetzungen, nicht kompetent, diese Anforderungen zu erfüllen. Die Arbeit liefert jedoch keine Antwort darauf, inwiefern es den türkischen Bewohner stört, von einer weiblichen Fachkraft gewaschen zu werden. Obwohl das Seniorenzentrum multikulturell angelegt ist, ist es fraglich, ob dieses Konzept das Zusammenleben im Alter fördert. Laut Analyse ziehen es die

HausbewohnerInnen vor, innerhalb ihrer eigenen Ethnie zu bleiben. Die pflegebedürftigen türkischen BewohnerInnen bleiben überwiegend in ihrem Wohnbereich, und die deutschen MitbewohnerInnen sind ebenfalls weniger interessiert, Kontakt zu den türkischen BewohnerInnen herzustellen. Obwohl von keinen gravierenden Problemen unter den HausbewohnerInnen berichtet wurde, findet nur selten ein Austausch zwischen den einheimischen und türkischen BewohnerInnen statt. Die deutschen BewohnerInnen nehmen die türkische Küche als Abwechslung gerne in Anspruch, aber das Angebot der türkischen Teestunde wird von den Deutschen nicht angenommen, da sich diese ausgeschlossen fühlen. Die fehlende Sprachkompetenz in der jeweiligen anderen Landessprache und die oft zusätzliche Demenzerkrankung können Gründe für den fehlenden Austausch sein. Zusammenfassend bestätigt die Untersuchung die Annahme, dass Angehörige einer pflegebedürftigen MigrantIn eine vollstationäre Einrichtung erst in Anspruch nehmen, wenn es sich um einen schweren Pflegefall handelt und das soziale Netzwerk mit der Pflegebedürftigkeit überfordert ist. Das „Haus am Sandberg“ ist ständig bemüht, durch Informationsveranstaltungen und Einladungen von ethnischen Seniorenvereinen seinen Bekanntheitsgrad zu erweitern und das Konzept des multikulturellen Seniorenzentrums den Menschen näher zu bringen. Dadurch trägt nicht nur die Pflegebedürftigkeit, sondern auch der positive Ruf des multikulturellen Seniorenzentrums zum Entschluss bei, BewohnerIn dieser einmaligen Einrichtung in Deutschland zu werden (vgl. Hinz 2004: 121-125).

6.2 Türk Bakim Evi

6.2.1 Entwicklung und Entstehung

Als der erste private Heimbetreiber hat die Marseille-Kliniken AG auf den wachsenden Bedarf pflegerischer Versorgung türkischer SeniorInnen reagiert. Im November 2006 wurde in Berlin-Kreuzberg die erste türkische Pflegeeinrichtung in Deutschland eröffnet. In Berlin findet sich die größte türkische Gemeinde von ganz Deutschland und die Stadt ist somit ein optimaler Standort für das Pilotprojekt. Projektansatz der Marseille- Kliniken AG ist die dynamisch wachsende Nachfrage nach stationärer „bezahlbarer“ Pflege von

MigrantInnen türkischer Abstammung. Das Pflegeheim bietet 155 BewohnerInnen ein Zuhause und wird als vollstationäres Pflegekonzept angeboten. Die Marseille-Kliniken AG plant bei Akzeptanz des Pilotprojekts weitere Pflegeeinrichtungen in deutschen Ballungszentren, welche sich auf die türkischstämmige Bevölkerung und auch auf andere Ethnien als Zielgruppen spezialisieren. Die Marseille-Kliniken AG steht einer „interkulturellen Öffnung“ der deutschen Pflegeeinrichtungen kritisch gegenüber und sieht diesen Prozess als gescheitert an (vgl. Pressemappe TBE: 1- 4).

Im Jahr 2007 wurde ein Pflegeleitbild gemeinsam mit den MitarbeiterInnen der Marseille-Kliniken AG erarbeitet. Alle Einrichtungen dieses Konzerns orientieren sich an einem Pflegeleitbild. Dieses setzt sich zusammen aus:

- dem Pflegemodell nach Krohwinkel;
- dem ICN-Kodex (International Council of Nurses: Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger) für Pflegende;
- der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit (vgl. Qualitätsbericht Marseille-Kliniken AG 2008: 23).

Die grundlegenden Werte des TBE bestehen aus folgenden Punkten, um pflegebedürftige und alte Menschen zufrieden zu stellen:

- Die BewohnerInnen sollen ihr Leben in Würde gestalten können,
- Unterstützung zum Erhalt ihrer Mobilität und Selbständigkeit erhalten und
- ihre familiären Bindungen bewahren.

Den Schwerpunkt dieses monokulturellen Konzepts bildet die an die Kultur angepasste Altenpflege türkischstämmiger SeniorInnen. Das gewohnte Lebensumfeld der ehemaligen GastarbeiterInnen wird durch die kultursensible Pflege und Betreuung aufrechterhalten. Zusätzlich finden die vielfältigen kulturellen und religiösen Unterschiede der Menschen aus der Türkei in dieser Einrichtung Berücksichtigung, z.B. strikte Trennung der Frauen und Männerpflege, besondere Gestaltung der Räumlichkeiten etc. (vgl. Pressemappe TBE: 2).

6.2.2 Leistungen und Angebote

Das Fachpersonal ist zweisprachig (deutsch-türkisch), wobei die Verständigung mit den BewohnerInnen in der Muttersprache erfolgt.

Der Gebetsraum, die regionale türkische Küche und die vielen sozialen Aktivitäten werden den BewohnerInnen geboten, um sich wohl zu fühlen. Die Aktivitäten beinhalten z.B. traditionelle Musiknachmittage, Teestunde oder auch Spiel-Wettbewerbe (vgl. <http://www.pflegehaus-kreuzberg.de> [Stand: 25.05.2010]).

Da türkischstämmige MigrantInnen zu den armutsgefährdeten Schichten zählen, sind die Preise der Einrichtung der Zielgruppe angepasst und bieten somit türkischstämmigen SeniorInnen finanzierbare Pflegeplätze (vgl. Pressemappe TBE: 1). Dafür sind die Zimmer einfach ausgestattet, die meisten sind Zwei-Bett-Zimmer. Die Betreiber der Marseille-Kliniken sprechen von einem „Zwei-Sterne-Haus“ (Low-Budget), d.h. die Preise liegen 15 bis 20 Prozent unter den Preisen üblicher Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland.

Die Marseille-Kliniken AG ist ständig bemüht, ihre Zielgruppe auf das TBE aufmerksam zu machen. Die folgenden Ausführungen zeigen verschiedene Wege, um türkischstämmige SeniorInnen als Klientel zu gewinnen.

- Muttersprachliche Beratung in der Charité-Universitätsmedizin Berlin

Im Rahmen einer Kooperation mit der Charité-Universitätsmedizin Berlin informiert eine türkischsprachige Sozialarbeiterin türkischstämmige SeniorInnen nach einem Krankenaufenthalt über die Betreuungsmöglichkeiten im TBE. Falls Interesse für eine Aufnahme besteht, organisiert sie die Überleitung in das Pflegeheim, um so Angehörige zu entlasten. Es handelt sich hier um ein(e) AnsprechpartnerIn, die aus dem gleichen soziokulturellen Hintergrund entstammt und Pflegebedürftige und Angehörige in ihrer Muttersprache beraten kann. Die Zusammenarbeit zwischen TBE und der Charité- Universitätsmedizin Berlin signalisiert türkischstämmigen pflegebedürftigen SeniorInnen, dass auch sie als Klientel der Altenpflege ernst genommen werden und Möglichkeiten bestehen, optimal nach ihren Bedürfnissen betreut zu werden.

- Kooperation mit türkischem Reiseunternehmen Öger Türk Tur

Das Reiseunternehmen bietet nicht nur Urlaubsreisen an, sondern vermittelt bei Bedarf seinen türkischen KundInnen auch die Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen im TBE. Somit soll gewährleistet werden, dass pflegebedürftige Angehörige optimal versorgt werden und deren Verwandte und Freunde zugleich während des Urlaubs entlastet werden.

- Werbefilm

Darüber hinaus erreicht die kulturspezifische Einrichtung seine Zielgruppe europaweit durch einen Werbefilm auf dem türkischen Fernsehsender Show Türk und atv. In dem Werbefilm wird eine Situation gezeigt, die vielen Familien passieren könnte: Ein Familienvater ist aufgrund seines hohen Alters pflegebedürftig. Seine Angehörigen können die professionelle medizinische Hilfe, die er benötigt, nicht mehr alleine leisten. In der kulturspezifischen Einrichtung TBE fühlt er sich sicher und erhält die Betreuung, die er benötigt. Seine Familie kann ihn jederzeit besuchen. Der Vater fühlt sich wohl in der familiären Atmosphäre im TBE (vgl. <http://www.pflegehaus-kreuzberg.de/content.php?id=1&lag=1> [Stand: 25.05.2010]).

Schließlich verzeichnen beide Modelle eine identische Zielsetzung, Zugangsbarrieren zu Altenpflegeeinrichtungen zu senken und eine kulturspezifische Altenpflege für türkischstämmige MigrantInnen zu gewährleisten. Da beide Organisationsmodelle erst seit kürzerer Zeit bestehen, kann die Frage noch nicht beantwortet werden, ob sie als nachhaltige und zukunftsfähige Modelle betrachtet werden können.

II EMPRISCHER TEIL

7. Bedürfnisorientierte Altenpflege für türkischstämmige MigrantInnen- Erfahrungen und Einschätzungen aus der Perspektive von ExpertInnen

7.1 Forschungsfragen und Ziel der Untersuchung

Um die gegenwärtige Situation in Wien zu beurteilen und mit den Ergebnissen der Literaturrecherche zu vergleichen, wurden vier ExpertInneninterviews durchgeführt und anschließend analysiert. Die zu Beginn der Arbeit aufgestellten Forschungsfragen bilden auch im empirischen Teil den grundlegenden Schwerpunkt und sollen durch dieses gewählte Forschungsdesign ergänzt und vertieft werden. Das Ziel dieser Untersuchung ist es, Einschätzungen über den Status quo und zukünftige Entwicklungen bedürfnisorientierter Altenpflege für türkischstämmige MigrantInnen in Pflegeheimen aus der Perspektive von ExpertInnen zu erhalten.

7.2 Methodik

Die Zielgruppe der GesprächspartnerInnen waren ExpertInnen, da diese über besonderes Wissen über soziale Kontexte verfügen. Gläser und Laudel (2009: 12) definieren: „Experte beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen.“ Im Rahmen dieser Arbeit wurde dieses Forschungsdesign gewählt, da dieses Themenfeld „Spezialwissen“ erfordert, um einen befriedigenden Einblick in diese noch kaum untersuchte Problematik zu verschaffen. Ein weiterer Beweggrund, ExpertInnen zu interviewen, lag darin, mit einer geringen Anzahl an Personen ein schwer zugängliches Wissen aus den verschiedenen einzelnen Fachbereichen zu erhalten, welches anschließend mit dem bereits im Vorfeld erarbeiteten Wissen in Zusammenhang gebracht werden soll.

In der Frage der Methodik habe ich mich für das *halb standardisierte Leitfadenterviews* entschieden. Dieses wird durch einen Interviewleitfaden strukturiert, welcher dem Interviewer als Hilfestellung dient. Dabei kann die Reihenfolge und Formulierung der Fragen flexibel geändert und somit an die jeweilige Interviewsituation angepasst werden. Ebenso können durch den Interviewer Verständnis- und Zwischenfragen eingeschoben werden (vgl. Mayer 2002: 124).

Der Interviewleitfaden beinhaltet folgende Schwerpunkte, welche in den Gesprächen diskutiert worden sind:

- IST-Zustand (Erfahrungen, Bedarf),
- spezifische Bedürfnisse in Bezug auf die Altenpflege,
- SOLL-Zustand (zukünftige Entwicklungen, mögliche Handlungsempfehlungen für die Praxis).

Je nach fachlicher Kompetenz des Interviewpartners variierte die Einstiegsfrage. Weitere Änderungen des Leitfadens ergaben sich spontan aus der Interviewsituation. Aufgrund der verschiedenen Tätigkeitsbereiche der Befragten und folglich anzunehmender unterschiedlicher Betrachtungsweisen erwartete ich, in den Gesprächen unterschiedliche Antworten bzw. Einschätzungen zu erhalten. Weiters war mir bewusst, dass insbesondere auf der Ebene des Managements und der MitarbeiterInnen derzeit noch ein geringes Problembewusstsein für diese Thematik besteht, da wissenschaftliche Untersuchungen aufzeigen, dass die derzeitige Altersstruktur der MigrantInnen zu einer bisher noch geringen Inanspruchnahme von stationären Einrichtungen führt. Folglich ist anzunehmen, dass in der Pflegepraxis kaum Erfahrungen mit dieser Betreuungsform bestehen. Schließlich war ich gespannt, wie es bei gleicher Fragestellung und berufsbedingt unterschiedlichem Zugang der InterviewpartnerInnen zum Thema um die Konvergenz und Divergenz der Standpunkte bestellt ist.

Um den Interviewleitfaden auf seine Funktion hin zu überprüfen und Sicherheit in der Durchführung von Interviews zu erlangen, wurde ein Pre-Test mit zwei Krankenpflegeschülerinnen vorgenommen. Alle durchgeführten Gespräche

wurden mit einem Aufnahmegerät festgehalten, um Informationsverluste zu vermeiden. Anschließend wurden alle Interviews vollständig transkribiert.

Folgende Transkriptionsregeln wurden in dieser Arbeit verwendet:

- Es wird in Standardorthographie verschriftet und keine literarische Umschrift verwendet.
- Nichtverbale Äußerungen (z.B. Lachen, Räuspern, Husten, Stottern) werden nur dann transkribiert, wenn sie einer Aussage eine andere Bedeutung geben.
- Besonderheiten der Antwort mit „Ja“ oder „Nein“, (zögernd, gedehnt, lachend) werden vermerkt.
- Unverständliche Passagen werden gekennzeichnet.
(vgl. Gläser & Laudel 2009: 194).

Die Interviewmaterialien wurden mittels der *qualitativen Inhaltsanalyse* von Mayring (2010) ausgewertet (siehe dazu Kap. 7.2.2).

7.2.1 Die Wahl der ExpertInnen

Um für diese Thematik relevante Sichtweisen zu erhalten, wurden InterviewpartnerInnen aus unterschiedlichen Interessensgruppen ausgewählt (Stakeholderprinzip). Ein Kriterium bei der Auswahl der GesprächspartnerInnen war, dass alle in der Bundeshauptstadt Wien tätig sind und für ihre jeweilige Ebene als repräsentativ gelten können. Somit sind alle Personen wichtige Schlüsselpersonen, da sie aus unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen stammen und folglich unterschiedliche Erfahrungen, Perspektiven und Einschätzungen bezüglich dieser speziellen Thematik aufweisen. Dadurch ist anzunehmen, dass die behandelte Problematik aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet werden kann.

Politik	Gemeinderat; Gesundheit und Soziales
Management	PflegedirektorIn
Community	Fonds Soziales Wien
MitarbeiterIn	Geriatrizentrum

Abb. 13: Auswahl der InterviewpartnerInnen

Quelle: Eigendarstellung

Alle Interviews wurden im September 2010 durchgeführt. Der erste Kontakt fand per Mail oder Brief statt. Anschließend wurde per Telefon die Einwilligung zum Interview erfragt und bei einer Zusage die weitere Vorgehensweise geklärt. Diese beinhaltete unter anderem ein Einverständnis zu einer Tonbandaufzeichnung und die Gewährleistung der Anonymität der Daten. Die Länge der Interviews variierte je nach GesprächspartnerIn. Das kürzeste dauerte etwa 20 Minuten, das längste mehr als 50. Alle vier Interviews fanden in den Räumlichkeiten oder Büros des jeweiligen Interviewpartners/der InterviewpartnerIn statt. Die geringe Zahl der InterviewpartnerInnen rührt daher, dass es aufgrund des gewählten Forschungsdesigns mit hohem Aufwand verbunden war, passende Gesprächspartner zu finden. Die ursprüngliche Idee, eine MitarbeiterIn aus dem Islamischen Besuchs- und Sozialdienst zu interviewen, konnte leider nicht umgesetzt werden, da die vorgesehene türkischstämmige Gesprächspartnerin nicht mehr in ihrer Funktion tätig war und durch den IBS nicht mehr auffindbar war. Ein weiterer zeitlicher Verlust erfolgte durch den Ramadan in den Sommermonaten. Alle weiteren MitarbeiterInnen des IBS verfügten leider über keinen türkischstämmigen Migrationshintergrund. Trotzdem waren die kompetenten MitarbeiterInnen des IBS ständig bemüht, mir weitere Auskünfte zu geben. Weitere Anfragen an islamische Vereine blieben erfolglos, da sich keine Person als ExpertIn bezüglich dieser Thematik sah. Die weitere Herausforderung bestand im geringen Zeitspielraum und den nicht abschätzbaren Wartezeiten auf die vorgesehenen ExpertInnen. Als weitere Handicaps erwiesen sich die politischen Wahlen in der Bundeshauptstadt Wien

und die Umsetzung des neuen Geriatrie-Konzeptes. Zusätzlich konnte ich beobachten, dass die Thematik manche potenziellen InterviewpartnerInnen „abschreckte“, da einige Absagen mit mangelndem Wissen bezüglich dieser speziellen oder vielleicht auch heiklen Thematik begründet wurden. Zusammenfassend fanden sich nach Überwindung einiger Hindernisse gleichwohl zweifellos geeignete InterviewpartnerInnen, die als ExpertInnen für die hier behandelte Thematik gelten können und als qualifiziert, um die gestellten Forschungsfragen zu beantworten.

7.2.2 Auswertung mittels Qualitativer Inhaltsanalyse

Die methodische Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse von Mayring (2010). Dieses Auswertungsmodell analysiert „*Material, das aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt.*“ (Mayring 2010:11). Dabei geht dieses Verfahren systematisch vor, um das angestrebte Ziel zu erreichen, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen (vgl. Mayring 2010: 13). Grundsätzlich basiert die Inhaltsanalyse darauf, aus den Ursprungstexten die wichtigsten Informationen zu filtern, die für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind. Anschließend versucht dieses Verfahren die Informationsfülle systematisch zu reduzieren und das Datenmaterial entsprechend dem Untersuchungsziel zu strukturieren. Im Zentrum dieser Methodik steht die Erstellung eines Kategoriensystems. Es dient dazu, die einzelnen wichtigen Informationen zu extrahieren und den Kategorien zuzuordnen (vgl. Gläser&Laudel 2009: 200). Das Kategoriensystem kann auf zwei unterschiedliche Arten gebildet werden. Ich entwickelte das Kategoriensystem der Inhaltsanalyse sowohl induktiv als auch deduktiv, das bedeutet, die Kategorienerstellung erfolgte einerseits auf Basis des theoretischen, im Vorfeld erarbeiteten Wissens, andererseits wurden die subjektiven Perspektiven und Einschätzungen der InterviewpartnerInnen bei diesem Arbeitsschritt berücksichtigt und in die einzelnen Kategorien eingefügt. Nach Mayring gibt es unterschiedliche Techniken der Kategorienbildung. In dieser Arbeit wurde die Technik der Zusammenfassung verwendet, das heißt, das Datenmaterial wird paraphrasiert und reduziert, um letztendlich die wesentlichen Inhalte für die Analyse zu erhalten. Das Kategoriensystem besteht

aus vier Hauptkategorien. Diese gliedern sich in Unterkategorien, die mit dazu passenden Ankerbeispielen aus den geführten Interviews versehen werden.

Oberkategorie	Unterkategorie	Ankerbeispiel
Status- Quo und gegenwärtige Auseinandersetzung	Erfahrungen in Rahmen der aktuellen Tätigkeit	„Ich habe einfach so geringe Erfahrungen, nur die eine, die ich im Hospiz gemacht habe.“
	Geringe Inanspruchnahme von Heimplätzen	„Ja diese Nachfragen sind noch wirklich Einzelfälle.“
	Status-quo bedürfnisorientierter Altenpflege	„[...] man stellt sich individuell auf den Bewohner ein.“
	Mögliche Zugangsbarrieren	„Ich kann mir gar nicht vorstellen, dass es Behinderungen gibt, auch für diese Personengruppe, oder dass sie sich behindert fühlen [...]“
	Handlungsbedarf	„die Angebote attraktiver machen, soziale Aktivitäten anpassen an die Kultur [...]“
Spezifische Bedürfnisse	Bedeutung von Kultur und Religion	„Das ist sicher die Angehörigenbetreuung, noch vermehrt, ja weil ja viele Angehörige kommen, das ist die letzte Lebensphase, weil sie aus einer anderen Kultur kommen.“
Zukünftige Entwicklungen	Zukünftiger Bedarf an Heimplätzen	„Ich bin mir sicher, dass sich das genauso entwickeln wird, vielleicht jetzt nicht in fünf Jahren, aber in absehbarer Zeit genauso entwickeln wird wie bei allen Wiener und Wienerinnen.“
	Einschätzungen bezüglich einer monokulturellen Pflegeeinrichtung	„Also, ich persönlich würde es nicht machen, eben wegen dieser Integrationsgeschichte.“
	Einschätzung bezüglich einer multikulturellen Pflegeeinrichtung	„Sicher. Das wird auch die Zukunft sein, das wird man dann gar nicht mehr speziell dann sagen müssen, ich denke wir werden multikulturell werden.“
	Integration in bestehende Pflegeeinrichtungen	„[...] dann sehe ich da wirklich kein Problem, warum das nicht in die bestehenden Institutionen einzubinden wäre.“

Abb.14: Kategoriensystem für die Auswertung der Interviews

Quelle: Eigene Darstellung

7.3 Ergebnisse und Interpretation

Aus der Tatsache heraus, dass insgesamt nur vier Interviews geführt wurden und nur eine Person für die jeweilige Interessensgruppe steht, ist die Repräsentativität für ganz Österreich in der vorliegenden Arbeit nicht gegeben, einerseits wegen der vorab erwähnten geringen Stichprobenanzahl, und andererseits, weil die interviewten ExpertInnen in ihrer Funktion vorwiegend in Wien tätig sind. Jedoch lassen sich Tendenzen in manchen Thematiken feststellen, die den Ergebnissen der Befragung nach meiner Überzeugung einen gleichwohl hohen Grad an Extrapolierbarkeit verleihen.

Status quo und gegenwärtige Auseinandersetzung

- Erfahrungen im Rahmen der aktuellen Tätigkeit

Diese Frage wurde allen InterviewpartnerInnen gestellt, um vorab zu klären, ob allgemein Erfahrungen mit türkischstämmigen SeniorInnen im Rahmen ihrer aktuellen Tätigkeit bestehen. Da als Voraussetzung für die Auswahl der InterviewpartnerInnen aus Politik und Community ein hoher Erfahrungswert galt, verfügten die jeweiligen ExpertInnen bereits über dementsprechende Erfahrungen.

13. Z.6: *„Natürlich habe ich im Rahmen meiner politischen aber auch beruflichen Laufbahn Erfahrung mit vielen Zuwanderern. Das ist ja auch eines meiner politischen Themen, speziell älterer Migranten.“*

14. Z.23: *„[...] weil ich muttersprachlich türkisch bin, meine Klientel kommen mit Migrationshintergrund aus der Türkei [...]“*

Das Ergebnis einer geringen oder praktisch nicht vorhandenen Erfahrung mit dieser Bevölkerungsgruppe im Geriatriebereich überrascht nicht und bestätigt die geringen Erfahrungen der Trägerorganisationen stationärer Pflegeeinrichtungen in Wien.

11, Z. 3: *„Nein, also wir haben überhaupt noch nie türkischstämmige Bewohner bei uns gehabt, also nein absolut nicht.“*

12, Z. 166: *„Ich habe einfach so geringe Erfahrungen, einfach nur die eine, die ich im Hospiz gemacht habe [...]“*

- Inanspruchnahme an Heimplätzen

Um die gegenwärtige konkrete Nachfrage an Heimplätzen seitens türkischstämmiger SeniorInnen bzw. ihrer Angehörigen zu veranschaulichen, wurde ebenfalls auf allen Ebenen die gleiche Frage gestellt. Hinzuzufügen ist, dass bei Nachfrage an Heimplätzen der Fonds Soziales Wien konkreter Ansprechpartner ist. Folglich repräsentieren die Antworten Einschätzungen seitens der MitarbeiterInnen- und Managementebene zu diesem Aspekt:

I1, Z.13: *„Also ich glaube, dass noch keine Nachfrage besteht, weil wir kriegen sonst immer wieder Anfragen von Heimplätzen direkt, aber noch nie von türkischstämmigen.“*

I2, Z.13: *„Ist eher noch gering.“*

I3, Z.24: *„Ja diese Nachfragen sind noch wirklich Einzelfälle.“*

I4, Z.80: *„[...] weil es gibt natürlich Bedarf, bestimmt [...] einige einzelne Personen [...]“*

Die ExpertInnen-Befragung hinsichtlich der Nachfrage an Heimplätzen veranschaulicht, dass diese derzeitig noch sehr gering ist und unterstreicht dementsprechend die Untersuchungsergebnisse österreichischer Studien. Folglich war es bei den vorangegangenen übereinstimmenden Antworten aller Interessensgruppen notwendig, sich nach den Gründen für diese Tatsache zu erkundigen:

I1, Z.6: *„Ich glaube, es gibt noch keine, also so alte Türkischstämmige in Wien, dass sie in der Geriatrie wären.“*

I2, Z.150: *„Ich glaube, dass das Familienleben ein ganz anderes ist, als von einem Durchschnittsösterreicher, sehr, sehr, ich hab das bei meinen Beispiel gesehen, dass es da gar keine Überlegungen gibt, ob man dann jemanden in ein Pflegeheim gibt. Ja, das ist normal, dass die zuhause bleiben. Da stellt sich dann eher die Frage, wie komme ich zuhause zurecht.“*

I3, Z.115: *„Ja, ja das habe ich schon mit Betroffenen, vor allem nicht nur mit türkischen sondern auch mit islamischen Ländern auch arabischen. Es ist nicht nur, dass sie Angst haben, dass sie Schweinefleisch zu essen bekommen [...] Es ist nach wie vor eine Schande für die Familie, jemanden der älter ist, sozusagen in eine Pflegeinstitution zu geben, und da funktionieren die Familienverbände noch viel, viel besser. Das ist das Eine. Und das Andere ist, dass sie noch nicht so alt sind, es gibt statistische Daten, dass die noch nicht so zwischen siebzig und achtzig sind.“*

14, Z. 87: „Viele sind jetzt an der Grenze, viele kommen jetzt gerade in die Pensionen und oder Frühpensionen, aber pflegebedürftig werden sie so in fünf Jahren [...]“

Es wird von allen Befragten davon ausgegangen, dass vor allem die noch verhältnismäßig geringe Anzahl Hochaltriger und die noch funktionierenden Familienverbände innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe für die geringe Nachfrage bzw. Erfahrungen im Bereich der Altenpflege verantwortlich sind. Aufgrund der derzeitigen Altersstruktur und der somit noch nicht gegeben schweren Pflegebedürftigkeit vieler türkischstämmiger SeniorInnen ist anzunehmen, dass die ambulante Pflege (Hauskrankenpflege) durchaus als eine Option gesehen wird, falls Hilfestellungen im täglichen Leben oder Betreuung benötigt werden. Zusätzlich scheint die Möglichkeit, ambulante Pflege in Anspruch zu nehmen, weitaus attraktiver, da es nach wie vor vorgezogen wird, zuhause innerhalb der Familie zu bleiben und deswegen stationäre Versorgungsangebote eher abgelehnt werden.

- Status-Quo bedürfnisorientierter Altenpflege

Ein weiteres Hauptaugenmerk der Interviews liegt auf der gegenwärtigen Auseinandersetzung mit dieser Thematik. Dabei kamen verschiedene Aspekte, wie die bestehende Maßnahmen zur Erreichung dieser Zielgruppe, mögliche Vorbereitungen der Pflegeeinrichtungen auf SeniorInnen mit Migrationshintergrund, die Berücksichtigung unterschiedlicher Anforderungen der BewohnerInnen und die Aktualität in Aus- und Weiterbildung, zur Sprache. Im Vordergrund steht, einen Überblick über die gegenwärtige Situation zu geben und diese war somit einer der zentralen Diskussionspunkte in den Interviews. Die Gespräche machen deutlich, dass Trägerorganisationen der Pflegeheime nicht selbst für die Entwicklung von Maßnahmen verantwortlich sind. Folglich wurden hier mögliche bestehende Maßnahmen ausgehend von der Stadt Wien thematisiert.

11, Z.17: „Meines Wissens nicht.“

12, Z.23: „Sicher, sicher, also die, die Zuweisung der Bewohner hier erfolgt über den FSW, ja, und da gibt es Stützpunkte in Bezirken, und da wird es sehr wohl schon angenommen, die Heimpflege [...] also von den ausländischen oder türkischstämmigen Patienten [...] sicher mehr Folder in Fremdsprachen, auch für die ältere Generation.“

12, Z.89: „[...] Das ist ja momentan sehr in, der Krankenanstaltenverbund macht Werbung, dass wir so ausländerfreundlich sind und dass wir natürlich verschiedene Nationalitäten im Betreuungsteam haben, momentan das Thema.“

13, Z.62: „FSW haben diese muttersprachlichen BetreuerInnen, die diese Kontakte mit den älteren Menschen in Wien machen und eben versuchen, den Bedarf erheben und das sind ExpertInnen, die genauso diesen kulturellen Background kennen [...]“

14, Z.138: „[...] es gibt sie, in jedem Pflege und Betreuungsdienst mittlerweile eine muttersprachliche Beratung für die Migranten [...] Aber sonst fällt mir nichts ein für Migranten, extra geschaffen [...] also die Stadt Wien wissen schon, dass, also diese Problematik, weil bei einigen wie zum Beispiel Diversity Check und so eine (unverständlich) aber das hat wieder Tageszentrum betroffen.“

13, Z.85: „Absolut. Das sind auch diese transkulturelle Pflege und bedarfsdefinierte Angebote für eben andere aus anderem kulturellen Background. Wie haben auch alle bei diesen Neubauten, elf ganz moderne Pflege- und Wohnheime geben, auch Tagesstätten, auch diese Tatsache, dass Wien eine pluralistische und multikulturelle Stadt ist, haben wir nicht mehr so eine Kapelle, wo jetzt nur Symbolik für eine Religion vorhanden ist, sondern in allen Häusern Andachtsräume haben.“

Die Mehrheit der GesprächspartnerInnen gab an, dass Maßnahmen bestehen, die Bevölkerung mit Migrationshintergrund zu erreichen. Nur ein Interviewpartner verwies darauf, dass er diesbezüglich von keinerlei Bestreben weiß. Die Stadt Wien ist bemüht, mit muttersprachlicher Betreuung in den Beratungsstellen des FSW die Zielgruppen zu erreichen. Es bestehen zwar Initiativen, diese besitzen jedoch mehr Projektcharakter, wie zum Beispiel das erwähnte Projekt im Tageszentrum. Das neue Geriatriekonzept ist darauf bedacht, dass Wien eine multikulturelle Stadt darstellt und bietet folglich einen neutralen Gebetsraum anstatt einer christlichen Kapelle, der von alle BewohnerInnen zur Religionsausübung genutzt werden kann. Kultursensible Pflege scheint ebenso in Aus- und Weiterbildung eine wichtige Rolle zu spielen. Eine InterviewpartnerIn gab an, dass im Rahmen von Fortbildungsmöglichkeiten kultursensible Pflege schon seit längerer Zeit eine bekannte angebotene Thematik ist.

12, Z.86: „[...] es gibt ja auch schon Fortbildungen, also dass man auf die Religion auf die Angehörigen berücksichtigt, ja.“

13, Z.148: „[...] da verlasse ich mich absolut auf die Professionalität der Pflege und es ist schon lange ein Thema, ich kann mich erinnern, ich kann mich erinnern, dass wir schon in der Fortbildungsakademie schon so Seminare mit transkultureller Pflege [...] und auch diese Kommunikation die in vielen Institutionen jetzt angeboten wird.“

Wie im Kapitel 2.2 bereits angeführt, wird auch im Interview betont, dass die bedürfnis- und biografieorientierte Pflege die Basis für die Beziehung zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen darstellt. Folglich scheinen spezielle kultursensible Pflegekonzepte als überflüssig, da eine individuelle Betrachtung des Menschen in der Pflege im Vordergrund steht.

12, Z.75: „[...] man stellt sich individuell auf den Bewohner ein, ja egal jetzt, welche Hobbies er hat, welche Religion er hat, ja und das ist jedes Mal, ja da kommt jedes Mal eine neue Aufgabe, nicht, und so denke ich mir, kommt halt das nächste Mal ein türkisch sprachiger, ist halt wieder eine neue Herausforderung, ja. Von daher glaube ich, brauch man nichts Spezielles.“

12, Z.125: „[...] wir haben zum Beispiel die Seelsorge, ja die macht einmal im Monat, kann man nicht sagen eine Messe, sondern nicht nur für die Katholischen, sondern jeder der teilnehmen will, und wenn ich jetzt sage, es sind türkischstämmige die moslemisch sind, dann kann man das im Raum auch (unverständlich), ja das ist ein Raum, den man für alle Religionen nützen kann. Also in den neuen Pflegeheimen wird es das sicher auch geben.“

13, Z.153: „Also in den heutigen Geriatriestationen gibt es schon in den Teams so einzelne Personen, die eine andere Sprache sprechen, vor allem tschechisch, kroatisch, und das ist schon gut so viele Sprachen, das ist eine zusätzliche Ressource.“

Zusätzlich gibt es in dem Geriatriezentrum X das Angebot, an einer religionsübergreifenden Andacht teilzunehmen. Wichtiger Bestandteil der heutigen Pflegeeinrichtungen sind multikulturelle Pflegeteams und diese bilden eine wichtige Ressource in der Pflege. Aufgrund einer individuellen Pflege ist aus der Sicht der Management-, MitarbeiterInnen- und politischen Ebene eine bedürfnisorientierte Altenpflege in bestehenden Pflegeeinrichtungen möglich, da das grundsätzlich ganzheitliche Pflegekonzept die Berücksichtigung kultureller und religiöser Bedürfnisse mit einschließt. Hingegen verweist die Interviewperson aus der türkischstämmigen Community auf erhebliche Hürden bezüglich der Inanspruchnahme stationärer Versorgungseinrichtungen, welche anschließend detailliert beleuchtet werden.

- Mögliche Zugangsbarrieren

Da die Literatur immer wieder auf Zugangsbarrieren für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund hinweist, stellen mögliche Hürden für eine Inanspruchnahme von Pflegeeinrichtungen einen weiteren wichtigen Diskussionspunkt dar. Bei dieser Thematik kristallisierten sich zwei sehr unterschiedliche Meinungsrichtungen heraus. Dabei war dem Großteil der ExpertInnen bewusst, dass die Sprachproblematik, insbesondere der ersten Generation, mit ihren möglichen Konsequenzen eine grundlegende Herausforderung darstellt.

11, Z.27: *Das ist jetzt vielleicht sag ich einmal mutmaßend, aber ob die älteren türkischstämmigen nicht Deutsch können, das weiß ich nicht. Das stellt sich immer so dar in den Medien, aber ob es stimmt oder nicht, kann ich nicht behaupten, [...] Also wir haben ja viele gemeinschaftliche Aktivitäten, aber wenn die Sprache eine Barriere ist, ist das halt ein Problem. [...] Wenn die in Österreich leben, dann ist die einzige Barriere die Sprachbarriere, meiner Meinung nach.“*

12, Z.48: *„Kann schon sein. Kann schon sein, also ich glaub das, das zweite und dritte Generation ja praktisch Deutsch spricht, ist das wieder weniger [...]“*

13, Z.126: *„[...] es gibt jetzt Deutschkurse gerade für ältere Migranten, insbesondere für nicht berufstätige ältere Migranten aus diesen türkischen Communities, ganz spezielle Angebote für diese Gruppe. Manchmal sind noch die Alphabetisierungskurse notwendig [...] wir entwickeln gerade so etwas wie einen Integrationsbarometer, wo wir versuchen ganz messbare Daten aus unterschiedlichen Ecken zu bekommen, die die Integrationsangebote, sprich Sprachangebot so anzubieten, dass sie alle erreichen, also wenn es um diese sprachliche Barrieren geht, aber es soll unabhängig von Alter, Religiösen, Geschlecht, Einkommen, also dass der Zugang einfach für alle offen ist.“*

14, Z.32: *„[...] die kommen ja aus einer schlechten sozialen Schicht aus der Türkei, daher ist die Bildung sehr niedrig oder überhaupt keine, also Analphabeten und da gibt's natürlich viele Probleme.“*

Die Stadt Wien reagiert auf diese Problematik mit muttersprachlichen BetreuerInnen im FSW und weiteren integrationsfördernden Maßnahmen wie Alphabetisierungs- und Sprachkursen speziell für ältere MigrantInnen, um der Sprachproblematik Herr zu werden. Zusätzlich wird angegeben, dass die zweite oder dritte Generation als wichtige Übersetzungshelfer dienen kann. Ein aufschlussreiches Phänomen aller durchgeführten Interviews ist der

festgestellte Mangel an türkischstämmigem Pflegepersonal. Wie im Literaturteil (Kap. 4.2.1) bereits thematisiert, bestätigten drei GesprächspartnerInnen diese Tatsache.

11, Z.45: „[...] ja wie sagt man da Nationalitäten im Haus, aber zufälligerweise überhaupt keine türkischstämmigen. Also das glaube ich, hängt möglicherweise auch mit der Religion zusammen, dass sie nicht diesen Beruf ergreifen.[...] Ich glaube es gibt, zumindestens habe ich nicht viel erlebt, türkischstämmige Frauen, Männer glaube ich überhaupt nicht, aber bei Frauen, habe ich vielleicht eine oder zwei erlebt, die die Krankenpflegeausbildung gemacht haben, also selbst wenn ich sie beschäftigen würde wollen, würd es sie nicht geben.“

13, Z.72: „[...] da war auch ein Thema, türkischstämmige Krankenschwestern, also die eben auch Türkisch sprechen, und wir haben sogar im KAV, das liegt einige Jahre zurück, sogar extra geworben dafür, dass das jetzt nicht so, ich kann es mir nicht erklären, warum aus dieser Community die Frauen diesen Beruf weniger ergreifen, aber ich denke das wird sich genauso ändern wie bei anderen Frauen und Männern diesen Beruf ergreifen, also man muss vor allem diesen Bedarf ansprechen und notwendige Informationen an den Schulen aufhängen.“

14, Z.23: „[...] zum Beispiel Problematik, dass sie so wenig Pflegepersonal mit türkischstämmig gibt, also das fällt in diesem Bereich dass es einen Bedarf und Mangel gleichzeitig, und zum Beispiel wenn ich zu diesen Leuten gehe, und die Heimhilfe oder andere sozialen Dienste brauchen, die erste Frage ist, kann diese Person Türkisch [...]“

Mögliche Gründe, warum türkischstämmige MitarbeiterInnen im Bereich der Pflege kaum vorhanden sind, können von den GesprächspartnerInnen zurzeit nur vermutet werden. Ferner wird von einer InterviewpartnerIn angenommen, dass aufgrund kultureller Hintergründe eine ablehnende Haltung gegenüber diesem Beruf herrscht. Eine weitere Erwartung kennzeichnet, dass das Interesse zukünftig ohnedies ansteigen wird. Trotzdem ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass die Problematik des mangelnden türkischstämmigen Pflegepersonals durchaus in der Politik bekannt ist und bislang auch schon Initiativen gesetzt worden sind, diese Bevölkerungsgruppe gezielt zu umwerben. Obwohl Versuche gestartet wurden, besteht bis dato nach wie vor ein eklatanter Mangel an türkischstämmigem Pflegepersonal. Aus Sicht der Community werden verschiedene Gründe angegeben, warum bislang die zweite und/oder dritte Generation diesen Beruf nicht ergreift. Grundlegende Probleme scheinen alltägliche Diskriminierungen gegenüber dieser

Bevölkerungsgruppe und Informationsmangel innerhalb der türkischstämmigen Community.

14, Z.47: *„[...] ja alltäglich vielleicht Rassismus betroffen sind, dass betrifft die Frauen, die die Kopftücher tragen, und zweitens, ich glaube, weil sie da auch keine gute Informationen [...] bekommen haben [...].“*

Eine weitere Vermutung ist für die interviewte Person aus der Community, dass das Image des Berufs im Aufnahmeland Österreich als minderwertig gilt, obwohl der Pflegeberuf in der Türkei sehr wohl gesellschaftlich angesehen ist. Diese Problematik scheint eine Hürde dafür darzustellen, diese Ausbildung in Erwägung zu ziehen.

14, Z.38: *„der Pflegebereich in der Türkei ist angesagt, [...] da braucht man große Anerkennung von der Gesellschaft, und was das in Österreich, ich hab auch das Gefühl, da ist was schiefgegangen [...] sie wollen keinen körperlichen oder es wird jetzt grob, das was ich jetzt ausdrücke, Arsch wischen oder putzen und so etwas [...] Aus dem Berufsimagen aus der Türkei stammt das nicht. Und von hier vielleicht hat es, ist es möglich allgemein, also nicht türkisch, einen schlechten Image hat, weil wenn man das im Pflegebereich anschaut, sind ja auch sehr wenige österreichische Leute, da sind viele Migrantinnen, da sind vielleicht nicht nur Probleme von türkischen Menschen sondern auch von österreichischen.“*

Eine Ablehnung aufgrund der Kultur oder religiöser Vorschriften wird seitens der Community nicht genannt.

14, Z.68: *„Also bei der Religion ist meinem Wissen nach nicht festgeschrieben, dass jemand einen Anderen, der krank ist, nicht pflegen darf. Daher ist das für mich nicht Argumentation genug.“*

Vielmehr sind Aussagen über alltägliche Diskriminierungen dieser Bevölkerungsgruppe spürbar, beispielweise ist es fraglich, ob das Tragen von Kopftüchern im Pflegeberuf erwünscht ist und ausreichend Informationen für diese Bevölkerungsgruppe zugänglich ist. Folglich formuliert die Person aus der Community grundsätzliche Ängste dieser Bevölkerungsgruppe, welche aufgrund der vorab erwähnten Diskriminierungen entstanden sind. Neben der sprachlichen Problematik wurde seitens der Management-, MitarbeiterInnen- und politischen Ebene diskutiert, ob im Allgemeinen Zugangsbarrieren für diese Zielgruppe vorhanden sind.

12, Z.35: *„Ich kann mir gar nicht vorstellen, dass es Behinderungen gibt, auch für diese Personengruppe, oder dass sie sich behindert fühlen, weil ich sehe das auch bei meinen*

Hausarzt, ja meinem Hausarzt, der kommt aus dem Iran, und der hat auch schon diese Prospekte, ja über die Altenpflege, und auch schon in den verschiedenen Sprachen und daher glaube ich, ist auch gar kein Informationsdefizit. [...] Also wir haben ja auch Zweibett-Zimmer, ja, es liegen Männer nicht mit Frauen zusammen, es gibt auch eine Kost ohne Schweinefleisch, also es wird auf die Kostform eingegangen, es gibt die verschiedensten religiösen Betreuungen, also von daher, wüsste ich nichts.“

13, Z.105: *„Nein. Überhaupt nicht. Es gibt weder die Geriatriezentren, noch die Pensionistenwohnhäuser haben Zugangsbarrieren für diese Menschen, ob sie das so empfinden da, da müsste ich selber vielleicht eine Umfrage machen, da gab es immer wieder so Gerüchte, diese Gerüchte, dass es in den Pensionistenwohnhäusern sozusagen nicht so einfach ist für Türkischstämmige [...] gibt es keine Zugangsbarrieren und sollte es welche geben, dann dadurch, dann sollte man sie zu einem Thema machen, gerade diese Zugangsbarrieren, egal in welcher Form, ob das jetzt sprachliche oder Empfehlungen an speziellen Angeboten, und eben an Fachlichkeiten in Richtung transkultureller Pflege, das muss man dann in die Struktur einbinden.“*

Im Gegensatz dazu stehen die Informationen der MitarbeiterIn aus der Community, die auf vielfältige Hürden hinweisen. Bei Pflegebedürftigkeit in eine Pflegeinstitution zu ziehen stellt für die Mehrheit keine Option dar. Die Person aus der Community stellt klar, dass die Umsiedlung in eine Pflegeinstitution für einen pflegebedürftigen Einheimischen und dessen Angehörigen eine ebenso schwere Entscheidung darstellt. Bereits Koch-Straube thematisierte das grundsätzliche Erleben, die letzte Lebensphase in einem Pflegeheim zu verbringen zu müssen. Um die Situation von MigrantInnen in der Altenpflege besser verstehen zu können, ist es notwendig, zunächst den Blick auf die Situation von BewohnerInnen eines Pflegeheimes zu richten, ganz unabhängig davon, ob ein Migrationshintergrund besteht oder nicht. Denn die Übersiedlung in ein Pflegeheim stellt für die Mehrheit der älteren Menschen eine große Herausforderung dar: Es ist ein Eintritt in eine fremde Welt (vgl. Koch-Straube 2007: 416). Demzufolge ergeben sich neben dieser Tatsache weitere Hürden für türkischstämmige SeniorInnen.

14, Z.98: *„Heimplätze leider jetzt eine große Ablehnung, weil das noch nicht orientiert noch nicht für Migranten, weil also auch die Angehörigen für eine pflegebedürftige Person, die tun sich sehr schwer, [...] wegen der Sprache, wegen dem Essen, wegen der Kultur, wegen der Religion und wegen den anderen traditionellen und kulturellen Bedürfnissen, es macht die Sache viel schwieriger in den Institutionen.“*

14, Z.117: „Und auch die pflegende Person, die zu ihr kommt, also kann natürlich schwer schätzen jetzt, es hängt was die Person macht, macht irgendetwas wie körperliche Pflege, dass das in der Kultur überhaupt, sowieso bei der Pflege für alle Personen eine Scham, weil da ist eine fremde Mensch für jeden, also da möchte ich nicht nur Migranten, sondern jeden Mensch. Aber für den Migranten zusätzlich noch nicht von ihrem Kulturkreis ist, und nicht von ihrem Glauben ist, und auch ihre Sprache nicht kennt, das macht die Sache noch schwieriger.“

Diese Interviewpassagen decken sich mit den Ergebnissen der Literaturrecherche. Nach wie vor bestehen aus der Sichtweise der Community erhebliche Zugangsbarrieren zu den Institutionen der Altenhilfe, welche bislang kulturelle Konzepte nicht einbezieht. Folglich ist in einem Pflegeheim ein würdevolles Altern für diese Bevölkerungsgruppe nicht möglich.

- Handlungsbedarf

Anhand der Interviews lässt sich erkennen, dass der Handlungsbedarf seitens der Pflegeeinrichtungen aufgrund nicht vorhandener Erfahrungen und der derzeit bestehenden geringen Nachfrage noch nicht gesehen wird. Demzufolge bestehen für das Pflegepersonal noch keine konkreten Herausforderungen bezüglich türkischstämmiger BewohnerInnen. Da insbesondere die Pflege praxisorientiert am Menschen arbeitet, ist anzunehmen, dass sich der Handlungsbedarf erst aus der konkreten Problemsituation in der Pflegepraxis heraus ergibt.

12, Z.145: „Ich denke, freilich wird es notwendig sein, und ich denke, man muss, wenn es soweit ist, muss man sich schon darüber Gedanken machen [...] weil ich denke mir, soll halt der Erste kommen, dann der Zweite, dann der Dritte, so gewöhnt man sich daran gegenseitig, so lernt man auch voneinander, und lernt dazu, auf was ich achten muss, was brauchen sie, und das ist ein Lernprozess, und dann wächst man zusammen.“

13, Z.146: „In Anbetracht dessen, dass da jetzt sozusagen kein Ansturm von heute auf morgen stattfinden wird, konzeptuell ist es vorbereitet und in Praxis natürlich muss sich entwickeln und da verlasse ich absolut auf die Professionalität der Pflege [...]“

14, Z.172. Aber das hängt von Politik ab, die Aufträge, weil im Endeffekt die Institutionen die Aufträge von der Stadt [...] Sonst wird das wenig ändern wenn einzelne engagierte Personen, so wie wir auch, interessieren und aufpassen, auch von der Leitungsebene, [...] braucht man einfach einen Auftrag von Politik und der Stadt, diesen Organisationen müssen zugänglich gemacht und Angebote gemacht werden, für die Migranten, die lange

Zeit hier leben und fast Einheimische geworden sind und die sind auch unsere, egal ob sie Staatsbürgerschaft haben oder nicht. Sie sind seit 40 Jahren da und für diese Menschen sollten auch Angebote da sein. Diese Mentalität fehlt, also allgemein diese Mentalität fehlt, und das sollte gemacht werden.“

Mögliche Verbesserungen seitens der Community und Politik betreffen die dringende Ausbildung türkischstämmiger MigrantInnen zu Pflegepersonal, sowie die Bereitstellung von bedarfsorientierten Angeboten. Diese Angebote ergeben sich aus der Perspektive von Politik und konkreten Erfahrungen und einer darauf folgenden entsprechenden Reaktion einer professionellen Pflege, um adäquate Dienstleistung für diese Bevölkerungsgruppe bereit zu stellen. Für die ExpertIn aus der Community ist es bislang noch nicht spürbar, dass auf politischer Ebene Problembewusstsein für diese Thematik herrscht. Somit fordert sie auf, konkrete Aufträge den Trägerinstitutionen zuzuweisen. Weitere Verbesserungsvorschläge seitens der Community sind, mehr niedrigschwellige Beratungsstellen anzubieten und die Angebote attraktiver zu machen, um die Akzeptanz stationärer Pflegeeinrichtungen innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe zu fördern. Konkrete Maßnahmen sind das Anbieten traditioneller Gerichte und beispielsweise das Bereitstellen türkischer Medien (Zeitschrift, Fernsehen). Neue mögliche Tätigkeitsbereiche, welche dafür zuständig sind, zwischen Einheimischen und MigrantInnen Kontakt herzustellen, sind wünschenswert, um mögliche Berührungsängste abzubauen und ein respektvolles Miteinanderleben zu fördern und zu erhalten. Insgesamt kommt der schon vorab erwähnten Berücksichtigung kultureller Bedürfnisse und Gewohnheiten dieser Bevölkerungsgruppe eine bedeutende Funktion zu, um die Akzeptanz von Pflegeeinrichtungen zu erhöhen.

Bedürfnisse

Die Berücksichtigung von kulturellen und religiösen Bedürfnissen in der Altenpflege ist im Pflegeprozess theoretisch zu beachten und gesetzlich verankert. Die Pflegedokumentation dient als Instrument, diese Ausprägungen festzuhalten. Weiters ermöglicht das neue Geriatriekonzept eine individuelle Betreuung in der Pflegepraxis (siehe dazu Kap. 2.2). Aufgrund der überwiegenden Zugehörigkeit der türkischstämmigen SeniorInnen zur islamischen Konfessionsgruppe spielt die Bedeutung von Religion und Kultur eine wesentliche Rolle. Es ist bei den InterviewpartnerInnen durchaus bekannt, dass ältere türkischstämmige SeniorInnen kulturspezifische Anforderungen aufweisen. Jedoch finden sich auch Wissensdefizite bei den InterviewpartnerInnen. Allerdings sind diese Defizite auch auf eine geringe Erfahrung mit türkischstämmiger Klientel im Altenpflegebereich zurückzuführen.

- Bedeutung von Kultur und Religion

I1, Z.66: *„Also da habe ich absolut keine Ahnung, ob da irgendwie, ob da jetzt noch andere Bedürfnisse sind, außer dass sie gewisse Dinge nicht essen, oder ein eigenes Betritual haben, aber da bin ich überhaupt nicht informiert, da weiß ich nichts.“*

I2, Z.85: *„Das ist sicher die Angehörigenbetreuung, noch vermehrt, ja weil ja viele Angehörige kommen, das ist die letzte Lebensphase, weil sie aus einer anderen Kultur kommen [...]“*

I3, Z.60: *„[...] dass wir auf ihre religiösen und auf ihre kulturellen Bedürfnisse Extra-Angebote machen müssen, das ist auch gar keine Frage, das haben wir im Geriatriekonzept ohnehin schon geschrieben [...]“*

Die Person aus der Community nimmt außerdem eine Zunahme der Religiosität mit steigendem Alter wahr und bestätigt somit das aus der Literatur entnommene Phänomen des „doing ethnicity“.

I4, Z. 272: *„[...] selber auch beobachte und wahrnehme die Menschen, die nicht einmal religiös waren, durch das Alter beschäftigen sie sich mehr mit den Religionen [...] dadurch glaube sind auch die Bedürfnisse andere, also die Menschen möchten dann etwas glauben, und welcher Kulturen sie gekommen sind [...] Aber sie nehmen zurück welche Religion ihre Eltern auch gehabt haben.“*

Weiters ist es für die ExpertIn der Community von enormer Bedeutung, dass nicht nur eine vegetarische oder schweinefleischlose Kost eine für die türkischstämmigen SeniorInnen gewohnte Ernährung ersetzt. Dabei spielen auch andere Geschmäcker und Ernährungsgewohnheiten eine wesentliche Rolle, die von Kultur zu Kultur und von Mensch zu Mensch verschieden sind. Die Tatsache, dass sich kulturell geprägte Bedürfnisse auf die Gestaltung der Altenpflege auswirken können, ist eine bereits bekannte Thematik, jedoch ist in der Diskussion um spezielle Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe erkannt worden, dass, wenn es um die existentiellen Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen geht, die Heterogenität wieder zusammengeführt werden kann (vgl. Kremla 2004: 6).

13, Z.39: *Und ich denke, wenn man in einen andere Kulturkreis sozialisiert wurde, und eine andere Religion hat, wenn man pflegebedürftig ist, sind sozusagen diese Bedürfnisse im täglichen Leben dieselben wie die eines Wieners, nur natürlich der soziokulturelle Background ist ein anderer [...]*“

14, Z.123: *„[...] würdevolle Pflege, oder würdevoll gepflegt zu werden, glaube ich ist Wunsch von allen Menschen, und für den Migranten glaube ich ist es wichtig und eben würdevoll innerhalb ihrer Community gepflegt zu werden.“*

Zusammenfassend lassen sich zwischen Einheimischen und MigrantInnen Unterschiede festmachen. Eine grundsätzlich Gemeinsamkeit aller Bevölkerungsgruppen ist *„der Wunsch nach einem würdevollen und erfüllten Leben im Alter: Wie dieses aussieht, unterscheidet sich von Kultur zu Kultur, aber auch von Mensch zu Mensch.“* (Goris 2009: 141). Somit ist innerhalb der Pflegepraxis herauszufinden, in welcher Ausprägung kulturell entstandene Bedürfnisse beim Einzelnen vorhanden sind und ob mögliche Differenzierung bei den Bedürfnissen innerhalb einer Kultur bestehen. Aufgrund der zunehmend heterogenen Bevölkerung ist hier wieder auf die Individualität jedes Einzelnen zu verweisen (vgl. Kaetewera&Uske 2001: 18).

Zukünftige Entwicklungen

- Zukünftige Nachfrage an Heimplätzen

Die ExpertInnen-Befragung macht deutlich, dass der Versorgungsbedarf türkischstämmiger MigrantInnen zunimmt und demzufolge der Bedarf an Heimplätzen zukünftig ansteigen wird.

12, Z.15: Also, ich würd sagen, dass sie sicher nicht so groß wird wie die von den Österreichern. [...] Aber was ich glaube ist, also was ich gesehen habe, dass diese aus der Türkei, vielleicht besonders von den Moslems sind sehr bestrebt, wie kann man da sagen, also, die haben einen sehr großen Familienstolz, [...] die sagen nein das ist meine Ehre, ich bin der Sohn und muss für meine Mutter sorgen, ja, also von daher glaube ich, ist das Bestreben sicher eher, sagen wir einmal 70% zu Hause zu bleiben.“

13, Z. 115.: „Ja, und so wie sich die Anzahl demografisch entwickelt, werden auch die Anfragen dieser Gruppe sichtbar.“

14, Z. 83: „[...] also in meine Schätzung ist in zehn Jahren oder fünf Jahren, also nicht mehr lange, wird es ganz anders ausschauen, [...] weil wie gesagt, bei den jetzigen Generationen, also dass zweite und dritte Generation arbeitet, Familien überhaupt diese traditionellen Familien wie das früher ausgeschaut hat, ändert sich. Das ist nicht mehr wie früher und die Kinder können nicht mehr betreuen oder pflegen [...]“

Allerdings geht eine InterviewpartnerIn davon aus, dass die Nachfrage zwar zunehmen wird, aber natürlich nicht in dem Ausmaß wie bei den Einheimischen und folglich zukünftig weiterhin die ambulante Pflege der stationären Versorgung vorgezogen wird.

- Einschätzungen bezüglich einer monokulturellen Pflegeeinrichtung

Aufgrund der Organisationsentwicklungen von Pflegeeinrichtungen in Deutschland, wurde im Interview die Bedarfseinschätzung und eine möglichen Option einer Errichtung einer mono- bzw. eine multikulturellen Pflegeeinrichtung für Österreich diskutiert. Zuerst wurde über ein monokulturelles, das heißt in diesem Fall über ein rein türkisches Pflegeheim, diskutiert.

11, Z.80: „Ich kann das nicht einschätzen, absolut nicht. Wie man ja sieht hat man ja in Wien, das jüdische Pflegeheim, also von der Religion, da geht es ja um die Religion, ich glaub schon, dass es ein moslemisches Pflegeheim, muss ja nicht ein türkisches sein,

sondern ein moslemisches, ich glaube, dass das schon eine gute Lösung wäre, um dem gerecht zu werden.“

I2, Z.134: „Also, ich persönlich würde es nicht machen, eben wegen dieser Integrationsgeschichte [...] vielleicht ist ja ein Bedarf da, keine Ahnung, aber ich glaube nicht, dass das gut wäre.“

I3, Z.89: „Es gibt Anträge für ein Wohnheim, für diese Gruppe extra Wohnheime zu bauen, aber meine politische Haltung ist eine andere, ich denke, und gerade jetzt wird viel diskutiert, über die sogenannte Parallelgesellschaft, ich bin absolut dagegen [...]“

I4, Z.209: „Jetzt bin ich positiv überrascht, davon habe ich nichts gewusst [...] für Wien vielleicht nicht so ein wahnsinnig großes Pflegeheim, aber ein kleines Pflegeheim ich kann mir schon vorstellen dass da Bedarf ist [...] ja aber in einem Pflegeheim oder in einem Ort, wo ihre gleichaltrigen, gleichen Erfahrungen gemacht haben, das ist dann für die Menschen attraktiv.“

Bei dieser Frage war es nicht überraschend, sehr konträre Antworten zu erhalten. Obwohl die InterviewpartnerInnen auf Management- und MitarbeiterInnen-Ebene eine türkische Pflegeeinrichtung nicht ablehnen würden, ist für sie die Integration in bestehende Regeleinrichtung möglich. Weiters kommt in diesem Zusammenhang die Diskussion um die Entstehung von Parallelgesellschaften zum Vorschein. Eine ablehnende Haltung einer InterviewpartnerIn resultiert aus der schon grundsätzlichen vorherrschenden Fremdenfeindlichkeit in Österreich und der Befürchtung, dass durch die aktuelle Integrationsdebatte der Unmut innerhalb der Bevölkerung wächst. Die Kontaktperson aus der Politik beschäftigte sich im Rahmen der beruflichen Funktion mit dieser Thematik und lehnt ein monokulturelles Pflegeheim als mögliche Option für Österreich oder Wien strikt ab. Hingegen basiert die Argumentation für eine monokulturelle Einrichtung aus der Perspektive der Community auf einem zweifellosen Wohlfühleffekt, wenn ältere SeniorInnen innerhalb ihrer Community altern können, was für diese auch mit dem Stichwort Altern in Würde gleichzusetzten wäre.

- Einschätzung bezüglich einer multikulturellen Pflegeeinrichtung

Zusammenfassend sind die Einschätzungen bezüglich einer multikulturellen Pflegeeinrichtung ähnlich der eines monokulturellen Organisationsmodell. Die

GesprächspartnerIn aus der Politik lehnt diese Art von Organisationsentwicklung ebenso ab, weiters ist auch hier die Frage der Integration oder einer möglichen Entstehung von Parallelgesellschaften aktuell. Zusätzlich stiftet dieses Modell für manche InterviewpartnerInnen Verwirrung, da sich grundlegende Fragen zur Organisation und Ausgestaltung stellen. Mögliches Konfliktpotenzial zwischen den heterogenen BewohnerInnen wird als Gefahr gesehen, wobei bei einer gut durchdachten und funktionierenden Organisation keine Probleme entstehen sollten.

11, Z.101: *„Wie sollte das ausschauen, das ist die Frage.“*

12, Z.116: *„Der ist sicher da, der ist sicher da. Wie groß, weiß ich nicht, es gibt ja auch ein Pflegeheim der israelischen Kultusgemeinde, also ja, da denke ich mir, es würde ja auch nichts dagegen sprechen, aber ich denke mir, das ist so eine Integrations Sache es würde sich niemand über die Israelis aufregen, weil man sich ja das gar nicht mehr traut. Aber im Endeffekt ist das wieder keine Integration.“*

14, Z. 258: *„Als Person ist mir das lieber, dieses weltoffene, ich glaub das ist auch gut, nur ich weiß nicht wie das geht, also wie das ausschauen kann [...] ob das bestimmte Kulturen miteinander Konflikte haben [...] aber es immer da wie das überall ist Gefahr dass Konflikte auftauchen können, aber das kann in einen österreichischen Heim eigentlich auch passieren.“*

Allerdings konkretisiert eine Interviewperson, dass die Errichtung eines multikulturellen Pflegeheims in Österreich, keine spezifische Institution darstellt, um adäquate Pflege anbieten zu können. Vielmehr wird betont, dass Pflegeeinrichtungen zukünftig bezüglich Personal und BewohnerInnen multikultureller werden. Diese Aussage unterstreicht das Ziel der Pflege, welche als abschließender Punkt beleuchtet wird.

12, Z. 140: *„Sicher. Das wird auch die Zukunft sein, das wird man dann gar nicht mehr speziell dann sagen müssen, ich denke wir werden multikulturell werden.“*

- Integration in bestehende Pflegeeinrichtungen

Die Stadt Wien verfolgt, wie schon im Theorieteil beschrieben, mit ihrem Diversity-Konzept das Ziel, die Bedürfnisse türkischstämmiger MigrantInnen in bestehende Pflegeeinrichtungen zu integrieren. Folglich kommt der Argumentation von der Kontaktperson aus der Politik insofern eine besondere

Bedeutung zu, als sie einen wichtigen Akteur bei der Gestaltung von Pflegeeinrichtungsangeboten darstellt und an der Entwicklung des neuen Geriatriekonzeptes mitgewirkt hat.

I3, Z. 91: *„[...] ich bin dafür, dass man in den Institutionen, in den Angeboten diese Möglichkeiten und Angeboten schafft, die adäquat den Bedürfnissen aller Wiener und Wienerinnen entsprechen, und da fast 40% aller Wiener zugewandert sind, dann müssen wir sowieso in diese Richtung, nicht nur in Pflege und Betreuung, sondern in allen Bereichen, wie Ausbildung, Wohnen, berücksichtigen. Die Integration ist eine Querschnittsmaterie und nicht nur eine Frage der Gesundheit und Pflege.“*

Damit eine professionelle und bedarfsorientierte Pflege angeboten werden kann, sind kontinuierliche Evaluationen in den Einrichtungen der Altenpflege notwendig.

I3, Z.100: *„[...] meiner Meinung nach muss es regelmäßig evaluiert werden und die Angebote nachjustiert werden, damit man genau das den Menschen anbietet, was sie brauchen, und nicht nur für eine Gruppe, sondern individuell.“*

I3, Z.187: *„[...] also wenn wir all das, professionell begegnen und organisieren, viel Sensibilität und eben sowohl mit sprachlichen und kulturellen Kenntnissen, dann sehe ich da wirklich kein Problem, warum das nicht in den bestehenden Institutionen einzubinden wäre.“*

Ein weiterer Aspekt ist eine mögliche Entwicklung spezifischer Angebote innerhalb einer Pflegeinstitution, vorausgesetzt, entsprechende Erfahrungen aus der Pflegepraxis weisen diese als gewinnbringend für die Lebensqualität türkischstämmiger BewohnerInnen aus:

I3, Z.173: *„Ich kann mir auch durchaus vorstellen, dass innerhalb einer Institution sozusagen in Abteilungen vielleicht, also wenn das die Erfahrung so mit sich bringt also dass die Kommunikation besser funktioniert, in den Tagesabläufen, in der Organisation, da habe ich nichts dagegen, oder im Zimmer, wenn sie dann besser kommunizieren können.“*

Seitens der Community bestehen Zweifel daran, die eigenkulturellen Bedürfnisse in Organisation und Ausgestaltung in österreichische Pflegeheime integrieren zu können. Befürchtet werden mögliche Diskriminierungen gegenüber dieser Bevölkerungsgruppe. Außerdem reklamiert sie ein Recht auf ein würdevolles Altern innerhalb der eigenen Community, für diejenigen, denen die Integration nicht gelungen ist oder die sie für sich abgelehnt haben:

I4, Z.206: „Vielleicht dass die Menschen denken, okay, sie sind da, sie müssen integrieren, aber man kann nach 40 Jahren in dem Alter nicht mehr erwarten, dass diesen Menschen, also ich sehe es für mich, also für mich wäre das wie eine Folter, bitte, wenn ich so lange hier geblieben habe, gearbeitet habe, irgendein Lager, und von außen kaum Kontakt gehabt habe, die Sprache noch immer nicht kann, irgendwie immer ein Außenseiter war, und ja für diesen Menschen, wenn ich das mir vorstelle, dass ich sie bin, ich würde diese Bedürfnisse habe, also wenn ich in einer Pflegeeinrichtung gerne mindestens in dem Alter, wenn ich jetzt krank und pflegebedürftige bin, mit meiner eigenen Muttersprache einen Fernsehkanal anschau, eine Zeitschrift lesen, eine Essen zu essen, das ich gewohnt bin, [...] die haben auch Anrechte und Ansprüche, in meinen Augen.“

Jedoch scheint für die InterviewpartnerIn aus der Community die Integration in bestehende Regeleinrichtungen zwar mit Hürden verbunden zu sein, jedoch dort für überwindbar, wo die Pflegeinstitutionen auf die Gestaltungswünsche der türkischstämmigen Bevölkerung eingeht.

I4, Z.290: „[...] wenn man sich jetzt in kleinen Schritten, so in einigen Jahren einbaut, ich kann es mir vorstellen, in fünf Jahren wird es dann viel leichter, und das ist dann auch nicht mehr revolutionär, weil sich die anderen auch daran gewöhnen werden. Es gibt schon in der Gesellschaft leider Vorurteile, leider von allen Ebenen [...]“

Alle InterviewpartnerInnen sind sich einig, dass es möglich ist, sich auf unterschiedliche Anforderungen der BewohnerInnen einzustellen. Dabei müssen mögliche Herausforderungen überwunden werden, welche im Pflegealltag mit türkischstämmigen SeniorInnen noch sondiert werden müssen und in der Folge bei einer professionell funktionierenden Pflege in die Praxis umgesetzt werden. Einerseits ist zu erwähnen, dass einer Institution bezüglich ihres Handlungsspielraum Grenzen gesetzt sind. Eine InterviewpartnerIn hat dazu treffend formuliert, dass es beispielweise mit hohem Aufwand verbunden wäre, muttersprachliches Personal rund um die Uhr zur Verfügung zu stellen. Andererseits ist man auf allen vier Ebenen interessiert und bestrebt, unterschiedliche Anforderungen der BewohnerInnen in der Altenpflege zu berücksichtigen.

7.4 Ergebnisse aus dem empirischen Teil

Aus den Ergebnissen der Interviews geht hervor, dass Erfahrungen und Einschätzungen vom jeweiligen Arbeitsfeld der interviewten Person abhängig sind. Dabei bestätigte sich meine Erwartung geringer oder kaum vorhandener Erfahrungen mit türkischstämmigen MigrantInnen auf der Management- und MitarbeiterInnenebene. Gleichwohl ist die Thematik auf fast allen Ebenen präsent und insbesondere auf der politischen und Community-Ebene findet eine aktive Auseinandersetzung mit dieser Problematik statt. Schwere Pflegebedürftigkeit, die zur Inanspruchnahme eines Heimplatzes zwingt, ist aufgrund der derzeitigen Bevölkerungsstruktur noch auf Einzelfälle beschränkt und bei Hilfsbedürftigkeit wird gegenwärtig bevorzugt, die Hauskrankenpflege in Anspruch genommen. Jedoch zeigen sich Indikatoren dafür, dass der Versorgungsbedarf türkischstämmiger MigrantInnen zukünftig zunehmen und demzufolge der Bedarf an Heimplätzen steigen wird. Es herrscht Einigkeit darüber, dass bei schwerer Pflegebedürftigkeit die grundlegenden Bedürfnisse bei allen Menschen ähnlich sind.

Mögliche Zugangsbarrieren werden aus der jeweiligen Perspektive meiner InformantInnen unterschiedlich wahrgenommen. Die GesprächspartnerIn aus der Community weist vor allem auf vielfältige Zugangsbarrieren und die große Bedeutung des würdevollen Alterns innerhalb der eigenen Community hin. Mögliche Kommunikationsschwierigkeiten mit dieser Bevölkerungsgruppe sind ein Problem, das von allen InterviewpartnerInnen als besonders groß angesehen wird. Um dieser Herausforderung gerecht zu werden, wird die Inanspruchnahme der zweiten oder dritten Zuwanderergeneration als Dolmetsch in Betracht gezogen, darüber hinaus Alphabetisierungs- und Sprachkurse speziell für ältere MigrantInnen. Eine weitere Verbesserungsmöglichkeit wäre, türkischstämmige MigrantInnen gezielt für die Pflegeausbildung anzuwerben, um türkischsprachiges Personal als wichtige Ressource bereitstellen zu können und die Akzeptanz stationärer Pflegeeinrichtungen innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe zu steigern – muttersprachliches Personal gilt unter türkischstämmiger SeniorInnen als besonderes Desiderat. Auch das Angebot von niedrighschwelligen

Beratungsstellen ist zu erweitern, um Informationsdefizite zu vermeiden und bessere Aufklärungsarbeit zu leisten.

Die Entwicklung von ethnospezifischen Einrichtungen scheint nur der InterviewpartnerIn aus der Community ein Anliegen zu sein, immer vorausgesetzt, es existiert Bedarf. Die Mehrheit der InterviewpartnerInnen lehnt ethnospezifische Einrichtungen ab, da das neue Geriatriekonzept die Möglichkeit schaffen soll, allen WienerInnen, unabhängig von ihrer Herkunft, eine bedürfnisorientierte und individuelle Pflege anzubieten. Es sei Aufgabe der professionellen Pflege, auf unterschiedliche Bedürfnisse der BewohnerInnen adäquat zu reagieren. Spezielle Pflegekonzepte gelten als nicht notwendig, da die Pflege individuell und biografieorientiert arbeiten solle. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in den Pflegeeinrichtungen das Ziel verfolgt wird, unterschiedliche Anforderungen der BewohnerInnen zu integrieren. Darüber hinaus ist man bei der Entwicklung bedarfsorientierter Angebote innerhalb der Geriatriezentren für Modifikationen aufgeschlossen: so stellt beispielsweise die Einrichtung von Wohngruppen eine mögliche Option dar, die Lebensqualität türkischstämmiger SeniorInnen in der Altenpflege zu steigern. In jedem Fall gilt, dass die Sicherstellung einer professionellen und bedarfsorientierten Altenpflege eine kontinuierliche Evaluierung ihrer Einrichtungen notwendig macht.

8. Resümee

In Österreich kommen viele der ehemaligen ArbeitsmigrantInnen der ersten Generation zunehmend ins Pensionsalter. Ein Teil von ihnen kehrt in ihr Herkunftsland zurück, der andere bleibt in Österreich, sei es, weil er inzwischen hier seinen Lebensmittelpunkt hat, sei es aus gesundheitlichen oder auch aus wirtschaftlichen Gründen – so gestattet das österreichische Sozialversicherungsgesetz bei Inanspruchnahme eines im Lande erworbenen Pensionsanspruchs pro Jahr nur sechzig Tage Auslandsaufenthalt. Mithin werden in naher Zukunft zahlreiche MigrantInnen versorgungs- und/oder betreuungsbedürftig werden. Dies bringt für die älter werdenden MigrantInnen eine ganze Reihe materieller, psychosozialer und betreuungspsychologischer Herausforderungen mit sich, ebenso wie für die familiäre und die in meiner Arbeit im Mittelpunkt stehende öffentliche Altenpflege. Zu den besonderen

Herausforderungen für die öffentliche Altenpflege gehört die kooperative Planung und Gestaltung zwischen familiärer und stationärer Betreuung, zwischen Spitälern und Pflegeheimen, sowie die möglichst weitgehende Harmonisierung des Fremd- und Selbstanspruches einer kultursensiblen, d.h. auf die spezifischen Bedürfnisse der MigrantInnen eingehende Betreuung. Damit verbunden ist die Frage, wie eine kultursensible MigrantInnenbetreuung in das bestehende, bisher vor allem an österreichischen Sozial- und Kulturstandards orientierte Betreuungssystem integriert werden kann, sodass es von beiden akzeptiert wird, von MigrantInnen und der altansässigen österreichischen Mehrheitsbevölkerung. Anders formuliert: Welches Verhältnis von integrierter und segregierter Altenbetreuung wird den z.T. recht unterschiedlichen Betreuungsanforderungen am besten gerecht.

Die beiden größten Zuwanderergruppen nach Österreich kommen aus der Türkei und aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien. Da besonders bei türkischen Zuwanderern durch die kulturelle *und* religiöse Differenz die Anforderungen an die Altenbetreuung besonders groß sind, liegt auf ihnen der Schwerpunkt meiner Arbeit.

Deren Ziel ist es, herauszufinden, wie das Handlungsfeld der Altenpflege auf die spezifischen Anforderungen türkischstämmiger MigrantInnen reagieren muss, um eine zielgruppengerechte Betreuung in Pflegeheimen zu gewährleisten. Um diese Forschungsfrage zu beantworten, habe ich einerseits eine Sichtung facheinschlägiger Literatur vorgenommen, andererseits ExpertInneninterviews mit vier wichtigen Stakeholdern aus den Bereichen Politik, Management, Community und Pflegepersonal durchgeführt und analysiert.

Hier zunächst die Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Literaturrecherche:

Sie bestätigt für andere europäische Länder, vor allem für Deutschland, den altersbedingt auch für Österreich prognostizierten Bedarfszuwachs an einer von der öffentlichen Hand getragenen MigrantInnenbetreuung. Die etwas „rosige“ Annahme, die familiäre Altenpflege werde den bevorstehenden Bedarfszuwachs auffangen, wird großmehrheitlich als unrealistisch verworfen. Dass sich auch die türkische Community ideell auf diesen Strukturwandel

einstellt, zeigt u.a. Reinprecht (2006) auf, der feststellt, dass unter türkischstämmigen MigrantInnen zwar weiterhin eine Präferenz für die häusliche Altenpflege besteht, für den angenommenen Akutfall jedoch die Akzeptanz von Pflegeeinrichtungen steigt. Diese Akzeptanz ist jedoch laut deutscher Studien nachhaltig an die Umsetzung einer kulturgruppensensiblen Betreuung gekoppelt.

In diesem Sinne wird in einschlägigen Bedarfsstudien zum Thema kultursensibler Altenbetreuung die detaillierte Analyse von Zugangsbarrieren eingefordert. Vor allem vier solcher Barrieren werden ausgemacht:

Da ist zunächst die Sprachbarriere. Es ist davon auszugehen, dass angesichts oft geringer Deutschkenntnisse, dabei unter Frauen stärker als unter Männern, der Bedarf an Betreuungspersonal mit zielsprachlicher Kompetenz deutlich steigen wird. Hier ist eine deutliche Aufstockung des in öffentlichen Pflegeeinrichtungen bisher äußerst kleinen Kontingents an türkischsprachigem Personal vonnöten.

Als deutlich defizitär gilt auch der Informationsstand unter MigrantInnen, sei es über die Möglichkeiten der Integration von familiärer und stationärer Betreuung oder über die Beschaffenheit des stationären Betreuungssystems im deutschsprachigen Raum allgemein. Mit Blick auf Österreich wird hier festgestellt, dass angesichts der Überlastung der Betreuungssysteme kaum mit einer von ihnen ausgehenden eigeninitiativen Informationsoffensive zu rechnen ist.

Defizitär ist laut Forschung des Weiteren das Geltendmachen bestehender Rechtsansprüche seitens vieler MigrantInnen auf öffentliche Dienstleistungen, zu denen eben auch das Recht auf die Inanspruchnahme öffentlicher Pflegeleistungen gehört. Als Grund dafür werden verbreitete Berührungsängste gegenüber der öffentlichen Verwaltungsbürokratie bzw. latente bis offene Furcht vor ausländerrechtlichen Folgen benannt.

Eine vierte in der Literatur häufig benannte Barriere ist die mangelnde Berücksichtigung des spezifischen kulturellen Hintergrundes pflegebedürftiger MigrantInnen, vor allem mit Blick auf ihr Körper- und Gesundheitsverständnis. So vernachlässigt laut einschlägiger Forschung die naturwissenschaftlich fundierte Medizin des deutschsprachigen Raums den Umstand, dass

Gesundheitsvorstellungen in starkem Maße kulturgebunden sind und entsprechend variieren. Hiesige medizinische Praxis ist großmehrheitlich am Gesundheitsverständnis der Mehrheitsbevölkerung orientiert und zeigt sich eher unsensibel für das Körper- und Gesundheitskonzept von Menschen muslimischen Glaubens.

Eine auf die Bedürfnisse von MigrantInnen eingehende kulturgruppenspezifische Altenbetreuung umfasst ein breites Spektrum an Maßnahmen. Genannt werden in diesem Zusammenhang vor allem die folgenden Elemente:

- muttersprachliches Betreuungspersonal,
- eine glaubensangepasste Ernährung,
- die Möglichkeit freier Religionsausübung und die entsprechende Berücksichtigung von Gebets-, Fest- und Fastenzeiten in der Strukturierung des Pflegealltags,
- die Berücksichtigung kulturell geprägter Geschlechterkonzepte, so etwa in Form gleichgeschlechtlicher Pflege sowie die Wahrung der Intimsphäre,
- die Respektierung und Erfüllung kulturspezifischer Hygienevorstellungen,
- die Sicherstellung einer kulturadäquaten Sterbebegleitung sowie Totenversorgung.

Als Schlüssellelement für die Umsetzung einer kultursensiblen Betreuung von pflegebedürftigen MigrantInnen wird die Ausstattung des Pflegepersonals mit transkultureller Kompetenz bei gleichzeitiger interkultureller Öffnung des gesamten Gesundheits- und Betreuungssystems im Sinne der Diversity benannt.

Notwendige Grundlage einer transkulturellen Kompetenz ist das Sich-Lösen von einem schematischen, interne Differenzen nivellierenden Bild anderer Kulturen und die Wahrnehmung des Anderen in einem ausgewogenen Verhältnis aus überindividuellen bzw. kulturgruppenspezifischen Prägungen, d.h. als Mitglied einer bestimmten Kulturgemeinschaft, zugleich jedoch stets auch als Einzelpersonlichkeit. Eine in diesem Sinne transkulturelle Kompetenz

soll auf folgenden drei Elementen aufbauen: auf Selbstreflexion, Hintergrundwissen bzw. Erfahrung und auf sog. narrative Empathie. Mit *Selbstreflexivität* ist gefordert, dass sich das Pflegepersonal der eigenen Subjektivität und kulturellen Konditionierung in der Wahrnehmung des Anderen bewusst wird, und dadurch leichter der Gefahr zu entgeht, dessen Fremdsein vorschnell auf Basis von Begriffen des Eigenen verstehen zu wollen und ihn nach vorformulierten Kriterien zu 'schubladisieren'. *Hintergrundwissen und Erfahrung* versteht sich als Aufforderung an das Betreuungspersonal, z.B. durch die gezielte Konsultierung von Menschen mit gleichem kulturellem Hintergrund wie die zu Betreuenden jenes Maß an kulturellem Wissen und Erfahrung zu erlangen, das für eine kultursensible Altenpflege notwendig ist. Und *narrative Empathie* meint das sich gesprächsbasierte Hineinarbeiten und Hineinführung in die kulturgruppenspezifische Befindlichkeit des pflegebedürftigen Gegenübers, ihn verstehen zu wollen und ihm zugleich in Bezug auf die Wertschätzung seiner Kultur auf Augenhöhe zu begegnen.

Was interkulturelle Öffnung mit Blick auf das Gesundheits- und Betreuungssystem als Ganzes angeht, so wird in der facheinschlägigen Literatur gefordert, diese mit Blick auf die Anschlussfähigkeit an bestehende Organisationsformen als Integrativkonzept mit seinen verschiedenen gesellschaftlichen, institutionellen und individuellen Implikationen zu konzipieren. Diese interkulturelle Öffnung des Betreuungssystems wird als Vier-Phasen-Konzept diskutiert: In der Vorbereitungsphase (1) wird nach Maßgabe der genannten Anschlussfähigkeit eine kombinierte Bestands- und Bedarfsanalyse vorgenommen. Ihr folgt (2) eine präzise Formulierung des Veränderungsvorhabens und dessen Operationalisierung. In der Implementierungsphase (3) erfolgt die Synthetisierung aus Bedarfs- und Bestandsanalyse auf der einen und der Zielformulierung auf der anderen Seite sowie deren Einbringung in sich interkulturell öffnendes Leitbild der Pflegeinstitution. Ihr folgt die Einbringung dieses Leitbildes in das Personalkonzept sowie die Gestaltung der Betreuung selbst. Die abschließende Phase (4) ist die der Evaluierung und Weiterentwicklung. Beides ist insofern notwendig, als der interkulturelle Umbau des bestehenden Pflegesystems zweifellos ein längerer Umgestaltungsprozess ist, dessen zielgerechter Verlauf

konstanter Evaluierung bedarf. Regelmäßig evaluiert werden soll dabei sinnvollerweise auch die Akzeptanz der schrittweisen interkulturellen Öffnung des Pflegesystems auf seiten der deutschstämmigen BewohnerInnen der Pflegeheime, die diesen Umbau natürlich mittragen müssen.

Mit Blick auf das Gesundheitswesen formuliert die sog. *Amsterdamer Erklärung* von 2004 das Leitbild für eine nachhaltige kulturelle Öffnung von Gesundheitseinrichtungen. Zentrale Eckpunkt dieser Erklärung sind die Wertschätzung und Akzeptanz von Menschen mit einem anderen als dem eigenen kulturellen Hintergrund, die sensible Sondierung und Befriedigung der spezifischen Behandlungs- und Pflegebedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppen sowie das Sich-Einsetzen für die Überwindung gesundheitlicher Defizite als Folge kultureller Differenz.

Sowohl in der Diskussion um die Amsterdamer Erklärung als auch in der Literatur zum Thema Diversity wird die erfolgreiche Umsetzung einer kultursensiblen Gesundheitsbetreuung und Altenpflege an das Zusammenwirken der verschiedenen an diesem Prozess beteiligten Gruppen gekoppelt. Als beteiligte Gruppen benannt werden dabei

- SpitalsbetreiberInnen bzw. (Qualitäts-)Management,
- KrankenhausmitarbeiterInnen und Gesundheitsberufe,
- NutzerInnen der Altenpflege, Angehörige, RepräsentantInnen von Migranten- bzw. ethnischen Minderheitsgruppen,
- Gesundheitspolitik und Administration sowie
- Gesundheitswissenschaften.

Als nützlich für die Diskussion der Frage des Verhältnisses zwischen Integration und Segregation in der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund und Angehörigen der österreichischen Mehrheitsgesellschaft erschien mir die Betrachtung von zwei vollstationären deutschen Pflegeheimen, die diese beiden unterschiedlichen Ansätze verfolgen und dabei besonders auf die Betreuung türkischstämmiger MigrantInnen fokussiert sind.

Da ist zum einen das vom Deutschen Roten Kreuz betriebene multikulturelle Seniorenzentrum ´Haus am Sandberg´ in Duisburg, das seit drei Jahren nach

Maßgabe des Konzepts der fördernden Prozesspflege von Monika Krohwinkel und unter enger Kooperation zwischen allgemeiner Migrationsarbeit und Altenbetreuung auf der einen und zwischen Wissenschaft und Praxis auf der anderen Seite an der Umsetzung eines interkulturellen Organisations- und Betreuungskonzeptes arbeitet. Zu der Fülle an einschlägigen Maßnahmen gehört die Einstellung qualifizierter MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund für alle Funktionsbereiche bzw. die Weiterbildung des bereits bestehenden Pflegepersonals, bauliche Maßnahmen wie die Einrichtung von Gebetsräumen für Christen und Muslime, ein Abschiedsraum für Verstorbene sowie eine internationale Bibliothek, des Weiteren die Akzentuierung des *Wohnaspektes* (neutrale Dienstkleidung des Betreuungspersonals, neutrale Anredeformen als 'Frau' und 'Herr', Möglichkeit der Mitnahme eigener Möbel etc.), ein diversifiziertes Kulturangebot in Form interkultureller Besuchsdienste, Koranlesungen, ein wöchentlichen mediterranen Markt, türkische Teestunden, das Begehen des islamischen Opfer- und Zuckerfestes, die Verfügbarkeit eines Hodscha (d.h. eines islamischen Geistlichen bzw. Religionslehrers), einer türkischen Köchin sowie die Sicherstellung gleichgeschlechtlicher Körperpflege für muslimische BewohnerInnen.

Im Rahmen der Evaluierung dieses Betreuungsmodells wurde deutlich, dass seine Akzeptanz für türkische Familien vor allem an die Verfügbarkeit bilingualen Personals und die Zugänglichkeit zu türkischen Kulturelementen gekoppelt ist. Obwohl von den ausländischen, v.a. türkischen BewohnerInnen des Seniorenzentrums 'Haus am Sandberg' ebenso wie von deren Familienangehörigen die Kulturspezifik in der Betreuung als insgesamt zufriedenstellend beurteilt wird – mit ein paar Abstrichen in der Frage steter Verfügbarkeit türkischsprachigen Personals – bleibt die Inanspruchnahme dieses Zentrums durch türkische SeniorInnen bisher im Wesentlichen auf Fälle schwerwiegender Pflegebedürftigkeit beschränkt. Die Akzeptanz der Kopräsenz türkischer Kulturelemente im Haus auf Seiten der deutschstämmigen BewohnerInnen scheint problemlos zu sein, gleichwohl zeigen sowohl deutschstämmige als auch türkische BewohnerInnen zumindest gegenüber der anderen Kulturgruppe ein deutlich segregatives Verhalten.

Während das 'Haus am Sandberg' ein multikulturelles Betreuungskonzept verfolgt, das die sich dort begegnenden Kulturen zu integrieren versucht, beherbergt das im November 2006 in Berlin-Kreuzberg gegründete ebenfalls vollstationäre Zentrum 'Türk Bakim Evi' ausschließlich türkische SeniorInnen. Es ist das erste Zentrum seiner Art in Deutschland. Sein Betreiber, die Marseille-Kliniken AG, steht dem Projekt einer interkulturellen Öffnung der deutschen Pflegeeinrichtungen kritisch gegenüber. Konzeptuelle Grundlagen des Pflegeleitbildes dieser Einrichtung sind das Pflegemodell nach Monika Krohwinkel, der sog. ICN-Kodex für Pflegende (d.i. der Kodex des International Council of Nurses, des Weltbundes der Krankenschwestern und Krankenpfleger) sowie die *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Umsetzung einer bedarfsgerechten Altenpflege soll durch die Ermöglichung der Gestaltung eines Lebens in Würde und in enger gestalterischer Anlehnung an das gewohnte Lebensumfeld (etwa durch Pflegebetreuung in der Muttersprache – dies auch im Falle der Inanspruchnahme medizinischer Betreuung in der Berliner *Charité*, mit der das Zentrum zusammenarbeitet –, eine strikt nach Geschlechtern getrennte Körperpflege, einen muslimischen Gebetsraum sowie türkische Küche und landesspezifische soziale Aktivitäten), durch die gezielte Unterstützung des Erhalts persönlicher Mobilität und Selbständigkeit sowie die Pflege familiärer Bindungen sichergestellt werden.

Sowohl das monokulturell ausgerichtete *Türk Bakim Evi* als auch das multikulturell konzipierte *Haus am Sandberg* existieren noch nicht lange genug, um empirisch gut abgestützte und damit extrapolierbare Aussagen über die Funktionalität und die Akzeptanz dieser beiden Pflegekonzepte abgeben zu können.

In Österreich wird die gesundheitliche und pflegerische Betreuung von älter werdenden MigrantInnen erst seit kurzer Zeit diskutiert. Die Bundeshauptstadt Wien hat hierzu im sog. 'Qualitätsprogramm für Wiener Wohn- und Pflegeheime' sowie im Pflegeleitbild für Altenpflegeeinrichtung die Selbstverpflichtung formuliert, den Bedürfnissen von BewohnerInnen mit und

ohne Migrationshintergrund gleichermaßen gerecht zu werden. Damit propagiert und betreibt sie ein auf Multikulturalität und Integration angelegtes Betreuungskonzept. Als Grundlage für die Erhebung der diversifizierten Bedürfnisse der BewohnerInnen dient die Idee einer individuellen und biographieorientierten Pflege. Um dies zu erreichen, ist es notwendig, alle an der Altenpflege beteiligten Akteure für die Anforderungen an eine kultursensible Betreuung zu sensibilisieren, gemeint ist ein Verbund von Politik, Vertretern der Community, Management und Pflegefachkräften. Gemeinsam haben sie die Aufgabe, nach Maßgabe einer möglichst detaillierten Bestandsaufnahme des Ist-Standes der österreichischen Altenbetreuung und des hiesigen Betreuungsbedarfs von älter werdenden Menschen mit Migrationshintergrund ein praxistaugliches Konzept für eine kultursensible Altenpflege zu entwerfen. Dabei wird es sicher sinnvoll sein, dieses Konzept als Entwicklungskonzept mit entsprechenden Evaluierungsphasen zu entwerfen, das flexibel genug ist, einem Betreuungsbedarf gerecht zu werden, der realistischweise nur mittelfristig zu bestimmen ist und dessen langfristige Entwicklung heute noch nicht abzuschätzen ist. Einige Herausforderungen werden sich gleichwohl zwingend ergeben.

- *Abbau von Zugangsbarrieren*

Die grundsätzliche Offenheit des Pflegeangebots heißt nicht, dass alle Bevölkerungsgruppen automatisch erreicht werden. Vielmehr besteht die Gefahr, dass ethnische Minderheiten, bildungsferne Schichten und andere benachteiligte Gruppen keine Kenntnis vom Pflegeangebot erlangen und, solange sie sich nicht manifestieren, auch nicht als Zielgruppe von Betreuungsmaßnahmen aufscheinen.

Hier stellen insbesondere türkischstämmige MigrantInnen eine in vielerlei Hinsicht benachteiligte Gruppe dar, vor allem auf Grund ihres sozialen Marginalisierung in der Aufnahmegesellschaft. Meine Gespräche mit den Stakeholdern bestätigen hier die Kundgaben aus der konsultierten Literatur, wonach vor allem die Sprachbarriere negativ zu Buche schlägt, sei es im Zugang zum Wissen um das Leistungsangebot der Altenpflegeeinrichtungen,

sei es in der Betreuung selbst, in der es bisher kaum türkischsprachiges Pflegepersonal gibt.

Als weitere behindernde Faktoren werden von meinen InformantInnen das Geltendmachen von Rechtsansprüchen auf Altersbetreuung und die Finanzierung der Pflegeleistung benannt, im ersten Fall in Funktion der abschreckend komplizierten Behördengänge, im zweiten Fall in (wenn auch manchmal nur scheinbarer) Ermangelung der wirtschaftlichen Mittel.

Auch inhaltlich gilt das bestehende Betreuungsangebote als noch zu wenig auf die Bedürfnisse türkischstämmiger SeniorInnen abgestimmt. Viele MigrantInnen befürchten eine unzureichende Berücksichtigung ihrer spezifischen kulturellen Bedürfnisse. Als zentrale Bedingung für das Sich-Wohlfühlen türkischstämmiger SeniorInnen in einer Pflegeeinrichtung wird die Verfügbarkeit von türkischsprachigem Pflegepersonal aus der zweiten oder dritten Generation der MigrantInnen benannt. Wichtig sind daneben die Möglichkeit des Praktizierens der eigenen Religion und eine an den Glauben angepasste Ernährung.

Unterschiede in der Wahrnehmung des Problems der Zugangsbarrieren bei den interviewten RepräsentantInnen aus Politik und Community deutet an, dass eine bessere Vernetzung zwischen diesen beiden Gruppen die Bedarfsorientierung der Pflegeeinrichtungen sicherlich verbessern kann. Kenntnisse über die Zielgruppe und die von ihr erfahrenen Zugangsbeschränkungen können politischen Entscheidungsträgern und Pflegeplanern helfen, Empfehlungen dafür zu formulieren, wie kultursensible Angebote besser vermittelt werden können. In diesem Sinne wäre für die Erhebung von Zugangsbarrieren eine Situationsanalyse nützlich, die mögliche Hindernisse aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet.

- *Entwicklung kultursensibler Kompetenzen und Betreuungsstrukturen in Organisationen*

Das Konzept der transkulturellen Pflege dient zur Entwicklung kultursensibler Kompetenz von MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Dieser Ansatz geht von der Vielfalt kultureller Prägungen der Menschen aus und unterstützt eine den Bedürfnissen von Personen mit Migrationshintergrund

angepasste Pflege. Hier ist wünschenswert, den Ansatz der transkulturellen Pflege in Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen flächendeckend zu implementieren.

Im Bereich der Organisationsentwicklung bestehen bereits verschiedene Strategien, um auf unterschiedliche Anforderungen von BewohnerInnen oder PatientInnen zu reagieren. Die Zielsetzung der interkulturellen Öffnung und des Diversity-Konzepts sind weitgehend deckungsgleich. Beide Modelle verfolgen das Ziel, das Gesundheitswesen dafür zu sensibilisieren, zukünftig den Bedürfnissen von MigrantInnen gerecht zu werden und auf die Anforderungen einer kultursensiblen Betreuung und Versorgung in der Theorie und anhand von Pilotprojekten vorzubereiten.

- *Implementierung von Diversity als nachhaltiges Konzept im Gesundheits- und Pflegebereich*

Im deutschsprachigen Raum existieren verschiedene Wege, um auf die Bedürfnisse türkischstämmiger MigrantInnen einzugehen. Welches Organisationsmodell das realitätstauglichste ist, lässt sich aufgrund der derzeitigen Alterstruktur und der noch nicht gegebenen schweren Pflegebedürftigkeit nicht prognostizieren.

Grundsätzlich erscheint es als notwendig, Altenpflegeeinrichtungen im Sinne des Diversity-Konzeptes für jeden zugänglich zu machen und durch kultursensible Umstrukturierungen bzw. Erweiterungen verstärkt den Bedürfnissen türkischstämmiger Bevölkerungsgruppe anzupassen. Empfehlungen des Diversity-Konzepts in Richtung muttersprachlicher Betreuung sind bisher kaum umgesetzt, da es erst wenig sprachspezifisches Informationsmaterialien und entsprechende Beratungsstellen gibt. Die Beschränkung von Diversifizierungsmaßnahmen auf das Einrichten von Sprachkursen seitens der Stadt Wien greift hier zu kurz. Das Europäische Projekt „Migrant Friendly Hospitals“ ist ein Good-Practice-Beispiel dafür, wie auch in der Organisation der Altenpflege auf der Basis praktischer Erfahrungen Verbesserungen möglich sind.

Die Kundgaben in der Fachliteratur und in den ExpertInneninterviews, wonach türkischstämmige ArbeitsmigrantInnen in ihrer eigenen ethnischen Community gepflegt werden wollen, bleiben mangels gesicherter empirischer Basis nur eine Vermutung. Gleichwohl findet diese Sichtweise sowohl in der Community als auch unter politischen Akteuren Unterstützung, da befürchtet wird, dass die öffentliche Hand keine flächendeckend bedarfsadäquate Pflege gewährleisten kann. Befürchtet wird auch, dass eine ostentativ kultursensible Altenbetreuung zu gesellschaftlichen Diskussionen und Polemiken unter dem Stichwort „Integration“ führen kann. Dies gilt erwartbar für ein ausschließlich auf die türkische Zielgruppe ausgerichtetes Pflegekonzept, demgegenüber der Vorwurf der Selbstsegregation und der Bildung von Parallelgesellschaften laut werden könnte. Um solchen Entwicklungen vorzubeugen, ist es wünschenswert, Argumentationshilfen für die Umsetzung kultursensibler Altenbetreuung zu formulieren, unabhängig davon, welcher Grad von mono- und multikultureller Pflege letztlich umgesetzt wird.

Weiters wäre sinnvoll, zu erforschen, warum die Ausbildung zur PflegerIn in der türkischstämmigen Bevölkerung Österreichs kaum nachgefragt wird. Eine gezielte Information und die Bewerbung in niedrighschwelligen Beratungsstellen für MigrantInnen sowie in Institutionen des Arbeitsmarktservice könnten hier zu Verbesserungen führen. MigrantInnen im Beratungs- und Pflegebereich stellen eine unbedingte Bereicherung dar, da sie die für eine adäquate Pflege und Betreuung älterer MigrantInnen unverzichtbaren sprachlichen und kulturellen Kompetenzen bereits mitbringen und sich zweifellos auch, sei es in der Aus- oder Weiterbildung, für einheimisches Personal gewinnbringend in einen praxisnahen gegenseitigen Lernprozess einbringen können.

Falls die steigende Zahl älterer SeniorInnen mit Migrationshintergrund zu keiner wachsenden Inanspruchnahme österreichischer Pflegeeinrichtungen führt, so bleibt der Forschungsbedarf dennoch akut, da abzuklären ist, woran dies liegt. Sind es die in meiner Arbeit aufgezeigten Zugangsbarrieren, so gilt es, diese genau zu identifizieren und Wege zu ihrer Überwindung zu erarbeiten. Die bisher vorliegenden eher kleineren Stichprobenuntersuchungen erfassen die reale Bedarfs- und Problemlage sicherlich nur in Teilen und müssen durch

empirisch breit angelegte Studien erweitert werden. Die Ergebnisse dieser Studien wären für Politik und Trägerorganisationen eine wichtige Orientierung, die verhindern hilft, dass die Bedarfsplanung an den realen Bedürfnissen der Zielgruppe vorbeigeht.

Da Österreich nicht das einzige europäische Land mit einem großen Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund ist, wäre auch der Austausch von Erfahrungen und Projektplanungen zwischen den betroffenen Staaten sinnvoll. So sollten z.B. Erfahrungswerte deutscher Organisationsmodelle in österreichische Überlegungen und Planungen mit einfließen.

Die Entwicklung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochstehenden Altenpflege, die unabhängig von Herkunft, Sprache oder Religion für jedermann zugänglich ist, verlangt, und hierin folge ich Birgit Goris (2009: 142), einen leichten Zugang zu Informationen über das bestehende Angebot, eine Finanzierbarkeit der Inanspruchnahme von Pflegeleistung und eine kultursensible Pflege. Praktisch heißt dies vor allem, dass die Empfehlungen des im Gesundheitswesen entwickelten Diversity-Konzeptes auch in der Altenpflege umgesetzt werden sollten.

9. Literaturverzeichnis

Altgeld, T., Bächlein, B. & Deneke, C. (Hrsg.): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag, 2006

Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.) , 2002: URL: <http://www.altenhilfeverbundwuppertal.de/download/memorandum-.pdf> [Stand: 1.9.2010]

Bachl, M.: Transkulturalität: eine Haltung der Offenheit und Toleranz. In: Krankenpflege, 2002, Nr. 6, S 10-13

Borde, T.: Zur Bedeutung der Ethnizität als Faktor im Diversity Management. In: Altgeld, T., Bächlein, B. & Deneke, C. (Hrsg.): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag, 2006, S 115- 136

Buschner, S., Herold C. & Raeder S.: „Karneval der Kulturen“: Einfluss der steigenden Zahl von Patienten mit Migrationshintergrund auf die Pflegekompetenzen. In: Pflegepädagogik, 2004, Nr. 7, S 2-6

Baldaszi, E. & Urbas, E.: Altern in Gesundheit. Vienna HealthyAgeing Profile. (Hrsg.): Stadt Wien, Bereichsleitung für Strukturentwicklung /Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung, 2007

Bartels, A. & Jenrich, H. (Hrsg.): Alt werden in Europa. Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag, 2004

Becker, A., Wunderer, E & Schultz-Gambard, J. (Hrsg.): Muslimische Patienten. Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis. München: Zuckerschwerdt, 2006

Biemel, R.: Religion und Kultur. Neue Kompetenzen in der Pflege. In: Procare. 2004, 10, S 14-20

BIM e.V. (Hrsg.): Neue Wege der Altenhilfe Bonn. Dokumentation und Fachbeiträge zur sozialraumorientierten Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten. Bonn: Free Pen Verlag, 2009

Binder-Fritz, C.: Herausforderungen und Chancen interkultureller Fortbildungen für den Pflegebereich am Beispiel Österreich. In: Friebe, J. & Zalucki, M. (Hrsg.): Interkultureller Bildung in der Pflege. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. Kg, 200, S 116- 144

Binder-Fritz, C.: Transkulturelle Patientenbetreuung in Österreich. Ein aktuelles Thema in der Fortbildung für Krankenpflegepersonen. In: Uzarewicz, C. & Piechotta G. (Hrsg.): Transkulturelle Pflege. Berlin, Verlag für Wissenschaft und Bildung, 1997, S 133- 154

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.): Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen. URL: http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/6/5/0/CH0772/-CMS1126253889077/bericht_interkulturelle_kompetenz_im_gesundheitswesen.pdf [Stand: 9.11.2010]

Brandenburg, H.: Altern in Fremden Umwelten. In: Zeitschrift für Gerontologie, 1994, 27, S 419- 428

Cubillos, Angel F.: Kultursensible Pflege- ein Versorgungsangebot nicht nur für ältere Migranten. In: Kollak, Ingrid (Hrsg.): Internationale Modelle häuslicher Pflege. Eine Herausforderung und verschiedenen Antworten. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2001, S 243-257

Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, Fonds Soziales Wien & MA 15 – Gesundheitswesen und Soziales (Hrsg.): Qualitätsprogramm für Wiener Wohn- und Pflegeheime. Zielkatalog und Leitfaden zur Qualitätssicherung und –Kontrolle in Wiener Wohn und Pflegeheimen nach dem WWPG, Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, Wien, 2007, URL: http://www.dachverband.at/fileadmin/Bibliothek_Dateien/-Qualitaetsprogramm-WWPG.pdf [Stand: 1.9.2010]

David, M., Borde, T. & Kentenich, H. (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 1998

Die sieben Grundsätze der internationalen und Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung
URL: <http://www.drk-wedpre.de/download/grundsaeetze.pdf> [Stand: 1.09.2010]

Dietzel- Papakyriakou, M.: Potentiale älterer Migranten und MigrantInnen. In: Zeitschrift Gerontologische Geriatrie, 2005, 38, S 396-406

Dietzel- Papakyriakou, M. (Hrsg.): Altern in der Migration- Die Arbeitsmigranten vor dem Dilemma: zurückkehren oder bleiben?.Stuttgart: Ferdinand Enke, 1993

Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hans Huber, 2001/2007

Domenig, D.: Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig, D. (Hrsg.):Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hans Huber 2001/2007, S165- 189

Domenig, D.: Transkulturelle Organisationsentwicklung. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hans Huber 2001/2007, S 341- 368

DRK- Multikulturelles Seniorenzentrum: Blätter vom Sandberg-Jubiläumsausgabe.

10 Jahre DRK- Multikulturelles Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“, 2007

URL:http://www.drk-haus-am-sandberg.de/fileadmin/user_upload/haus_sandberg/-Topbilder/Hauszeitung/10jahre07.pdf[Stand: 1.09.2010]

Ertl, Angelika: Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, Köln, 2002

URL:<http://www.altenpflege.vincentz.net/files/vincentzverlag/files/41900/-41996/Memorandum-kultursensible-Altenpflege.pdf> [Stand: 1.9.2010]

EQUAL Entwicklungspartnerschaft ISS (Hrsg.): MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialbereich und zur Situation älterer MigrantInnen in Wien. Fonds Soziales Wien

Feichtinger, Walter &Wentker S. (Hrsg.): Islam, Islamismus und islamischer Extremismus. Wien: Böhlau Verlag, 2005, URL: http://www.wiso.or.at/pdf/IIS_Studie_2005.pdf [Stand: 1.9.2010]

FH- Studiengang für Sozialarbeit, Forschungswerkstatt: Soziale Dienstleistungen für ältere MigrantInnen im 10. und 15. Wiener Gemeindebezirk. In: EQUAL Entwicklungspartnerschaft ISS (Hrsg.): MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialbereich und zur Situation älterer MigrantInnen in Wien. Fonds Soziales Wien: 2005, S 14-43

Friebe, J. & Zalucki, M. (Hrsg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. Kg, 2003

Geiger, I.: Altern in der Fremde- zukunftsweisende Herausforderungen für Forschung und Versorgung. In: David, M. (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 1998. S 167-178

Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.): Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen. Lebenssituation, potenzielle Versorgungsbedarfe und gesundheitspolitische Perspektiven. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), 2004, URL: [http://www.gesundheitsamt.bremen.de/-sixcms/media.php/13/2_nb Migration-Aeltere%20Migranten%20in%20bremen.pdf](http://www.gesundheitsamt.bremen.de/-sixcms/media.php/13/2_nb_Migration-Aeltere%20Migranten%20in%20bremen.pdf) [Stand: 1.9.2010]

Gläser, J. & Grit L. (Hrsg.): ExpertInneninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2009, 3. überarbeitete Auflage

Glodny, S.: Migration und Pflege. In: Public Health Forum, 2008, 61, S 5-6

Goris, B.: Alterung von Migranten. Der Bedarf einer kultursensiblen Betreuung und Pflege für ältere Allochthone. In: Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit, 2009, Vol. 31, Heft 2, S 137- 142

Gögercin, S.: Die Hilfen müssen den Bedürfnissen entsprechen. In: Pflegezeitschrift, 6/2002, S 435.

Gransee, C., Lorenz J., Deneke, C., Seibt, A. & Weber, P. (Hrsg.): Diversitymanagement in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Berlin: LIT Verlag, 2009

Gransee, C.: Gender und Diversity als theoretische Konzepte- Potenziale für Anwendungsfelder in der Pflege und im Gesundheitswesen. In: Gransee, C., Lorenz J., Deneke, C., Seibt, A. & Weber, P. (Hrsg.): Diversitymanagement in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Berlin: LIT Verlag, 2009, S 17-30

Grilz-Wolf, M.: Ein kurzer Blick auf zwei spezifische Felder: Ältere MigrantInnen und Freiwilligenarbeit in Österreich. In: ÖIEB (Hrsg.) Dokumentation der Tagung von 29.04.2004, Vom Erwerbsleben in den Ruhestand. Der Umgang mit dem Übergang. Wien, S 36-39 URL: http://www.oieb.at/upload/3137_4_OIEB-Ruhestand_Zusammenfassung.pdf [Stand: 1.9.2010]

Habermann, M.: Pflegebedürftig in der Fremde? Zur Theorie und Praxis in der interkulturellen Pflege. In: David, M. (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 1998. S 153-165

Hermann, E. & Kätker S. (Hrsg.): Diversity Management. Organisationale Vielfalt im Pflege- und Gesundheitsbereich erkennen und nutzen. Bern: Verlag Hans Huber, 2007

Hielen, M.: Die Zukunft hat begonnen. In: Altenpflege, 2000, 4, S 34- 36

Hinz, S., Keller A. & Reith, C. (Hrsg): Migration und Gesundheit. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag, 2004

Hinz, S.: Alt werden in der Fremde. In: Hinz, S., Keller A. & Reith, C. (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag, 2004, S 83- 134

Hinz-Rommel, W. : Interkulturelle Öffnung als Innovation. Erfahrungen für die Praxis. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 2000, 7-8, S - 154 URL: <http://www.tik-iaf-berlin.de/pages/HauptSeiten/TextSeiten/texte6.html> [Stand: 20.05.2010])

Hirsch, R.: Vernachlässigt und Vergessen: Ältere Migranten mit Demenz. In: BIM e.V. (Hrsg.): Neue Wege der Altenhilfe in Bonn. Dokumentation und Fachbeiträge zur sozialraumorientierten Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten. Bonn: Free Pen Verlag, 2008, S 13- 41 URL: http://www.kultursensible-altenhilfe.de/download/materialien_kultursensibel/artikel-_prof_hirsch_demenz.pdf [Stand: 1.9.2010]

ICN- Ethik Codex für Pflegende. <http://www.dbfk.de/download/ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf> [Stand: 01.09.2010]

Ilklic, I. (Hrsg.): Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für Gesundheitsberufe. Bochum: Zentrum für Med. Ethik, 2006

Kaewnetara, Eva & Uske, H.: Migration und Alter. In: DISS-Journal, 2001, Nr. 8, S 19-22 [URL:http://www.diss-duisburg.de/DJ_01_8/HTM-Format/Beitraege/Migration_und_Alter.htm](http://www.diss-duisburg.de/DJ_01_8/HTM-Format/Beitraege/Migration_und_Alter.htm) [Stand: 1.9.2010]

Karl-Trummer, U. & Novak-Zezula, S.: Ethno-kulturelle Diversität im Krankenhaus managen. "Das Migrant-friendly Hospital". In: Rásky Eva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Wien, Facultas Verlag, 2009 S 367- 375

Khan-Zvornicanin, M.: Das Dilemma der Differenz. In: Pflegemanagement, 2007, Nr.11, S 699- 712

Kienzl-Plochberger, K.: Zur Situation älterer MigrantInnen in Wien. In: EQUAL Entwicklungspartnerschaft ISS (Hrsg.): MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialbereich und zur Situation älterer MigrantInnen in Wien. Fonds Soziales Wien: 2005, S 44- 51

Koch-Straube: MigrantInnen in der Altenpflege. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hans Huber, 2001/2007, S 411-423

Kollak, I.: Internationale Modelle häuslicher Pflege. Eine Herausforderung und verschiedenen Antworten. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 2001

Körtner, U.: Sterben in der modernen Stadt. Gesellschaftliche, kulturelle und religiöse Rahmenbedingungen. URL: <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=1351>[Stand: 1.9.2010]

Kremla, M.: Interkulturelle Altenpflege in Wien - Bedarf und Angebot sowie dessen notwendige Modifikationen, Ergebnisbericht. Wien: Asylkoordination, 2004
[URL:http://www.asyl.at/projekte/endbericht_interkulturelle_oeffnung.pdf](http://www.asyl.at/projekte/endbericht_interkulturelle_oeffnung.pdf)
[Stand: 1.9.2010]

Kruse, A. & Wahl, H.-W. (Hrsg.): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? Bern: Huber, 1994

Küçük, F.: Zur Situation pflegender Angehöriger von demenziell erkrankten türkischen MigrantInnen in der Bundesrepublik Deutschland-eine empirische Studie. In: Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit, 2008, Heft 3/4, S 302-307

Leeb, F. (Hrsg.): Wohnen, pflegen, leben. Neue Wiener Wohn- und Pflegehäuser. Wien: Verlag GmbH & Co. KG, 2009

Lüneburg, A.: Kultursensibilität erleichtert das Zusammenleben. Gesundheitssituation und Versorgungsbedarf älterer türkischer Arbeitsmigranten. In: Public Health, 4/2006, S231-234

MA 17- Integrations- und Diversitätsangelegenheiten: MigrantInnen in Wien 2007. Daten, Fakten, Recht. Wien: 2007

Mayer, H. (Hrsg.): Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas Universitätsverlag, 2002

Mayring, P. (Hrsg.): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 11. Auflage, 2010

MFG- Amsterdamer Erklärung, deutsche Übersetzung, 2005. URL: http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_deutsch.pdf [Stand: 9.11.2010]

Münz, R.: Wanderungskontinent Europa. Ausmaß und Formen europäischer Migration zwischen 1750 und heute. In: Monatszeitschrift Kinderheilkunde, 2005, 153, S 16-21

Okken, P., Spallek, J. & Razum, O.: Pflege türkischer Migranten. In: Bauer, U., Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. 2008, S 396-422

ÖIEB: Dokumentation der Tagung von 29.04.2004, Vom Erwerbsleben in den Ruhestand. Der Umgang mit dem Übergang. Wien. URL: http://www.oieb.at/upload/3137_4_OIEB-Ruhestand_Zusammenfassung.pdf [Stand: 1.9.2010]

Österreichischer Integrationsfonds: Migration und Integration. Zahlen, Daten, Fakten. 2009, URL: http://www.integrationsfonds.at/fileadmin/Integrationsfond/5_wissen/-Zahlen_Fakten_2009/migration_integration.pdf [Stand: 1.9.2010]

Pelikan, J., Peinhaupt, C., Krajic, K. & Nowak, P.: Integrierte multiprofessionelle Versorgung für Schwerkranke zu Hause- wissenschaftliche Konzepte, Defizite, Chancen und Projekte am Beispiel Österreichs. In: Schaeffer, D. & Ewers, N. (Hrsg.):

Ambulant vor stationär- Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker, Bern: Hans Huber, 2002, S 45-77

Pfabigan, D.: Kultursensible Pflege und Betreuung- Neue Perspektiven für die Aus- und Weiterbildung. In: Österreichische Pflegezeitschrift. 2007, S 12-17

Qualitätsbericht Marseille-Kliniken AG 2008, URL: http://www.marseille-kliniken.de/global/downloads/pdf/mkag_qualitaetsbericht09.pdf [Stand: 1.9.2010]

Ramazan , S.: Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Hans Huber. 2001, S 87-98

Rásky, E. (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Wien: Facultas Verlag, 2009

Reinprecht, C. (Hrsg.): Nach der Gastarbeit. Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft. Wien: Braumüller, 2006

Reinprecht, C.: Ergebnisse der Befragung älterer MigrantInnen im Rahmen der Begleitforschung des EQUAL Projekts IIS (Integrationsinfoservice von MigrantInnen für MigrantInnen). In: EQUAL Entwicklungspartnerschaft ISS (Hrsg.): MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialbereich und Zur Situation älterer MigrantInnen in Wien. Fonds Soziales Wien: 2005, S 52-76

Reinprecht, C. (Hrsg.): Ältere MigrantInnen in Wien. Empirische Studien zu Lebensplanung, sozialer Integration und Altersplanung. Erstellt im Rahmen des URBAN Projekts Senior-Plus für Menschen an 55 in der Gürtelregion. Wien, 1999

Razum, O., Geiger, I., Zeeb, H.. & Ronellenfitsch U.: Gesundheitsversorgung von Migranten. In: Deutsches Ärzteblatt. 2004, 43, S 2439- 2243

Richter, E.: Mangel an kulturellem Verständnis. In: Deutsches Ärzteblatt. 2001, 51-52, S 2883- 2884

Rottendorfer, I. & Wild, M.: Österreich: Jenseits von Wien. In: Bartels, Andreas & Jenrich, H. (Hrsg.): Alt werden in Europa. Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe, Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag, 2004, S 93 - 99

Schaeffer, D. & Ewers, N. (Hrsg.): Ambulant vor stationär- Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker, Bern: Hans Huber, 2002

Schmied, M.: Islam in Österreich. In: Feichtinger, W. & Wentker S. (Hrsg.): Islam, Islamismus und islamischer Extremismus. Wien: Böhlau Verlag, 2005, S 189 - 206

Schneider, U., Österle A., Schober C., & Schober D.: Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung. Forschungsbericht - Institut für Sozialpolitik, Wirtschaftsuniversität Wien, Wien, 2006, URL: <http://www.wu.ac.at/press/fnl/fnl11/pflege.pdf> [Stand: 1.9.2010]

Schopf, C. & Naegele, G.: Alter und Migration-ein Überblick. In: Zeitschrift Gerontologische Geriatrie, 2005, 38, S 384-395

Seeberger, B. & Braun, A.: Wie die anderen altern. Zur Lebenssituation alter Menschen am Rande der Gesellschaft, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 2003

Seeberger, B.: Ältere türkische Gastarbeiter/- innen in Deutschland. In: Seeberger, B. & Braun, A. (Hrsg.): Wie die anderen altern. Zur Lebenssituation alter Menschen am Rande der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 2003, S 231- 260

Skodda, K.: Neue Herausforderungen. In: Altenpflege, 11/2001

Statistisches Bundesamt Deutschland: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund- Ergebnisse des Mikrozensus 2008.

Struchtemeier, Thea A.: Multikulturelles Seniorenzentrum. Alt werden in der Fremde. In: Die Schwester, Der Pfleger. 2006, 12, S 990- 992

Stuber, M.: Diversity Management in der gesundheitsförderung-Zielgruppen und Zielgruppengenauigkeit im Wandel. In: Altgeld, T., Bächlein, B. & Deneke, C. (Hrsg.): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag, 2006, S 35- 48

Süleyman G.: Die Hilfen müssen den Bedürfnissen entsprechen. In: Pflegezeitschrift, 2002, 6, S 435- 438

Uzarewicz, C.: Sensibilisierung für die Bedeutung von Kultur und Migration in der Altenpflege Kurzbeschreibung. In: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, 2002,

URL: http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2002/uzarewicz02_01.pdf [Stand: 1.9.2010]

Wunn, I. (Hrsg.): Muslimische Patienten. Chancen und Grenzen religionsspezifischer Pflege. Stuttgart: Kohlhammer, 2006

Zielke- Nadkarni, A.: Theoretische Grundlagen der interkulturellen Pflege.

In: Uzarewicz, Charlotte u.a. (Hrsg.): Transkulturelle Pflege. Berlin, Verlag für Wissenschaft und Bildung, 1997, S 99- 114

Zielke- Nadkarni, A.: Interkulturelle Aspekte in der Pflege ethnischer Minoriten. In: Gransee, Carmen et al. (Hrsg): Diversitymanagement in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Berlin: LIT Verlag, 2009, S 105-118

Zielke-Nadkarni, A.: Krankheits-, Gesundheits- und Pflegeverständnis türkischstämmiger MigrantInnen. In: Pflege. 1999, Nr. 12, S 283- 288

Internetquellen:

Care-Net: Stand: <http://www.care-net.at/> [Stand:2.09.2010]

Fonds Soziales Wien:

http://pflege.fsw.at/wohnformen_fuer_pflegebeduerftige/private_wohnundpflegeheime/haeuser_zum_leben.html [Stand: 28.05.2010]

http://pflege.fsw.at/informationsservice/spezielle_beratungsstellen.html

[Stand:10.05.2010]

<http://pflege.fsw.at> [Stand: 01.06.2010]

Islamischer Besuchs-und Sozialdienst:

<http://www.derislam.at/islam.php?name=Themen&pa=showpage&pid=34>

[Stand: 10.06. 2010])

KAV:

http://www.wienkav.at/kav/texte_anzeigen.asp?ID=3853[Stand: 25.04.2010]

Auszug aus dem Pflegeleitbild Geriatisches Zentrum Baumgartner Höhe:

http://www.wienkav.at/kav/owp/texte_anzeigen.asp?id=6720 [Stand: 22.05.2010]

Leitbild KAV:

http://www.wienkav.at/kav/texte_anzeigen.asp?id=2222 [Stand:25.05.2010]

http://www.wienkav.at/kav/gzw/texte_anzeigen.asp?id=9403 [Stand: 1.9.2010]

Leitlinien der Wiener Integrations- und Diversitätspolitik:

www.wien.gv.at/integration/integrationsleitlinien.html[Stand. 1.9.2010]

MA 24:

E-Mail von Abteilungsleiterin der Geschäftsgruppe Gesundheit und Soziales:

Schlesinger, Brigitte; [Stand: 29. 12. 2009]

www.mighealth.net. [Stand:9.11.2010]

Statistik Austria:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/033240.html [Stand: 18.02.2010]

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html [Stand: 28.05.2010]

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html. [Stand: 27.05.2010]

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/bevoelkerung_nach_demographischen_merkmalen/022895.html

[Stand: 18.02.2010]

ORF News:

http://religion.orf.at/projekt03/news/0605/ne060515_islam_oesterreich_fr.htm

[Stand:28.04.2010]

Türk Bakim Evi: <http://www.pflegehaus-kreuzberg.de/content.php?id=1&lang=1>

[Stand: 25.05.2010]

Wiener Pflegegeldgesetz:

<http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/rechtsvorschriften/html/s0300000.htm>

[Stand: 22.5.2010]

Wiener Sozialhilfegesetz:

[http://ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=LrW&Dokumentnummer=LRWI_S060_000&ResultFunctionToken=6a92b4a8-4ade-4706-8806-](http://ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=LrW&Dokumentnummer=LRWI_S060_000&ResultFunctionToken=6a92b4a8-4ade-4706-8806-348e41792797&Titel=&Typ=&Index=&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=50&Suchworte=sozialhilfegesetz+pflegegeld)

[348e41792797&Titel=&Typ=&Index=&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=50&Suchworte=sozialhilfegesetz+pflegegeld](http://ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=LrW&Dokumentnummer=LRWI_S060_000&ResultFunctionToken=6a92b4a8-4ade-4706-8806-348e41792797&Titel=&Typ=&Index=&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=50&Suchworte=sozialhilfegesetz+pflegegeld)[Stand:30.5.2010]

Wien GV.at:

<http://www.wien.gv.at/amtshelfer/gesundheit/gesundheitsrecht/einrichtungen/wohn-pflegeheim-projekte.html> [Stand: 25.04.2010]

<http://www.wien.gv.at/amtshelfer/gesundheit/gesundheitsrecht/sozialhilfe/pflegegeld.html> [Stand:22.5.2010]

10. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Auswahl der InterviewpartnerInnen; Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 2: Bevölkerung am 1.1.2010: türkische Staatsangehörige nach Gemeinden.

Quelle: Statistik Austria [Stand: 28.05.2010]

Abb. 3: vgl. ORF News: Bis zu 400.000 Muslime in Österreich (15. 05. 2006), Online im WWW unter URL: <http://religion.orf.at/projekt03/news/0605/>

ne060515.islam.oesterreich.fr.htm Moslems in Österreich.
[Stand:28.04.2010]

Abb. 4: Subjektiver Gesundheitszustand nach Migration und Geschlecht (Prozentangaben)

Quelle: Statistik Austria-Gesundheitsbefragung 2006/2007, S 82

Abb. 5: Prävalenz von mindestens einer chronischen Krankheit nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (Prozentangaben)

Quelle: Statistik Austria-Gesundheitsbefragung 2006/2007, S 84

Abb. 6: 12-Monats Prävalenz erheblicher Schmerzen nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (Prozentangaben)

Quelle: Statistik Austria-Gesundheitsbefragung 2006/2007, S 86

Abb. 7: BMI nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Prozentangaben, altersstandardisiert)

Quelle: Statistik Austria-Gesundheitsbefragung 2006/2007, S 88

Abb. 8: Raucherstatus nach Migration und Geschlecht (Prozentangaben, altersstandardisiert)

Quelle: Statistik Austria-Gesundheitsbefragung 2006/2007, S 89

Abb. 9: Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialbereich in Wien

Quelle: ISS Studie 2004: 7

Abb. 10: Transkulturelle Kompetenz ; Quelle: Domenig 2007: 75

Abb. 11: Gebetsraum Quelle: <http://www.drk-haus-am-sandberg.de/index.php?id=499> [Stand: 20.6.2010]

Abb. 12: Ergebnisse einer anonymen Kunden- und Mitarbeiterbefragung von 2003 – 2006, Eigene Darstellung, Quelle: vgl. DRK- Multikulturelles Seniorenzentrum 2007: 23

Abb. 13: Auswahl der InterviewpartnerInnen; Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 14: Kategoriensystem für die Auswertung der Interviews; Quelle: Eigene Darstellung

Abstract

In Österreich kommen viele der ehemaligen türkischstämmigen ArbeitsmigrantInnen der ersten Generation zunehmend ins Pensionsalter. Mithin werden in naher Zukunft zahlreiche MigrantInnen versorgungs- und/oder betreuungsbedürftig werden. Damit verbunden ist die Frage, wie eine kultursensible MigrantInnenbetreuung in das bestehende, bisher vor allem an österreichischen Sozial- und Kulturstandards orientierte Betreuungssystem integriert werden kann, sodass es von beiden akzeptiert wird, von MigrantInnen und der altansässigen österreichischen Mehrheitsbevölkerung.

Ziel ist es, herauszufinden, wie das Handlungsfeld der Altenpflege auf die spezifischen Anforderungen türkischstämmiger MigrantInnen reagieren muss, um eine zielgruppengerechte Betreuung in Pflegeheimen zu gewährleisten. Um diese Forschungsfrage zu beantworten, wurde einerseits eine Sichtung fach einschlägiger Literatur vorgenommen, andererseits ExpertInneninterviews mit vier wichtigen Stakeholdern aus den Bereichen Politik, Management, Community und Pflegepersonal durchgeführt und analysiert. Weiters werden zwei vollstationäre deutsche Pflegeheime vorgestellt, welche besonders auf die Betreuung türkischstämmiger MigrantInnen fokussiert sind.

Um eine adäquate Betreuung für türkischstämmige MigrantInnen zu gewährleisten müssen vielfältige Zugangsbarrieren im Altenhilfesystem, welche die Inanspruchnahme stationärer Pflegeeinrichtungen erschweren, abgebaut werden. Als Schlüsselement für die Umsetzung einer kultursensiblen Betreuung von pflegebedürftigen MigrantInnen wird die Ausstattung des Pflegepersonals mit transkultureller Kompetenz bei gleichzeitiger Implementierung von Diversity in das Gesundheits- und Betreuungssystem als nachhaltiges Konzept in der Altenpflege benannt.

LEBENS LAUF

Doris Dyndocky

geboren am 4. November 1985 in Baden bei Wien

ledig, keine Kinder

österreichische Staatsbürgerin

September 2010	Beginn der Ausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege am Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe Otto Wagner Spital
2004	Studium der IDS Pflegewissenschaften an der Hauptuniversität Wien
1996-2004	Gymnasium mit 2. lebender Fremdsprache ab der 3. Klasse, Baden, Biondegasse
1992-1996	Volkschule Weikersdorf Baden