



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Unwissenheit und Scham: Alterspflege in der Migration am Beispiel von bosnischen MigrantInnen im Raum Linz

Verfasserin

Lenče Dimitrievska

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 307

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuerin:

Univ. Prof.in Dr.in Sabine Strasser

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
2.	Thematischer Rahmen - Lebenslagen	5
2.1.	Rechtliche Rahmenbedingungen für ältere MigrantInnen	5
2.2.	Angebote für Pflegebedürftige und Angehörige	7
2.2.1.	Zuschüsse, Befreiungen, Versicherungen	7
2.2.2.	Mobile Dienste	8
2.2.3.	Ausbildungen für MigrantInnen im Gesundheitssektor	9
2.3.	Statistische Daten und Demographie	9
2.4.	Lebenslage Gesundheit	12
2.4.1.	Gesundheitszustand älterer MigrantInnen	14
2.4.2.	Gesundheitsverhalten der MigrantInnen	15
2.4.3.	Psychische Gesundheit der MigrantInnen	16
3.	Theoretischer Rahmen - Altern und Pflege	18
3.1.	Alter	18
3.1.1.	Ethnizität	20
3.1.2.	Reziprozität	21
3.2.	Netzwerke	23
3.2.1.	Zur Bedeutung von intergenerationeller Unterstützung	24
3.2.2.	Größe und Qualität der Netzwerke	26
3.2.3.	Konfliktpotential	26
3.2.4.	Einsamkeit	27
3.3.	Transkulturalität in der Pflege	27
3.3.1.	Pflegetheorie nach Madeleine Leininger	27
3.3.2.	Pflegekonzept nach Andrews und Boyle	29
3.3.3.	„Transcultural Assessment Model“ nach Giger and Davidhizar	30
3.3.4.	Transkulturelle Kompetenz	32
3.4.	Kultursensible institutionelle Betreuung	33
3.5.	Zugangsbarrieren	35
3.5.1.	Zugangsbarrieren seitens MigrantInnen	35
3.5.2.	Zugangsbarrieren durch Einrichtungen der Altersversorgung	37
4.	Methodische Herangehensweise	41
4.1.	Zugang zum Feld	41
4.2.	Durchführung der Interviews	43
4.3.	Auswertungsmethode	45
5.	„Pflege ist eine Berufung“ - Auswertung und Analyse	47
5.1.	Familiensysteme	47
5.2.	Sabine - Fachsozialbetreuerin	57
5.3.	Unterwegs mit der mobilen Hilfe	58

5.4. Dimensionen der Pflegesituation.....	59
5.4.1. Motive	59
5.4.2. Familiäre Unterstützungsleistungen	61
5.4.3. „wenn sie nicht wäre“ - Dankbarkeit.....	63
5.4.4. Konflikte.....	66
5.4.5. Belastungen durch die Pflegesituation	67
5.4.6. „Was soll ich unten?“- Zurückkehren in die Heimat.....	70
5.4.7. Erneute Pflegeübernahme.....	71
5.4.8. Von wem will ich gepflegt werden?.....	72
5.5. Sprache	75
5.5.1. Sprachdefizit.....	75
5.5.2. Wenn MigrantInnen MigrantInnen pflegen.....	77
5.6. Nutzung der Angebote rund um die Pflege	80
5.6.1. „Ich weiß nicht, wie das funktioniert“ - Informationsmangel.....	80
5.6.2. Finanzielle Lage	81
5.6.3. Altenheim	83
5.6.4. Wünsche werden nicht geäußert.....	85
5.6.5. Erneute Behördengänge.....	86
5.6.6. „Kulturelle“ Barrieren?	88
6. Abschließende Überlegungen	91
Literaturverzeichnis.....	96
Anhang	105

1. Einleitung

Bedingt durch das Wirtschaftswachstum und der fortschreitender Industrialisierung sowie verringernder Arbeitskräfte in Österreich, wurden ab den 1960er Jahren Anwerbeverträge für die Akquirierung von ausländischen Arbeitskräften beschlossen. Als die sogenannten „GastarbeiterInnen“ unter anderem auch nach Österreich¹ kamen, wurde angenommen, dass sie nach genug erwirtschaftetem Kapital wieder in ihre Heimat zurückkehren würden. Das Rotationsprinzip, bei dem junge, meist männliche Arbeitskräfte angeworben und nach einiger Zeit durch neue ersetzt wurden, erwies sich als ungeeignet, da etliche Unternehmen an einer Dauerbeschäftigung interessiert waren (vgl. Reinprecht 2000: 63ff.).

Viele der einstigen „GastarbeiterInnen“ sind in Österreich geblieben und haben ihre Familien nachgeholt. Zu den ArbeitsmigrantInnen kam es durch den Zerfall Jugoslawiens und die damit implizierten Kriege zu einem starken Anstieg von Flüchtlingen² (vgl. Reinprecht 2006: 7). Viele dieser MigrantInnen, sei es nun ArbeitsmigrantInnen oder einstige Flüchtlinge, sind nicht wieder in ihr Herkunftsland zurückgekehrt, sondern verbringen ihren Lebensabend in Österreich. Die erste Generation der ArbeitsmigrantInnen scheidet nun aus dem Erwerbsleben aus und tritt in die Pension ein. Einige von ihnen werden pflegebedürftig und auf Hilfe angewiesen sein. Genau an diesem Punkt setzt meine Forschungsfrage an, die sich diesen Menschen widmet. Was wünschen sich ältere MigrantInnen bezüglich ihrer Pflege und können diese Bedürfnisse von den pflegenden Angehörigen bzw. den dafür vorhandenen Institutionen befriedigt werden?

In der vorliegenden Arbeit beschäftige ich mich mit dem Themenkomplexen Altern und Pflege in der Migration. Über die Lebenslage von älteren MigrantInnen in Oberösterreich ist relativ wenig bekannt. Deskriptive Studien von Seiten der ForscherInnen³ sind zwar vorhanden, jedoch fehlt es an kultur- und sozialwissenschaftlichen Arbeiten zu pflegebedürftigen MigrantInnen. Darin sehe ich die Herausforderung in dieser Arbeit die MigrantInnen sprechen zu lassen.

¹ 1966 erfolgte das Anwerbeabkommen mit dem ehemaligen Jugoslawien, danach kamen jährlich zwischen 20.000 und 40.000 ArbeitsmigrantInnen nach Österreich (vgl. Fassmann/Münz 1995: 41f.).

² Aus Bosnien und Herzegowina kamen ca. 90.000 Flüchtlinge nach Österreich, wovon ca. 60.000 Menschen auch hier geblieben sind (vgl. UNHCR - Flüchtlingsland Österreich).

³ Diese Studien werden im jeweiligen Forschungsstand der Themenkomplexe behandelt.

Der größte „Pflegedienst“ ist mit Abstand immer noch die Familie - 80 Prozent der pflegebedürftigen Menschen werden von ihren Angehörigen gepflegt. Um möglichst lange zu Hause wohnen zu können, werden in Oberösterreich von verschiedensten Institutionen medizinische und soziale Dienste angeboten. MigrantInnen nehmen diese Dienste nur in einem sehr geringen Ausmaß an, da sie aufgrund des sozialen Netzwerks immer noch überwiegend zu Hause gepflegt werden. Aber durch veränderte Familienverhältnisse wird es in Zukunft zu einem höheren Pflegebedarf durch die Institutionen kommen (vgl. Kremla 2004: 47). Die sozialen Einrichtungen müssen sich mit dem spezifischen Betreuungs- und Hilfebedarf auseinandersetzen.

Die Arbeit soll einen Einblick in die Pflegesituation der MigrantInnen aus Bosnien und Herzegowina geben, da ältere MigrantInnen in Linz in der Öffentlichkeit bisher noch nicht wahrgenommen werden. Dadurch sollen neue Erkenntnisse von pflegenden Angehörigen sowie gepflegte ältere MigrantInnen gewonnen werden.

2. Thematischer Rahmen - Lebenslagen

2.1. Rechtliche Rahmenbedingungen für ältere MigrantInnen

Im folgenden Kapitel werden rechtliche Hintergründe für pflegebedürftige ältere MigrantInnen⁴ in Oberösterreich dargestellt. Besonders wichtig in diesem Fall ist das Pflegegeld. Dabei soll neben den Anspruchsvoraussetzungen, auch das Verfahren des Pflegegeldes hinterfragt werden. Weiters soll erörtert werden, ob Unterschiede zwischen pflegebedürftige ArbeitsmigrantInnen und ehemaligen Flüchtlingen auf rechtlicher Basis bestehen.

Für den Erhalt der Alterspension gelten die jeweiligen Mindestversicherungszeiten, unabhängig von der Staatsbürgerschaft. Jedoch ruht bei BezieherInnen einer Pension die Ausgleichzulage bei Auslandsaufenthalten, die sich länger als zwei Monate pro Kalenderjahr erstrecken (vgl. Pensionsversicherungsanstalt⁵ - Ausgleichszulage 2011). Dies betrifft vor allem MigrantInnen, die zwischen Österreich und ihrem Herkunftsland pendeln und ein transnationales Leben führen.

Die bedarfsorientierte Mindestsicherung (früher Sozialhilfe) ist eine Maßnahme, die zur Armutsbekämpfung beitragen soll. Drittstaatsangehörige haben in Oberösterreich grundsätzlich nur dann einen Anspruch auf die bedarfsorientierte Mindestsicherung, wenn sie mehr als fünf Jahre rechtmäßig in Österreich gelebt haben (vgl. Amt für Soziales, Jugend und Familie - Bedarfsorientierte Mindestsicherung 2011).

Wer hat Anspruch auf das Pflegegeld?

„Das Pflegegeld gebührt [...] wenn auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständige Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird oder würde.“
(§ 4 Bundespflegegeldgesetz)

So lauten die Voraussetzungen nach dem österreichischen Bundespflegegesetz von 2009. Grundsätzlich wird das Pflegegeld zwischen Bundespflegegeld und Landespflegegeld differenziert. Die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Bundespflegegeld sind ein gewöhnli-

⁴ Als MigrantInnen werden im Rahmen dieser Arbeit stets ArbeitsmigrantInnen sowie Flüchtlinge bezeichnet.

⁵ Pensionsversicherungsanstalt wird in weiterer Folge mit PVA abgekürzt.

cher Aufenthalt in Österreich, sowie der Bezug einer Pension, die vom Sozialversicherungsträger ausbezahlt wird. Diejenigen, die keinen Anspruch auf das Bundespflegegeld haben, können Landespflegegeld beantragen. Voraussetzung ist ein Hauptwohnsitz im jeweiligen Bundesland (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz⁶, Landespflegegesetz 2009).

Das Pflegegeld ist ein pauschalierter Betrag, der pflegebedürftigen Menschen, Hilfe und Unterstützung sichern soll. Die Höhe richtet sich nach der Einstufung der Pflegegeldstufen (siehe Anhang) und wird monatlich, zwölf Mal im Jahr ausbezahlt. Die Dauer des Pflegeverfahrens beträgt in der Regel zwei bis drei Monate. Nach Antragstellung wird die pflegebedürftige Person von einem medizinischen Sachverständigen untersucht und ein ärztliches Gutachten wird erstellt. Dieses Gutachten umfasst Diagnose, voraussichtliche Entwicklung der Behinderung, Befund über die körperlichen, geistigen und psychischen Funktionsabläufe und Angabe zu welchen Verrichtungen ständige Betreuung und Hilfe benötigt wird. Je nach Pflegebedarf werden die Stunden pro Monat hochgerechnet. Das von einem Gutachterarzt unterfertigte Gutachten wird dem cheförztlichen Dienst zur Oberbegutachtung übermittelt. Die Gutachten werden dort einer stichprobenartigen Prüfung unterzogen (vgl. PVA – Gutachterfibel 2009).

Als Richtlinie für die Erstellung der Gutachten dient die Gutachterfibel, woran sich Gutachterärzte orientieren sollten. Hierbei wird auf die besondere Situation bei Menschen mit Migrationshintergrund hingewiesen und gleichzeitig empfohlen, ihre transkulturellen sowie ethnomedizinischen Hintergründe zu würdigen. Weiters wird darauf aufmerksam gemacht, dass neben den sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten, „Angehörige anderer Kulturen [...] ein anderes Krankheitsverständnis und Krankheitserleben“ (PVA – Gutachterfibel 2009) aufweisen.

Meines Erachtens werden in der Gutachterfibel zwar Probleme angesprochen, jedoch fehlen Lösungsvorschläge. Inwieweit Gutachterärzte, eine kultursensible Ausbildung genossen haben, geht nicht hervor. Um einen Schritt weiter zu denken, könnte man sich auch fragen: Welche Qualifikationen haben Ärzte, ein Gutachten zu erstellen, ohne jemals beruflich im Bereich der Pflege gearbeitet zu haben?

Dass in der Realität bei der Einstufung des Pflegegeldes Konflikte auftreten, zeigt unter anderem die Kritik vom Rechnungshof. Dort werden lange Verfahrenszeiten sowie mangelhafte Qualität der Gutachten vorgeworfen.

⁶ Im Folgenden mit BMASK abgekürzt

„Die Qualität der Gutachten war im Hinblick darauf, dass sie zum Teil von den behandelnden Hausärzten und ohne Hausbesuch erstellt wurden, aufgrund der Vielzahl der verwendeten Formulare, der Unterschiede hinsichtlich der zeitlichen Vorgaben an die Ärzte und deren Einschulungen sowie der Oberbegutachtung uneinheitlich und teilweise sogar mangelhaft.“ (Rechnungshofbericht OÖ 2010 :3)

Durch den Blick auf die rechtliche Situation wird also deutlich, dass es zwischen ArbeitsmigrantInnen und Flüchtlingen – mit Ausnahme der bedarfsorientierten Mindestsicherung - gesetzmäßig keine Differenzierungen gibt. Ebenso konnten keine Unterschiede bei den Angeboten für pflegebedürftige MigrantInnen und deren Angehörige festgestellt werden, da die meisten Angebote an das Pflegegeld gekoppelt sind.

2.2. Angebote für Pflegebedürftige und Angehörige

Um einen Überblick über die ausdifferenzierten Angebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige zu erhalten, sollen diese im Folgenden kurz umrissen werden, wobei der Schwerpunkt auf die mobilen Pflegedienste liegt.

2.2.1. Zuschüsse, Befreiungen, Versicherungen

Für behinderungsbedingte Ausgaben (zB Badewannenlift, Pflegebett) kann ein einmaliger Zuschuss in Anspruch genommen werden (vgl. Bundessozialamt – Unterstützungsfonds 2011). Wenn die Hauptpflegeperson wegen Urlaub, Krankheit oder Auszeit der Pflege nicht nachkommen kann, gibt es die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung. Voraussetzung für den Erhalt ist zumindest die Pflegegeldstufe 3 des Pflegebedürftigen (vgl. Bundessozialamt – Information pflegende Angehörige 2011).

Wenn eine pflegebedürftige Person rund um die Uhr eine Betreuung benötigt, kann eine Förderung der 24-Stunden-Betreuung beantragt werden. Je nach Beschäftigungsverhältnis variieren die Förderbeträge (vgl. Bundessozialamt - 24-Stunden-Betreuung zu Hause 2009).

Zudem können Rezeptgebührenbefreiung, Befreiung von Rundfunkgebühren, Behindertenpass beantragt werden.

Personen, die aufgrund der Pflege eines Angehörigen aus der Kranken- und Pensionsversicherung ausscheiden, haben die Möglichkeit einer beitragsfreien Weiterversicherung, sofern die Pflegestufe 3 des Pflegebedürftigen vorliegt (vgl. PVA – Weiterversicherung 2011).

2.2.2. Mobile Dienste

Das Linzer Stadtgebiet ist auf sieben⁷ Betreuungsorganisationen aufgeteilt (vgl. Magistrat der Landeshauptstadt Linz – Bedarfsprognose für Mobile Dienste 2010). Diese Organisationen bieten verschiedene Arten der Betreuung für pflegebedürftige alte Personen.

Um im Alter so lange wie möglich zuhause bleiben zu können, gibt es für pflegende Angehörige Kurse, um sich auf die neue Pflegesituationen vorzubereiten. In diesen Kursen werden pflegerische sowie medizinische Grundkenntnisse vermittelt. Ebenso dient der Kurs als Ort für Informations- und Erfahrungsaustausch und gibt Raum für Diskussionen (zB Rotes Kreuz – pflegende Angehörige und Volkshilfe – Kurse für pflegende Angehörige).

Weitere Unterstützungen sind eine psychosoziale Betreuung für pflegende Angehörige sowie Selbsthilfegruppen. Im Zuge meiner Forschungsarbeit konnte ich ermitteln, dass kein/e MigrantIn einen der angebotenen Kurse für pflegende Angehörige in Linz besucht.

Menschen, die sich nicht mehr selbst versorgen können, haben die Möglichkeit sich Mahlzeiten liefern zu lassen. Bei diesen Anbietern von zugestelltem Essen gibt es ein vielfältiges Angebot an Mahlzeiten aus der österreichischen Küche, sowie verschiedene Diätmenüs für Diabetiker, Vegetarier aber auch cholesterinarme Speisen (vgl. Kremla 2004: 36).

Die Heimhilfe bietet Betreuung und Unterstützung im hauswirtschaftlichen und persönlichen Bereich des täglichen Lebens. Im Krankheitsfall wird die unterstützende Hilfe bei der Körperpflege gewährleistet (vgl. Kremla 2004: 36).

Im Zuge eines Krankheitsfalls kann der pflegebedürftigen Person eine fachliche Krankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal zu Hause im Umfang der benötigten Pflegedauer zugewiesen werden. Dies erfolgt ausnahmsweise durch die Anordnung eines Arztes. Die Kosten pro Stunde sind je nach Höhe des Einkommens und des Pflegegeldbezuges gestaffelt (vgl. Amt der OÖ Landesregierung – Hauskrankenpflege).

⁷ OÖ. Hilfswerk, Samariterbund, Caritas, Rotes Kreuz, Evangelische Diakonie, Volkshilfe und mobile Hilfsdienste.

Besuchsdienste sind für Menschen, die entweder aufgrund ihres Alters einsam sind oder aufgrund einer Behinderung oder Erkrankung Unterstützung brauchen. Der Besuchsdienst umfasst Begleitdienste, Besorgungen, sowie einfache Hilfsleistungen im Haushalt oder Freizeitgestaltung (Kremla 2004: 35).

Weitere mobile Dienste sind Fahrtendienste, Notruf-Telefondienst, Wohnungsreinigungsdienst, usw.

2.2.3. Ausbildungen für MigrantInnen im Gesundheitssektor

In Linz gibt es nur zwei nennenswerte Vereine, die sich dem Thema MigrantInnen und Pflege nähern. *maiz*, das autonome Zentrum von & für Migrantinnen, veranstaltete Kurse zur Qualifikation von Migrantinnen, die beim Einstieg in Gesundheits- und Pflegeberufe weiterhelfen (vgl. *maiz* - Prequal steps). Auch bei *migrare*, dem Zentrum für MigrantInnen in Linz, konnte ein „Lehrgang für MigrantInnen in Gesundheitsfragen“ besucht werden. Jedoch existieren keine speziellen Vereine für ältere MigrantInnen in Linz und Umgebung.

Insgesamt gibt es in Linz kein muttersprachliches Infomaterial für Pflegebedürftige oder deren Angehörige. In den größeren sozialen Einrichtungen, Krankenhäusern sowie Ämtern in Linz liegen keine muttersprachlichen Broschüren auf, jedoch können Informationsfolder im Internet kostenlos bestellt werden. Das Wiener Hilfswerks hat eine Ratgeberbroschüre für das „Älter werden in einem fremden kulturellen Umfeld“ herausgegeben, die inzwischen auf Serbisch leider schon vergriffen ist. Zudem können auch bei anderen Vereinen im Internet muttersprachliche Informationsfolder allgemein zur Gesundheitsvorsorge oder speziell für durch die Pflegesituation verursachte Depressionen, angefordert werden. Die Angebote der Einrichtungen sind auf die Gewohnheiten und Lebenspraktiken der Mehrheitsbevölkerung (vgl. Reinprecht 2006: 201-205) abgestimmt bzw. die Einrichtungen konzentrieren ihre Wahrnehmung auf die existentiellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen (vgl. Kremla 2004: 140).

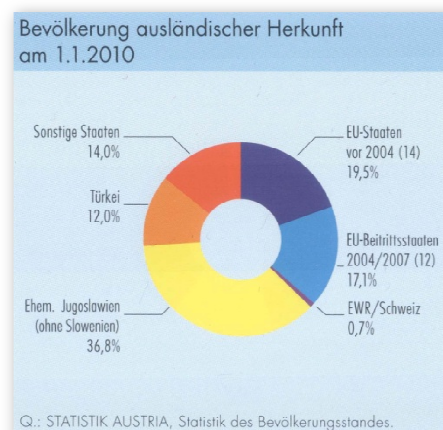
2.3. Statistische Daten und Demographie

In diesem Kapitel wird einerseits die Linzer Bevölkerung mit Migrationshintergrund und andererseits die PflegegeldbezieherInnen in Zahlen dargestellt. Vorweg sei erinnert, dass sich in den österreichischen Statistiken ein Prozess der „demographischen Alterung“ abzeichnet. Der Wandel richtet sich dahingehend, dass die Älteren immer älter werden und die Jüngeren im-

mer weniger. Somit wird das Durchschnittsalter der Gesellschaft weiter steigen. Dies hat Folgen für alle Lebensbereiche, für Arbeits- und Wohnungsmarkt für Bildungs- und Sozialsysteme (vgl. Amt der OÖ Landesregierung - Oberösterreich altert 2006: 16-19).

Bezugnehmend auf Linz – sowie ganz Oberösterreich - fehlt es an repräsentativen statistischen Daten über alte Menschen mit Migrationshintergrund. Die Zahlen der Statistiken sind generell kritisch zu betrachten, da viele eingebürgerte Personen als ÖsterreicherInnen gezählt werden und somit aus der Statistik verschwinden. Dadurch wird die tatsächliche Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund verfälscht, wenn es sich um eine Zählung nach Staatsbürgerschaft handelt.

15,2 Prozent der oberösterreichischen Wohnbevölkerung haben Migrationshintergrund⁸, wovon mehr als ein Drittel (36,8 Prozent) aus dem ehemaligen Jugoslawien stammen (vgl. migration & integration 2010: 101).



Nach einer Zählung der OÖ Landesregierung von 2008 wiesen 23,7 Prozent der Linzer Wohnbevölkerung einen Migrationshintergrund⁹ auf (Amt der OÖ Landesregierung - Menschen in OÖ mit Migrationshintergrund 2008). Allein nach der Staatsbürgerschaft gezählt konnte die Stadtforschung Linz vom 1. 1. 2012 insgesamt 30.757 AusländerInnen mit Hauptwohnsitz in Linz, registrieren. Das sind 16 Prozent der Gesamtbevölkerung. Davon besitzen 4.323 Personen die bosnische Staatsbürgerschaft. Von diesen sind 610 Personen zwischen 50 und 59 Jahre und 496 MigrantInnen über 60 Jahre alt (vgl. Stadtforschung Linz - AusländerInnen 2012).

⁸ Unter Migrationshintergrund sind hier die erste Generation (Zugewanderte, die, wie auch ihre Eltern, im Ausland geboren sind) und zweite Generation (in Österreich geborene Nachkommen mit Eltern, die im Ausland geboren sind), unabhängig von der Staatsbürgerschaft, gemeint (Statistik Austria 2010: 20).

⁹ Bei dieser Zählung wurden auch bereits eingebürgerte Personen aufgenommen.

Eine andere Möglichkeit den Migrationshintergrund zu ermitteln, stellt den Nachweis der Muttersprache dar. Dabei steht jedoch die Problematik im Vordergrund, dass ältere bosnische MigrantInnen als Muttersprache „serbokroatisch“ angeben könnten, da damals die Amtssprache in Jugoslawien noch Serbokroatisch war. Somit wären diese Menschen nicht einem bestimmten Land zuordenbar.

Die österreichische Betreuungssituation, nach PflegegeldbezieherInnen, zeigt, dass 58 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause von Angehörigen gepflegt werden. 24 Prozent nehmen eine mobile Pflege in Anspruch, 16 Prozent sind stationär versorgt und lediglich 2 Prozent benötigen eine 24h-Betreuung. In Oberösterreich beziehen 68.279 Personen, wovon mehr als zwei Drittel weiblich sind, ein Pflegegeld. Die meisten PflegegeldbezieherInnen sind über 61 Jahre alt, der Schwerpunkt in Oberösterreich liegt jedoch bei den über 80jährigen (BMASK - Pflegevorsorgebericht 2009: 7ff.).

Anzuführen hierbei ist noch, dass man nicht davon ausgehen kann, dass diejenigen, die kein Pflegegeld beziehen, nicht auch einer Pflege bedürfen. Zudem gibt es über die Anzahl der Pflegefälle, die aus verschiedensten Gründen keine Unterstützung erhalten, lediglich nur grobe Schätzungen.

Statistische Daten über PflegegeldbezieherInnen mit Migrationshintergrund gibt es nicht, da Daten über Staatsbürgerschaft, Herkunft oder der Gleichen, in die Statistik nicht aufgenommen werden. Auch fehlen jegliche Daten von KlientInnen mit Migrationshintergrund, die mobile Dienste in Anspruch nehmen. Jedoch wird der Anteil als sehr gering¹⁰ eingeschätzt. Daraus könnte geschlossen werden, dass die Pflege der MigrantInnen durch die Familie abgedeckt wird.

Die Organisationen der mobilen Dienste fragen bewusst nicht nach Herkunftsland, um mit diesem universalistischen Ansatz einen „vorurteilsfreien Blick auf tatsächliche Bedürfnisse“ (Kremla 2004: 113) zu erhalten. Aber werden im Sinne von „gleiche Pflege für Alle“ nicht Asymmetrien zwischen Repräsentanz in der Bevölkerung und der Inanspruchnahme untergraben? Erst mit einer Bedarfsprognose „kann festgestellt werden, ob tatsächlich die bisher wenig erreichte Gruppe älterer Zugewanderter tatsächlich keinen Bedarf an speziellen Diensten

¹⁰ Der mobile Dienst „Miteinander“ in Linz schätzt die Zahl seiner Klienten mit Migrationshintergrund auf 1 Prozent.

für Ältere hat, oder diesen aufgrund von Zugangsbarrieren nicht an die Einrichtungen herantragen“ (Kremla 2004: 113).

2.4. Lebenslage Gesundheit

In Österreich wurden einzelne Studien zu Lebenslagen (zB Wohnbedingungen, finanzielle Situation, Gesundheit oder Rückorientierung) älterer MigrantInnen durchgeführt. Hierzu zählen vor allem die Studien des Soziologen Christoph Reinprecht. Im Rahmen des Projekts „Senior Plus“ (Jänner 1997 bis Dezember 1999) wurde die soziale Integration und Altersplanung von MigrantInnen ab 55 Jahren in der Wiener Gürtelregion erhoben. Einer der Forschungsschwerpunkte war die Lebens- und Gesundheitssituation älterer MigrantInnen aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien. Dabei wurde bei den MigrantInnen u.a. ein schlechterer Gesundheitszustand ermittelt (vgl. Reinprecht 2000: 63-79). Bei seiner zweiten Studie „Aktiv ins Alter“ (Juli 2003 bis Juni 2005) wurden ältere MigrantInnen zu den Bereichen Lebensqualität, Ressourcen für Aktivitäten, Barrieren und Zugänglichkeit der Sozial- und Gesundheitseinrichtungen befragt. Dabei konnte festgestellt werden, dass allgemein unter den MigrantInnen ein engmaschiges Netz an sozialen Beziehungen vorhanden ist. Derartige Netzwerke sind allerdings nur bedingt tragfähig und belastbar, da sie sich im höheren Alter auf die Primärfamilie konzentrieren (vgl. Reinprecht 2006: 93ff.).

Zu dem Thema Altenbetreuung und Pflege älterer MigrantInnen finden sich in Österreich nur einige Studien. Zum Beispiel hat Nevin Altıntop in ihrer Diplomarbeit „Wie sich türkischsprechende Migranten in Wien ihre Zukunft im Alter vorstellen“, aus der Pflegewissenschaft, die Frage nach dem Wunsch eines kultursensiblen Altenheims in Wien seitens türkischsprachender MigrantInnen als Alternative zum Altern in der Familie ermittelt. Das Resultat ist, dass ein solches Heim sehr wohl erwünscht ist, es aber innerhalb der Altenpflege eine kaum vorhandene kulturelle Öffnung herrscht (vgl. Altıntop 2010: 110, 12). Da ein Teil der MigrantInnen zu einer Gruppe mit bestimmten Bedürfnissen¹¹ zählen, sollte am Abbau von bestehenden Zugangsbarrieren für MigrantInnen gearbeitet werden. Um eine adäquate Behandlung für diese Gruppen mit besonderen Bedürfnissen zu gewährleisten, bedarf es einer Öffnung der Institutionen der Altenhilfe.

¹¹ Wunsch nach zweisprachiges Personal in einem kultursensiblen Alten- bzw. Pflegeheim, kultursensible Heimbetreuung, Beachtung religiöser Vorschriften bezüglich Essen und Gebet, oder kultursensible Pflege (vgl. Altıntop 2010: 31).

Auch Marion Kremla plädiert in ihrer Arbeit über „Interkulturelle Altenpflege in Wien“ (Mai 2003 bis Dezember 2004) auf eine kulturelle Öffnung der Pflegeeinrichtungen. Mittels Diskussionsrunden hat sie mit MigrantInnen und Anbietern von mobilen Diensten, den Bedarf und Angebot im Gesundheits- und Pflegesektor erhoben. Auf Seiten der MigrantInnen wurde eine materielle Not sowie Skepsis gegenüber den innerfamiliären Betreuungskapazitäten festgestellt. Jedoch herrscht eine hohe Akzeptanz der sozialen Dienste und Pflegeeinrichtungen. Muttersprachliche Betreuungs- und Informationsarbeit werden sowohl von Seiten der MigrantInnen, als auch von Seiten der Einrichtungen der Altenarbeit als wichtig erachtet (vgl. Kremla 2004: 71, 86, 115).

Vom Wiener Hilfswerk wurde ein Projekt zum Thema „Kultursensibilität in der KundInnenbeziehung im Rahmen der mobilen Pflege und Betreuung“ durchgeführt. Dabei wurden die Bedürfnisse älterer MigrantInnen, im Bezug auf Zugangsmöglichkeiten zur mobilen Pflege und Betreuung zu Hause sowie ihre Vorstellungen vom „Älter werden“ in einem fremden kulturellen Umfeld erfasst. Ergebnisse zeigten, dass das familiäre Unterstützungssystem fragiler geworden ist und je älter die zu pflegenden Personen werden, desto fragiler wird es. Neben dem teilweisen geringen Bildungsniveau und der schlechten Deutschkenntnisse fehlt die notwendige Information über das Angebot der sozialen Dienste. Aber auch Scham, fremde Hilfe im intimen Bereich der Pflege und Betreuung anzunehmen wurde festgestellt. ExpertInnen der Betreuungseinrichtungen gaben als größte Barriere den Informationsmangel und unklare Anlaufstellen im Bereich der Pflege und Betreuung an (vgl. Iljić et al. 2007: 37-48).

Für den oberösterreichischen Raum wurde im Auftrag der Oberösterreichischen Landesregierung eine Studie der Fachhochschule Linz durchgeführt, um „Das Thema Migration in der Arbeit der mobilen Dienste in OÖ“ zu ermitteln. Die Forschung hat ergeben, dass Migration zwar ein Thema sei, jedoch noch in einem sehr geringen Maße. Neben der üblichen Problematik der Sprachbarriere kommt es durch „unterschiedliche Kulturen zu Konflikten“ (Schmid, Zweimüller 2009: 12).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Literatur über ältere MigrantInnen zum einheitlichen Ergebnis kommt, dass es sich bei den älteren MigrantInnen um eine sehr heterogene Gruppe handelt (vgl. Kobi 2008: 34). Die Angebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige werden nur in geringem Maße in Anspruch genommen, sodass in dieser Hinsicht für die Zukunft noch vieles zu verbessern wäre.

2.4.1. Gesundheitszustand älterer MigrantInnen

Der Gesundheitszustand eines Menschen verschlechtert sich im Durchschnitt mit zunehmendem Alter. Das Risiko dement, krank oder pflegebedürftig zu werden steigt. Jedoch bedeutet Alter nicht gleich Pflegebedürftigkeit (vgl. Schopf & Naegerle 2005: 391). Ältere MigrantInnen aus Wien berichten über einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand, über mehr körperliche Beschwerden und Unsicherheitsempfinden, als die österreichischen SeniorInnen (vgl. Reinprecht 2006: 170). Auch die Zahl der Alltagsbeeinträchtigungen durch körperliche Gebrechen ist deutlich höher als bei der „einheimischen“ Bevölkerung. Soziale Dienste werden seltener in Anspruch genommen (vgl. Reinprecht 2007: 223).

In unmittelbarem Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden steht die Wohnsituation. Wohnbedürfnisse von MigrantInnen sind abhängig von sozialer Herkunft und Bindung an kulturelle und religiöse Normen. Die Wohnung ist neben ihrer existentiellen Notwendigkeit auch Ausdruck einer Lebensform im Alter und trägt zum Wohlbefinden bei (Reinprecht 2006: 197f.). Da ältere Menschen einen Großteil ihrer Zeit in ihren Wohnungen verbringen, kann bei Einschränkung der Mobilität die Wohnung sogar zum alleinigen Lebensmittelpunkt werden. Durch Krankheit oder Tod kann es zu einer Reduktion der Kontakte kommen, sodass die Wohnqualität und die Ausstattung der Wohnung zu einem wichtigen Aspekt für subjektives Wohlbefinden wird (Schopf & Naegele 2005: 389).

Das Älterwerden im Migrationsprozess ist laut Reinprecht mit der Erfahrung gesundheitlicher Benachteiligung verbunden. Dabei steht der materielle Ressourcenmangel im Zusammenhang mit dem eingeschränkten Gesundheitsempfinden. Somit fühlen sich viele MigrantInnen im Fall einer längeren Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nicht ausreichend abgesichert (vgl. Reinprecht 2006: 169).

In Deutschland (vgl. Schopf & Naegele, 2005: 388) und der Schweiz (vgl. Kobi 2007: 47) konnte eine schlechtere Wohnqualität bei MigrantInnen im Gegensatz zur „einheimischen“ Bevölkerung verzeichnet werden. Eine ähnliche Situation bezüglich Wohnqualität wird auch in Österreich beschrieben. Geringere Wohnfläche sowie schlechtere Ausstattung der Wohnungen bei MigrantInnen konnten festgestellt werden (vgl. Ilić et al. 2007: 37). Ein wesentlicher Grund dafür können die Einkommensverhältnisse sein. Die Einkommenssituation be-

stimmt maßgeblich den Handlungsspielraum u.a. auch im Alter. Aufgrund eines niedrigen Bildungsniveaus, wenig qualifizierter, gesundheitsschädlicher Arbeit¹² können MigrantInnen vorzeitig pensioniert werden. Bedingt durch die zur Verfügung stehende geringere Pension, erhöht sich das Armutsrisiko und es bieten sich wenig Chancen zur Gesundheitsprävention (vgl. Kremla 2004: 47f., 70).

Auch in Deutschland zeigen Studien, dass der sozioökonomische Status älterer MigrantInnen generell schlechter als die der „einheimischen“ Bevölkerung ist (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993: 15, Gerling 2003: 218, Schopf & Nagele 2005: 387f.).

2.4.2. Gesundheitsverhalten der MigrantInnen

Im Gegensatz zur österreichischen Bevölkerung werden von MigrantInnen deutlich weniger gesundheitsfördernde Aktivitäten betrieben. Dies machte u.a. die Ethnologin und Soziologin Helga Amesberger im Österreichischen Migrations- und Integrationsbericht deutlich. Neben höherem Nikotinkonsum – MigrantInnen aus Ex-Jugoslawien oder der Türkei rauchen im Vergleich zur „einheimischen“ Bevölkerung deutlich öfter (vgl. Statistik Austria 2008: 88f.) – werden auch präventive Untersuchungen seltener in Anspruch genommen (vgl. Amesberger et al. 2003: 181f.)

Laut der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 (vgl. Statistik Austria 2008: 10) zeigt sich, dass das Angebot der kostenlosen Gesundenuntersuchung, wie Krebsvorsorgeuntersuchungen von MigrantInnen weniger in Anspruch genommen wird, als von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (vgl. Statistik Austria 2008: 92f.). Auch bei den Schutzimpfungen sieht es so aus, dass MigrantInnen seltener einen aufrechten Impfschutz aufweisen (vgl. Statistik Austria 2008: 91). Ebenso konsultieren Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit seltener einen Facharzt als Österreicher (vgl. Amesberger et al. 2003: 193).

Folglich resultiert dieses Gesundheitsverhalten aus dem Grad des Bildungsniveaus und der Höhe des Einkommens. Somit setzen Personen mit niedrigem Einkommen und/oder niedrigem Bildungsniveau seltener gesundheitsfördernde bzw. –erhaltende Aktivitäten (vgl. Pfliegerl, Fernández de la Hoz 2003: 193, Amesberger 2003: 193). Aufgrund Kommunikations-

¹² 59 Prozent der Wiener MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien üben eine Tätigkeit als angelernteR (Hilfs)arbeiterInnen aus (Reinprecht 2006: 17).

probleme und Informationsmangel (vgl. Pfleger, Fernández de la Hoz 2003: 193) bei MigrantInnen werden die Angebote der Gesundheitsversorgung seltener in Anspruch genommen. Somit sind sie in der Gesundheitsversorgung immer noch marginalisiert, vor allem was die Maßnahmen zur Prävention, Rehabilitation und psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung betreffen (vgl. Kutalek 2009: 306).

In Bezug auf das Gesundheitsverhalten, stellt sich die Frage, ob die geringen gesundheitsfördernden Aktivitäten Einfluss auf einen späteren Pflegefall haben. Dies kann aufgrund von fehlenden Studien nicht beantwortet werden. Zudem stellen Ursachen für Pflegefälle häufig ein Zusammenspiel verschiedener alters- und krankheitsbedingte Indikatoren dar.

2.4.3. Psychische Gesundheit der MigrantInnen

Ob MigrantInnen psychisch gesund sind, hängt von körperlichen, soziokulturellen, religiösen und gesellschaftspolitischen Faktoren ab. In Österreich liegen keine Daten für psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von MigrantInnen vor. Für Deutschland lässt sich jedoch feststellen, dass MigrantInnen in ambulanten und offenen stationären psychiatrischen Bereichen unterrepräsentiert sind (vgl. Kutalek 2009: 311).

Bei MigrantInnen können psychische Beschwerden oft somatisiert werden. Warum ist das so? Die Kultur- und Sozialanthropologin Ruth Kutalek argumentiert, dass es wesentlich einfacher zu sagen ist bzw. zu zeigen, dass man Kopfschmerzen hat, als das man sich psychisch unwohl fühlt. Als Erklärungsmöglichkeiten können die migrationsspezifischen Stressoren wie sozio-ökonomischer Status oder gesellschaftliche Konflikte herangezogen werden. Bei psychischen Störungen von MigrantInnen treten häufig Depressionen, psychosomatische Beschwerden und posttraumatische Belastungsreaktionen auf (vgl. Kutalek 2009: 312f.).

In einer Studie an der Medizinischen Universität Wien wurde eine Vergleichsstudie mit PatientInnen aus Österreich und aus dem ehemaligen Jugoslawien zu dem Thema somatoforme Schmerzstörungen durchgeführt. Dabei ging man davon aus, dass MigrantInnen sehr häufig berichten, dass sie Mitteilungen oder Empfehlungen der Ärzte nicht verstehen. Besonders wenn es sich um chronische Schmerzen handelt, sind die Beschwerden schwer in Worte zu fassen. Sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit wird als „körpernahe“ be-

schrieben. „Der Körper wird als Austragungsfeld der psychosozialen Konflikte erlebt¹³“ (Aigner et al. 2006: 39).

In der Studie konnte ermittelt werden, dass schwere depressive Symptomatik sowie hypochondrische Ängste stärker ausgeprägt sind als bei ÖsterreicherInnen. Außerdem werden Kopfschmerzen ebenfalls häufiger angegeben. Gründe dafür vermutet man durch die posttraumatischen Belastungsstörungen im Zusammenhang mit den Kriegseignissen (vgl. Aigner et al. 2006: 40ff.).

Die psychische Gesundheit bei MigrantInnen soll jedoch nicht aus dem Blickwinkel der kulturellen Prägung betrachtet, sondern im situationsbedingten Kontext verstanden werden. Für die Zukunft wäre eine Verbesserung der Datenlage, vor allem umfassendere soziale und gesundheitliche Studien von MigrantInnen, wünschenswert.

¹³ Zum Beispiel berichten PatientInnen davon, dass die „Organe nicht mehr am richtigen Ort sitzen“ (Aigner et al. 2006: 39).

3. Theoretischer Rahmen - Altern und Pflege

Der theoretische Rahmen meiner Forschungsarbeit ist gewissermaßen konzipiert wie der Eintritt in eine Pflegesituation mit den Kategorien 3.1. Alter, 3.2. Netzwerke und 3.3. Transkulturalität. Durch die Einstellung des Erwerbslebens der MigrantInnen verringern sich meist auch die sozialen Kontakte. Mit der Reduktion der Kontakte im Alter, erhöht sich das Risiko zu vereinsamen. Wie sich die sozialen Interaktionen präsentieren können, wird im Kapitel 3.1.1. Ethnizität behandelt. Sobald der Pflegefall eintritt, wird überwiegend die engste Familie mobilisiert. Meist sind es Kinder oder Partner der pflegebedürftigen Person, welche die Hauptpflege übernehmen. Warum Pflegebedürftige von Familienmitgliedern gepflegt werden, dafür gibt es die verschiedensten Motive, eines davon ist 3.1.2. Reziprozität. Dies ist einer der Gründe, warum viele pflegebedürftige MigrantInnen keine professionelle Pflege (vgl. Kremla 2004: 47) in Anspruch nehmen, sondern ausschließlich von Familienmitgliedern betreut werden. Dieses Hilfpotential durch die Familie, insbesondere die 3.2.1. intergenerationellen Unterstützung, ist gerade in Belastungssituationen, wie im Pflegefall von enormer Bedeutung. Falls doch professionelle Hilfe durch bspw. mobile Dienste von älteren MigrantInnen in Anspruch genommen wird, spielt bei diesem Zusammentreffen die 3.3. Transkulturalität in der Pflege eine wichtige Rolle.

In Österreich gibt es wenige Veröffentlichungen, die sich speziell mit der Situation und den Bedürfnissen der älteren MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien befassen. Die einzelnen Studien konzentrierten sich auf rechtliche, demographische oder soziologische Aspekte der älteren MigrantInnen. Kultur- und sozialanthropologische Studien speziell zu pflegebedürftigen MigrantInnen in Verbindung mit der Inanspruchnahme der mobilen Dienste gibt es in Oberösterreich nicht. Zu Beginn der jeweiligen Kapitel wird der jeweilige Forschungsstand behandelt.

3.1. Alter

In unserer Gesellschaft bilden alte Menschen eine immer größer werdende „Randgruppe“, weil sie oft als unproduktiv in ökonomischer Hinsicht oder als Kostenfaktor in finanzieller Hinsicht bezüglich Pflegeversorgung bezeichnet werden. Auch die Vorstellungen über den alternden Körper sind sehr negativ besetzt. Alles in allem ist das Bild vom Alter unserer Ge-

sellschaft auch von einer negativen Sichtweise geprägt, ohne auf die Ressourcen der Älteren zu achten (vgl. Dracklé 1998: 2f.).

Mit dem Alter beschäftigen sich viele wissenschaftliche Disziplinen wie zB die Biologie, Psychologie, Medizin, aber vor allem die Gerontologie. Als eine multidisziplinäre Wissenschaft des Alters, legte die Gerontologie ihren Schwerpunkt auf naturwissenschaftliche Untersuchungen des Alterungsprozesses. Soziale und kulturelle Veränderungen, welche mit dem Alter einhergehen, wurden dabei nur peripher behandelt. Auch heute ist die Gerontologie stark medizinisch beeinflusst (vgl. Mandl 2009: 54).

Die ethnologische Altersforschung beschäftigt sich hingegen mit kulturellen Konstruktionen und Dimensionen des Alters und Älterwerdens. Auf sozialwissenschaftlicher Ebene werden der Prozess des Alterns und die Bedingungen des Alt-Seins diskutiert (vgl. Marzi 1998: 13). Andreas Sagner wirft der Kultur- und Sozialanthropologie, die späte Etablierung in der gerontologischen Forschung vor.

„Die ethnologische Altersforschung oder Gerontoethnologie (anthropology of old age) ist die kulturwissenschaftliche Forschung über das höhere Lebensalter, alte Menschen und deren Situation in ihrem kulturellen Kontext. Im Gegensatz zu den angelsächsischen Ländern, insbesondere den Vereinigten Staaten von Amerika, führt dieses Teilgebiet in der deutschsprachigen Völkerkunde noch ein Schattendasein.“ (Sagner 1997: 143)

Laut Sagner waren bis in die 1960er Jahre die ethnographischen Darstellungen älterer Menschen fragmentarisch. Dies begründet er mit der langen Zeit der einseitigen Konzentration auf die mittleren Abschnitte des Lebens. Seiner Meinung nach habe sich die Ethnologie erst sehr spät der gerontologischen Forschung gewidmet (vgl. Sagner 1997: 145). Dagegen argumentiert die Ethnologin Hiltrud Marzi, dass Alter von jeher ein zentraler Gegenstand in der Ethnologie war und ist. Schließlich waren ältere Menschen für EthnologInnen insofern von Bedeutung, da sie häufig die HauptinformantInnen während der Feldforschungen darstellten. Einerseits beschäftigte sich die Ethnologie am Anfang der Altersforschung lediglich auf außereuropäische Gesellschaften. Andererseits resultiert der Widerspruch aus den unterschiedlichen Perspektiven und Fragestellungen der Ethnologie und Gerontologie (vgl. Marzi 1998: 13).

Unter anderem ist Alter in der Kultur- und Sozialanthropologie unter vielen verschiedenen Aspekten thematisiert worden, wie zB Seniorität, Altersklassensystem (vgl. Marzi 1998: 14f.), Vernachlässigung und Verfolgung älterer Menschen, Senizid, Machtzuwachs im Alter, Sozialformen im Alter, soziale Absicherung, Generationsverhältnis, Altersrecht und -pflichten oder Altersweisheit (vgl. Sagner 1997: 154ff.) Im Rahmen dieser Arbeit werde ich mich innerhalb der Kategorie Alter mit Ethnizität und Reziprozität beschäftigen.

3.1.1. Ethnizität

Ethnizität wird in der Kultur- und Sozialanthropologie, in Anlehnung an Fredrik Barth (1998), überwiegend als dynamischer Prozess – „im Sinne kultureller Mehrfachzugehörigkeiten und hybrider Überlagerungen“ – verstanden (vgl. Schmidt-Lauber 2007: 15). Maria Dietzel-Papakyriakou (1993) hat gerontologische und migrationsbezogene Theorieansätze kombiniert. Sie interpretiert die dynamische Kategorie Ethnizität als situationsbezogen, die als Ergebnis von sozialen Interaktionen verstanden werden kann. Die ethnische Identität ist dabei jeweils von situationellen Kontexten abhängig (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993: 18f.).

So werden der ethnische Rückzug und das Wiederaufleben von Ethnizität im Alter kontrovers diskutiert, Ethnizität kann Ressource als auch Belastung sein (vgl. Olbermann 2003: 109). Das Wiederaufleben der Ethnizität im Alter geht einher mit dem Rückzug aus den sozialen Beziehungen, die zunehmende Introvertiertheit, Vergangenheitsorientierung und verstärkte Erinnerung an die Kindheit. Olbermann und Dietzel-Papakyriakou sprechen in diesem Sinne vom „ethnischen Rückzug“. Bedingt durch die Ausgliederung aus dem Erwerbsleben konzentrieren sich die Beziehungen verstärkt auf Angehörige der jeweiligen ethnischen Gruppe (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993: 18; Olbermann 2003: 109). Begründet ist der ethnische Rückzug dadurch, dass die gemeinsame Sprache, Symbole, Traditionen und das Lesen zwischen den Zeilen zum Vertrauen, zum Erhalt des Selbstwertgefühls und Wohlbefindens beitragen (vgl. Dietzel-Papakyriakou 2005: 401, Fernández de la Hoz, Pflegerl 2000: 468f.). Somit kann die zunehmende ethnische Orientierung im Alter als Ressource angesehen werden, als eine spezifische Strategie des erfolgreichen Alterns. Durch die Aufwertung der ethnischen Gruppe erlangt die alte Person neue Rollenzuschreibungen. Der ethnische Rückzug trägt zur Mobilisierung von ethnischen und familiären Hilfpotentialen bei. Wenn der ethnische Rückzug als Belastung angesehen wird, so kommt es durch die Orientierung auf die eigene ethnische Gruppe zur Reduktion der Kompetenzen und Fähigkeiten in der Aufnahmegesellschaft.

Dadurch verringern sich die Zugänge zu Unterstützungsleistungen der Ausnahmegesellschaft (vgl. Olbermann 2003: 109f.).

Auch Reinprecht konnte in einer Studie¹⁴ über MigrantInnen in Wien einen ethnischen Rückzug feststellen. Dabei werden die Werte und Traditionen des Heimatlandes stärker gelebt (vgl. Reinprecht 2000: 78).

Kritik erfährt die These des „ethnischen Rückzugs“ von Kathrin Hahn. Sie belegt durch empirische Studien, dass die Orientierung von Personen an ein möglichst homogenes, vertrautes Milieu nicht nur typisch bei MigrantInnen ist, sondern auch bei der autochthonen Gesellschaft zu erkennen sei (vgl. Hahn 2011: 64). Folglich bedeutet das, dass der Rückzug nicht „ethnisch“ zu verstehen ist, sondern einen Rückzug aus gesamtgesellschaftlichen Alltagswelten darstellt.

3.1.2. Reziprozität

Im Fall von Pflegebedürftigkeit sind es immer noch überwiegend Kinder und Schwiegerkinder, die die Eltern im Alter pflegen. Die Beweggründe für die Übernahme von Pflegeverantwortung sind vielschichtig. Neben moralischen, finanziellen Motiven, werden auch die geschlechtsspezifische Sozialisation von Frauen als Begründungen genannt. In den meisten Fällen ist das Motiv neben der Selbstverständlichkeit, Verpflichtung sowie Nähe zur pflegebedürftigen Person (vgl. Ziegler 2000: 35f). Da Verpflichtungsgefühle der Kinder als Orientierung an Reziprozität gewertet werden können (vgl. Hollstein 2005: 6), werden diese nun näher erläutert.

Die Norm der Reziprozität nach Marcel Mauss (vgl. Mauss 1968: 17ff.) beruht auf ein System der „totalen Leistung“ im Sinne von Austausch. Dabei ist wichtig, dass die Gabe den Empfänger zu einer Gegengabe verpflichtet. Der gesamte Austausch beinhaltet drei Verpflichtungen: Geschenke machen, Geschenke annehmen und die Gabe erwidern. Mit einer Gabe sind immer Verpflichtungen verbunden (vgl. Kobi 2008: 74, Mauss 1968: 17ff.).

In Verbindung mit Pflegebedürftigkeit stellt sich die Frage, wann die Schuld abgetragen ist. Dabei können Dinge gleicher und unterschiedlicher Art getauscht werden. Das heißt es können materielle Güter, Dienstleistungen oder Emotionen sein. Ob dabei die Gabe „zurückge-

¹⁴ Im Rahmen des Projekts „Senior Plus“ (von Jänner 1997 bis Dezember 1999) wurde die soziale Integration und Altersplanung von älteren MigrantInnen in der Wiener Gürtelregion erhoben (vgl. Reinprecht 2000: 78).

zahlt“ wird, oder eine Schuld abgetragen wird, können nur die Akteure selbst beantworten (vgl. Hollstein 2005: 2f.). Bei Eltern-Kind-Beziehungen findet sich direkte als auch indirekte Reziprozität. Bei der indirekten Reziprozität oder „Familiensolidarität“ handelt es sich „um die traditionelle Form der Unterstützung in Gesellschaften ohne wohlfahrtsstaatliche Absicherung“ (Hollstein 2005: 15). Diese wird jedoch im Rahmen der Arbeit nicht behandelt, da innerhalb des Forschungsfeldes staatliche Hilfe vorhanden ist.

Bei der direkten Reziprozität in Generationsbeziehungen wird auf sehr lange zurückliegende Gaben Bezug genommen. Innerhalb der direkten Reziprozität konnte Gloria Wentowski in ihrer anthropologischen Studie drei Arten von Reziprozität feststellen: Die „unverzügliche Reziprozität“ (immediate exchange) betrifft eine unverzügliche Gegengabe, die einen erkennenden Marktwert hat und einen entsprechenden Wert, der erhaltenen Gabe hat. Bei der „verzögerten Reziprozität“ (deferred exchange) verzögert sich der Austausch von Gaben oder Gefälligkeiten, wobei jedoch die in einer überschaubaren Zeitspanne zurückgegeben wird. Wichtig dabei ist, dass „gifts are offered but with no stipulation as to amount and time of repayment“ (Wentowski 1981: 604). Als dritte Art der Reziprozität versteht sie die „generalisierte Reziprozität“ (generalized reciprocity). Dabei wird Unterstützung nicht zwingend im gleichen Maße erwartet, wie sie gegeben wurde. Zum Beispiel fühlen sich Verwandte im Fall von Krankheit verantwortlich zu helfen, ohne eine exakte Rückzahlung zu erwarten. Es wird angenommen, dass sich die Beziehung *over a long term* ausbalancieren wird. Bei der generalisierten Reziprozität steht vielmehr die Beziehung und weniger das tatsächlich Ausgetauschte im Vordergrund (vgl. Wentowski 1981: 604f.; Hollstein 2005: 7).

Ähnlich haben in Anlehnung an die „verzögerte Reziprozität“, die Anthropologin Lisa Grogger und Soziologin Suzanne Kunkel (1995) den Begriff der *reciprocity over a lifetime* geprägt. Dabei ist der Austausch eng verbunden mit den kulturellen Altersbildern und –rollen, die die Konstruktion der Beziehung und Bewertung von Fürsorge und Abhängigkeit im Alter machen (Sagner 1997: 153f.).

Reziprozität und Ethnizität im Alter sind entscheidende Faktoren im Bezug auf Unterstützung annehmen und geben. In diesem Zusammenhang soll die Rolle der sozialen Netzwerke, insbesondere die intergenerationellen Unterstützungsleistungen mit ihren Vor- und Nachteilen, im Pflegefall betrachtet werden.

3.2. Netzwerke

Mit den Forschungsarbeiten der Manchester School erkannte man die Bedeutung von familiären und freundschaftlichen Netzwerken in der Migration. Von den 1970er bis 1990er Jahren lag der Schwerpunkt der österreichischen und deutschen Netzwerkstudien auf Familienstrukturen der Herkunftsländer Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien (vgl. Six-Hohenbalken 2009: 231). Im Bereich der Netzwerkforschung ergeben sich viele Überschneidungen mit der Soziologie, wodurch viele der folgenden Ansätze aus diesen Forschungsbereichen stammen.

Die deutschsprachige sozialwissenschaftliche Literatur beschäftigt sich vor allem mit der Lebenssituation der älteren MigrantInnen - Unterstützungspotentiale im Alter durch die ethnischen Netzwerke wurden jedoch kaum beachtet (vgl. Wettich 2007: 14). Bei der gerontologischen Diskussion über altersspezifische Veränderungen sozialer Beziehungsnetze sind aus der Soziologie der Solidaritäts¹⁵- und Ambivalenzansatz¹⁶ zu erwähnen.

Innerhalb der intergenerationellen Netzwerke wurden u.a. die Veränderungen der Familienstrukturen im Zielland der MigrantInnen erforscht. Untersuchungen bei EinwanderInnenfamilien in Deutschland haben festgestellt, dass Veränderungen der Familienstrukturen nicht universal sind. Bernhard Nauck beschäftigte sich bei sozialen und migrantischen Netzwerken im Speziellen mit den Unterstützungsleistungen und gegenseitiger Hilfe (vgl. Six-Hohenbalken 2009: 233; Nauck et al. 1997: 489f.).

Ein weiteres Forschungsfeld innerhalb der intergenerationellen Netzwerke sind die transnationalen Unterstützungsbeziehungen von älteren MigrantInnen. Dabei wird geschaut wie transnationale Lebensweisen von Familienmitgliedern über nationale Grenzen wirken. Die Anthropologin und Soziologin Loretta Baldassar konnte in ihrer Studie feststellen, dass Unterstützungsbeziehungen von älteren MigrantInnen ungeachtet von geographischer Nähe, in jedem Fall eine notwendige Voraussetzung von „caregiving“ ist (vgl. Baldassar 2007: 278ff.). „Caregiving“ als ein „Sich-kümmern“ kann transnational auf verschiedene Weisen erfolgen. Wenn ältere MigrantInnen persönliche Pflege bedürfen, ihre Familienmitglieder sich jedoch

¹⁵ Der Solidaritätsansatz erforscht die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Dimensionen der Solidarität - dazu gehören auch Konflikte und deren negative Auswirkungen auf die Solidarität (vgl. Kobi 2008: 69).

¹⁶ Lürscher und Pillemer postulieren, dass Generationenbeziehungen Ambivalenzen generieren. Sie gehen davon aus, dass sich Ambivalenzen in sozialen Situationen grundsätzlich ergeben, besonders bei intergenerationellen Beziehungen. Speziell beim Pflegefall ergeben sich Ambivalenzen, wobei der Pflegende im Spannungsfeld von Verantwortung und individueller Selbstentfaltung steht (vgl. Lürscher 2005: 71; Höpflinger 1999: 24).

nicht im selben Land befinden, können neben dem emotionalen Beistand (etwa durch Telefonate) auch eine finanzielle Unterstützung erbracht werden (vgl. Baghdadi, Schöne 2011: 198), die ermöglicht, dass eine dafür bezahlte Person die Pflege übernimmt.

Mit Unterstützungsleistungen älterer MigrantInnen hat sich auch Elke Olbermann in ihrer soziologischen Dissertation beschäftigt. Sie unterteilt die soziale Unterstützung älterer MigrantInnen in drei Dimensionen:

1. Bei der *emotionalen* Unterstützung handelt es sich um intime und vertrauensvolle Beziehungen, die das Selbstwertgefühl stärken. Auch werden persönliche Probleme dabei besprochen.
2. Die *instrumentelle* Unterstützung umfasst vor allem materielle Hilfen, aber auch immaterielle Hilfen wie Dienstleistungen.
3. Die *informative* Unterstützung besteht aus Ratschlägen und Informationsvermittlung.

Eine Fokussierung auf die primären Netzwerke ist bei MigrantInnen einerseits bedingt durch die materiellen Ressourcen, andererseits durch den Ausschluss der Mehrheitsbevölkerung (vgl. Olbermann 2003: 15).

Soziale Unterstützung weist positive Effekte auf körperliches wie auch psychisches Wohlbefinden auf. Durch die Einbettung in ein unterstützendes soziales Netzwerk kann einerseits Stress verhindert bzw. gemindert werden, andererseits kann, wenn die Belastungssituation bereits eingetreten ist, Unterstützung vom sozialen Netzwerk bereitgestellt werden, sodass die Fähigkeit mit psychosozialen Stress fertig zu werden, erhöht wird (vgl. Olbermann 2003: 17f.). Jedoch impliziert die soziale Unterstützung nicht nur positive Aspekte, sondern sie kann auch negative Folgen haben. Ältere Menschen können die angenommene Hilfe häufig nur noch mit emotionaler Unterstützung erwidern. Bedingt dadurch, dass ältere MigrantInnen weniger Möglichkeiten des Ressourcenaustausches in der sozialen Beziehung haben, steigt das Risiko, dass die Beziehung vom Pflegenden als unbefriedigend und belastend empfunden wird (Olbermann 2003: 38). Erst wenn beide Seiten über eine gemeinsame Basis hinsichtlich der Austauschregeln verfügen, kann sich eine zufriedenstellende Beziehung entwickeln (vgl. Olbermann 2003: 37f.).

3.2.1. Zur Bedeutung von intergenerationeller Unterstützung

Allgemein wird im Alter eine Einschränkung der sozialen Kontakte durch das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, Krankheit und Tod von Freunden beobachtet (Reinprecht 2006: 94). Ebenso verringert sich mit zunehmendem Alter die Mobilität - das unmittelbare soziale Umfeld wird ausschlaggebend (vgl. Fernández de la Hoz, Pflegerl 2000: 468f.). Familie und verwandtschaftliche Beziehungen verschaffen neben emotionalem Rückhalt, soziale Wertschätzung und Hilfe auch Unterstützung in kritischen Situationen. Bei der meist lang andauernden Aufgabe der Betreuung von Personen, speziell im Pflegefall, sind es die nächsten Angehörigen wie Partner, Kinder, Schwiegerkinder oder Enkelkinder, welche Hilfe und Unterstützung leisten (vgl. Reinprecht 2006: 189f.). Die erste Generation kann zur Unterstützung und Entlastung ihrer Kinder in ihrer Rolle als Großeltern auftreten (Dietzel-Papakyriakou 2005: 400). Diese Übernahme einer nützlichen Funktion, wie das „Großelternservice“, stärkt wiederum den Familienzusammenhalt. Folglich bekommen ältere Menschen Hilfe, weil auch ihre Hilfe gebraucht wird. In erster Linie wird Hilfe wie bei Behördenangelegenheiten, schwere Hausarbeiten oder Einkaufen von den eigenen Kindern entgegengenommen. Auf der anderen Seite wird ihre Hilfe in Form von Ratschlägen bei persönlichen Problemen benötigt (vgl. Dietzel-Papakyriakou 2005: 400).

Dass Hilfeleistungen an Familienmitgliedern nicht immer auf Solidarität oder Verpflichtung gründen, zeigt sich bei Familien mit niedrigem ökonomischen Status. In US-amerikanischen Studien konnte festgestellt werden, dass mexikanische Familien über hoch protektive Netzwerke verfügen. Ein hohes Interaktionsniveau mit den eigenen Kindern und Verwandten bei alten Menschen in ethnischen Gruppen konnte dokumentiert werden, „weil die Familienmitglieder aufgrund ihres niedrigen sozioökonomischen Status auf reziproke Unterstützung angewiesen sind“ (Dietzel-Papakyriakou 1993: 30).

Das soll aber nicht bedeuten, dass intergenerationelle Unterstützung bei Migrantenfamilien als selbstverständlich angesehen werden soll. Reinprecht spricht davon, dass die jüngeren Nachkommen zur Hilfeleistung, wie Arztbesuche, Behördenwege, Mithilfe im Haushalt oder bei Pflegebedürftigkeit, verpflichtet werden (vgl. Reinprecht 2009: 36). Hohmeier bestätigt diese Meinung, wenn er bemerkt, dass zwar veränderte traditionelle Familienrollen bestehen und ältere MigrantInnen von ihren Kindern möglicherweise keine Hilfe erwarten können, jedoch im Fall von Pflegebedürftigkeit mit der Unterstützung der zweiten Generation rechnen können (vgl. Angerer 2011: 23, zit. nach Hohmeier 2000: 46). Auch Ilić et al. weisen deutlich auf diese Veränderungen und Tragfähigkeit von familiären Netzwerken bei Menschen mit Migra-

tionshintergrund hin. Demnach ist das intergenerative Unterstützungssystem „fragiler geworden und je älter die zu pflegenden Personen werden, desto fragiler wird es“ (Ilić et al. 2007: 42).

3.2.2. Größe und Qualität der Netzwerke

Für Deutschland konnte festgestellt werden, dass zwar die Netzwerke der MigrantInnen größer sind, jedoch nicht die Intensität der Beziehung. Somit hätten viele dieser Geselligkeitskontakte wenig Potential an Vertrauenspersonen (vgl. Kobi 2008: 42f. zit. nach Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 1996).

Auch für Österreich konnten ähnliche Ergebnisse ermittelt werden. Ältere MigrantInnen verfügen über größere und dichtere mehrdimensionale soziale Netze. Der überwiegende Teil der „ethnischen“ Sozialbeziehungen konzentriert sich auf Familie und Verwandtschaft. Jedoch sind die Netze nur bedingt tragfähig und belastbar. Besonders im höheren Alter sind sie ausschließlich auf die Primärfamilie beschränkt (vgl. Reinprecht 2006: 92ff). Als besonders groß identifizierte Reinprecht das Netz bei MigrantInnen aus dem Ex-Jugoslawischen Raum. Demnach verfügen sie über ein großes Netz an „weak ties“ (dabei werden auch Freunde zu Primärkontakten gezählt), welche weder bei MigrantInnen aus der Türkei, noch bei der einheimischen Bevölkerung vorzufinden sind (vgl. Reinprecht 2006: 104).

3.2.3. Konfliktpotential

Nähe, Vertrauen, Wertschätzung und Austausch in intergenerationellen Beziehungen sind die positiven Aspekte, jedoch können diese Beziehungen auch ein Potential für Entfremdung, Konflikt und psychosozialen Stress für beide Seiten enthalten (Reinprecht 2006: 200f.). Bei der räumlichen Nähe können laut Reinprecht innerfamiliäre Spannungen entstehen, die sehr belastend sind. Seiner Meinung nach, stellen zwar „die Familien eine gewisse Ressource bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit dar, die Enge des Zusammenlebens ist aber auch spannungsgeladen und stressauslösend“ (Reinprecht 2006: 5).

Dagegen konnten Ilić et al. feststellen, dass sich die Probleme ausschließlich auf Schwierigkeiten innerhalb der Familie und nicht auf den professionellen Pflegedienst beziehen. Die Gründe der innerfamiliären Konflikte sind die Berufstätigkeit der Familienmitglieder und

somit der Zeitmangel, aber auch Überforderungen, weil die eigenen Kinder versorgt werden müssen. Neben den eigenen Sorgen und Verpflichtungen kommen noch finanzielle Schwierigkeiten hinzu, die eine professionelle zu bezahlende Pflege unleistbar machen, wenn das Pflegegeld aus Unwissenheit oder Scham nicht beantragt wurde (vgl. Ilić et al. 2007: 40, 43).

Es ist nicht auszuschließen, dass in Zukunft innerfamiliäre Konflikte in Österreich zwischen der ersten und der zweiten Generationen der MigrantInnen aufgrund der Pflegebedürftigkeit älterer Familienmitglieder zunehmen werden. Einerseits erhöhen sich stetig die Anforderungen um Anspruch auf Pflegegeld zu erhalten, andererseits sind die professionellen Pflegeeinrichtungen auf diese Zielgruppe nicht vorbereitet (Kremla 2004: 21).

3.2.4. Einsamkeit

Alleine zu leben erhöht zweifellos das Vulnerabilitätsempfinden (vgl. Reinprecht 2006: 197f.) Reinprecht konnte in einer Untersuchung bei älteren MigrantInnen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei feststellen, dass 76 Prozent der Befragten häufig alleine zu Hause aufhalten, sich aber mehr soziale Gesellschaft wünschen (vgl. Reinprecht 2007: 222). Laut einer Studie in Wien wohnen beachtliche 28,3 Prozent der befragten MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien alleine (vgl. Ilić et al. 2007: 37f.). Bei zunehmender Pflegebedürftigkeit, vor allem bei bereits eingeschränkter Mobilität, reduzieren sich die Kontakte zunehmend auf die Primärfamilie, also PartnerInnen und Kinder, und somit wird dieses Unterstützungssystem stärker belastet (vgl. Ilić et al. 2007: 39).

Mit der soziologischen Diplomarbeit „Empirische Einsichten in die Lebenslage älterer, allein-stehender Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien in Wien“ (2007) hat Margret Dornhofer erforscht, dass verwitwete Frauen ein höheres Risiko der Kontaktarmut aufweisen, wobei die Bildungsarmut und mangelhafte Deutschkenntnisse dabei eine Rolle spielen. Das Isolationsrisiko ist weiter abhängig von Familienstand, Haushaltsform und dem ursprünglichen Wandermotiv (vgl. Dornhofer 2007: 77f., 123ff.).

3.3. Transkulturalität in der Pflege

3.3.1. Pflegetheorie nach Madeleine Leininger

Die amerikanische Krankenschwester und Ethnologin Madeleine Leininger erkannte bereits in den 1960er Jahren einen Zusammenhang zwischen Kultur und Pflege. Durch ihre Arbeit mit Kindern von MigrantInnen nahm sie deren unterschiedliche Erwartungen und Bedürfnisse wahr. „Jede Kultur besitzt bestimmte Formen, Strukturen, Ausdrucksweisen und Muster der Fürsorge, mit deren Hilfe Pflegende das Wohlbefinden, die Gesundheit oder das Kranksein eines Menschen erkennen, erklären und Prognosen machen“ (Leininger 1998: 46).

Mit diesem Wissen entwickelte sie ihre Theorie, die von der kulturspezifischen Fürsorge ausgeht. Fürsorge (*human care*) wird dabei als ein universales Phänomen verstanden, welches in jeder Kultur anzutreffen ist. Sie betont jedoch, dass dies nicht heißt, dass kulturell geprägte Fürsorgepraktiken weltweit anzutreffen sind, sondern dass Gesundheitsfürsorge und Pflege nicht losgelöst von kulturellen Faktoren zu begreifen sind (vgl. Dachs 1999: 43). Ziel ist die Erforschung des universellen Phänomens der *human care*, sowie die Erforschung des „kulturspezifischen“ in jeder Kultur (vgl. Domenig 2001: 141).

Für die verschiedenen Dimensionen der Theorie der kulturspezifischen Fürsorge hat Leininger das Sunrise-Modell entwickelt und immer wieder optimiert. Das Modell enthält alle Faktoren, die mit *human care* zusammenhängen – diese korrelieren miteinander und dürfen nicht als isoliert betrachtet werden. Das Modell ist ein Instrument, welches bei der Erforschung von menschlicher *human care* helfen soll, die kulturelle Welt mit seinen unterschiedlichen Lebensäußerungen und Einflüssen auf die menschlichen Lebensbedingungen zu verstehen. Indem Forscher durch Anwendung des Sunrise-Modells die Phänomene der kulturspezifischen *human care* analysieren, soll eine weltweite Wissensgrundlage aller Kulturen geschaffen werden um damit weltweit arbeiten zu können. Diese Untersuchungen sollen aus emischer (aus kulturspezifischer Sicht der Menschen zB Laienpfleger) und aus etischer (professionell pflegende Person) erfolgen (vgl. Leininger 1998: 56,77f.). Keinesfalls sollte diese Verbindung von Fürsorge und Kultur zur Stereotypisierung führen, sondern als Integration der jeweiligen kulturellen Normen, Werte und Praktiken der Pflegebedürftigen in die tägliche Praxis dienen (vgl. Dachs 1999: 44).

Zu den bisherigen Ergebnissen der transkulturellen Pflege nach Leininger kann gesagt werden, dass bereits 60 Kulturen (vgl. Domenig 2001: 142) mit Hilfe der Theorie erforscht wurden. Dabei konnte festgestellt werden, dass es weltweit mehr Verschiedenartigkeiten als

Übereinstimmungen gibt, besonders wenn westliche mit nicht-westlichen Kulturen verglichen werden. Das emische Wissen weicht stark vom etischen Wissen ab, wodurch es zu Konfliktpotential kommen kann (vgl. Leininger 1998: 85ff, Dachs 1999: 60).

Kritik zu Leiningers Theorie

Die Theorie der kultursensiblen Pflege nach Leininger hat zu zahlreichen weltweiten Untersuchungen geführt, aber auch Kritik ausgelöst. Nach Binder-Fritz stützt sich Leiningers Kulturbegriff auf Tylors klassische Definition von Kultur, des komplexen Ganzen. Dies umfasst Wissen, Glauben, Kunst, Moral, Recht, Sitte, Brauch und alle anderen Fähigkeiten und Gewohnheiten, die der Mensch als Mitglied einer Gesellschaft erwirbt. Durch dieses „starre Kulturkonzept“ würden die komplexen kulturellen Dimensionen wie etwa Geschlechterprobleme, Generationsunterschiede oder Bildungsniveau ausgeblendet werden (vgl. Binder-Fritz 2003: 119, Dachs 1999: 65, Domenig 2001: 142).

Ein weiterer Punkt ist, dass politische und ökonomische Determinanten des Gesundheitsverhaltens vernachlässigt wurden, obwohl gerade der ökonomische Faktor eine wesentliche Rahmenbedingung für das Gesundheits- und Krankheitsverhalten darstellt. Als den wichtigsten Kritikpunkt an Leininger sieht Habermann die Rede vom Anderssein. Durch diese Grenzziehung von „wir“ und „die anderen“ wird ein Ausschluss der „anderen“ forciert (Habermann 1997: 56). Auch Dagmar Domenig kritisiert, dass die eigenen soziokulturellen Hintergründe und die Reflexionen derer außer Acht gelassen werden, dafür aber der Blick von außen auf das „Fremde“ gefördert wird. Nicht die Interaktion zwischen Pflegekraft und MigrantIn, sondern Kulturen stehen im Zentrum. Das wiederum kann zu Abgrenzung der Kulturen und dadurch zu Stereotypisierungen und Klischeehaftigkeit führen. Ihr Modell ist aus heutiger Perspektive nicht brauchbar, um eine transkulturelle Pflege in der Praxis zu etablieren (vgl. Domenig 2001: 142ff.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Leininger auf die kulturell unterschiedlichen Bedürfnisse in der Pflege aufmerksam gemacht hat. Sie konnte ein Bewusstsein dafür schaffen, dass andere Kulturen andere Vorstellungen von Pflege haben und damit auch andere Erwartungen an die Pflegeperson stellen. Somit fanden ihre Arbeiten Eingang in die pflegepädagogische Diskussion, sind aber für die heutige Praxis nicht geeignet (vgl. Dachs 1999: 43, 63).

3.3.2. Pflegekonzept nach Andrews und Boyle

Als Schülerinnen von Leininger haben Margaret Andrews und Joyceen Boyle das Konzept der *human care* von Leininger weiterentwickelt und mit Ansätzen aus der Ethnologie und Sozialwissenschaft erweitert. Im Zentrum des transkulturellen Pflegekonzepts steht dabei die Interaktion der unterschiedlichen Kulturen. Wichtig dabei ist die Auseinandersetzung der eigenen soziokulturellen Werthaltung sowie Bewusstmachung der eigenen Subjektivität. Umgebung, Gesundheit, Mensch und Pflege werden in die soziokulturellen, migrationsspezifischen und medizinethnologischen Dimensionen integriert. Somit wird ein generelles Konzept erstellt, welches sich dann im zweiten Schritt durch Einteilung in Lebensphasen (Schwangerschaft/Geburt, Kindheit, Adoleszenz, Erwachsensein und Altern) spezifiziert (vgl. Domenig, 2001: 145).

Das Konzept beruht auf der These einer Bindung der Menschen an kulturelle Gruppen und Gemeinschaften, wobei die Gruppengrenzen fließend sind und sich Menschen auch unterschiedlichen Gruppen zugehörig fühlen können. Die kulturelle Bindung wird durch weitere Faktoren wie die Rolle von Privatheit und Berührung, die kulturellen Umgangsformen zwischen den Geschlechtern oder das unterschiedliche Lebensalter der Menschen bestimmt (vgl. Friebe 2003:18). Jens Friebe kritisiert allerdings, dass bei diesem Modell nicht auf die Ressourcen des Menschen eingegangen wird. Er plädiert für eine Erweiterung der „Phänomene“ um die Dimensionen: Genderperspektive, Raum-Zeitvorstellungen, Bereich der Arbeit oder Rollenerwartungen. (vgl. Friebe 2003:19)

3.3.3. „Transcultural Assessment Model“ nach Giger and Davidhizar

Das Modell von Joyce Newman Giger und Ruth Davidhizar wurde 1988 ursprünglich für Auszubildende des Pflegewesens entwickelt, um während der Ausbildung die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen besser zu erkennen und dadurch eine entsprechende Pflege anbieten zu können. Bei dem Model wird davon ausgegangen, dass jedeR PatientIn unterschiedliche kulturelle Bedürfnisse besitzt, die im Laufe des Lebens von den bisherigen Erfahrungen, kulturellen Überzeugungen und kulturellen Normen geprägt wurden. Bei der Anwendung des Modells sollen sechs „kulturelle Phänomene“ erfragt werden: Kommunikation, Raum, soziale Organisation, Zeit, Kontrolle über die Umgebung und biologische Varianten (vgl. Giger/Davidhizar 2002: 185).

Beim Phänomen „Kommunikation“ - welches verbale und nonverbale Kommunikation beinhaltet – wird auch das menschliche Verhalten mitgedacht. Dabei wird Kommunikation als Mittel verstanden, das mit der Kultur übertragen werden kann. Jedoch sehen sie gerade im Bereich der Kommunikation mit MigrantInnen ein Potential für Problemstellung. Mit „Raum“ bezeichnen sie die angemessene Distanz in Bezug auf die öffentliche, gesellschaftliche, persönliche oder intime Zone der PatientInnen, die vom kulturell geprägten Empfinden unterschiedlich ist. Ein Unwissen über diese räumliche Distanz kann zu Missverständnissen führen. Unter „soziale Organisation“ sind Familienbeziehungen, Rollenverteilungen, religiöse Werte und Überzeugungen der jeweiligen Kultur zu verstehen. „Zeit“ ermöglicht die Unterscheidung zwischen Vergangenheits-, Gegenwarts- und Zukunftsorientierung. So wirken bspw. präventive Maßnahmen zukunftsorientiert, da bei der Verabreichung der Einnahme von Medikamenten angenommen wird, dass damit die Krankheit verhindert wird. Mit Hilfe des Phänomens „Kontrolle über die Umgebung“ soll erfasst werden, inwieweit PatientInnen selbst oder äußere Einflüsse für die Situation verantwortlich sind. Als letzten Punkt werden unter „Biologische Varianten“ die Unterschiede der einzelnen ethnischen Gruppen aufgrund genetischer Variationen verstanden. Zum Beispiel können bestimmte ethnische Gruppen anfälliger auf einzelne Krankheiten oder Medikamente reagieren als andere (ebd., 187, 87).

Das „Transcultural Assessment Model“ von Giger und Davidhizar geht davon aus, dass Kultur eine angeeignete Verhaltensweise ist, die sich im Laufe der Zeit durch die sozialen und religiösen Strukturen sowie die geistigen und spirituellen Einflüsse entwickelt hat. Kultur als dynamischer Prozess, wird durch Werte, Glaube, Normen und Bräuchen geprägt, die von Mitgliedern der gleichen kulturellen Gruppe geteilt werden. Bedingt durch den kulturellen Hintergrund werden auch Einstellungen und Handlungen weitergegeben (ebd., 185).

Wichtig bei den erwähnten Pflegemodellen ist, dass diese amerikanischen Pflegemodelle nicht analog im deutschsprachigen Raum angewendet werden können (vgl. Binder-Fritz 2010: 192). Gründe dafür wären etwa ideologische oder soziokulturelle Unterschiede, welche in der Praxis regional bezogen sind. Da die Pflegemodelle auf US-amerikanische Verhältnisse ausgerichtet sind und jedes Gesundheitssystem spezifische Normen, Werte und Handlungsmuster (vgl. Zielke-Nadkarni 1997: 101) ausweist, können Pflegemodelle, nachdem sie sich in der Praxis bewiesen haben, auch nur partiell in die hiesige Pflege Eingang finden. In diesem Zusammenhang soll nachstehend die transkulturelle Kompetenz, welche derzeit im österreichischen Pflegesektor kaum einfließt, verdeutlicht werden.

3.3.4. Transkulturelle Kompetenz

Pflegepersonen dringen in ihrer täglichen Arbeit in sehr private Bereiche der Menschen ein. Dabei hat jede Pflegekraft ein kulturbedingtes Pflegeverständnis, welches durch bestimmte kulturelle Normen und Werte in der Tradition verhaftet ist. „Ebenso sind jegliche Ausdrucksformen bei Schmerz, Leiden oder Krankheit erlernte und weitergegebene kulturspezifische Muster, um Empfindungen an die Gesellschaft vermitteln zu können“ (Dachs 1999: 22).

Um Missverständnissen in der Pflege entgegenzuwirken, ist ein Wissen über diese Wertemuster und Verhaltensweisen sehr hilfreich. Dieses kann zu einer Sensibilisierung für kulturell fremde Verhaltensweisen führen. Dachs bezieht sich in diesem Sinne auf die „Dichte Beschreibung“ von Clifford Geertz, wobei innerhalb des Forschungsfeldes die eigene Position beschrieben wird, um dann darauf aufbauend, die andere Position in Relation zur eigenen zu erkennen. Um bei der Pflege zu bleiben bedeutet das, dass sich die Pflegepersonen zunächst selbst bezüglich ihrer Position hinterfragen sollten. (vgl. Dachs 2010: 169)

Modell der transkulturellen Kompetenz

Domenig ist der Meinung, dass transkulturelle Pflege nicht in ein Einheitsmodell gepackt werden kann. Sie fordert ein Umdenken des Pflegepersonals, um eine professionelle Pflege gewährleisten zu können. Dabei definiert sie transkulturelle Kompetenz als „... Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten“ (Domenig 2007: 174).

Beim Modell der transkulturellen Kompetenz nach Domenig stehen nicht die Unterschiede, sondern die Gemeinsamkeiten im Vordergrund. Im Zentrum steht die Interaktion zwischen Pflegeperson und zu Pflegendem, welche sich auf drei Pfeiler stützt: Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Empathie. Die Pflegekräfte sollen zunächst ihre eigene Lebenswelt und die eigenen soziokulturellen Lebenserfahrungen reflektieren. Dabei setzt man sich mit der eigenen, als „normal“ empfundenen Lebenswelt auseinander, um die Lebenswelt und Lebenserfahrungen der MigrantInnen wertfrei zu erfassen und auch besser zu verstehen. Erst danach ist eine entsprechende Handlung und angepasste Pflege zu planen. Ziel ist dabei nicht nur eine Anhäufung an Hintergrundwissen, sondern ein Sammeln von Erfahrungen im Umgang mit

MigrantInnen. Voraussetzung ist natürlich Empathie für eine gute Pflegebeziehung (vgl. Domenig 2001: 148ff.). Um dabei die Perspektiven von MigrantInnen auf ihre Krankheit besser erfassen zu können, entwickelte der Anthropologe Arthur Kleinmann medizinethnologische Konzepte. Ausgehend davon, dass nicht nur Lebenswelten, sondern auch Gesundheits- und Medizinsysteme soziokulturell unterschiedlich sind, ergeben sich unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Mit seinem „Illness/Disease-Konzept“ bietet er ein Erklärungsmodell für Krankheitsverhalten in der „Patient-Heiler-Beziehung“ (vgl. Zielke-Nadkarni 2001: 124f.).

Das Konzept der transkulturellen Kompetenz ist ein fortschreitender kontinuierlicher Prozess. In Österreich wurde bereits begonnen, diese Kompetenz im Ausbildungssektor zu fördern. Christine Binder-Fritz hat in den 1990er Jahren zur Entstehung und Etablierung von Fortbildungs-Modulen mit dem Thema „Transkulturelle Pflege“ in österreichischen Krankenhäusern beigetragen. In diesen Kursen werden Probleme der medizinischen Betreuung auf ihre kulturelle Dimensionen hin analysiert und das Wissen an künftige SchülerInnen weitergegeben (vgl. Binder-Fritz 2010: 192f., Binder-Fritz 1997: 136).

Zusammenfassend kann zur transkulturellen Kompetenz gesagt werden, dass sie verdeutlicht, dass es die „typischen alten MigrantInnen“ nicht gibt, sondern, dass für eine adäquate Pflege die Berücksichtigung der Biographie jeder/s einzelnen MigrantIn erforderlich ist. Auch viele AutorInnen (zB Dietzel-Papakriakou, Olbermann, Altintop, Kremla etc.) betonen die Wichtigkeit der interkulturellen Öffnung von Instituten und Organisationen. Daher möchte ich bei der Betreuung von MigrantInnen, welche auch die professionelle Betreuung impliziert, zunächst die Inanspruchnahme sowie die Zugangsbarrieren der MigrantInnen darlegen, um abschließend die interkulturelle Öffnung zu erörtern.

3.4. Kultursensible institutionelle Betreuung

Ältere MigrantInnen bevorzugen – ebenso wie ÖsterreicherInnen - die häusliche, familiäre Pflege (vgl. Amesberger et al. 2000: 181). In erster Linie besteht der Wunsch von MigrantInnen daheim von PartnerIn betreut zu werden, gefolgt von dem Wunsch sich von den eigenen Kindern betreuen zu lassen. Lediglich für ein Fünftel der MigrantInnen käme die Versorgung durch mobile Dienste in der eigenen Wohnung in Frage (vgl. Reinprecht 2006: 192f.).

Studien für Deutschland zeigen, dass MigrantInnen nicht ausschließlich durch familiäre Pflege versorgt werden können, es besteht bereits ein Bedarf an außerfamiliärer Unterstützung (vgl. Kobi 2008 zit. nach Gerling 2003: 218). Die Situation in Österreich sieht derzeit so aus, dass MigrantInnen immer noch auf Familienmitglieder im Pflegefall zurückgreifen können. Doch diese informellen Netze werden zunehmend brüchig (vgl. Reinprecht 1999: 48).

3.4.1. Inanspruchnahme

Ergebnisse bisheriger Forschungen aus Österreich zeigen eine geringe Inanspruchnahme der Leistungen von Alten- und Pflegebetreuung durch MigrantInnen. Die Inanspruchnahme von sozialen und mobilen Diensten ist von vielen Faktoren abhängig. Laut Kremla hängt der Beratungs- und Betreuungsbedarf von MigrantInnen mit der Einkommens- und Wohnsituation sowie der Gesundheitslage zusammen (vgl. Kremla 2004: 47).

Als erstes setzt die Kenntnis der Dienste eine Inanspruchnahme voraus. Auch Kremla sieht einen Zusammenhang zwischen Kenntnis und Akzeptanz. In ihrer Studie wurde bestätigt, dass diejenigen, die die Angebote nicht kannten, sich auch nicht vorstellen konnten, diese in Anspruch zu nehmen. Dagegen waren diejenigen, die darüber Bescheid wussten, auch interessiert (vgl. Kremla 2004: 54).

Neben der Adäquatheit für jeden Einzelnen des persönlichen Gebrauchs, spielt vor allem die finanzielle Leistbarkeit eine große Rolle bei älteren MigrantInnen (vgl. Amesberger et al. 2000: 193). Dahingegen sind bei der Inanspruchnahme der ÖsterreicherInnen von mobilen Diensten die Kosten lediglich für 15 Prozent wesentlich (vgl. Engleitner, Hackl 1997: 53).

Die geringe Inanspruchnahme der Dienste beruht laut Kremla auch auf der Familiensolidarität (vgl. Kremla 2004: 109) und den damit resultierenden Unterstützungsleistungen. 96 Prozent der MigrantInnen werden von Partnern oder Familienangehörigen betreut, wohingegen lediglich 5 Prozent der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien soziale Dienste in Anspruch nehmen (vgl. Reinprecht, 2005: 71). Meiner Meinung nach ist es vielmehr ein Zusammentreffen mehrerer Faktoren, wie besagte Familiensolidarität, finanzielle Ressourcen oder Informationsdefizit, die eine geringe Inanspruchnahme ermöglichen.

Bei Studien zu Wiener MigrantInnen aus Ex-Jugoslawien konnte in Erfahrung gebracht werden, dass MigrantInnen neben muttersprachlichen Beratungsstellen und Informationsmaterial,

auch Maßnahmen zur Verbesserung der Wohnsituation sowie bessere Freizeitangebote für notwendig erachten (vgl. Reinprecht 2007: 219f., Kremla 2004: 89).

Um überhaupt erst zu dieser institutionellen Pflege zu gelangen, müssen MigrantInnen einige „Hürden“ überwinden. Schwierigkeiten können sich dabei im Zugang zu den Angeboten bzw. zur Zielgruppe ergeben.

3.5. Zugangsbarrieren

3.5.1. Zugangsbarrieren seitens MigrantInnen

Oft ist für MigrantInnen nicht bekannt, in welchen Krankheitsfällen man sich wohin wenden soll, ob zum Facharzt, Allgemeinmediziner oder ins Krankenhaus. Auch ist das Wissen über präventivmedizinische Maßnahmen wie Impfungen, Gesundheitsuntersuchungen ist gering (vgl. Kutalek 2009: 306).

Dieses Informationsdefizit der MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien über verschiedene Pflege- und Betreuungsformen ist auf mehrere Faktoren zurückzuführen. Einerseits besteht ein Mangel an muttersprachlichen Informationsbroschüren, andererseits gibt es für verschiedene Einrichtungen, so wie etwa den mobilen privaten Organisationen der Altenpflegedienste, kein Pendant im Herkunftsland (vgl. Kremla 2004: 33, Ilić et al. 2007: 41). Beispielsweise wird der gesamte Bereich der mobilen Dienste als Unterstützungsmaßnahme für pflegende Angehörige nicht oder nur bedingt in Betracht gezogen (vgl. Kremla, 2004: 81). MigrantInnen sind zwar schlechter als ÖsterreicherInnen über das Angebot informiert, haben aber Interesse an der Inanspruchnahme und zeigen Akzeptanz der sozialen Dienstleistungen (vgl. Reinprecht 1999: 78). Als weitere Barriere zum Zugang der Pflegedienste können negative Erfahrungen mit den Behörden gezählt werden. Dadurch kann sich eine generalisierende Skepsis gegenüber den Institutionen des Pflegebereichs entwickeln (vgl. Kremla 2004: 33). Ilić et al. bieten für die geringe Inanspruchnahme die Erklärung, dass gerade in „ländlichen Traditionsmustern [...] Probleme innerhalb der Familie, des „Familienverbundes“ zu lösen“ sind. Demnach gilt es als Schande und Ehrverletzung für die Familie, wenn fremde Hilfe benötigt wird. (Ilić et al. 2007: 37)

Die größte Barriere stellt das Sprach- und Verständigungsproblem dar. Aber auch die nonverbale Kommunikation der verschiedenen Kulturen, kann zu Fehlinterpretation führen. Durch das fehlende Sprachverständnis verpassen die KlientInnen mit Migrationshintergrund wichtige informelle Gespräche mit dem Pflegepersonal. Doch genau diese Gespräche können Vertrauen und Beruhigung schaffen (vgl. Ziegelwanger 2008: 47f.). Wie entscheidend ein Gespräch mit den mobilen Diensten sein kann, zeigt eine Studie aus Oberösterreich mit ÖsterreicherInnen. 87 Prozent der Befragten gaben an, fachlichen Rat und Tipps für die Betreuung zu erhalten (vgl. Engleitner, Hackl 1997: 156). Fehlen diese Gespräche, können Missverständnisse, Verwirrungen und Frustrationen entstehen, welche wiederum zu sozialer Isolation beitragen können (vgl. Salman 2001: 93).

Je nach Bildungsgrad, Sprachkenntnis und Erfahrung können sie sich besser oder schlechter zurechtfinden (vgl. Kremla 2004: 33). Wenn der Aufenthalt im Zielland als kurzfristig geplant war, wie bei vielen ArbeitsmigrantInnen, erschien es nicht notwendig, die Sprache zu erlernen. Zudem wurde der Kontakt ohnehin zu Landsleuten gesucht (vgl. Angerer 2011: 16). Abgesehen davon wurden damals Deutschkurse, wie in der heutigen Form, nicht angeboten. Auch für Flüchtlinge stand der Spracherwerb nicht an erster Stelle. Sie konzentrierten sich zunächst an den Anschluss zum Arbeitsmarkt sowie der Bewältigung ihrer psychischen Situation. Sorgen um die Hinterbliebenen im Herkunftsland und Traumata können die Konzentration und damit den Fortschritt des Spracherwerbs beeinträchtigen (vgl. Kremla 2004: 49).

Erschwerend wirkt beim Spracherwerb auch die geringe Schulbildung und damit fehlendes Bildungskapital. Hinzu kommt noch die sinkende Lernfähigkeit im Alter (vgl. Kremla 2004: 49). Neben dem Verständigungsproblem, sollte zudem die emotionale Ebene nicht vernachlässigt werden (vgl. Kremla, 2004: 69). „Sprachlosigkeit“ nimmt jedes Zustandekommen einer gelungenen pflegerischen Beziehung zwischen MigrantIn und österreichischer Pflegeperson.

In der Pflegesituation kommt es vor, dass auch Krankenhausbesuche nicht ausbleiben. Auch dort kann sich der Alltag als beschwerlich erweisen. Professionelle DolmetscherInnen sind praktisch nicht vorhanden (vgl. Kutalek 2009: 303), so kommt es zu Notlösungen. Indem in solchen Fällen meist Laien übersetzen, kommt es zu Problemen einerseits auf der Seite der MigrantInnen, da nicht die korrekte Beratung stattfand, andererseits leidet auch das Personal, da sie die Übersetzungstätigkeiten in ihrer Arbeitszeit unterbringen müssen. Krankenhäuser

verfügen meist über sehr wenig muttersprachliches Personal, sodass oft Angehörige, Patienten oder das Hilfs- oder Reinigungspersonal zum Übersetzen herangezogen werden. Dadurch kann es natürlich passieren, dass die Inhalte unzureichend, oder falsch übersetzt werden, ganz abgesehen von der Verletzung der Verschwiegenheitspflicht. Besonders bei längeren Aufenthalten und Rehabilitationen ist die Sprache besonders wichtig. (vgl. Kutalek 2009: 307f.)

Resümierend kann festgestellt werden, dass Sprach- und Verständigungsschwierigkeiten auf beiden Seiten, auf Seiten der KlientInnen als auch auf Seiten der Einrichtungen, zu Unsicherheiten, Hilflosigkeit und Angst führen können (vgl. Ilić et al. 2007: 7). Sprach- und Verständigungsschwierigkeiten, knappe Orientierungs- und Informationsressourcen sowie ökonomische Begrenztheit mindern den Zugang zu den Pflegediensten. Das ausdifferenzierte und unübersichtliche Leistungsangebot ist bei MigrantInnen mit wenig oder ohne Schulbildung und schlechten Deutschkenntnissen schwer zu ermitteln. Auch das Misstrauen gegenüber den Institutionen sind hinderliche Faktoren bei der Annahme der Leistungen (vgl. Reinprecht 2006: 201-205). Somit sind MigrantInnen als KlientInnen der mobilen Dienste deutlich unterpräsentiert, da die Zugangsbarrieren die Nachfrage mindern. Diese zögernde Nachfrage der MigrantInnen verhindert die Anpassung des Angebots durch die Organisationen (vgl. Kremla 2004: 32).

3.5.2. Zugangsbarrieren durch Einrichtungen der Altersversorgung

In der Literatur wird oft darauf hingewiesen, dass im Sektor Altenpflege MigrantInnen als Zielgruppe nicht wahrgenommen werden.

„Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe erkennen den Bedarf nicht, weil sie keine Nachfrage erleben. Sie ignorieren die Hintergründe der mangelnden Inanspruchnahme der Leistungen seitens der älteren Migrantinnen und Migranten. Die Einsicht der Notwendigkeit, sich langfristig auf diese Zielgruppe einzustellen, wird oft in die Zukunft verschoben.“ (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002: 103)

Weitere Gründe für die geringe Inanspruchnahme ist der vorherrschende Mangel an Ressourcen der Einrichtungen. Infolgedessen wird auch auf gezielte Öffentlichkeitsarbeit verzichtet (vgl. Kremla 2004: 32). So gibt es etwa in Linz kaum Informationsmaterial in den Sprachen des ehemaligen Jugoslawien oder muttersprachliche Beratung für Pflegebedürftige oder deren

Angehörige. Es fehlt an einer Ausrichtung der Dienste auf sprachliche, religiöse und ernährungsbedingte Bedürfnisse der MigrantInnen. Die Angebote der Einrichtungen sind auf die Gewohnheiten und Lebenspraktiken der Mehrheitsbevölkerung (vgl. Reinprecht 2006: 201-205) abgestimmt bzw. die Einrichtungen konzentrieren ihre Wahrnehmung auf die existentiellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen (vgl. Kremla 2004: 140). Eine Bedarfserhebung von Seiten der Einrichtungen (vgl. Kremla 2004: 113) würde mehr Klarheit schaffen.

Ein weiterer Grund ist die mangelhafte Ausbildung der Mitarbeiter und das fehlendes Wissen und kulturell bedingte Vorbehalte seitens der Einrichtungen, welche zu Konflikten und gegenseitiger Fremdheit führen können (Reinprecht 2007: 221).

„Konflikte entstehen in der interkulturellen Kommunikation vor allem dann, wenn die Botschaften mißverstanden [sic!] werden und es zu Fehlinterpretationen kommt. Die kulturelle Wahrnehmung ist nicht nur von der Sprache abhängig, sondern in erster Linie durch das aufgrund von Erfahrungen erworbene Wissen, geprägt.“ (Dachs 1999: 13)

Derartige Konflikte sind zurückzuführen auf die praktisch nicht vorhandene kulturelle Öffnung im Pflegesektor. Immer mehr MigrantInnenfamilien werden in Zukunft auf professionelle Pflegedienste angewiesen sein. Jedoch sind in Oberösterreich die dafür notwendigen Einrichtungen noch nicht entsprechend ausgerichtet. Wie kann hier agiert werden? Als Lösungsvorschlag bietet sich die interkulturelle Öffnung.

Interkulturelle Öffnung

Mit einer kultursensiblen Altenbetreuung kann laut Arbeitskreis Charta betreuungsbedürftigen Menschen ein Leben mit ihren jeweiligen kulturellen Prägungen und Bedürfnissen ermöglicht werden. Aufgrund einer biographieorientierten Pflege sollen Erwartungen, Gewohnheiten und Bedürfnisse der MigrantInnen ermittelt und dementsprechend die angemessene Pflege geboten werden (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002: 26). Um eine kultursensible Beratung und Betreuung von älteren MigrantInnen zu ermöglichen, sind interkulturelle Öffnung der Einrichtungen und das Vorhandensein interkultureller Kompetenz bei den MitarbeiterInnen der Institutionen Voraussetzung (vgl. Ziegelwanger 2008: 74).

Hinz-Rommel definiert interkulturelle Kompetenz als Prozess, „der das Ziel hat, angebotene Dienstleistungen allen Kunden, entsprechend ihren jeweiligen Bedürfnissen und ihre unterschiedlichen Voraussetzungen berücksichtigend, zugutekommen zu lassen“ (Hinz-Rommel 2004: 6). Somit setzt interkulturelle Öffnung die interkulturelle Kompetenz voraus. Die interkulturelle Öffnung richtet sich an die Gesellschaft, die Institutionen und Menschen aufgeschlossen zu sein und Ausgrenzungen und Diskriminierungen abzubauen. Das Konzept verlangt „die Bereitschaft aller Beteiligten, sich konstruktiv über Gemeinsamkeiten und Unterschiede auseinander zu setzen und zu gesellschaftlichen Übereinkünften zu kommen“ (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002: 43).

Bezugnehmend auf meine Forschungstätigkeit soll ermittelt werden, was sich ältere MigrantInnen bezüglich Ihrer Pflege wünschen und wie weit diese Bedürfnisse von den pflegenden Angehörigen erfüllt werden können. Infolgedessen ergeben sich weitere Fragen die damit einhergehen. Können sich ältere MigrantInnen vorstellen, jemals in einem Altenheim zu leben oder wollen sie nach wie vor im Alter von den Angehörigen gepflegt werden? Was würde ihnen bei ihrer individuellen Pflegesituation helfen? Welche Zugangsbarrieren sind für die Zielgruppe zu bewältigen?

Auf der anderen Seite sollen auch die pflegenden Angehörigen befragt werden. Welche Motivation liegt hinter ihrer Pflege? Welche körperlichen und psychischen Belastungen erleiden die Angehörigen? Welche Entlastungsmöglichkeiten gibt es und wie stehen die Angehörigen dazu?

Zudem sollen ExpertInnen der mobilen Pflege einen professionellen Einblick in die Thematik ihrer Arbeit mit älteren MigrantInnen geben. Dadurch kann die Pflegesituation aus drei Blickwinkeln (Pflegebedürftige, Pflegende und mobile Pflege) betrachtet werden.

Motiviert wird diese Fragestellung einerseits durch meinen eigenen Migrationshintergrund. Als Tochter einer typischen „Gastarbeiterfamilie“ interessierte mich, wer eigentlich die stetig wachsende Anzahl älterer MigrantInnen pflegen wird, wenn sie im Alter Pflege bedürfen. Andererseits sah ich die dürftigen Angebote von organisatorischer sowie staatlicher Seite, die dem Bedarf in nur begrenzter Weise nachkommen. Nun sollen mit Hilfe der theoretischen Ansätze und der empirisch gewonnen Daten, die Forschungsfragen beantwortet werden, um

neue Erkenntnisse von pflegenden Angehörigen sowie gepflegten älteren MigrantInnen zu erhalten.

4. Methodische Herangehensweise

In diesem Kapitel soll zunächst der Zugang zum Feld und die damit zusammenhängenden Themenbereiche dargestellt werden. Danach wird die Methode des Auswertungsverfahrens - das thematische Kodieren - kurz vorgestellt.

4.1. Zugang zum Feld

Der Einstieg ins Feld erfolgte klassisch mit dem Lesen von wissenschaftlicher Fachliteratur zum Thema. Mit der entwickelten Forschungsfrage machte ich mich an die Informationsbeschaffung. Zunächst besuchte ich etliche Ämter wie die Pensionsversicherungsanstalt, das Bundesministerium, die Gebietskrankenkasse, um den rechtlichen Rahmen meiner Arbeit zu bilden. Danach begann mit der empirischen Phase die Suche nach der geeigneten Zielgruppe.

Der Begriff MigrantIn ist innerhalb dieser Auswertung unabhängig von der Staatsbürgerschaft zu verstehen, da ein Teil der Befragten bereits die österreichische Staatsbürgerschaft besitzt. Dabei handelt es sich entweder um ArbeitsmigrantInnen, um nachgeholte Familienmitglieder im Zuge der Arbeitsmigration oder um ehemalige Kriegsflüchtlinge aus Bosnien und Herzegowina. Die Zielgruppe umfasst einerseits pensionierte, pflegebedürftige, ältere MigrantInnen, die zu Hause gepflegt werden. Andererseits werden die pflegenden Angehörigen untersucht, die in einer Verwandtschaftsbeziehung (Ehepartner, Kinder, Schwiegerkinder) zu den gepflegten Personen stehen. Bei den Auswahlkriterien für ExpertInneninterviews¹⁷ wurden lediglich Organisationen, die mobile Dienste für ältere Menschen anbieten, aufgesucht.

Die Dauer der Feldforschung erstreckte sich vom September 2011 bis zum Februar 2012. Das Forschungsfeld wurde innerhalb des Raumes Linz eingegrenzt, somit handelt es sich bei dieser lokalen Forschung um *anthropology at home*. Da ich, ebenso wie meine InterviewpartnerInnen, einer Minderheitengruppe angehöre und eine ähnliche Sozialisation wie diese aufweise kann diese Forschung nach Barrett (vgl. Barrett 1996) als *native anthropology* klassifiziert werden. Bei diesen ethnologischen Forschungen, in denen ForscherInnen aus dem gleichen soziokulturellen Kontext stammen, kann es vorkommen, dass Dinge des Alltagslebens von den ForscherInnen nicht hinterfragt werden (vgl. Salat 2007: 5.2.1.5), da sie als selbstver-

¹⁷ ExpertInnen sind im Rahmen der Arbeit Menschen, die über ein besonderes Wissen bzw. über spezielle Informationen der Zielgruppe verfügen.

ständig angenommen werden. Dem vorzubeugen, habe ich versucht bei eventuellen Unklarheiten, nachzufragen und mir auch Beweggründe erklären zu lassen. Der große Vorteil besteht für den *native anthropologist* natürlich die Kenntnis Sprache und auch das „Lesen zwischen den Zeilen“. Die ähnliche Sozialisation bringt das Wissen um Differenz mit sich.

Bei einem Großteil meiner InterviewpartnerInnen handelte es sich um private Kontakte. Diese wurden direkt von mir angesprochen, oder die Kontaktaufnahme wurde über Vermittlungspersonen hergestellt. Als diese Kontakte ausgeschöpft waren, gestaltete sich die weitere Suche nach den älteren MigrantInnen mit geeigneten Kriterien als ziemlich schwierig: potentielle InterviewpartnerInnen verweigerten die Kontaktaufnahme. Gründe waren negative Erfahrungen und Erzählungen über das österreichische System, Angst vor Aufdeckungsjournalismus oder Angst vor negativen Folgen durch das aufgenommene Interview wie Abschiebung in das Herkunftsland oder Kürzung bzw. Streichung des Pflegegeldes.

Zwei weitere Kontakte konnten über mobile Dienste vermittelt werden. Eine Kontaktaufnahme erfolgte über die Leitung des mobilen Dienstes, die mich über eine pflegende Fachkraft, ihrer Klientin und somit meiner Interviewpartnerin vorstellt.

Das am Anfang der Forschung gewünschte Optimum der Ermittlung einer Pflegebeziehung von beiden Seiten (gepflegte Person und Angehörige) konnte nicht immer erreicht werden. Die Gründe dafür waren vielfältig. Manchmal konnte (aufgrund der geistigen Verfassung) oder wollte (Verweigerung) eine der Seiten nicht interviewt werden.

Zu Beginn wurde zunächst das Vertrauen gebildet. Dies konnte relativ leicht zustande kommen, da ich den Vorteil hatte, die Sprache zu beherrschen. Im Bezug auf Verständnis und Vertrauensbasis, wurden die Interviews auf Bosnisch, der Muttersprache der Befragten, durchgeführt. Als Vorteil erwies sich neben der wichtigen Komponente der Sprache auch das Wissen über ihre Probleme, die mit der Situation als Mitglied einer Minderheitengruppe in einem fremden Land einhergehen. Zudem wurde ich durch private Kontakte oft als „die Tochter von“ wahrgenommen und hatte somit den Vorteil des leichteren Zugangs und der raschen Vertrauensbildung. Trotzdem wurden Probleme erst mit der Zeit thematisiert und vorwiegend in informellen Gesprächen besprochen, die mittels Gedächtnisprotokoll dokumentiert wurden.

Neben den informellen Gesprächen, lieferte auch die teilnehmende Beobachtung Daten. Dabei begeben sich die ForscherInnen ins Feld und nehmen am Leben der Beforschten teil, um Verhaltensweisen und Handlungen zu ermitteln. „Die Forscherin ist bei der teilnehmenden Beobachtung keine außenstehende Beobachterin, sondern steht in direkter persönlicher Beziehung zu den Forschungspersonen“ (Hug/Poscheschnik 2010: 108).

Bei der, meist über längere Zeiträume, teilnehmenden Beobachtung nehmen Forscher am Alltagsleben der Menschen teil, indem sie beobachten, zuhören und Fragen stellen (vgl. Lüders 2008: 391). Dabei nehmen sie nicht die Rolle des neutralen Beobachters ein, sondern entwickeln durch gelebter Teilnahme, vertrauensvolle Beziehungen, „aus denen meistens vielfältige Mischungsverhältnisse, heikle Balancen zwischen Nähe und Distanz“ resultieren (vgl. Lüders 2008: 392).

Meine teilnehmenden Beobachtungen erfolgten in den Phasen der mehrmaligen Besuche, aufgrund der Pflegebedürftigkeit, überwiegend in den Wohnungen der Befragten. Außerdem habe ich im Interesse meiner Forschungstätigkeit ein Praktikum beim Roten Kreuz in Linz absolviert. Dabei fuhr ich mit dem mobilen Dienst zu einzelnen KlientInnen und konnte die Fachsozialbetreuerin bei ihrer täglichen Arbeit beobachten. Pflegerische Tätigkeiten durfte ich klarerweise an der pflegebedürftigen Personen nicht machen, aber bei Hilfsarbeiten konnte ich mich beteiligen.

4.2. Durchführung der Interviews

Bei der Vielfalt an möglichen Interviews habe ich mich für teilstrukturierte Interviews entschieden, da sie eine gute Mischung zwischen offenen und strukturierten Interviews darstellen. Bei total strukturierten Interviews gibt es keine Möglichkeit der Abweichung, bei völlig offenen Interviews geht aufgrund der fehlenden Fokussierung der rote Faden verloren. Der Vorteil der teilstrukturierten Interviews ermöglicht durch den vorher festgelegten Leitfaden, alle Themen, die für die Forschungsfrage relevant sind, anzusprechen und eventuell zu intensivieren.

„Meist behält man sich bei qualitativen Leitfadeninterviews die Möglichkeit vor, nachzufragen, wenn der Interviewer das Gefühl hat, das [sic!] der Interviewte nicht genug Informationen zu einer Frage preisgegeben hat. Es ist also zwar ein Katalog von Fragen vorge-

geben, dieser kann aber bei Bedarf auch verlassen werden, um beispielsweise ein besonders interessantes Thema zu vertiefen.“ (Hug/Poscheschnik 2010: 100)

Insgesamt konnten neun teilstrukturierte Leitfadeninterviews durchgeführt werden, davon waren drei Expertinneninterviews, eines mit einer Heimhilfe und zwei mit Fachsozialbetreuerinnen mit Schwerpunkt Altenarbeit, die allesamt von unterschiedlichen im mobilen Dienst tätig sind. Keine der professionellen Betreuerinnen hat einen Kurs o. Ä. über „transkulturellen Pflege“ besucht.

Bis auf eine Ausnahme (die Aufnahme wurde verweigert) wurden alle Interviews mittels Aufnahmegerät aufgezeichnet und teilweise transkribiert. Die durchschnittliche Dauer eines Interviews betrug ca. eine Stunde. Alle Interviews wurden in der Sprache durchgeführt, die von den InterviewpartnerInnen gewünscht wurde. Abgesehen von einem Expertinneninterview, welches am Arbeitsplatz erfolgte, wurden alle anderen bei den Befragten zu Hause durchgeführt.

Wie Helfferich adäquat meint, gibt es das „unbeeinflusste Interview“ (vgl. Helfferich 2011: 12) nicht. Da es sich bei meinen Interviews um eine Interaktion zwischen ErzählerIn und ZuhörerIn handelt, wurden diese natürlich beeinflusst, einerseits durch den privaten Kontakt und andererseits durch meinen eigenen Migrationshintergrund.

Durch die Intensivierung unserer Beziehung kam es dazu, dass ich für die Zielgruppe mitunter Informationen organisierte, Broschüren bestellte oder Kontakte vermittelte. Distanz halten und gleichzeitig Nähe bewahren war für mich eine besondere Erfahrung, die ich im Feld machte.

Damit ein verantwortlicher Umgang mit Forschungsdaten gewährleistet werden kann und es im Linzer Raum wenige pflegebedürftige Menschen aus Bosnien und Herzegowina gibt, wurden zwecks Anonymität die Namen geändert. Um diese Richtlinie beizubehalten und vor allem die Verschwiegenheitspflicht der Expertinnen nicht zu verletzen, wurden auch deren Namen anonymisiert.

Zu bemerken ist, dass die pflegebedürftigen MigrantInnen und deren Angehörige, die interviewt wurden, ein christliches Glaubensbekenntnis haben. Dies war kein Kriterium bei der Auswahl der InterviewpartnerInnen, sondern hat sich ergeben. Jedoch liefert dieser Umstand ein anderes Bild, da es nicht dem Durchschnitt der heutigen bosnischen Bevölkerungsverteilung entspricht. Lediglich zwei der professionellen Pflegerinnen waren Muslime. Differenzen konnten aber bei Pflegesituationen mit unterschiedlichen Glaubensbekenntnissen (katholisch, serbisch-orthodox und muslimisch) nicht erkannt werden. Möglicherweise würden Unterschiede zum Vorschein kommen, wenn die Pflegebedürftigen Muslime gewesen wären. Dann könnte die Beachtung religiöser Vorschriften bezüglich Essen und Gebet (vgl. Altıntop 2010: 31) eine Rolle spielen. Da dies jedoch nicht der Fall war, wurde das Thema Religion nicht weiter behandelt.

Die in der Arbeit verwendeten Originalzitate wurden zwecks leichter Lesbarkeit sprachlich und grammatikalisch bereinigt. Füllwörter, abgebrochene bzw. unvollständige Satzteile, Verdoppelungen und Wiederholungen wurden gestrichen. Nicht zu Ende gesprochene Sätze oder Auslassungen wurden mit drei Punkten gekennzeichnet. Auch die Verwendung des oberösterreichischen Dialektes wurde Hochdeutsch wiedergegeben, da dieser für die Studie nicht relevant ist. Die Zitate von Interviewpartnern wurden mit Anführungszeichen und kursiv hervorgehoben.

4.3. Auswertungsmethode

Als Methode der Analyse wurde das thematische Kodieren gewählt, da es sich als guter Ansatz zur systematischen Auswertung von Interviewdaten eignet. Besonders wenn es sich wie in meinem Fall um Familien handelt, oder vorab festgelegte Gruppen, in denen vermutet wird, dass in „unterschiedlichen sozialen Welten bzw. sozialen Gruppen differierende Sichtweisen anzutreffen sind“ (vgl. Flick 2011: 402), stellt diese Analyseform eine geeignete Wahl dar. Die ausgewählten InterviewpartnerInnen unterscheiden sich nach Migrationsursache, Aufenthaltsdauer, Staatsbürgerschaft und Sprachkenntnissen, dadurch ergeben sich unterschiedliche soziale Situationen. Im ersten Schritt findet eine Auswertung, die sich an Einzelfallanalysen orientiert, statt. Zur leichteren Orientierung sollen eine Beschreibungen der Familien und ihre Inklusion in die für die Forschung relevanten Bereiche dienen. Nach Abschluss der Fallanalysen wird ein Kategoriensystem für jeden einzelnen Fall entwickelt. Dabei werden in Anlehnung an die Grounded Theory, die Kategorien zuerst für einzelne Fälle offen und im nächsten

Schritt für die verschiedenen Fälle selektiv kodiert. Die ersten Kategorien der Fallanalysen werden mit den thematischen Bereichen abgeglichen, um somit die Vergleichbarkeit zu erhöhen. Beim Vergleich werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Sicht- und Erfahrungsweisen der verschiedenen Untersuchungspersonen herangezogen (vgl. Flick 2011: 402ff.).

Das Kodieren selbst wird als das Vorgehen einer Analyse sowie einer Interpretation der Daten, in meinem Fall die verschrifteten Aussagen der interviewten Person, verstanden. Im Zuge des offenen Kodierens wird das Material analytisch aufgeschlüsselt Kategorien zugeordnet (vgl. Breuer 2010: 92). Bei diesen Kategorien handelt es sich entweder um einzelne Begriffe oder aus einem herausgegriffenen Teil des Datenmaterials, entnommene Sätze des Interviews (vgl. Breuer 2010: 93ff.). In meinem Fall traten die Kategorien 5.4. Dimensionen der Pflegesituation, 5.5. Sprache und 5.6. Nutzung der Angebote mit dazugehörigen Subkategorien zum Vorschein.

Im nächsten Schritt wird beim selektiven Kodieren das zentrale Phänomen mit allen anderen Kategorien in die Kernkategorie integriert (vgl. Breuer 2010: 95). In meiner Auswertung wurde „Heterogenität“ als zentrales Phänomen erkannt, da Verbindungen zu allen anderen Kategorien geknüpft werden konnten. Nach Abschluss des Kodierens wurden die entwickelten Kategorien in die Theorie integriert und hypothetische Aussagen daraus formuliert.

5. „Pflege ist eine Berufung“ - Auswertung und Analyse

Die Darstellung beginnt mit einer Kurzvorstellung aller InterviewpartnerInnen in ihren Familiensystemen. Dabei soll auch ein Einblick in einen Arbeitstag mit dem mobilen Pflegedienst, für ein besseres Verständnis der Pflegesituationen sorgen.

5.1. Familiensysteme

Bei der Kurzvorstellung der InterviewpartnerInnen werden Charakteristika der befragten Personen und die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst, um einen Einblick in die Lebenssituationen zu erhalten. Es wird versucht den Alltag der Pflegesituation, auch unter Einbeziehung der Expertinnen wiederzugeben, da zwei der Interviewpartnerinnen von professionellen Pflegerinnen betreut wurden.

Julijana

Die 78jährige Julijana erhielt seit 2007 die Witwenpension und befindet sich in der Pflegestufe eins. Sie leidet an einer ausgeprägten Sehschwäche sowie an Gelenksschmerzen in den Beinen. Ihr bereits verstorbener Mann kam das erste Mal 1965 über das Anwerbeabkommen nach Österreich. Immer wieder arbeitete er in Österreich als Saisonarbeiter, bis das Ehepaar sich 1989 entschloss, sich endgültig in Österreich niederzulassen. Julijanas Mann bekam sofort eine Stelle in einem Steinbruch. In unmittelbarer Nähe seiner Arbeitsstelle erhielten sie auch eine sogenannte Arbeiterwohnung – ein Zimmer pro Person. Als ihr Mann starbt, zog sie zu ihren Söhnen in die Stadt und betreut als Großmutter ihre Enkel.

Von ihren vier Kindern leben drei in Oberösterreich, eine ihrer Töchter ist in Bosnien in ihrem Heimatdorf geblieben. Im Erdgeschoß des mehrstöckigen Hauses lebt Julijana im Mehrgenerationenhaushalt. Ihre zwei Söhne leben auch mit ihren Familien dort. Der eine Sohn lebt mit seiner Frau und beiden Töchtern, die beide bereits Familien haben und ebenfalls dort wohnen. Der andere Sohn lebt mit seiner Frau und einem Kind im vierten Stock.

Julijanas Alltag beginnt einsam, morgens frühstückt sie alleine, da die Urenkelkinder in der Schule und alle Erwachsenen in der Arbeit sind. Wenn die Kinder aus der Schule kommen, gehen sie zur Oma, denn da gibt es meistens was zu essen. Sie bleiben eine Weile in ihrer Wohnung, berichten von der Schule und gehen dann üblicherweise in ihre Zimmer im ersten

Stock. Danach setzt sich Julijana auf ihre alte Couch und geht ihrer Lieblingsbeschäftigung nach – sie strickt.

Über Besuch freut sie sich immer ganz besonders, denn da hat sie jemanden zum Reden. Mit den Nachbarn kann sie sich nicht unterhalten, da sie kein Deutsch spricht. Ihr Leben lang war sie Hausfrau und hatte in Österreich kaum Kontakt mit der deutschsprechenden Bevölkerung.

„Ah nein, ich kann jetzt immer noch kein Deutsch. Nein, mich lachen sie aus, wenn ich in Geschäfte gehe, ich habe nur „neunundneuzig“ gelernt. Aber ich weiß gar nichts. ... so sehr bin ich ungebildet. Ich habe nur die erste und zweite Klasse [Volksschule] besucht. So, dass ich jetzt nichts weiß. Dort [in den Wohnungen für ArbeiterInnen] waren wir alle unter uns. Nur wenn jemand „Grüß Gott“ zu mir sagt, das sage ich das auch. Und „Wiederschaun“ und „Dankeschön“ und solche Sachen. Aber sonst weiß ich nichts.“¹⁸

Julijana zeigt mir ihre Sammlung an Salben für ihre Beine und erklärt mir welche Salbe wofür ist und wie oft sie sich damit eincremt. Medikamente hat sie nicht so gerne, aber „... was soll man da machen, so ist das eben“¹⁹. Unterstützung erhält sie von ihrer Familie, sodass professionelle Hilfe von außen nicht notwendig erscheint. Julijana hat während unserer Treffen öfter darauf hingedeutet, dass sie sich nicht beschweren kann und darf, schließlich sei sie diesem Land und vor allem ihrer Familie dankbar, hier leben zu dürfen.

„Ja sie [ihre Familie] helfen mir. Als ich unten [in Bosnien] war und wieder zurückkam [nach Österreich], haben sie mir alles [die Wohnung] ausgemalt. Und als ich kam, war das eine Überraschung. Alles. ... Die Schwiegertochter wäscht [die Kleidung] für mich, sie ist da und ich bade bei ihnen. ... Ich kann nichts sagen, die Kinder schauen auf mich. Manchmal wenn sie wohin gehen, dann fragen sie mich, ob ich mitkomme.“²⁰

¹⁸ „Ah ne, još uvijek ne znam njemački. Ne, ismijavaju me, kada idem u trgovine, naučila sam samo „neunundneuzig“ (devedeset i devet). Ali ne znam ništa, ... toliko sam nepismena. Išla sam samo u prvi i drugi razred (osnovna škola). Tako da sada ništa ne znam. Tamo (u stanovima za radnice) bile smo sa našima. Samo kada mi neko kaže „Grüß Gott“, onda i ja to kažem. I „Wierschaun“ i „Dankeschön“ i takvi stvari. A drugo ništa ne znam.“

¹⁹ „... šta ćeš, tako je“

²⁰ „Da oni mi pomažu. Kad sam bila dola, pa sam se vratila, oni su mi sve iskrećili. I kad sam došla to je bilo iznenađenje. Sve.... Ona me pere, ona je tu. I ja se kupam kod nje. ... Nemogu ništa da kažem, deca me gledaju. Nekad kad krenu, pitajume, dali ćusa njima.“

Im Haushalt erhält sie Hilfe von ihren Schwiegertöchtern und bei den üblichen Behördengängen und Arztbesuchen begleitet sie meistens einer ihrer Söhne. Julijana fühlt sich von ihren Söhnen und deren Frauen gut versorgt.

Ana

Ana ist eine 62jährige Pensionistin und seit acht Jahren pflegebedürftig – eingestuft in die Pflegestufe zwei. Sie leidet an Diabetes, starkem Übergewicht und die dadurch bedingten Beschwerden. Ihre Schmerzen in den geschwollenen Beinen und Knien empfindet sie als besonders belastend. Davor hatte sie jahrelang mit Blutungen zu kämpfen, die sich als Gebärmuttertumor identifizierten, der aber behoben werden konnte. Zurzeit lebt sie mit ihrem Mann in einer kleinen Wohnung, ihre Tochter ist beruflich viel unterwegs und befindet sich gerade in den Vereinigten Staaten.

Als 1992 der Krieg in Bosnien ausbrach, flüchtete sie mit ihrem Mann und ihrer Tochter nach Österreich. Die ersten Jahre in Österreich waren für sie eine Katastrophe, da sie die Sprache nicht verstand. Besonders schlimm war das Einkaufen für Ana, aber auch ihrer Tochter in der Schule nicht helfen zu können, war unerträglich. Als Hausfrau hatte sie keinen Kontakt mit der deutschsprechenden Bevölkerung, sodass sie heute auch sehr schlecht Deutsch spricht.

Ihren Alltag verbringt Ana meistens alleine in ihrer kleinen dunklen Wohnung vor dem Fernseher und sieht sich Filme und Sendungen aus ihrer Heimat an. Ganz stolz erzählt sie von ihrer Tochter und ihren beruflichen Erfolg, aber leider sieht sie ihre Tochter viel zu selten.

Ana kann nicht kochen, da sie nicht lange stehen kann. Danach werden die Schmerzen in den Beinen unerträglich. Also ernährt sie sich hauptsächlich von Fertiggerichten, die man in der Mikrowelle oder im Ofen zubereitet. Im Haushalt ist ihr ihr Ehemann keine große Hilfe, da er Alkoholiker ist, psychisch labil und nur selten daheim anzutreffen. Als besonders belastend empfindet sie die leere Wohnung, sie fühlt sich einsam und klagt darüber, niemanden zum Reden zu haben. Als sie von ihrer Einsamkeit erzählt wird ihre Stimme immer leiser und die ersten Tränen laufen ihr über das Gesicht. Aber erfreulicherweise wird sie von der mobilen Hilfe besucht. Bei Erledigungen wie zum Arzt oder ins Krankenhaus gehen, ruft sie die mobilen Dienste, die ihr einen Rettungswagen organisieren.

Ein Mal in der Woche kommt **Alma**, ihre Heimhilfe, um mit ihr Lebensmittel einzukaufen. Dabei hat sie großes Glück, da Alma aus Bosnien stammt und die Sprache beherrscht. Die

31jährige Bosnierin ist seit ca. zwei Jahren ausgebildete Heimhilfe und bei einem mobilen Dienst in Linz tätig. Sie erzählt von ihrem täglichen Ablauf mit den KlientInnen, der sich bis auf die unterschiedliche Sprache, nicht unterscheidet zwischen KlientInnen aus Österreich oder aus Bosnien.

„Bei den Klienten sind wir ... eine dreiviertel Stunde. Man hat Zeit, dass man mit demjenigen redet. Man kommt rein, man setzt sich hin, man plaudert ein wenig ... „Was haben sie gestern gemacht, wie haben sie geschlafen?“ und so ... Und die Leute sind ganz, ganz nett, wenn man zu denen nett ist und die schließen dich gleich ins Herz.“ (Alma, Heimhilfe, 31 Jahre, 2.11.2011)

Sie betreut unter Anderem zwei alte pflegebedürftige Frauen aus Bosnien. Eine davon ist Ana, mit der sie jede Woche den Einkauf erledigt. Normalerweise sollen dabei nur Lebensmittel eingekauft werden, aber Alma macht schon einmal Ausnahmen und kauft Bettwäsche und sonstige Haushaltsartikel. Wenn Alma donnerstags zu Ana kommt, liegt der Einkaufszettel schon bereit. Nach dem Einkauf unterhalten sich die beiden noch ein bisschen. Es wird nach dem Wohlbefinden gefragt und Neuigkeiten ausgetauscht. Je nach Notwendigkeit räumt Alma die Wohnung auf, hängt die feuchte Wäsche auf oder sie trinken einfach einen Kaffee, da das miteinander Reden im Vordergrund steht.

Ana wollte nicht, dass ich unsere Unterhaltung aufzeichne. Auch nachdem ich erklärte, dass die Aufnahme lediglich für mich sei und selbstverständlich anonymisiert würde, wollte sie nicht zustimmen. Als Grund gab sie an, dass ihr Mann und ihre Tochter sie nicht im Fernsehen sehen wollen. Ihre Tochter hat ihr sogar gedroht, nicht mehr nach Hause zu kommen, wenn sie die Mutter auf irgendeinem Sender sehe.

Ich erkannte bei ihr ein ambivalentes Verhalten, zum einen war sie zwar an meiner Forschung sehr interessiert, und war auch sofort zu einer Unterhaltung bereit, doch hat sie sich vehement gegen eine Aufzeichnung gewehrt.

Während meiner Besuche war niemals ihr Ehemann anwesend, ob zufällig oder nicht, kann nicht beantwortet werden. Ich fragte Ana, ob ihr Mann ebenfalls zu einem Gespräch bereit wäre, da es für meine Forschung sehr wichtig wäre, beiden Seiten einer Pflegesituation darzustellen. Sie teilte mir aber mit, dass er kein Interesse hat, mit mir zu sprechen.

Familie Marković

Das Ehepaar Branko und Dušanka Marković lebt seit 20 Jahren in Österreich. Branko ist 56 Jahre alt und bezieht eine Invaliditätspension. In Bosnien war er 19 Jahre lang als Leiter eines Bauunternehmens tätig. 1992 ist er mit seiner Frau und beiden Töchtern aus dem Kriegsgebiet in Bosnien geflohen. In Österreich angekommen, hat die Familie zunächst einen fünfjährigen Flüchtlingsstatus, bevor Dušanka und ihr Mann Arbeit bekommen. Branko hatte große Probleme eine Arbeit zu finden, da er die Sprache nicht beherrschte und folglich nur Gelegenheitsjobs bekam. Das Ehepaar kämpfte um jede Arbeitsstelle, um ihren Kindern etwas bieten zu können.

2001 begann er innerhalb von zwei Jahren stark abzunehmen, bis festgestellt wurde, dass er zuckerkrank ist. Daraufhin erhielt das Ehepaar eine zweiwöchige Einschulung, bei der man lernte, wie man mit der Krankheit umgeht. Sie haben gelernt, was man essen und trinken darf. Als die gesundheitliche Lage durch die Medikation mit den Tabletten nicht besser wurde, musste er beginnen, Insulin zu spritzen.

Bedingt durch seinen hohen Blutdruck kam es zum Schlaganfall, der ihn halbseitig lähmte. In den nächsten sechs Wochen Rehabilitation lernte er wieder sprechen und gehen, wobei ihn seine Frau sehr unterstützte. Aufgrund der Diabetes nimmt seine Sehstärke ab, seine Nieren versagen und nach einem Jahr Dialyse, erhält er eine neue Niere. Jetzt bekommt er jeden Tag viele Tabletten und Spritzen verabreicht. Dabei hilft ihm seine Frau, die sich ständig um ihn kümmert, weshalb er ihr sehr dankbar ist.

„ ... wenn sie nicht wäre ... ich würde heute nicht mehr leben. Am meisten hat sie mir geholfen, sie mehr als die Ärzte.“²¹

Die jüngere Tochter, die im gemeinsamen Haushalt lebt, ist den beiden keine Hilfe, da sie sehr selten zu Hause ist. Innerhalb der gesamten Feldforschung habe ich sie kein einziges Mal zu Hause angetroffen. Zudem beschwert sich das Ehepaar, dass sie sich auch finanziell nicht am Familienbudget beteiligt. Die andere Tochter lebt in einer weit entfernten Stadt und befindet sich gerade in einer schwierigen gesundheitlichen Situation.

²¹ „da nije bilo nje ... ja nebi bio danas živ. Najviše je ona tu pomogla, više ona nego doktori.“

Die finanzielle Lage der Familie sieht so aus, dass er nur eine sehr kleine Pension von Österreich erhält. Seine 19 Arbeitsjahre in Bosnien werden ihm, aus einem für ihn unbekannt gebliebenen Grund, noch nicht anerkannt, sodass er von Bosnien keine Pension erhält. Folglich ist das Ehepaar auf das Pflegegeld angewiesen. Aufgrund der finanziellen Situation ist eine professionelle Hilfe, im Sinne eines mobilen Dienstes, für das Ehepaar nicht denkbar.

„Wenn sie [die Ehefrau] nicht wäre, müsste mich wer vom Krankenhaus [hier ist nicht eine HauskrankenpflegerIn, sondern eine Person des mobilen Pflegedienstes gemeint] pflegen. Eine professionelle Pflegerin, die sich um mich kümmert. Aber ich habe eine so geringe Pension, dass ich sie nicht bezahlen könnte, aber ich müsste sie bezahlen.“²²

Branko, wie auch seine Frau sind der Meinung, dass sie sich eine professionelle Pflegerin eines mobilen Dienstes nicht leisten können. Sie müssen ihr Pflegegeld verwenden, um „über die Runden zu kommen“. Deshalb ist ihr ihre Arbeitsstelle sehr wichtig.

„... ich fürchte mich vor einer Kündigung, ... was wirst du tun, wohin willst du in dem Alter? Aber du musst arbeiten gehen. ... es hilft nichts, du musst.“²³

Dušanka ist 52 Jahre alt und kümmert sich seit 2003 um ihren kranken Mann. Sie spricht gut Deutsch und hat auch alle Formalitäten rund um das Pflegegeld erledigt. Branko befindet sich in der Pflegestufe zwei, obwohl er ihrer Meinung nach in die Stufe drei gehöre. Wenn sie nicht gerade in der Arbeit ist, pflegt sie ihren Mann.

Ein gewöhnlicher Arbeitstag sieht bei der Familie so aus, dass Branko morgens mit seiner Frau aufsteht. Sie richtet ihm das Frühstück und die morgendlichen Tabletten. Nachdem seine Frau in die Arbeit gegangen ist, geht Branko zur nächsten Trafik und kauft sich eine Tageszeitung, meistens Dnevni list oder Oslobođenje²⁴ und manchmal auch eine Zeitschrift. Danach legt er sich auf die Couch und sieht sich Fernsehsender aus dem ex-jugoslawischen Raum an, bis seine Frau nach Hause kommt. Manchmal unternimmt er auch kleine Spaziergänge in der näheren Umgebung, trifft sich mit anderen MigrantInnen aus Ex-Jugoslawien und raucht einige Zigaretten mit ihnen. Sowohl Branko als auch Dušanka rauchen viel. Sie

²² „Jer da nije ona, onda bi morao dati u bolnici nekome. Profesionalnu neku Pflegerin, da brine o meni. Ali u meni je tako mala penzija da nebi mi mogao plaćati, a ja moram je plaćati.“

²³ „... bojim se otkaza, ... šta da radiš, gdje ćeš u tim godinama? Ali moraš ići raditi. ... đabe, moraš.“

²⁴ Das sind bekannte bosnische Tageszeitungen, die in oberösterreichischen Trafiken verfügbar sind.

konsumieren Tabak und da Branko aufgrund seiner Krankheit die Feinmotorik in seinen Händen nicht unter Kontrolle hat, dreht Dušanka für ihn die Zigaretten. An ein Aufhören denkt keiner der beiden.

Im Wohnzimmer liegt am Couchtisch eine Tablettenkassette. Jeder Tag dieser Kassette ist in vier Einheiten geteilt und mit „morgen“, „mittag“, „abend“ und „nacht“ beschriftet. Der erschreckend viele Inhalt dieser Box lässt die tägliche Lebensqualität nur erahnen. Zu Hause angekommen, kocht Dušanka dann das Abendessen und räumt auf. Nach den notwendigen Spritzen und Tabletten geht sie mit ihm in die Badewanne.

Mit ihrer Pflegesituation fühlt sich Dušanka zurzeit überfordert, Zeitmangel und das ständige „auf Abruf stehen“ führen dazu, dass sie oft krank wird.

„Freizeit habe ich sehr wenig ... Wenn ich in der Firma bin, dann nach Hause komme, dann musst du was kochen, etwas wegräumen, etwas waschen. ... mit ihm einen Spaziergang machen. Nein, also freie Zeit, ... nicht einmal ein bisschen, die ich für mich abzwicken könnte, zum Beispiel eine Stunde, so wie es andere Frauen in der Firma haben, weißt du, auf ein Eis gehen oder einen Kaffee. ... jetzt gibt es eine Weihnachtsfeier, ich werde nicht hingehen. Ich will nicht hingehen, ich will mich ausruhen, ich bin keine 30 Jahre mehr. Gesund bin ich auch nicht ...“²⁵

Der Wunsch nach Erholung wird bei ihr deutlich, da ihr die Pflegesituation zu schaffen macht. Trotzdem ist sie der Meinung, dass sie noch immer alles alleine schaffen kann und keine professionelle Hilfe benötigt, da auch die finanzielle Lage der Familie schlecht ist.

Gordana

Gordana ist eine 48jährige Frühpensionistin, Mutter von zwei Kindern und pflegende Angehörige. Sie lebt mit ihrer kranken Mutter in einer kleinen Wohnung in Linz. Ihre Kinder sind bereits ausgezogen und von ihrem Mann hat sie sich vor Jahren getrennt. In Bosnien arbeitete sie in einer Textilfabrik, die Sportbekleidung herstellt. Als sie gekündigt wurde und die Lage in ihrem Dorf aussichtslos erschien, da sie von paramilitärischen Gruppen umzingelt waren,

²⁵ „Slobodnog vremena imam jako malo ... Kada sam u firmi, pa dođem kući, onda moraš nešto skuhati, pospremiti, prati. ... s njim ići u šetnju. Znači nemam slobodnog vremena, ... niti malo da odvojim za sebe, na primjer jedan sat, kao što imaju druge žene u firmi, znaš, otići na sladoled ili na kafu. ... sada će biti božićno slavlje, ja neću ići. Neću da idem, hoću da se odmorim, nemam ja više 30 godina. Nisam više ni zdrava ...“

flüchtete die Familie 1993 vor dem Krieg nach Österreich zu Verwandten und Freunden. Nach einem vierjährigen Flüchtlingsstatus, bekam sie ihre erste Arbeit. Zunächst in einem Gasthaus, danach wurde sie als Haushälterin bei einem pensionierten Pfarrer aufgenommen. Es stellte sich heraus, dass dieser alte Pfarrer niemanden hatte, der für ihn sorgte, sodass es dazu kam, dass Gordana für ihn kochte, wusch, und die Wohnung reinigte.

„Ich habe Pech im Leben. Da bekomme ich diese Arbeit bei einem Pfarrer für 5 Stunden ... Bekomme eine Wohnung bei einem Mann, dessen Frau und Kinder ihn verlassen haben, weil er Multiple Sklerose hat. Einerseits war ich glücklich, dass ich diese Arbeit hatte, das war super. Andererseits war ich bei einem Menschen, der gefesselt an den Rollstuhl war. Also gehe ich arbeiten und komme dann zu diesem Mann nach Hause. Es bringt einen um. ... Diese Krankheiten sehen zu müssen, das ist ...“²⁶

Das war ihr erster Kontakt mit einer Pflegesituation. Die ersten Jahre in dem fremden Land Österreich fielen ihr schwer. Sie kämpfte mit gemischten Gefühlen, einerseits war sie natürlich sehr froh, dem Krieg entkommen zu sein. Aber auf der anderen Seite war sie traurig, da sie ihre Verwandten und Freunde verlassen bzw. verloren hatte. Deutsch lernte sie auch ohne Kurs schnell und sie besitzt mittlerweile auch die österreichische Staatsbürgerschaft. Ihre zwei Kinder kamen in die Pubertät und sie freute sich bereits auf etwas Zeit für sich selbst, doch dann wurde ihre Mutter krank. Als bei Gordanas Mutter in Bosnien Alzheimer diagnostiziert wurde und ihr Vater die Mutter nicht mehr pflegen konnte, holte sie sie zu sich nach Österreich. In der Anfangszeit der Pflegebeziehung verirrte sich die demente Mutter ständig und war auch sehr aggressiv. Irgendwann war das Gordana zu viel - das Resultat waren drei Monate in der Nervenlinik Wagner-Jauregg. Bedingt durch die Kriegserfahrungen und die Pflege ihrer Mutter leidet sie heute noch an psychischen Störungen, vor allem ihre Depressionen macht ihr zu schaffen.

„Depressionen haben mich erwischt und ... Die Krankheit hat alles verändert. Ich bin nicht mehr die Person, die ich einmal war. Ich denke anders, negativ (schüttelt den Kopf).“²⁷

²⁶ „Imam peh u životu. Dobila sam posao kod popa na 5 sati. ... dobijem stan kod nekog čovjeka, žena i djeca su ga ostavili jer ima multiple sklerosu. S jedne strane sam bila sretna jer sam dobila posao, bilo je super. Ali s druge strane sam bila kod čovjeka koji je bio vezan za kolica. Odem na posao i zatim dođem kući tom čovjeku. To ubija ... gledati tu bolest, to mi je...“

²⁷ „Depresija me uhvatila i Ta bolest je sve promijenila. Nisam više osoba koja sam nekada bila. Drugačije razmišljam, negativno (schüttelt den Kopf)“

Sie berichtet ausführlich über ihre derzeitige Situation und wie sich ihr Leben seit ihrer Pension geändert hat. Heute nimmt sie täglich Antidepressiva und ist von ständiger Müdigkeit geplagt.

„Die Sicht auf das Leben. Ich habe keine Moral mehr. Mein Leben verläuft so, dass ich morgens Tabletten nehme, abends Tabletten nehme. Ich bin nicht mehr ein kompletter Mensch. Ich kann auch nicht viel unter Leuten sein, es erschöpft mich. Allein kann ich auch nicht, es ist einfach schwer, dass sich die Stimmung ändert. Sagen wir, ich denke positiv, nach einiger Zeit könnte ich weinen. Aber am meisten tötet mich ihre Krankheit. Denn es ist immerhin anders, wenn ich fort gehen und arbeiten würde. Du hast eine andere Sicht der Dinge, aber so (zieht die Schultern nach oben) sehe ich sie. Es ist einfach deprimierend. Was soll es.“²⁸

Geprägt von ihrer Krankheit, hat sich ihr Lebensstil geändert – Freunde und Bekannte haben sich verringert und eine starke Verringerung der Lebensqualität war bei ihr zu erkennen. Ihre Mutter, welche sie seit vier Jahren betreut, befindet sich in der Pflegestufe sechs. Das heißt, sie ist bettlägerig und benötigt rund um die Uhr Pflege. Deshalb hat Gordana einen mobilen Dienst organisiert, der jeden Tag kommt und die Körperpflege erledigt.

Ein Interview mit Gordanas Mutter war aufgrund ihrer fortgeschrittenen Krankheit leider nicht möglich.

Fachsozialbetreuerin Hana

„Es gibt Menschen, die brauchen was anderes außer sauber zu sein.“

Die Fachsozialbetreuerin **Hana**, mit bosnischem Migrationshintergrund, ist 39 Jahre alt und arbeitet seit einem Jahr in der mobilen Hilfe, davor war sie im Altenheim tätig. Sie ist mit ihrer jetzigen Arbeitssituation sehr glücklich, da sie den Bedürftigen individuelle Pflege bieten kann.

²⁸ „Pogled na život. Više nemam morala, jednostavno nemam. Moj život se svodi na pijenje tableta ujutro i pijenje tableta navečer. Više nisam kompletna osoba. Ne mogu više biti mnogo s ljudima, umara me. A ni sama ne mogu biti, jednostavno teško je zbog promijena raspoloženja. Recimo da mislim pozitivno, ali nakon nekog vremena mogla bih plakati. Ali najviše me ubija njena bolest. Drugačije bi bilo kada bih hodala, išla na posao. Imaš drugačije poglede na život, ali ovako (zieht die Schultern nach oben) gledam nju. Jednostavno je deprimirajuće. Šta ćeš.“

Ihr erster Kontakt mit MigrantInnen im Berufsleben als KlientInnen war eine Familie aus Bosnien. Dabei kam es mit der Familie zu Unstimmigkeiten (genauer folgt im Kapitel 5.5. Sprache), sodass sie die Hauptpflege des pflegebedürftigen Mannes nicht annahm. Ihren zweiten Kontakt hat Hana mit Gordana und ihrer pflegebedürftigen Mutter. Diese Pflegebeziehung, im Vergleich zur oben genannten, hat sich auch aufgrund von Hanas bosnischen Sprachkenntnissen, weiterentwickelt und vertieft. Mittlerweile besteht zwischen Hana und Gordana eine freundschaftliche Beziehung.

Mira

„Pflegen ist nicht nur ein Beruf, pflegen ist eine Berufung“

Die 58jährige Pensionistin ist verheiratet und Mutter zweier erwachsener Kinder, die bereits ausgezogen sind. Mira und ihr Mann sind 1975 als ArbeitsmigrantInnen nach Österreich gekommen. Beide sind innerhalb der letzten drei Jahrzehnte als Arbeiter und Arbeiterin in verschiedenen Berufssparten tätig gewesen. Miras letzte Arbeitsstelle war ein Unternehmen im Kunststofftechniksektor, wo sie 18 Jahre in der Qualitätsprüfung beschäftigt war.

Als der Krieg in Bosnien ausbrach holt das Ehepaar die verwitwete Mutter des Ehemanns nach Österreich. 15 Jahre lang lebte die Schwiegermutter mit ihnen im selben Haushalt bevor sie pflegebedürftig wurde. Anfangs litt sie lediglich an einer Sehschwäche, dieser Zustand verschlechterte sich jedoch und sie erblindete auf einem Auge. Abgesehen davon ging es der alten Frau zum damaligen Zeitpunkt körperlich gut, bis zu jenem Tag, an dem sie stürzte und sich einen Oberschenkel brach. Sie musste operiert werden und wurde nach dem Krankenhausaufenthalt bettlägerig, benötigte intensive Pflege und wurde in der Pflegestufe fünf zugewiesen. Mira versuchte seither ihre Arbeit mit der Pflege ihrer Schwiegermutter zu verbinden.

„Von der Zeit her, ja anfangs ging ich noch arbeiten, ganz normal, Vollzeit. Nach dem Unfall jedoch brauchte sie mehr Pflege und ich fragte in der Firma, ob dies möglich wäre, dass ich nur vier Stunden am Tag arbeiten konnte. Davor war ich im Krankenstand und habe all meinen Urlaub und unbezahlten Urlaub verbraucht. Die Firma stimmte mir zu und ich war eine

Woche lang nur vier Stunden am Tag arbeiten. Vier Stunden deshalb, weil sie vier Stunden allein sein konnte.“²⁹

Bei der täglichen Pflege bekam sie Hilfe von ihrem Mann und ihrer Tochter. Ein höhenverstellbares Pflegebett und spezielle Matratzen wurden gekauft, damit die alte Frau im Bett gewaschen werden konnte. Ein mobiler Dienst wurde nicht in Anspruch genommen. Mira erklärte mir, dass sie keine Zeit hatte, sich auch noch um mobile Dienste zu kümmern, zumal sie ständig zwischen Arbeit und Pflege hetzte. Als Mira jedoch ihre Arbeit nicht länger mit der Pflege ihrer Schwiegermutter vereinbaren konnte, beschloss sie, sich ausschließlich um die alte Frau zu kümmern.

„Am Freitag, ich erinnere mich genau, kam ich von der Arbeit nach Hause. Ich wollte mit der Arbeit aufhören, da sich das nicht vereinbaren lässt. Ich habe das mit meinem Mann besprochen und wir haben uns geeinigt, dass ich mir sechs Monate eine Auszeit von der Arbeit nehme, um sie zu pflegen. Dann hat sie noch gegessen, zwei Bissen von dem Essen. Ich ging hinaus und entsorgte den Müll, als ich zurückkam, sagte mein Mann, dass sie gerade gestorben sei.“³⁰

5.2. Sabine - Fachsozialbetreuerin

„Natürlich hat nicht jeder gleiche Bedürfnisse.“

Sabine ist eine 25jährige Fachsozialbetreuerin und arbeitet seit drei Jahren in der mobilen Hilfe. Auch sie war zuvor im Altenheim tätig, wechselte jedoch zur mobilen Hilfe, um etwas anderes kennenzulernen. Mit dieser Entscheidung ist sie bis jetzt auch zufrieden. Sabine hat keine fixe Hauptpflegeperson, die einen Migrationshintergrund aufweist, jedoch hat sie durch ihre Vertretungen, zwei KlientInnen mit Migrationshintergrund kennengelernt.

²⁹ „Šta se tiče vremena, na početku sam još radila, sasvim normalno, puno radno vrijeme. Ali nakon nesreće trebala je više njege i ja sam pitala u firmi, da li bi bilo moguće da radim samo četiri sata na dan. Prije toga sam bila na bolovanju i potrošila i cijeli godišnji odmor i neplaćeni odmor. Firma mi je to odobrila i ja sam radila jednu sedmicu samo četiri sata na dan. četiri sata zbog toga, što je ona bila ta četiri sata sama.“

³⁰ „U petak, tačno se sjećam, došla sam kući s posla. Htjela sam prestati raditi, jer se nije dalo dovesti u red. Razgovarala sam u vezi toga s mužem i dogovorili smo se, da napravim pauzu od šest mjeseci, da bih je mogla njegovati. Zatim je još jela, dva zalogaja. Ja sam ja izašla van i bacila sam smeće, kada sam se vratila, rekao mi je muž, da je upravo umrla.“

Interessant ist, dass sie zwar die unterschiedlichen Bedürfnisse der KlientInnen wahrnimmt, aber dessen ungeachtet, mehrmals im Interview betonte, dass Unterschiede bei der Pflege zwischen ÖsterreicherInnen und MigrantInnen nicht gemacht werden.

5.3. Unterwegs mit der mobilen Hilfe

Als Hana, eine Fachsozialbetreuerin mit Schwerpunkt Altenarbeit, und ich in die Wohnung treten, werden wir von Gordana begrüßt. Ich, als die „neue Praktikantin“, werde von der pflegenden Angehörigen, ebenso wie Hana, gleich behandelt. Jeden Tag kommt Hana zu ihrer Stammklientin. Sie ist ebenfalls aus Bosnien und folglich verläuft auch die gesamte Kommunikation auf Bosnisch.

Nach einer herzlichen Begrüßung mit Gordana und dem üblichen Fragen über das Wohlbefinden und Austausch über das Wetter, geht Hana zu ihrer Klientin. Die alte Mutter liegt im Bett und lächelt, als sie das bekannte Gesicht der Pflegerin erkennt. Die Fachkraft geht sehr sorgsam mit ihr um und erklärt jeden Schritt, auch wenn es jeden Tag dieselbe Routine ist. Zuerst wird das Gesicht gewaschen, dabei scherzt Hana mit ihrer Klientin. Immer wieder stellt sie der alten Frau Fragen, über das Wohlbefinden, wie sie geschlafen und ob sie was geträumt hat usw. Obwohl ich keine Antwort der dementen Frau verstand, schienen sich die beiden irgendwie zu unterhalten. Nach dem Waschen der Gliedmaßen ist die Intimpflege dran, dabei plauderte die Pflegerin weiter, um die Klientin zu entspannen. Als die pflegebedürftige Frau gut gewaschen ist, wird ihr eine neue Windel angezogen. Dann wird sie angekleidet.

Der gesamte Ablauf der Pflege scheint für beide Seiten sehr angenehm zu verlaufen. Scherze werden gemacht und auch viel Privates kommt zum Vorschein. Die Pflegerin erzählt von ihrer zukünftigen Verlobung und dem gemeinsamen Urlaub mit ihrem Freund. Gordana berichtet über einen dramatischen Vorfall, der sich letzte Woche ereignet hat. Ihre Tochter wurde von einem Fremden auf den Kopf geschlagen und ausgeraubt. Das Gespräch entwickelt sich in Richtung Kriminalität in Österreich und subjektives Sicherheitsempfinden. Ich werde in dieser gesamten, doch sehr privaten Situation nicht als störend gesehen, sondern die Konversation zwischen den Frauen scheint, ungeachtet meiner Anwesenheit, weiterzulaufen. Nach diesem kurzen Gespräch unter Freundinnen, geht es auch gleich weiter.

Der nächste vereinbarte Termin am Tagesplan ist bei einer österreichischen Klientin, die wir besuchen. Hier verläuft der Besuch vollkommen anders. Als wir hineinkommen, werden wir von einer älteren Frau begrüßt. Es erfolgt kein Händeschütteln oder sonstiger Körperkontakt. Nach den üblichen Fragen über die Befindlichkeit sollte die Pflegebedürftige geduscht werden - diese verweigert jedoch die Körperpflege. Hana versucht mehrmals die Klientin zu überzeugen, von der Notwendigkeit, der schnellen Abwicklung und dem besseren Körpergefühl nach der Dusche, aber die Klientin lässt sich nicht dafür gewinnen. Mit der Begründung, ihre Schwester käme jeden Augenblick, und würde die Körperpflege durchführen, müssen wir nach ungetaner Arbeit die Wohnung verlassen. Im Stiegenhaus treffen wir unerwartet auf die Schwester der Pflegebedürftigen. Die Situation wird ihr erklärt, worauf sie sehr verärgert reagierte, dass die Pflege von unserer Klientin verweigert wurde.

Im Auto angekommen, beginne ich mit Hana eine Diskussion, ob die Verweigerung etwas mit mir zu tun haben könnte. Hana bezweifelt dies, da sie oft PraktikantInnen mit zu den KlientInnen nimmt. Folglich erklärt sie, sind die KlientInnen an PraktikantInnen im täglichen Umgang gewöhnt. Gründe für die Verweigerung könnten verschiedene sein, jedoch können diese hier nicht eindeutig festgelegt werden.

5.4. Dimensionen der Pflegesituation

5.4.1. Motive

Die Motive der Pflegeübernahme der InterviewpartnerInnen waren unterschiedlich, hauptsächlich wurde bei der Übernahme von Pflegeverantwortung Selbstverständlichkeit genannt. Einige der Befragten verwirrte meine Frage nach dem Motiv sogar, da das Motiv für sie derart augenscheinlich ist.

In Miras Fall war die Pflegeübernahme ihrer Schwiegermutter, als sie aus dem Krankenhaus entlassen wurde, ganz klar.

„Und dass ich sie dann [die Schwiegermutter] gepflegt habe, das war irgendwie selbstverständlich.“³¹ (Mira, 59 Jahre, pflegende Angehörige, 7.1.2011)

³¹ *I da sam je tada njegovala, to se nekako podrazumijevalo.*

Die Selbstverständlichkeit einer Pflegeübernahme ist hier bedingt einerseits und insbesondere durch das Verwandtschaftsverhältnis und andererseits, standen keine anderen Verwandten in räumlicher Umgebung zur Verfügung.

Dušanka sah die Übernahme der Pflege für ihren Mann, in Verbindung mit ihrer Ehe.

„Sind wir zusammen oder nicht, sind wir einander ein Freund in der Ehe oder nicht. (lächelt) Nein also das ist eine Verpflichtung, ich denke, das ist eine Verpflichtung, wenn du mit jemandem bereits in einer Ehe bist, dass man sich einander hilft. Wie man so schön sagt, wenn man dort unterschreibt „in Gutem und in Schlechtem“³². (Dušanka, 52 Jahre, pflegende Angehörige, 7.11.2011)

Das Motiv der Pflegeübernahme sind das Eheversprechen und die damit einhergehenden Verpflichtungen ihrem Mann gegenüber.

Im Zuge der Motive bei Pflegeübernahme soll hier erwähnt werden, dass die Frau bei der Übernahme der Pflegetätigkeit eine Sonderstellung aufweist. „Pflege ist weiblich“ beschreibt sehr gut, dass es meistens die weiblichen Angehörigen sind, die die Pflege übernehmen. In meiner Feldforschung haben ausschließlich Frauen, als Pflegerinnen tätig. Laut Holuscha werden die meisten pflegenden Frauen in die Pflegesituation durch Familienverbund gedrängt (vgl. Ziegler 2000: 36 zit. nach Holuscha 1992: 51). Das bedeutet, dass die Pflegebereitschaft weniger aus dem Grund einer guten emotionalen Beziehung entsteht, sondern, dass die pflegenden Töchter überwiegend „aus subjektiven oder objektiven Gründen keine Wahlfreiheit bei der Pflegeübernahme hatten“ (vgl. Ziegler 2000: 36).

Ein gutes Beispiel dafür liefert Gordanas Pflegeübernahme ihrer Mutter gegenüber:

„Dann ist praktisch ein drittes Kind gekommen. So, dass das, was ich brauchte und wollte, dass ich etwas freier sein wollte, spüren konnte, dass mir diese Freiheit genommen wurde. Eigentlich habe ich das selbst angenommen. Das habe ich, ich konnte auch nein sagen, aber

³² „Jesmo li zajedno ili nismo, jesmo li jedno drugom prijatelj u braku ili ne. (lächelt) Ne, to je obaveza, ja mislim, da je to obaveza, kada si s nekim u braku, da jednom drugom pomažemo. Kako se kaže, kada se tamo potpišeš „u dobru i u zlu“.“

das Herz konnte nicht. Du kannst nicht.“³³ (Gordana, 48 Jahre, pflegende Angehörige, 12.12.2011)

Hier ist das Pflichtgefühl der Mutter gegenüber das eigentliche Motiv, um die Pflege der demenzten Frau zu übernehmen. Gordana stellt ihre Wünsche hinten an, um ihrer Mutter eine familiäre Pflege zu ermöglichen.

Auch bei Mira ist das Gefühl der Pflicht ihre Schwiegermutter zu pflegen offensichtlich. Auf meine Frage „Warum haben Sie die Pflege übernommen“ hat sie verwundert reagiert und meinte:

*„Warum? Es ist doch normal. Wer hätte sie denn sonst gepflegt?“*³⁴ (Mira, 59 Jahre, pflegende Angehörige, 7.1.2011)

Ihrer Meinung nach war es ganz normal, dass sie die Pflege übernimmt, da sonst niemand war. In einem informellen Gespräch fragte ich nach dem Grund, warum er nicht die Hauptpflegeübernahm, zumal es sich um seine Mutter handelt. Interessanterweise stand dieses Thema nie zur Debatte, da das irgendwie klar war. Meiner Meinung nach, wurde Mira in diese Rolle der Hauptpflegeperson gedrängt. Zwar erhielt sie die Hilfe und Unterstützung von ihrem Mann, jedoch hat sie wie ihr Mann sagte „die größere Last gezogen“.

Den Motiven für eine Pflegeübernahme wird vor allem die Selbstverständlichkeit dem Familienmitglied gegenüber vorangestellt, sodass die eigentlichen Motive verborgen bleiben. Zentrale Dimensionen wie Verpflichtung sowie das Naheverhältnis spielen in jedem Fall eine große Rolle und tragen zur Pflegeübernahme bei.

5.4.2. Familiäre Unterstützungsleistungen

Die Bereiche der pflegerischen Tätigkeiten umfassen neben Körperpflege, Haushaltsführung, persönliche Betreuung, Hilfe bei der Nahrungseinnahme, Mobilitätshilfe, aber auch Behördengänge, emotionaler Beistand und vieles mehr. Umfangreiche Unterstützungsleistungen

³³ „Onda sam dobila praktično treće dijete. Tako da, to što sam trebala i htjela, da budem slobodna, da osjetim, da mi je ta sloboda bila oduzeta. Zapravo sam to već i sama pretpostavljala. Jesam, mogla sam i reći ne, ali srce nije moglo. Ne možeš.“

³⁴ „Zašto? Pa to je normalno. Ko bi nju inače njegovala?“

zwischen GepflegteR und PflegendeR, vor allem bei administrativer Unterstützungen konnten bei allen InterviewpartnerInnen festgestellt werden. Aber auch Unterstützungsmaßnahmen, die direkt die Körperpflege betreffen, wurden beobachtet und dokumentiert.

„Mein Mann und meine Tochter haben mir geholfen bei der Pflege, vor allem beim Baden. Aber meine Tochter hat das Baden nur ein Mal gemacht. Dabei hätte sie sich fast übergeben. Dann habe ich das immer mit meinem Mann gemacht. Für mich war das eigentlich überhaupt nicht ekelig. Ich habe mich zu keinem Zeitpunkt angewidert gefühlt.“³⁵ (Mira, 59 Jahre, pflegende Angehörige, 7.1.2011)

Bei dieser intergenerationellen Unterstützung zwischen Mira und ihrer Schwiegermutter, wie auch bei allen anderen Hilfemaßnahmen meiner InterviewpartnerInnen, handelt es sich um eine Kombination von emotionalen, instrumentellen und informativen Unterstützungsleistungen (vgl. Obermann 2003: 15).

Derartige Unterstützungsleistungen erfolgen selbstverständlich auch bei Partnerschaften. Dušanka beschreibt ihre tägliche Arbeit rund um die Pflege ihres Mannes.

„Ich denke all diese Verpflichtungen und alles was er an Hilfe benötigt, ich koche ich bügle und wasche und putze und ich rasiere ihn und schneide ihn die Haare ... und richte ihm die Tabletten. Und gehe mit ihm zur Kontrolle beim Arzt ..., ins Geschäft ... Manchmal, wenn du entschuldigst, wenn er auf WC geht und steckenbleibt, dann muss ich ihm nach. Denn es kann immer etwas passieren, immer immer bist du da.“³⁶ (Dušanka, 52 Jahre, pflegende Angehörige, 7.11.2011)

Transnationale Unterstützungsleistungen (siehe Kapitel 3.2. Netzwerke) wie Baldassar (vgl. Baldassar 2007: 278ff.) sie in Australien unter italienischen MigrantInnen feststellen konnte, sind in meinem Fall nicht vorhanden. Bedingt durch den Krieg in Bosnien sind so gut wie keine Verwandten mehr vorhanden, die Unterstützungsleistungen bieten könnten.

³⁵ „Moj muž i moja kćerka su mi pomagali oko njege, pogotovo kod kupanja. Ali moja kćerka je nju samo jednom samnom kupala. Pri tome je skoro povratila. Zatim sam to uvijek radila sa mužem. Za mene to uopšte nije bilo gadno. Niti jedan trenutak mi se nije gadilo.“

³⁶ „Mislim cijelu tu obavezu i sve šta on tu treba kao pomoć, ja tu kuham i peglam i perem i čistim i raziram ga i šišam i ... i tablete mu te rihtenim. I idem sa njim na kontrolu ... kod doktora ..., u prodavnicu ... Onda nekad, da izvineš, kad pođe na WC, pa nekad se uglavi, pa moram za njim ići. Jer nešto se može desiti, uvijek uvijek si tu.“

Die soziale Unterstützung beeinflusst natürlich positiv das physische und psychische Wohlbefinden (vgl. Olbermann 2003: 17f.) des Pflegebedürftigen, zumal die Pflegebeziehung im selben Haushalt erfolgt, aber gerade durch die Pflegebeziehung können Belastungen bei den pflegenden Angehörigen auftreten.

5.4.3. „wenn sie nicht wäre“ - Dankbarkeit

Auf der Seite der gepflegten InterviewpartnerInnen herrscht große Dankbarkeit für den Aufwand der familiären Pflegeleistung.

„... wenn sie [seine Frau] nicht wäre ... ich würde heute nicht mehr leben. Am meisten hat sie mir geholfen, mehr sie als die Ärzte.“³⁷ (Branko, 56 Jahre, pflegebedürftig, 7.11.2011)

Branko ist seiner Frau für ihre tägliche Pflege sehr dankbar, hierzu zählen neben den physischen Tätigkeiten, die er nicht mehr selbstständig durchführen kann, vor allem die psychische Unterstützung. Die Reziprozität der Pflegebeziehung drückt sich durch Pflege leisten (Gabe) und die Dankbarkeit (Gegengabe) aus. Dieser Prozess des Austausches kann sich besonders in einer Pflegebeziehung über Jahre oder Jahrzehnte hinziehen. Dabei kann von *reciprocity over a lifetime* gesprochen werden, da nicht anzunehmen ist, dass sich die Situation der pflegebedürftigen Person bessern wird.

Im Fall von Gordana mit ihrer dementen Mutter wird es schwierig die Reziprozität aufrecht zu erhalten. Bedingt durch ihre ausgeprägte Krankheit ist die Mutter nicht fähig – zumindest für mich nicht ersichtlich - sich dankbar zu zeigen. Folglich ist, wie die Soziologin Elke Olbermann erklärt, die Reziprozität nicht mehr möglich (vgl. Olbermann 2003: 21), was dazu führen kann, dass die Pflegebeziehung darunter leidet.

Branko ist neben seiner Frau auch dem Land Österreich, das ihn mit dem Pflegegeld unterstützt, dankbar. Obwohl er nicht lange in Österreich gearbeitet hat, steht ihm neben seiner kleinen Pension, auch die Ausgleichzulage zu.

„In der Pension bin ich, arbeite nichts, ich kann auch nicht arbeiten. Was Österreich angeht, seit ich hier bin, bin ich diesem Land sehr dankbar, verstehst du? Sie haben mich gerettet und

³⁷ „da nije bilo nje ... ja nebi bio danas živ. Najviše je ona tu pomogla, više ona nego doktori.“

gepflegt, es gibt nichts dagegen zu sagen. Mir haben sie Gutes getan, ohne in Betracht zu ziehen, dass ich später keine Arbeit hatte und so. ... Aber was ihre Ärzte betrifft als ich krank war, dafür gebührt ihnen alle Ehre. Das haben sie gemacht.“³⁸ (Branko, 56 Jahre, pflegebedürftig, 7.11.2011)

In diesem Fall zeigt sich sehr deutlich die Dankbarkeit für das empfangene Pflegegeld. Während unseres Interviews lenkt der Befragte immer wieder das Thema auf „die anderen Bosnierinnen“, die den Staat lediglich ausnützen und kein Anzeichen von Dankbarkeit zeigen.

„[Die bosnischen Frauen] machen vier, fünf Kinder hier in Österreich, arbeiten nichts, nur dass sie nicht wieder zurück nach Bosnien zurückkehren, dass sie hier in Österreich bleiben. Sie arbeiten nichts und erhalten die soziale Hilfe vom Staat, was jetzt noch dazukommt, weiß ich nicht, Kinderbeihilfe und Karenz und was weiß ich, Wohnbeihilfe ... Und sie nützen das aus, ihnen geht es besser hier, sie sagen „besser ich liege daheim für 300 Euro, als dass ich arbeite für 800“. So ist deren Plan ... Der Mann ist ... auf der Baustelle, und dann ein bisschen hier und so leben sie. Und das ist der Plan ... Ich kann nicht so, bei mir geht so etwas nicht. Ich kann nicht.“³⁹ (Branko, 56 Jahre, pflegebedürftig, 7.11.2011)

Sehr ausführlich berichtet Branko über das Verhalten der bosnischen Familien in seiner Umgebung. Er missbilligt deren Verhalten, da sie die Berechtigung zur Mindestsicherung (früher Sozialhilfe) ungerechterweise erhalten, anstatt arbeiten zu gehen. Deshalb grenzt er sich ausdrücklich von diesen Personen ab.

„... Bosnierinnen und ungebildet sind die, haben vier Schulklassen oder auch nicht, hinter sich. Für andere kann ich nichts sagen, die kenne ich ja nicht. Ich weiß, was diese Bosnierinnen machen, mit denen wir angeblich befreundet sind ... Wenn sie einen leichtsinnigen Mann haben und sie nützen ihn aus und liegen nur daheim herum und das ist es. ... ich kann nicht ... arbeiten, sie [seine Frau] erhalten. Weder kann ich sie, noch sie mich erhalten, wir müssen

³⁸ „U penziji sam, ne radim ništa, ni ne mogu raditi. Što se tiče Austrije, od kad sam ovdje, vrlo zahvalan sam ovoj državi, razumiješ? Oni su mene spasili i liječili, nemam šta reći protiv. Dobro su mi činili i nisu uzeli u obzir što kasnije neću raditi i tako ... A što se tiče njihovih doktora kada sam bio bolestan, zato im svaka čast. To su uradili.“

³⁹ „(Bosanske žene) prave po četvero, petero djece ovdje u Austriji, ništa ne rade, samo da se opet ne vrate u Bosnu, da ostanu ovdje u Austriji. Ne rade ništa i primaju socijalnu pomoć od države, šta tu sve još dolazi to ne znam, Kinderbeihilfe (dječji dodatak) i Karenz (trudničko bolovanje) i šta ja znam, pomoć za stan ... I oni to koriste, ovdje im je bolje, kažu „bolje mi je da ležim kod kuće za 300 eura, nego da radim za 800.“ Takva je njihova politika ... Muž je ... na građevini, i onda malo ovdje i tako žive. I to je taj plan ... Ja ne mogu tako, kod mene tako nešto ne ide. Ja ne mogu.“

beide ein bisschen, ein bisschen sie, ein bisschen ich.“⁴⁰ (Branko, 56 Jahre, pflegebedürftig, 7.11.2011)

Als jahrelanger Leiter eines Bauunternehmens will er sich von den anderen „ungebildeten Bosnierinnen“ distanzieren. Zudem liefert er Rechenschaft darüber, dass er das Pflegegeld auch tatsächlich benötigt und auf die staatliche Hilfe angewiesen ist. Gleichzeitig verurteilt er diejenigen, welche den Staat lediglich ausnützen.

Auch Julijana ist ihrer Familie sehr dankbar für die geleistete Pflege. Allerdings will sie keine Belastung für ihre Familie darstellen, darum nimmt sie sich in ihren Ansprüchen zurück.

*„Und hier musst du sie [die Kinder] überbeanspruchen, quälen, hierhin, dorthin. Und das ist mein größtes Problem, wenn ich zum Arzt gehe. Wenn er [der Arzt] heute nicht da ist und er gibt dir einen Termin für den nächsten Tag. Dann können sie [ihre Söhne] nicht, sie können dich heute hinbringen aber nicht morgen oder einen anderen Tag oder sonst wann. Der Mensch [ihr Sohn] kann dich nicht führen, soweit muss dir das bewusst sein. Sie haben auch eigene Kinder ...“*⁴¹ (Julijana, 78 Jahre, pflegebedürftig, 2.11.2011)

Da Julijana bei Arztbesuchen auf einen Dolmetscher – in ihrem Fall meistens ihre Söhne – angewiesen ist, richtet sie sich immer nach den freien Zeiten ihrer Söhne, um ihnen nicht im Weg zu stehen. Dabei kann es auch passieren, dass sie nicht wegen jeder körperlichen Beschwerde zum Arzt geht, sondern nur bei den unbedingt notwendigen Untersuchungen, um ihre Kinder nicht allzusehr zu belasten.

Gordana ist den mobilen Pflegedienst für die tägliche Unterstützung sehr dankbar.

⁴⁰ „... Bosanke i neškoloovane su, imaju 4 razrede škole ili ni toliko. Za druge ne mogu ništa reći ... jer ih ne poznajem. Znam šta rade Bosanke, s kojima se navodno družimo... Kada imaju lakomislenog muža ... i iskorištavaju ga i samo se izležavaju u kući i to je to. ... ja ne mogu da radim, nju da izdržavam. Niti mogu ja nju, niti može ona mene izdržavati, moramo obe pomalo, malo ona, malo ja.“

⁴¹ „A ovdje ih moraš opterećavati, mučiti, tamo, ovamo. I to mi je najveći problem, kada idem kod doktora. Kad danas nije tu i da ti termin za sljedeći dan. Ali tada oni ne mogu, danas te mogu odvesti, ali ne sutra ili neki drugi dan ili kada već. Ne može te čovjek odvoditi, toga moraš biti svjestan. I oni imaju svoju djecu ...“

„Sie waschen sie. Das alles macht das Rote Kreuz. Ich füttere sie und gebe ihr Medikamente. Aber sie waschen sie jeden Tag. Das bedeutet mir sehr viel, nicht nur körperlich.“⁴² (Gordana, 48 Jahre, pflegende Angehörige, 12.12.2011)

Die Körperpflege ist eine physisch anstrengende Tätigkeit und Gordana ist sehr froh, dass ihr diese Arbeit von professionellen Pflegerinnen abgenommen wird.

Diejenigen, die Pflegedienste erhalten, sei es von PartnerInnen, intergenerationeller Unterstützungsleistung oder professionelle Pflegedienste, sind dafür auch dankbar. Sie schätzen den Wert der entgegengebrachten Pflegeleistung und loben die PflegerInnen für die erhaltene Hilfe. Jedoch schließt diese Dankbarkeit nicht ein Konfliktpotential aus.

5.4.4. Konflikte

Durch frühere elterliche Hilfe können sich die Kinder zu einer Pflegeleistung verpflichtet fühlen. Diese „Rückzahlung“ wird in diesem Fall mit der Pflege der pflegebedürftigen Eltern ausgeglichen. Dabei kann es, vor allem wenn Familien mit einer pflegebedürftigen Person im selben Haushalt wohnen, zu Konflikten kommen. Bei Julijana und ihrer Schwiegertochter ist es zu Spannungen innerhalb der Pflegebeziehung gekommen.

„Die Schwiegertochter ist etwas komisch. Wie eine Schwiegertochter eben, aber soll sie doch am Leben bleiben und gesund sein. Was kann man machen, auch sie wird eines Tages Schwiegermutter sein. Sie ist etwas verärgert, aber ich schweige, sie schweigt.“⁴³ (Julijana, 78 Jahre, pflegebedürftig, 2.11.2011)

Das gegenseitige Schweigen unter Julijana und ihrer Schwiegertochter bezieht sich lediglich auf den Konflikt – die alltäglichen Gespräche sind trotzdem bestehend.

„Und jetzt wegen der Schwiegertochter, da kann ich nichts sagen, vielleicht habe ich ihr Unrecht getan, ich weiß es nicht. So irgendwie. Sie spricht mit mir und ich mit ihr. (Pause)

⁴² „Oni je peru. To sve radi Rotes Kreuz. Moje jedino je šta je nahranim i eto ja joj dam lijek. Ali oni je peru svaki dan. To mi mnogo znači, ne samo fizički.“

⁴³ „Snaha je malo čudna. Kao što su snahe, ali neka je zdrava i živa. Sta da radiš, i ona će jednog dana biti svekrva. Malo je razljučena, ali ja šutim, ona šuti.“

*Sie hat meine Kleidung weggeworfen. Ja sie hat meine Sachen in den Müll geworfen. Und dieses gehäkelte Tischdeckchen auch. Aber ich habe nichts gesagt. Ich schweige. Soll sie doch machen was sie will. ... das ist ihr Haus, echt.*⁴⁴ (Julijana, 78 Jahre, pflegebedürftig, 2.11.2011)

In Julijanas Fall ist es zwar nicht zu Konfrontationen gekommen, jedoch das Entsorgen von persönlichen Utensilien der pflegebedürftigen Frau deutet auf ein Konfliktpotential hin, auch wenn es noch nicht zur Sprache gekommen ist. Wahrscheinlich haben mehrere Motive dazu geführt, dass es zu einem Spannungsverhältnis kommt. Denkbar sind die Belastungen der pflegenden Angehörigen durch ihre Erwerbstätigkeit, Versorgung ihrer eigenen Kinder und noch dazu die Pflege für Julijana. Dadurch dass Julijana nach Österreich geholt wurde, fühlt sie sich in dem gemeinsamen Haus immer noch zu Gast und nimmt sich nicht das Recht sich zu beklagen.

Mit Julijanas Schwiegertochter, der Hauptpflegeperson, kam kein Interview zustande. Aber ich konnte mit einem ihrer Söhne über das Zusammenleben im Mehrgenerationenhaushalt sprechen. Im Zuge unseres Gespräches teilte er mir mit, dass die beiden Frauen von seiner Sicht aus gut miteinander auskommen. Auf den Zwischenfall mit den entsorgten Gegenständen kam er nicht zu sprechen und auch ich wollte diesbezüglich nichts sagen, um nicht Etwas zu enthüllen.

5.4.5. Belastungen durch die Pflegesituation

Verantwortung

Viele pflegende Angehörige fühlen sich durch die Verantwortung und Sorge um den pflegebedürftigen Menschen belastet. Manche nehmen Verzichte und Einschränkungen hin, was bis zu Depressionen und sozialer Isolation führen kann (vgl. Pflegevorsorgebericht 2009: 14).

Ausnahmslos alle interviewten pflegenden Angehörigen berichten über die Belastungsscheinungen bedingt durch die Pflegeübernahme.

⁴⁴ „I sada u vezi snahe ne mogu ništa reći, možda sam joj učinila nepravdu, ne znam. Tako nekako. Ona razgovara samnom i ja s njom. (Pause) Bacila je moju odjeću. Da, bacila je moje stvari u smeće. I onaj heklani stolnjak. Ali ja joj ništa nisam rekla. Šutim. Nek radi sta radi. ... to je njena kuća, stvarno.“

„Immer hast du irgendwo irgendwas, etwas was in deinem Kopf piepst und die Verpflichtung. ... Ich würde jetzt eher weinen, als singen ... Es gibt ja Menschen, die wenn sie lachen, dann weißt du, dann kommt das Lachen von Herzen. Ich weiß nicht, wann ich zum letzten Mal so gelacht habe. Mein Kopf ist immer voll, mit Allem.“⁴⁵ (Dušanka, 52 Jahre, pflegende Angehörige, 7.11.2011)

Die Auswirkungen der Betreuung sind für Dušanka sind neben dem mangelnden Zeitfaktor, auch eine enorme Verantwortung für die pflegebedürftige Person.

Pflegende Angehörige von Demenzerkrankten sind in der häuslichen Pflege höheren Belastungen (vgl. Geister 2004: 27) ausgesetzt, als jene, die keine Demenzerkrankten pflegen. Diese ausgeprägte Belastung ist bei Gordana und ihrer dementen Mutter sehr deutlich erkennbar.

„... Aber es bedeutet viel, dass du eine solche kranke Person hast, es ist eine große Verpflichtung. Das heißt auch Verantwortung für diese Person, sie ist hier. ... Aber einfach diese Anstrengung, dass du eine kranke Person auf den Schultern trägst. Stell dir vor, ich bin für so eine Person verantwortlich, es ist einfach eine Belastung. Und die Krankheit und die Medikamente, und Gott behüte vor Schlimmerem, das ist nicht einfach. Und dass du weißt dass es nicht besser wird, sondern nur schlechter. Das bedeutet, du erhältst eine Pflanze am Leben.“⁴⁶ (Gordana, 48 Jahre, pflegende Angehörige, 12.12.2011)

Gordana fühlt sich durch das tägliche Erleben des Abbauprozesses ihrer Mutter in Richtung Tod, psychisch stark belastet. Geister erklärt, dass sich aufgrund solcher Strapazen die Bereitschaft zur Pflege verringern kann (vgl. Geister 2004, 25). Bei Gordana drückt sich dieser Zustand so aus, dass sie vormittags so lange nicht in das Zimmer ihrer Mutter geht, bis der mobile Dienst kommt und die alte Frau wäscht.

Mira hat sich während der Pflege ihrer Schwiegermutter mit dem Thema Tod beschäftigt.

⁴⁵ „Uvijek imaš negdje nešto, nešto što ti u glavi pišti i obaveze. ... Ja bih sada radije plakala nego pjevala ... Ima ljudi, koji kada se smiju, znaš da je taj osmjeh od srca. Ne znam kada sam se ja tako smijala. Glava mi je uvijek puna, svega.“

⁴⁶ „... Ali mnogo znači, imati takvu boselnu osobu, to je velika obaveza. To znači i odgovornost za takvu osobu, ona je tu. ... Ali jednostavno taj napor, da imaš boslenu osobu na teretu. Zamisli, ja sam odgovorna za takvu osobu, to je jednostavno opterećenje. I bolest i lijekovi i ne daj bože goreg, nije to jednostavno. I da znaš, da neće biti bolje, nego samo gore. To znači, da održavaš biljku na životu.“

„Aber die psychische Belastung war schon sehr arg. Zu sehen, wie sie jeden Tag schwächer wird und so, da fängt man selbst an nachzudenken über sein eigenes Leben.“⁴⁷ (Mira, 59 Jahre, pflegende Angehörige, 7.1.2011)

Dadurch, dass bei einer Pflegesituation mit dem einzigen möglichen Schluss - dem Tod der Pflegeperson - endet, werden sich viele Angehörige der eigenen Sterblichkeit tatsächlich bewusst. Das subjektive Empfinden der enormen Verantwortung innerhalb der Pflegesituation kann ohne entsprechende Entlastungsmöglichkeiten auch zu psychischen Problemen wie Depressionen führen.

Depressionen

Depressionen sind eine der häufigsten Folgen für pflegende Angehörige im Bereich der psychischen Belastungen (vgl. Engleitner, Hackl 1997: 144ff.). Zwei Interviewpartnerinnen berichten offen über ihre, durch die Pflegeübernahme entstandenen Depressionen.

Duška kündigt sich rund um die Uhr um ihren Mann. Sie nimmt sich keine Zeit für sich selbst und ist von ihrem Alltag überfordert.

„... das ist meine alltägliche Belastung. Du hast psychische Probleme. Die [Probleme] schlagen auf die Psyche ein, aber heftig.“⁴⁸ (Duška, 52 Jahre, pflegende Angehörige, 7.11.2011)

In einem informellen Gespräch erzählte sie, dass ihr Mann ihr auf die Nerven geht. Ständig muss sie für ihn da sein und dann geht er noch nicht einmal alleine auf Kur. Dadurch, dass Duška an Zeitmangel leidet, sieht sie seine Aktion, nicht alleine auf Kur gehen zu wollen, als weiteren Zeitraub. Branko meint zu diesem Thema, dass es ihm unangenehm wäre, alleine drei Wochen an einem fremden Ort zu verbringen, zumal er nicht gut Deutsch kann. Hier zeigt die Scham darüber, nach so vielen Jahren in Österreich nicht gut Deutsch zu können.

Auch Gordana berichtet resigniert über ihre psychischen Probleme und die Trostlosigkeit in ihrem Alltag.

⁴⁷ „Ali psihičko opterećenje je bilo jako teško. Gledati, kako svakim danom postaje slabija i tako, tada čovjek počinje sam razmišljati o vlastitom životu.“

⁴⁸ „... to je moje svakodnevno opterećenje. Imaš psihičke probleme. To udara na psihu i to jako.“

„Es gibt nichts Positives, ich lebe einfach wie eine Pflanze. Ich kann mich nicht mehr freuen wie früher, ich habe keine Energie.“⁴⁹ (Gordana, 48 Jahre, pflegende Angehörige, 12.12.2011)

Bei ihr muss allerdings mitbedacht werden, dass sie sich in einer besonderen Situation befindet. Einerseits hat sie den Krieg miterlebt, andererseits betreut sie ihre demente Mutter. Ob nun ihre Depressionen allein durch die Pflege entstanden sind, oder ob es sich um eine Kombination mit den Kriegserlebnissen handelt, kann nur von einer qualifizierten Fachkraft einen Psychotherapeut festgestellt werden. Denn gerade „im Bereich psychischer Gesundheit, wo Sprache und kulturelle Aspekte eine sehr große Rolle spielen, ist eine kultursensible Versorgung und professionelle multikulturelle Vermittlung und Übersetzung ungemein wichtig“ (vgl. Kutalek 2009: 311).

5.4.6. „Was soll ich unten?“- Zurückkehren in die Heimat

Alle InterviewpartnerInnen wollen aus unterschiedlichen Gründen nicht in ihr Herkunftsland zurückkehren, sondern lieber in Österreich alt werden.

Die Rückkehrabsicht in das Heimatland bleibt bei vielen MigrantInnen zunächst im Hintergrund bestehen (vgl. Iljić et al. 2007: 33), doch sobald die Pflegebedürftigkeit eintritt, ändert sich die Situation schlagartig. Wie Kremla formuliert, erfolgt die Erkenntnis der Bleibeabsicht durch eine Pflegebedürftigkeit „schockweise“ im Gegensatz zur schrittweisen Änderung, wenn zB eine Veränderung des Migrationsziels erfolgt (vgl. Kremla 2004: 72). So ist auch bei meinem InterviewpartnerInnen bedingt durch ihre Pflegebedürftigkeit eine Rückkehr in das Herkunftsland kein Thema. Vorherrschende Gründe für die Bleibeabsicht sind, den Kindern nahe zu sein sowie die nicht leistbare Gesundheitsversorgung in Bosnien.

Branko spricht die teuren und meist auch schwer zugänglichen Medikamente, die er täglich benötigt, an. In Bosnien ist es für ihn unvorstellbar und vor allem unleistbar.

„Was soll ich unten, wenn du jedes Rezept bezahlen musst. Du musst so viele Kilometer machen bis zur nächst größeren Stadt, wegen eines Medikaments, aber diese Medikamente gibt es nicht. Was soll ich unten?“⁵⁰ (Branko, 56 Jahre, pflegebedürftig, 7.11.2011)

⁴⁹ „Nema ništa pozitivno, jednostavno živim kao biljka. Nemogu više nikako da se radujem kao prije, nemam energije.“

Auch Ana spricht über die schlechten Bedingungen in Bosnien. Am Land gibt es ihrer Meinung nach nicht einmal Ärzte, deshalb ist es hier in Österreich deutlich besser. Sie veranschaulicht das schlecht ausgebaute Gesundheitssystem in Bosnien. Die Rückkehr ist aufgrund der Krankheit nicht möglich, da die gesundheitliche Versorgung in Bosnien nicht leistbar wäre aufgrund hoher medizinischer Kosten.

Zudem wollen Julijana und Branko ihren Kindern in Österreich nahe sein. Diese bekannte Tatsache erwähnt auch Kremla in ihrer Studie, wo sie äußert, „Ein wesentlicher Faktor für die Bleibeentscheidung ist der Wunsch, dort alt zu werden, wo Kinder und Enkel leben“ (Kremla 2004: 80). Ähnliches gilt auch für Forschungen in der Schweiz (vgl. Kobi 2008: 189). Ein Pendeln zwischen Herkunfts- und Zielland ist für meine InterviewpartnerInnen undenkbar, einerseits aufgrund des schlechten Gesundheitszustandes, andererseits wegen der hohen finanziellen Kosten.

Die InterviewpartnerInnen geben an, dass das österreichische Gesundheitssystem hervorragend ist, in Bosnien jedoch unbezahlbar. Die älteren MigrantInnen leben bereits lange in Österreich, sodass dieses Land zur zweiten oder auch einzigen Heimat geworden ist. Keine der InterviewpartnerInnen wird zurück in das Herkunftsland kehren, die Tatsache in Österreich alt zu werden und zu sterben ist allen Beteiligten klar. Auch vor dem Eintreten des Pflegefalls war eine Rückkehr ins Herkunftsland kein Thema, da die Nähe zu den Kindern ein entscheidender Bleibefaktor war und noch immer ist.

5.4.7. Erneute Pflegeübernahme

Ob eine erneute Pflegeübernahme vorstellbar für die InterviewpartnerInnen ist, wurde unterschiedlichen beantwortet.

Mit ihrer derzeitigen Erfahrung ist für Mira eine erneute Pflegeübernahme undenkbar.

⁵⁰ „Šta ću dole, kada svaki recept moraš platiti. Moraš preći toliko kilometara do slijedećeg većeg grada zbog nekog lijeka, ali tih lijekova nema. Šta da radim dole?“

„Nein, auf keinen Fall. Wenn du so etwas miterlebst, dann will man sowas nicht nochmal machen. Ich meine, wenn es sich um meinen Mann handeln würde, dann vielleicht schon, aber sonst nicht.“⁵¹ (Mira, 59 Jahre, pflegende Angehörige, 7.1.2011)

Mira kann sich eine erneute Pflegeübernahme nur vorstellen, wenn ihr Mann betroffen wäre. Die Annahme, dass sie ihre Kinder einmal pflegen, wurde nicht in Betracht gezogen.

Dagegen ist für Gordana eine Pflegeübernahme ihres Ehemannes unvorstellbar. Bedingt durch ihre Belastungen und trotz ihrer schlechten finanziellen Lage ist eine gleichartige Übernahme der Pflegeverantwortung ausgeschlossen.

„Ich würde mich für niemanden derartig opfern. Nur für eine Mutter und ein Kind ist so eine Pflege berechtigt. Aber alles andere, nicht einmal für Geld. Wem sollte ich mein Leben opfern, dieses Geld gibt es nicht. Besser, dass du mir weniger gibst, aber dass ich meine Freiheit habe. Dass einfach wer anderer sich sorgt, dass mir jemand 5.000 Euro gäbe würde ich es nicht tun. ... Das heißt, so etwas nur für die seinen. Gott behüte für Kind oder Mutter, aber das für niemanden sonst. (schüttelt den Kopf) nein, jemanden pflegen heißt sich selbst zu opfern. Du hast praktisch kein Leben. Aber du willst.“⁵² (Gordana, 48 Jahre, pflegende Angehörige, 12.12.2011)

Gordana würde nur ihre Kinder pflegen, auf keinen Fall aber ihren Mann. Dies resultiert daher, dass sie getrennt von ihrem Ehemann lebt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass jene InterviewpartnerInnen, die sich von ihrer Pflegesituation sehr belastet fühlen, eine erneute Pflege nicht übernehmen würden. Jedoch ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass es bei diesen Personen wieder zur Pflegeübernahme kommt, besonders wenn es sich um die eigenen Kinder handelt.

5.4.8. Von wem will ich gepflegt werden?

⁵¹ „Ne, ni u kom slučaju. Kada tako nešto doživiš, to ne želiš opet da radiš. Mislim, kada bi se radilo o mom mužu, možda da, ali inače ne.“

⁵² „Ja ne bih ni za koga tako žrtvovala. Samo za majku ili djete je takva njega opravdana. Ali sve drugo, čak ni za pare. Za koga bih žrtvovala svoj život, tih para nema. Bolje mi daš manje, ali da imam svoju slobodu. Da se jednostavno neko drugi brine, da mi neko daje 5.000 eura, to ne bih uradila. [...] to znači tako nešto samo za nekoga svoga. Ne daj bože za dijete ili za majku, ali ni za koga više. (schüttelt den Kopf) Ne, nekoga njegovati znači žrtvovati samog sebe. Praktično nemaš svoga života. Ali želiš.“

Die Antworten auf diese Frage waren sehr unterschiedlich - von den eigenen Kindern bis zum Altenheim. Interessanterweise hat die Option der mobilen Hilfe als Unterstützungsmaßnahme oder Entlastungsmöglichkeit niemand angesprochen.

Gordana reflektiert ihre Situation mit ihrer pflegebedürftigen Mutter und sieht sich als Opfer. „Erstens und das ist am schlimmsten, dass ist, wenn man sich dessen bewusst ist, dass man nicht eine Belastung sein will. Aber auf der anderen Seite will man auch nicht ins Altenheim, so dass es etwas in der Mitte ist. Du willst nicht für jemanden eine Last sein. Aber sagen wir, es wäre so, wenn ich sehe, ich mache jemandem das Leben schwer, dass er wegen mir viel ändern müsste, würde ich lieber ins Altenheim gehen. Dort leben die Leute auch. Aber ich würde es nicht meinem Kind antun, dass es alles im Leben ändert, dass es seine Pläne umwirft und das ist es. Jemanden pflegen heißt viel von sich zu opfern.“⁵³ (Gordana, 48 Jahre, pflegende Angehörige, 12.12.2011)

„Tja weißt du, nachdem ich das hier erlebt habe und weiß wie viel Nerven es im Leben es kostet und das alles. Natürlich wünsche ich es mir, das wäre schön mit den Kindern, aber ich will meinen Kindern das Leben nicht verderben. Ich will nicht, dass sich jemand so viel für mich opfert. Ich will meinen Kindern das Leben nicht kaputt machen, es zerstören.“⁵⁴ (Gordana, 48 Jahre, pflegende Angehörige, 12.12.2011)

Gordana hat durch die Pflege mit ihrer dementen Mutter viel mitmachen müssen, dadurch kennt sie das Ausmaß einer Pflegeübernahme. Zum Vorschein kommt eine gewisse Ambivalenz, denn obwohl sie gerne im Alter mit ihren Kindern zusammenleben möchte, will sie ihnen nicht zu Last fallen. Sie hat sich mit der Vorstellung abgefunden, ins Altenheim zu gehen, wenn es dazu kommen sollte.

Auch Dušanka will sich ihren Kindern nicht aufdrängen, sondern ihnen ihre Unabhängigkeit lassen.

⁵³ „Kao prvo, što je i najgore, da je čovjek svjestan da ne želi da bude opterećenje. Ali s druge strane, ne želi ni ići u starački dom, tako da je to nešto između. Ne želiš da budeš nekome na teret. Ali recimo kada bi bilo tako, kad bi vidjela da bi svome djetetu zagorčavala život, da bi moralo zbog mene puno toga promijeniti, ja bih radije otišla u starački dom. I tamo ljudi žive. Ali ne bih htjela da moje dijete zbog mene promijeni sve u životu, da sruši svoje planove i to je to. Nekoga njegovati znači mnogo sebe žrtvovati.“

⁵⁴ „Pa znaš, nakon što sam ovo preživjela i znam koliko me to živaca košta u životu i sve to. Naravno da želim, bilo bi lijepo sa djecom, ali ne želim svojoj djeci da kvarim život. Ne želim, da se neko toliko žrtvuje za mene. Ne želim, da svojoj djeci pokvarim život, da ga uništım.“

*„Ich würde lieber ... Essen auf Räder wollen, als dass ich meine Kinder dazu verpflichte, oder Nachbarn oder jemand Bekanntes ...“*⁵⁵ (Dušanka, 52 Jahre, pflegende Angehörige, 7.11.2011)

In ihrer Situation spielt auch die finanzielle Lage eine entscheidende Rolle. Pflege kostet - dies wird gerade bei Menschen mit einem niedrigen Einkommen zum entscheidenden Faktor, wenn es darum geht eine professionelle Hilfe anzunehmen. Also erfolgt die familiäre Pflege nicht nur aus Solidarität oder Reziprozität, sondern die finanzielle Notlage stellt einen wesentlichen Einfluss für die Pflegeübernahme dar. Auch Kremla konnte feststellen, dass ist die innerfamiliäre Versorgung nicht nur eine Frage der Werte und des Wollen ist, sondern auch eine Frage des ökonomischen Drucks (vgl. Kremla 2004: 80, 113).

Am liebsten würden die InterviewpartnerInnen zu Hause von den Kindern gepflegt werden - das Altenheim wird nur als Notlösung angesehen. Die Unterstützung im Pflegefall von den eigenen Kindern ist zwar gewünscht, wird aber nicht erwartet. Durch die räumliche Entfernung, Berufstätigkeit der Kinder, aber vor allem, um den Kindern nicht zur Last zu fallen, wird nicht auf familiäre Pflege gehofft.

Auch Studien aus der Schweiz (vgl. Kobi 2007: 73) und aus Österreich (vgl. Iljić et al. 2007: 49; Kremla 2004: 80f.) bestätigen die unterschiedlichen Erwartungshaltungen der MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien in Bezug auf die Betreuung im Alter. Dadurch, dass die Pflege zu Hause als das Ideal der Betreuung angesehen wird, kann davon ausgegangen werden, dass der Bedarf nach professioneller Betreuung als Unterstützung in den eigenen vier Wänden in Zukunft steigen wird.

Zusammenfassend lässt sich auf der Seite der pflegenden Angehörigen innerhalb der angesprochenen Bereiche eine Heterogenität erkennen. Ob es tatsächlich zur Pflegeübernahme kommt, ist vor allem vom sozialen Umfeld, dem Einkommen, aber auch von den Rollenvorstellungen des erwachsenen Kindes geprägt (vgl. Ziegler 2000: 44f.). Die Motive der Pflegeübernahme sind Selbstverständlichkeit ausgelöst durch Pflichtgefühle sowie die emotionale Nähe zur/m Pflegebedürftigen, welche die Angehörigen dazu bewegen die Pflege des Familienmitgliedes zu übernehmen.

⁵⁵ *Ja bih htjela radije ... Essen auf Räder, nego da svoju djecu obavezujem ili komšije ili nekog poznanika ...“*

Eine erneute Pflegeübernahme ist je nach Familienkonstellation und Intensität der Belastung durch die Pflegesituation, unterschiedlich beantwortet worden. Durchwegs alle befragten pflegenden Angehörigen litten an Belastungen aufgrund der Pflegesituation. Entlastungsmöglichkeiten durch beispielsweise professionelle PflegerInnen sind zwar wichtig, werden aber nur teilweise genutzt. Dabei kann es gerade bei der Pflege mit MigrantInnen zu Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund mangelnder Sprachkompetenzen kommen.

5.5. Sprache

Für die interviewten pflegenden Angehörigen ist eine Verständigung auf Deutsch überhaupt kein Problem. Zwar hat niemand in einen Deutschkurs besucht, aber im Arbeitsumfeld konnte die Sprache soweit erlernt werden, dass ein Übersetzen nicht notwendig ist. Falls es doch notwendig wird, erzählt Gordana lässt sie sich helfen.

*„Manchmal brauche ich [Hilfe beim Ausfüllen von Formularen], auch wenn ich Deutsch kann, trotzdem bin ich mir nicht sicher. ... [Es helfen mir] die Kinder, Freunde, manchmal wenn ich gerade dort bin, dann bitte ich jemanden, der mir beim Ausfüllen hilft, wenn ich mir nicht ganz sicher bin.“*⁵⁶ (Gordana, 48 Jahre, pflegende Angehörige, 12.12.2011)

Durch Fragen und Hilfe annehmen, löst Gordana ihre Unsicherheit bei der Sprachkompetenz. Mira dagegen versteht, wie sie sagt „alles“ und ist auf keine Hilfe angewiesen. Bei den Pflegebedürftigen, sieht die Situation der Sprachkompetenz bereits schlechter aus.

In meiner Forschung wurden alle Pflegebedürftigen von Frauen gepflegt. Der einzige pflegebedürftige Mann, Branko, wurde von seiner Ehefrau gepflegt. Scham aufgrund des anderen Geschlechts, kam in keinem der Fälle auf.

5.5.1. Sprachdefizit

Wenn die Verständigung bei einer Pflegesituation nicht in einer Sprache erfolgt, die man annähernd beherrscht, so wird die Sprache der Pflegeperson zur Priorität. Ganz klar auf den Punkt gebracht meinte Hana, dass wenn ein Sprach- oder Verständigungsproblem vorherrscht, sich auch ein Pflegeproblem ergibt.

⁵⁶ „Ponekad treba i ako znam njemacki, ipak nisam sigurna. ... deca, prijatelje, nekad tačno tamo gdje sam, recimo zamolim da mi se ispuni, kad nisam baš sigurna.“

„Frau ..., die versteht die deutsche Sprache nicht und es liegt sehr viel in der Pflege, dass man sich mit dem Klienten unterhalten kann. Dass man mit denen redet, dass man denen Input gibt, dass man denen auch vorsagt, was man vor hat. Was möchte ich jetzt machen, dass er das versteht. Da liegt sehr viel auch daran.“ (Hana, 39 Jahre, Fachsozialbetreuerin, 1.11.2011)

Diese Aussage macht deutlich, wie entscheidend die Sprache innerhalb der professionellen Pflege ist. Pflege soll nicht nur Produkt darstellen, welches gegen Bezahlung erfolgt, sondern auch Interaktion sein, die für beide Seiten eine Bereicherung ist.

Hier soll aber keineswegs das Bild vermittelt werden, das alle MigrantInnen ein Sprachdefizit ausweisen. Sabine hat in ihrem Berufsleben mit alten ArbeitsmigrantInnen ganz andere Erfahrungen gemacht.

„Also die meisten können schon Deutsch, ich meine die leben ja schon Jahre in Österreich. ... von der Verständigung geht es.“ (Sabine, Fachsozialbetreuerin, 25 Jahre, 9.2.2012)

Die Deutschkenntnisse ihrer KlientInnen stellen in Sabines Arbeit keine Barriere dar.

Wenn allerdings der Fall eintritt, dass die/der KlientIn gar kein Deutsch versteht, wird in der Praxis der mobilen Hilfe bei Sprachbarrieren meistens auf eine non-verbale Verständigung zurückgegriffen.

„Weil wenn meine Kollegin zu dem Herrn ... gesagt hat, er möchte sich bitteschön niedersetzen, der hat sie geschaut und hat nicht gewusst, was muss er jetzt machen. So haben dann meine Kolleginnen immer vorzeigen müssen oder non-verbal zeigen, sich mit denen unterhalten müssen, dass sie wirklich verstehen können, was von denen zu erwarten ist oder was muss man machen.“ (Hana, 39 Jahre, Fachsozialbetreuerin, 1.11.2011)

Diese Verständigung mittels Körpersprache ist natürlich nur eine Notlösung vor Ort, jedoch weit weg von einer professionellen adäquaten Pflege für MigrantInnen.

Innerhalb meiner Forschung konnte ich einen Zusammenhang zwischen Staatsbürgerschaft und Sprachvermögen feststellen. Diejenigen MigrantInnen, die keine österreichische Staatsbürgerschaft aufwiesen, sprachen auch wesentlich schlechter Deutsch. Folglich sind die Deutschkenntnisse in Verbindung zum Eingebürgert-Sein zu sehen, was wiederum mit der Inanspruchnahme der Angebote in Beziehung steht. Statistisch kann ein Zusammenhang zwischen österreichischer Staatsbürgerschaft und Grad der Sprachkompetenz nicht gezeigt werden, da Studien dazu fehlen. Allerdings spricht für sich, dass derzeit für die Verleihung der österreichischen Staatsbürgerschaft ein Zeugnis des B1-Niveaus des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen erbracht werden muss. Interessanterweise konnte Reinprecht feststellen, dass die Akzeptanz institutioneller Versorgungsangebote im ambulanten Bereich mit dem Bürgerschaftsstatus variiert (Reinprecht 2006: 192f.). Demnach nehmen mehr MigrantInnen mit österreichischer Staatsbürgerschaft die Angebote in Anspruch, als jene ohne österreichische Staatsbürgerschaft. Bei meinen InterviewpartnerInnen trifft das zwar nicht zu, allerdings könnte hier eine quantitative Studie mehr Klarheit schaffen.

5.5.2. Wenn MigrantInnen MigrantInnen pflegen

Die sprachliche Kompetenz der professionellen PflegerInnen mit migrantischen Hintergrund wurde in beiden Teams der mobilen Hilfe bereits gezielt eingesetzt. Die Leitung der mobilen Dienste weist das Pflegepersonal mit Migrationshintergrund den KlientInnen mit demselben Migrationshintergrund zu.

„ ... es gibt noch zwei Damen aus Ex-Jugoslawien ... und die in der Firma schauen auch, dass uns da einteilen. ... Ich habe zwei Damen aus Ex-Jugoslawien, zu denen komme ich sehr oft und die sind sehr, sehr froh, wenn ich komme. Weil ich unterhalte mich ja auf Serbokroatisch mit ihnen. Und die tun sich auch sehr ... schwer bei der deutschen Sprache. Und dann erzählt sie vom Privatleben, also die Leute, die brauchen wirklich wen zum reden.“ (Alma, Heimhilfe, 31 Jahre, 2.11.2011)

In dieser Situation waren die KlientInnen von Alma erleichtert, jemanden zum Reden zu haben. Dabei kann neben dem Wegfall der Sprachbarriere auch ein „Lesen zwischen den Zeilen“ erfolgen. Wenn die pflegebedürftige Person und das Pflegepersonal eine gemeinsame Herkunft aufweisen, können sie sich in vielen Aspekten auch ohne Erklärung verstehen (vgl. Kremla 2004: 89).

Als Hana das erste Mal als Vertretung⁵⁷ zu Gordana und ihrer dementen Mutter kam, und die Sprachbarriere offensichtlich war, beginnt die Pflegerin die Konversation auf Bosnisch.

„Die Frau hat gelacht, war so erleichtert, hat mit mir gesprochen. Dann erzählt mir die Tochter, wie die Pflege aussieht, wenn meine Kolleginnen kommen. Sie hat beobachtet, wie die Mutter sich [bei österreichischen PflegerInnen] fühlt und wie die Mutter ängstlich ist usw. Und dann hat [Gordana] beobachtet, wie die Pflege verlaufen ist mit mir.“ (Hana, 39 Jahre, Fachsozialbetreuerin, 1.11.2011)

Hana berichtet nach Gordanas Erzählungen von der früheren Ängstlichkeit der Pflegebedürftigen. Diese Angst und Unsicherheit konnte der alten Frau durch das Sprachverständnis von Hana genommen werden. In diesem Fall kam eine erfolgreiche Pflegesituation zustande, so dass beim nächsten Treffen Gordana um eine fixe Übernahme der Klientin bat.

Jedoch ist das nicht die Lösung, MigrantInnen mit MigrantInnen zusammenzubringen und das Beste zu hoffen. Alma als bosnische Pflegerin erzählt von ihren Hemmungen, wenn sie mit bosnischen MigrantInnen in ihrem Beruf zu tun hat.

„Aber auf meiner Sprache ist es für mich schon komisch. Weil ich weiß nicht, wie soll ich mit diesen Leuten umgehen. ... wie spreche ich sie an? Mach ich da eh nichts Falsches? Es ist so, ich tue mir schon in Deutsch leichter. Aber mein Gott na, wenn die Leute möchten, dass ich mit ihnen in Serbokroatisch spreche, und wenn die sehr froh darüber sind, dann rede ich mit ihnen. ... Also Österreicher tun wir alle siezen, es gibt viele, die sagen, tun wir uns duzen, aber in meiner Sprache jetzt (zieht eine Grimasse). Soll ich jetzt siezen oder duzen oder was soll ich jetzt machen?“ (Alma, Heimhilfe, 31 Jahre, 2.11.2011)

Dass der Migrationshintergrund für die PflegerInnen eine Barriere darstellen kann, wenn sie die „eigenen Landsleute“ pflegen, wurde in der Literatur noch nicht thematisiert. Hana berichtet von einem pflegebedürftigen, bettlägerigen Mann aus Bosnien. Viele Kolleginnen vor ihr sind bereits auf diese Sprachbarriere gestoßen. Hanas Vorgesetzter will der Sprachbarriere entgegenwirken und teilt sie für einen Dienst bei dieser Familie ein. Vorab klärt der Vorge-

⁵⁷ Hana wurde von ihren Vorgesetzten zu Gordanas Mutter geschickt, um für eine erkrankte Kollegin einzuspringen.

setzte noch die Religionszugehörigkeit - Pflegebedürftiger und Pflegende sind Moslems - so dass es in dieser Hinsicht nicht zu Konfliktpotenzial kommen kann. Als sich Hana bei der Familie vorstellt, herrscht zunächst große Freude.

„Ich hab, von dem Moment, wie ich dann Bosnisch geredet habe, habe ich diese Freude in diese zwei Leute gesehen. ... Die waren sehr erfreut. ... es war alles in Ordnung, es war alles super. Ich hab eine Stunde dort verbracht und sie haben sich gefreut, dass ich dann in Zukunft komme.“ (Hana, 39 Jahre, Fachsozialbetreuerin, 1.11.2011)

Einige Tage später wird Hana zu ihrem Vorgesetzten gerufen, der sie über das erste Treffen ausfragt. Die Tochter des pflegebedürftigen Mannes hat angerufen und gesagt, dass sie Hana nicht bei sich wollen, da die Mutter befürchtet, ihr Mann und damit auch seine Pension, werde ihr von der Pflegerin weggenommen.

„Ich kann zu irgendeinem Prophezeier gehen, irgendein Pulver mitnehmen ... und den Herrn ... in Kaffee reingeben oder ins Wasser reingeben. Und dadurch wird der Herr ... von mir abhängig und sich in mich so verlieben können und dann die ganze Familie verlassen für mich.“ (Hana, 39 Jahre, Fachsozialbetreuerin, 1.11.2011)

Außerdem gab sie als weiteren Grund an, dass sie nicht wolle, dass die bosnische Pflegerin ihren Mann nackt sieht. Als dies Hana hört, war sie mehr als erstaunt über die Vorwürfe der Familie. Sie begründet dieses Verhalten darauf, dass die Familie aus einer ländlichen Region in Bosnien kommt und diese Menschen dort sehr abergläubisch wären. Auf Hannas Wunsch hin ist es zu einer dauerhaften Pflegeübernahme nicht gekommen. Die Familie bzw. der pflegebedürftige Mann wird nun von einer österreichischen, weiblichen Pflegekraft betreut.

Wenn Personen unterschiedlichen Geschlechts in der Pflege aufeinander treffen kann es zu Schamverhalten auf beiden Seiten kommen. Pflegebedürftige Personen empfindet häufig Scham bei der Intimpflege, wenn es sich um eine andersgeschlechtliche Person handelt. Diese Entblößung wird als peinlich empfunden (vgl. Sowinski 2003: 69) und kann zu einer unangenehmen Pflegesituation für den pflegebedürftigen Menschen und für die neue, oder noch auszubildende Pflegekraft werden.

Im Fall von Hana wurde sie von der Ehefrau als Konkurrentin angesehen, da sich der Ehemann mit der Pflegerin verständigen konnte. Andere Gründe wie Sympathie, konnten natürlich auch mitgespielt haben. Interessanterweise treten die Regeln des Aberglaubens nur dann in Kraft, wenn die andere Person diese Regeln auch kennt. Bei der österreichischen Pflegerin gibt es keine Probleme, obwohl auch sie eine Frau ist und dem Ehemann theoretisch wegschnappen könnte. Aber dadurch, dass die österreichische Pflegerin von der Ehefrau des bettlägerigen Mannes nicht als potentielle Konkurrenz betrachtet wird, stört auch die Nacktheit ihres Mannes nicht mehr.

Wie gezeigt werden konnte, ist das Sprachverständnis von enormer Wichtigkeit in einer Pflegebeziehung. Wenn beide Seiten dieser Beziehung denselben Migrationshintergrund aufweisen, profitieren meistens auch beide Seiten davon. Jedoch können sich bei einer Pflegesituation, wie im beschriebenen Beispiel, gerade aufgrund der gemeinsamen Herkunft, Komplikationen ergeben, die störend wirken oder gar die Existenz der Pflegebeziehung gefährden.

5.6. Nutzung der Angebote rund um die Pflege

5.6.1. „Ich weiß nicht, wie das funktioniert“ - Informationsmangel

Es herrscht ein Informationsmangel bezüglich der Angebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige unter den InterviewpartnerInnen, diese Unkenntnis ist verbunden mit der Inanspruchnahme.

„Ich weiß nicht, wie das funktioniert mit dem Abmelden und so. Dieses Abmelden und Anmelden, da muss man zur Pensionsversicherungsanstalt. Und man muss da- und dorthin laufen.“⁵⁸ (Julijana, 78 Jahre, pflegebedürftig, 2.11.2011)

Julijana berichtet über ihre Schwierigkeiten mit dem Pflegegeld, wenn sie einmal das Land verlassen und in Bosnien auf Urlaub gehen möchte. Da sie mit dem System der Pensionsversicherungsanstalt nicht vertraut ist und ihre Sprachkenntnisse nicht ausreichen, erledigen solche Behördengänge ihre Söhne mit ihr.

⁵⁸ „Ne znam kako to s odjavljivanjem funkcionira. To odjavljivanje i prijavljivanje, moraš da ideš u zavod za osiguranje penzija. I trčiš tamo-ovamo.“

Auch die professionellen Pflegerinnen sind bei den MigrantInnen auf einen Informationsmangel gestoßen, sei es bezüglich des Pflegegeldes oder der mobilen Dienste.

„Und die [MigrantInnen] wissen nicht einmal wie funktioniert das, „wenn ich niemanden habe zu Hause, der mich pflegt. Und ich hab kein Geld.“ Das wissen sie nicht. Das wissen sie einfach nicht.“ (Hana, 39 Jahre, Fachsozialbetreuerin, 1.11.2011)

Hana erzählt von ihren Erfahrungen mit MigrantInnen⁵⁹, aus ihrem privaten Umfeld, die über die Bestimmungen und Voraussetzungen für das Pflegegeld nicht ausreichend informiert sind. Auch Alma berichtet über das Problem des Informationsmangels (vgl. Kremla 2004: 33, Ilić et al. 2007: 41) bei dieser Gruppe.

„Generell, die haben wenig Informationen, über mobile Hilfsdienste ... Pflegestufen ... Also wenn das der Arzt denen nicht sagt, „es gibt mobile Dienste und die können ihnen helfen“, dann wissen die nichts davon und Angehörige genauso.“ (Alma, Heimhilfe, 31 Jahre am 2.11.2011)

In diesem Fall werden Ärzte - und auch andere Schlüsselpersonen - zu WissensträgerInnen, die in der Lage sind, Informationen weiterzugeben oder an die entsprechenden Stellen zu verweisen.

Zum Informationsdefizit kann gesagt werden, dass die Angebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige auf jeden Fall häufiger angenommen würden, sofern diese Menschen damit besser vertraut sind. Wenn MigrantInnen in Zukunft die professionelle Pflege außerhalb des Familienkreises als realistische Alternative sehen würden, könnte das wiederum zu mehr Akzeptanz unter den MigrantInnen führen. Denn je besser die Angebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige bekannt sind, desto mehr Akzeptanz kann erfolgen.

5.6.2. Finanzielle Lage

Die finanzielle Lage der InterviewpartnerInnen resultiert nicht ausschließlich durch die Pflegesituation. Obwohl mehrere InterviewpartnerInnen mit einer schlechten finanziellen Lage zu kämpfen haben, wurde die schlechte finanzielle Lage direkt nur von Branko angesprochen.

⁵⁹ in diesem Fall sind es MigrantInnen aus Bosnien, Kroatien und Serbien

Da er vorzeitig in die Pension kam, ist nun die Familie hauptsächlich auf den Lohn der Ehefrau angewiesen. Wie sehr sich die beiden in einer Notlage befinden, zeichnet sich in der Notwendigkeit ihrer Arbeitsstelle wieder.

„Und sie [meine Frau] ist gezwungen arbeiten zu gehen, ich sehe das, dass sie leidet, sich quält. Und in der Firma sagen sie ihr auch, und der Chef und die Kollegen sagen „du kannst nicht arbeiten, du bist krank“ und sie sagt „ich muss arbeiten, denn ich weiß, was mich erwartet“. Sie ist unten in der Firma ... arbeitet sie bereits 12 Jahre und 3 Monate aber das spielt keine Rolle. Sie könnte jeden Tag gekündigt werden. Und wohin nun mit ihren 50 Jahren und wo wird sie eine neue Arbeit finden. ... Also behält sie ihre Arbeit.“⁶⁰ (Branko, 56 Jahre, pflegebedürftig, 7.11.2011)

Die Wichtigkeit der Arbeitsstelle ist für die Familie derart hoch, dass sogar trotz Krankheit und/oder gesundheitlichen Beschwerden, versucht wird, den Posten zu behalten. Die Familie verfügt über ein niedriges Einkommen, sodass größere Anschaffungen unmöglich sind.

„Größere Investitionen habe ich nicht vor, auch etwas kaufen werde ich nicht, nichts von alledem.“⁶¹ (Branko, 56 Jahre, pflegebedürftig, 7.11.2011)

Branko erzählt über den Bedarf eines neuen Herdes, den sie sich aber nicht leisten können, da ihre finanziellen Mittel dafür nicht ausreichen. Obwohl er 19 Jahre lang in Bosnien beschäftigt war, erhält er von dort keine Pension. Von den bosnischen Ämtern erfährt er nur, dass er das Pensionsalter noch nicht erreicht hat und die Pension erst dann ausbezahlt wird. Sein Argument, nicht mehr arbeiten zu können, aufgrund der Pflegebedürftigkeit, zählt anscheinend nicht. Somit wird in der Pension die Migration zur Armutsfalle. Reinprecht greift diese Thematik unter „prekäres Altern“ auf und zeigt in seiner Studie, dass für 30 Prozent der befragten MigrantInnen⁶² das vorhandene Geld überhaupt nicht ausreicht (vgl. Reinprecht 2006: 89)

Auch andere InterviewpartnerInnen befinden sich in einer schlechten finanziellen Position, aber es kann nicht von einer allgemeinen schlechteren finanziellen Lage aller Befragten ge-

⁶⁰ „I ona je prisiljena da radi, vidim to, da pati, da se muči. I u firmi joj kažu, i šef i kolege kažu „ne možeš da radiš, bolesna si“ a ona kaže „moram da radim, jer znam šta me čeka“. Ona je dole u toj firmi ... radi već 12 godina i 3 mjeseca ali to nema nikakve veze. Mogla bi svakog dana dobiti otkaz. I kuda ići s njenih 50 godina i gdje će naći novi posao. ... Tako da čuva svoj posao.“

⁶¹ „Veće investicije ne namjeravam, neću ni ništa kupovati, ništa od svega toga.“

⁶² aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei

sprochen werden. Diese ist in Verbindung zu sehen mit der Krankheits- und Migrationsgeschichte, der Abhängigkeit zur Familie, der eigenen Ausbildung und daraus resultierende Berufstätigkeit, sowie die Ansprüche auf staatlichen Unterstützungsleistungen. Innerhalb der Angebotsnutzung spielt, gerade auch wenn es um die finanzielle Lage geht, das Thema Altenheim eine wichtige Rolle.

5.6.3. Altenheim

Bei der Frage nach einer zukünftigen Unterbringung im Altenheim gingen die Antworten der InterviewpartnerInnen sehr auseinander, die Bandbreite reichte von Akzeptanz bis Ablehnung.

„Kürzlich haben wir davon gesprochen. ... wir sind nicht sicher, ob unsere Kinder mir helfen, mir und ihr helfen werden. Und ich habe ihr gesagt, sie soll in die Gemeinde gehen, sich erkundigen, wie das läuft mit dem anmelden, dass wir ... einzahlen wie viel benötigt wird. Dass wir dann ... wenn wirklich nichts mehr geht, dass wir dorthin gehen. Wir würden ins Heim gehen.“⁶³ (Branko, 56 Jahre, pflegebedürftig, 7.11.2011)

Branko und seine Frau haben sich damit abgefunden in ein Altenheim zu gehen, zumal die Hilfe von den eigenen Kindern nicht in Betracht gezogen wird.

„Wenigstens wird jemand dir die Tabletten bringen, jemand wird dir eine Suppe bringen, Tee, was weiß ich. Dort ist es nicht schlecht, ich würde lieber dort sein, als meinen Kindern zur Last fallen.“⁶⁴ (Dušanka, 52 Jahre, pflegende Angehörige, 7.11.2011)

Dušanka sieht neben der Entlastung ihrer Kinder, vor allem die Vorteile in einem Altenheim.

Ganz anders denkt Ana über das Thema Altenheim, denn sie will auf keinen Fall in ein Altenheim. Begründet wird ihre Ablehnung durch eine die Geschichte eines Mannes, der in Bosnien ins Heim kam. Der alte Mann hat sich zwar gewehrt, aber schlussendlich kam er aber doch ins Heim und starb einen Monat nach der Einweisung. Ana betonte, dass sich in einem

⁶³ „Skoro smo o tome razgovarali. ... Nismo sigurni hoće li naša djeca meni i njoj pomagati. I rekla sam joj, da ode u opštinu, da se raspita o tome kako to ide s prijavom, da mi ... uplatimo koliko je potrebno. Da zatim ... kada stvarno ništa više ne ide, da odemo mi tamo. Otišli bi u dom.“

⁶⁴ „Bar će ti neko donijeti tablete, neko će ti donijeti supu, čaj, sta ja znam. Tamo nije loše, radije bih bila tamo, nego da sam svojoj djeci na teret.“

Heim niemand um die Bewohner kümmert. Dabei handelt es sich um einen Mythos, denn diese ablehnende Haltung gründet durch die negativen Bilder von Altenheimen, die die Befragten meistens von Erzählungen kennen.

Die pflegebedürftige Julijana erzählt über die unterschiedlichen Altenheime der Länder Bosnien und Österreich.

„Er ist im Heim. Sein Sohn war in der Schweiz, den Sohn gibt es nicht mehr, er ist verstorben. ... und jetzt ist er im Heim. Aber dort bei uns schaut niemand. Und ich habe einmal meine Nichte gefragt, wie es ihm geht. Er meinte, man solle ihn rausholen, denn dort würde er sterben. Aber hier in Linz erzählt mir eine Oma, alle sind eingecremt, geschminkt, parfümiert, gebadet, gefüttert und bei uns nicht. Bei uns nehmen sie dir viel Geld und niemand schaut auf dich.“⁶⁵ (Julijana, 78 Jahre, pflegebedürftig, 2.11.2011)

Die österreichische Betreuung ist demnach wesentlich besser, als jene in Bosnien. Trotzdem tendiert Julijana eher dazu, weiter von ihrer Familie gepflegt zu werden, als ins Heim zu kommen.

Auch Gordana lehnt das Altenheim für sich ab, lediglich als Notlösung kann sie sich damit arrangieren.

„Ja gut, dass es sie [die Altenheime] gibt, einfach dass ... Jeder fürchtet sich davor, niemand will es, aber. Ich hoffe, dass ich noch kann, ich weiß nicht welche Krankheit was anrichtet, aber ich hoffe, ich kann das Alter erwarten, dass ich alles alleine machen kann. Und wenn das kommt ... (unverständlich) natürlich ist es gut, dass es ein Heim gibt.“⁶⁶ (Gordana, 48 Jahre, pflegende Angehörige, 12.12.2011)

Die Furcht vor dem Altersheim, kommt hier wieder zum Vorschein, zumal es im Herkunftsland der InterviewpartnerInnen nicht üblich ist, dass alte Menschen ins Altenheim kommen und die Heime als Todesurteil empfunden werden.

⁶⁵ „On je u domu. Njegov sin je bio u Švajcarskoj, sina više nema, umro je. i sada je on u domu. Ali tamo kod nas niko ne pazi. I ja sam jednom pitala moju sestričnu kako je. Rekao je da bi ga trebalo odatle izvesti, jer će tamo umrijeti. Ali ovdje u Linzu, kaže mi jedna baka, svi su namazani, našminkani, namirisani, okupani, nahranjeni, a kod nas ne. Kod nas ti uzmu mnogo para i niko te ne pazi.“

⁶⁶ „Pa dobro je da postoje, jednostavno da ... Svako se toga boji, ali niko to ne želi. Nadam se, da ću moći, neznam koja bolest šta donosi, ali ja se nadam, da ću dočekati starost, da mogu sve sama raditi. I kada to dođe ... (unverständlich) naravno da je dobro što postoji starački dom.“

Die Akzeptanz von Altenheimen hängt, wie Kremla festgestellt hat, mit der Partizipation und Teilnahme an der Gesamtgesellschaft (vgl. Kremla 2004: 84) zusammen. Bei jenen InterviewpartnerInnen, die lediglich über innerethnische Beziehungen verfügen und somit der „ethnische Rückzug“ bereits stattgefunden hat, ist die Vorstellung im Altenheim zu verbringen inakzeptabel. Andersrum kann geschlossen werden, dass MigrantInnen mit interethnischen Beziehungen sich eher ein Leben im Altersheim vorstellen können.

5.6.4. Wünsche werden nicht geäußert

Wünsche bezüglich der Verbesserung der eigenen Pflegesituation wurden von den InterviewpartnerInnen überhaupt nicht geäußert, das soll aber nicht bedeuten, dass sie keine Wünsche haben.

Alma ist dieses Phänomen, keine Wünsche zu kommunizieren, bereits aufgefallen.

„Und die jetzt von Ex-Jugoslawien, dass die jetzt Wünsche äußern oder so, eher ganz selten.“
(Alma, Heimhilfe, 31 Jahre, 2.11.2011)

Bedingt durch negative Erfahrungen sowie Erzählungen mit Behörden, kann eine generalisierende Skepsis gegenüber organisatorischen oder staatlichen Einrichtungen entstehen (vgl. Kremla 2004: 33).

Ana will sich nicht über zusätzliche Angebote informieren lassen, da es ihrer Meinung nach, zurzeit eine Wirtschaftskrise gibt und somit bestimmt niemand extra Geld für sie hätte. Sie kann sich glücklich schätzen, mit dem was sie habe. (Ana, 62 Jahre, pflegebedürftig, 20.12.2011)

Einer aktuellen Studie zufolge wollen oberösterreichische MigrantInnen „dem österreichischen Staat nicht zur Last fallen“ (Angerer 2011). Sehr viele Migranten bleiben aufgrund ihrer nicht österreichischen Herkunft lieber im Hintergrund und geben sie sich damit zufrieden, was sie haben, auch wenn sie andere Vorstellungen und Wünsche bezüglich ihrer Pflege als ÖsterreicherInnen aufweisen.

Gute Beispiele für „sich nicht beschweren (dürfen)“ liefern Dušanka und Julijana.

„Tja ich kann mich nicht beschweren, was den Staat angeht, was sollte ich mich beschweren.“⁶⁷ (Dušanka, 52 Jahre, pflegende Angehörige, 7.11.2011)

Dušanka sieht sich in einer Position, in der sie nicht das Recht hat, etwas zu fordern. Von ihren Söhnen und Schwiegertöchtern fühlt sie sich gut versorgt.

Auch bei Julijana konnte ich diese Einstellung feststellen, dass sie mit Wünschen und Anregungen sehr bescheiden umgeht.

„Wenn sie [die österreichische Gesellschaft] uns zu essen und zu trinken geben und uns nicht verjagen, ist es gut, was soll ich sagen. Hier ist es schön, sehr schön. Ich kann nichts sagen, es ist eine Sünde bis zu beklagen. Ich kann mich nicht beschweren.“⁶⁸ (Julijana, 78 Jahre, pflegebedürftig, 2.11.2011)

Zusätzlich ist bei ihr auch eine Angst vor einem Abs Schub in das Herkunftsland zu erkennen. Ihrer Meinung nach, können sich durch politische Änderungen, auch die Rechte der MigrantInnen in Österreich ändern, sodass die Existenz gefährdet sei. Zwar besitzt sie die österreichische Staatsbürgerschaft nicht, aber ist in keinsten Weise gefährdet, abgeschoben zu werden – trotzdem fürchtet sie sich davor. Zudem vermittelt sie den Eindruck, aufgrund ihres Alters keine Wünsche mehr haben zu dürfen. Diese negative Sichtweise vom Alter in unserer Gesellschaft rührt vom Betonen von Gegensätzen zwischen Jungen und Alten. Dabei werden alte Menschen als Randgruppe gesehen, die unproduktiv und auf Zuwendung angewiesen sind (Dracklé 1998: 2f.).

Aufgrund fehlender Beratung und Betreuung in ihrer Muttersprache, sind MigrantInnen an ihre vorhandenen Netzwerke für Übersetzen, Behördenwege usw. angewiesen und gewohnt.

5.6.5. Erneute Behördengänge

⁶⁷ „Pa nemam šta da se žalim od države, šta bi se žalila“

⁶⁸ „Sve dok nam daju da jedemo i pijemo i dok nas ne protjeruju dobro nam je, sta da kažem. Ovdje je lijepo, vrlo lijepo. Nemam šta da kažem, grijeh je kukati. Ne mogu se žaliti.“

Professionelle Pflege wird erst dann in Anspruch genommen, wenn es gar nicht mehr anders geht. Behördengänge stellen für viele MigrantInnen eine Schwelle dar, die viel Überwindung kostet.

Alma erzählt von ihren Erfahrungen mit MigrantInnen auf beruflicher sowie privater Basis.

„Die [MigrantInnen] können auch kein Deutsch und die fürchten sich, was mach ich jetzt wenn ein Österreicher kommt. Was mach ich da? Ich kann mich mit dem nicht verständigen, also brauch ich das auch nicht. Ich brauch keine Hilfe. Außer im Notfall.“ (Alma, Heimhilfe, 31 Jahre, 2.11.2011)

Einerseits spielt das Schamgefühl eine Rolle, die deutsche Sprache nicht zu beherrschen, andererseits, ist für es manche Menschen eine Überwindung jemand Fremdes in den intimen Bereich der Pflege (vgl. Iljić et al. 2007: 43) zu lassen.

Auch bei Ana ist eine Scheu vor erneuten Behördengängen erkennbar. Sie sollte eigentlich in der Pflegestufe drei sein, aber es ist ihr zu viel Arbeit sich umstellen zu lassen. Außerdem hat sie Angst, dass sie angeblich in eine niedrigere Pflegestufe zurückgestuft werden würde. (Ana, 62 Jahre, pflegebedürftig, 20.12.2011)

Einerseits kommt hier die Scheu vor erneuten Behördengängen zum Vorschein, andererseits besteht die Angst die derzeitige Pflegestufe zu verlieren. Die Unwissenheit hat zur Folge, dass sie sich mit ihrer derzeitigen Situation abfindet und nicht versucht die Lage zu ändern.

Bei Branko zeigt sich eine ähnliche Situation, das Amt, in diesem Fall für die Wohnbeihilfe nicht aufzusuchen.

*„Ich bedaure, dass wir nicht diese Hilfe ausnützen können, welche die anderen bekommen. Das ist so eine Hilfe von der Gemeinde, Wohnbeihilfe und so, ... sie [seine Frau] geht, denn sie macht all diese Arbeiten. Und sie geht in die Gemeinde und fragt irgendetwas und ... dort ist eine Frau [die sagt] ... „nein das geht nicht, du hast kein Recht“ ... und sie dreht sich um zur Tür und geht. ... Sie hat kein Recht und das war es.“*⁶⁹ (Branko, 56 Jahre, pflegebedürftig, 7.11.2011)

⁶⁹ „Žao mi je što ne možemo da koristimo pomoć, koju drugi dobijaju. To je neka pomoć od opštine, pomoć za stan i tako, ... ona ide, jer ona radi sve te poslove. I ona ode u opštinu i nešto pita, i ... tamo je jedna žena ... „ne, ne može, nemaš pravo“ ... i ona se okrene vratima i ode. ... Nema pravo i to je to.“

Branko beschuldigt seine Frau, nicht genug Engagement für die Antragstellung der Wohnbeihilfe aufzubringen. Sie gibt sich mit dem zufrieden, was ihr die Frau am Schalter in der Gemeinde sagt. Nach den Gründen, warum die Familie keinen Anspruch hat, wird nicht gefragt und es werden auch keine weiteren Stellen zur Informationsgewinnung aufgesucht.

Zunächst wird das familiäre Netzwerk mobilisiert, um eine private Pflege zu ermöglichen. Erst wenn dieses Netzwerk ausgeschöpft ist, kommt die professionelle Pflege zum Tragen. Dabei spielt die Unwissenheit rund um das Thema Pflege eine zentrale Rolle. Bei den InterviewpartnerInnen ist eine Scheu den Behörden gegenüber zu erkennen, dies kann mit Schamgefühlen erklärt werden. Scham darüber, der deutschen Sprache nicht mächtig genug zu sein, und/oder fremde Hilfe zu benötigen, hindern erneute Behördengänge.

5.6.6. „Kulturelle“ Barrieren?

In der Literatur wird häufig die Schmerzäußerung bei MigrantInnen als kulturelle Barriere im Bereich der Pflege thematisiert. Der Schmerz ist universell, aber die Reaktionen auf den Schmerz können, je nach gesellschaftlichem Stellenwert der Schmerzäußerung, sehr unterschiedlich sein (vgl. Binder-Fritz 1997: 140 zit. nach Ots 1989). Bei türkischen PatientInnen wird vom „ständigen Jammern“ und der „übertriebenen Schmerzäußerung“ berichtet. Dieser Ausdruck des individuellen Leidens und persönlichen Krankheitserlebens wird häufig als wehleidig fehlinterpretiert (vgl. Binder-Fritz 1997: 140). In meiner Forschung ist dieses Thema der unterschiedlichen Schmerzäußerung von keinem Interviewpartner angesprochen worden.

Alma sieht die kulturellen Unterschiede zwischen der bosnischen und der autochthonen Bevölkerung. Jedoch wird die Kultur des anderen häufig als kulturelle Barriere gesehen.

„... die Kultur ist anders, es ist alles anders ... Menschen wie Menschen sind wir alle gleich, aber die Kultur, das bleibt fest in ihnen sitzen. Die, die kein Deutsch sprechen, die tun sich sehr schwer. Und da merkt man die Unterschiede, dass die einen verschlossener sind und die anderen [die die Sprache können] eher offener.“ (Alma, Heimhilfe, 31 Jahre, 2.11.2011)

Meiner Meinung nach handelt es sich hier nicht um eine „kulturelle“ Barriere sondern vielmehr steht das Sprachverständnis als Hindernis im Vordergrund. Nach Almas Ansicht sind MigrantInnen, welche die deutsche Sprache gut beherrschen, den Angeboten für Pflegebedürftigen gegenüber offener, als jene, die ein großes Sprachdefizit aufweisen.

Auch Sabine, die Fachsozialbetreuerin, macht bei ihrer Arbeit keine Unterschiede zwischen MigrantInnen und ÖsterreicherInnen.

„Also es ist bei uns so, dass wir alle gleich behandeln. Die Pflege ist bei jedem bedürfnisorientiert. Es ist, dass wir uns für jeden ... Zeit nehmen, egal ob der jetzt von da oder von da ist. Wenn ich zu einem Klienten komme, kann ich nicht einmal sagen [woher die Person stammt], weil ich es einfach nicht weiß, weil mich das auch gar nicht interessiert. Ich meine, wenn ich dann einschreibe, dann „ah der kommt von Rumänien“ oder sonst wo. Aber da mache ich mir keine Gedanken ... „ (Sabine, Fachsozialbetreuerin, 25 Jahre, 9.2.2012)

Hier steht der Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen im Vordergrund und nicht das Herkunftsland. Dass das Herkunftsland für sie nicht relevant ist, kam in dem Interview deutlich hervor.

„... der hat gerade am Anfang, als ich noch frisch war. Der ist sehr impulsiv. Er braucht relativ lange, bis er wen neuen akzeptiert, besonders wen Jungen. Der hat mich mal rausgeputzt [aus dem Zimmer] ... Von Jugoslawien war er schon, glaub ich, oder von Rumänien oder dort unten irgendwo.“ (Sabine, Fachsozialbetreuerin, 25 Jahre, 9.2.2012)

Bei dem zweiten Beispiel von Sabine wird eine Szene einer dominanten Frau beschrieben.

„... da war eine, die war sehr aufbrausend manchmal. Einfach von der Stimme, die hatte so eine dominante Art gehabt, die war aus Jugoslawien. Die war so, wie soll ich sagen, so ... (sucht nach einem Wort) ... bei der hat man schon gemerkt, die kommt von irgendwo anders [nicht aus Österreich]. Sie hat einfach mit einem strengen Ton geredet. Besitzergreifend, ja besitzergreifend und sie war auch sehr pingelig auf ihre Sachen.“ (Sabine, Fachsozialbetreuerin, 25 Jahre, 9.2.2012)

Auch in diesem Fall erkenne ich keine kulturellen Unterschiede. Im strengen Ton zu reden, ist eine Charaktereigenschaft, aber kein Unterschied, der gebunden an eine Kultur zu sehen ist. Resümierend kann festgestellt werden, dass die Fachsozialbetreuerin auf keine kulturellen Unterschiede gestoßen ist. Zwar ist sie der Meinung, dass jedeR KlientIn spezielle Bedürfnisse hat, ihr aber an der Gruppe der bosnischen MigrantInnen nichts aufgefallen ist. Wahrscheinlich auch deshalb, weil sie diese Gruppe als solche nicht erkennt.

Ich konnte bei meinen InterviewpartnerInnen keine „kulturelle“ Barriere feststellen. Vielmehr standen andere Barrieren wie das Sprachverständnis, finanzielle Leistbarkeit oder vorhandenes, soziales Netzwerk für die geringe Inanspruchnahme der Angebote im Vordergrund. Allerdings ist mir eine Angst bei den Befragten aufgefallen: Angst, Probleme mit den Behörden zu bekommen, Angst um ihre finanzielle Zukunft oder Angst, in das Heimatland abgeschoben zu werden. Sie fürchten sich davor, dass ihnen der Staat die errungenen Rechte wieder nimmt, vor allem was das Pflegegeld betrifft. Dieses Gefühl dass sie etwas falsch/illegal machen würden, falls sie auf die Behörde gehen und irgendetwas verlangen, verhindert den (erneuten) Behördengang. Dies führt wiederum zu dem Resultat, dass sie versuchen im Hintergrund zu bleiben und nicht aufzufallen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es verschiedene Gründe für die geringe Inanspruchnahme der Angebote für Pflegebedürftige gibt. Neben dem starken familiären Zusammenhalt, dem Mangel an nützlichen Informationen, der meistens schwachen finanziellen Lage, hindert den Zugang auch das Misstrauen gegenüber der Gesellschaft und des Systems.

6. Abschließende Überlegungen

Wie im thematischen Rahmen gezeigt wurde, bestehen keine Unterschiede zwischen ehemaligen ArbeitsmigrantInnen und Flüchtlingen. Die sozialen Leistungen, die der Staat und auch Organisationen anbieten, unterscheiden diese zwei Gruppen nicht voneinander. Erst in der Auswertung konnte festgestellt werden, dass das Migrationsmotiv einen erheblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand und in Folge dessen auf die Pflegebedürftigkeit darstellt.

Je nachdem, ob es ArbeitsmigrantInnen, ehemalige Flüchtlinge oder Personen sind, die im Zuge der „Gastarbeit“ nachgeholt wurden, handelt, variiert auch der Gesundheitszustand, der in Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit steht. Um dies zu verdeutlichen sollen die Beispiele aus meiner Forschung herangezogen werden. Julijana, Ana und Miras Schwiegermutter waren ihr Leben lang Hausfrauen, Branko leitender Bauunternehmer. Bei diesen Beispielen kann von harten Arbeitsbedingungen und körperlichem Verschleiß, welche Reinprecht (vgl. Reinprecht 2006: 169) bei den „GastarbeiterInnen“ festgestellt hat, nicht die Rede sein. Warum sie zu Pflegefällen wurden, kann hier nicht beantwortet werden, jedoch kann mit Sicherheit gesagt werden, dass nicht die Arbeitsbedingungen Initiator dafür sind. Resümierend kann festgestellt werden, dass eine Heterogenität innerhalb der Befragten vorherrscht und dass diese Heterogenität in künftigen Studien stärker berücksichtigt werden soll.

Die familiäre Pflege der untersuchten älteren MigrantInnen unterscheidet sich kaum von der Pflege bei österreichischen bzw. deutschen Familien. Die Probleme wie: Überforderung durch die Situation, Unübersichtlichkeit der Angebote und Belastungen der pflegenden Angehörigen finden sich sowohl bei MigrantInnen als auch bei Personen der Mehrheitsbevölkerung (vgl. BMSK 2005, Engleitner/Hackl 1997, Deutmeyer 2008, Ziegler 2000, Höpfinger 2006). Trotz Dankbarkeit für die Unterstützungsleistungen von den pflegenden Angehörigen, kann es innerhalb der familiären Pflege zu Konflikten kommen. Die pflegenden Angehörigen, die ihre alten Mitmenschen, wie sie selbst sagen, aus Selbstverständlichkeit pflegen, sind durch die Pflegesituation, Belastungen ausgesetzt, vor allem psychische Belastungen spielen eine entscheidende Rolle und erschweren die Pflegesituation. Je intensiver diese Belastungen wahrgenommen werden, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit eine erneute Pflegeübernahme anzutreten, wenn es sich nicht gerade um die eigenen Kinder handelt.

Nach Fernandez de la Hoz Meinung, herrscht bei älteren MigrantInnen „kaum Vereinsamung, Isolation, Ehekonflikten bzw. Konflikten mit der Familie“ (Fernandez de la Hoz 2000: 470)

vor. Aufgrund meiner Forschungsergebnisse konnte aber genau diese angesprochenen Punkte festgestellt werden. Ana die pflegebedürftige Frau, die sich jemanden zum Reden wünscht und Julijana, die von ihrer Schwiegertochter schikaniert wird, stellen in diesem Fall die Beispiele für Vereinsamung, Isolation und Konflikte innerhalb der Familie dar.

Die untersuchten ältere MigrantInnen wollen am liebsten zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt werden, dies stimmt auch mit anderen Forschungen überein (vgl. Ilić et al. 2007: 49, Kremla 2004: 54f.). Jedoch sind sie sich der Tatsache bewusst, dass dies lediglich ein Wunsch bleibt, da sie eine Pflegeübernahme durch ihre Kinder nicht erwarten. Durch die räumliche Distanz, der Berufstätigkeit der Kinder, wollen die alten Eltern ihre Kinder in ihrer Selbstentfaltung nicht behindern. Gerade wenn pflegende Angehörige schwere Belastungen durch die Pflegesituation durchleben, wollen sie ihre eigenen Kindern zukünftig eine Pflegeübernahme nicht zumuten, sondern finden sich mit der Vorstellung des Altenheims ab. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang die finanzielle Lage, die im Falle einer Pflegeübernahme von den Kindern, zum entscheidenden Faktor wird. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass eine alternative Lösung durch die mobilen Dienste nicht angedacht wird.

Entlastungsmaßnahmen, die innerhalb der Familie gesetzt werden können, sind eine frühzeitige Mobilisierung von Unterstützungsressourcen sowie eine Aufteilung der Arbeit innerhalb der Familie, sodass es nicht nur eine Hauptpflegeperson gibt (Engleitner, Hackl 1997: 181f.).

Ein großes Problem stellt bei untersuchten älteren Menschen die Sprachbarriere und infolge dessen auch ein Informationsdefizit über die Leistungen des Staates bzw. der Organisationen rund um die Pflege dar. Diese können durch muttersprachliche Beratungsstellen sowie übersetzte Informationsbroschüren entgegengewirkt werden (vgl. Ilić et al. 2007: 64, Kremla 2004: 141). Besonders bei persönlichen Beratungsgesprächen kann es durch die Sprachbarriere zu Missverständnissen kommen. Wenn aufgrund der Deutschkenntnisse gar kein Gespräch geführt werden kann und lediglich eine non-verbale Kommunikation stattfinden muss, kann keine Rede von einer professionellen Pflege sein. Hier müssen die Einrichtungen der Altenbetreuung Lösungen für die älteren MigrantInnen und ihren Angehörigen finden, um eine ausreichende Unterstützung und Beratung zu ermöglichen. Eine Möglichkeit ist, dass muttersprachliche Beratung im Zuge von Informationsveranstaltungen (Kremla 2004: 124) und gezielten Informationskampagnen (vgl. Pflegerl, Fernández de la Hoz 2003: 193) organisiert

werden könnten. Eine andere Möglichkeit ist, dass muttersprachliche Broschüren für Pflegebedürftige und deren Angehörige angeboten werden.

Bei den meisten Einrichtungen der Pflegedienste handelt es sich um multikulturelles Personal, deren Ressourcen nur begrenzt genutzt werden. Mit einer multi- und interkulturellen Teambildung können die interkulturelle Kompetenzen und die Mehrsprachigkeit der Mitarbeiter als Ressourcen genutzt werden (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002: 49, Kremla 2004: 22). Kremla plädiert hier auf eine Verknüpfung mit dem Marketing. Um die Zweisprachigkeit im Pflegesektor zu unterstreichen sollte damit geworben werden, in welche Sprachen die Betreuung angeboten werden kann. Dadurch wird gezeigt, dass auch an die zugewanderte Gruppe gedacht wird (vgl. Kremla 2004: 156, 28).

Die Lösung aller Probleme besteht jedoch nicht darin, dass die Betreuung ausschließlich in der Muttersprache der MigrantInnen erfolgt, somit würde der Kontakt zwischen der Mehrheitsbevölkerung und den Zugewanderten minimiert werden und dies steht nicht im Sinne einer interkulturellen Kompetenz (Kremla 2004: 121), sondern jene Pflegepersonen mit Migrationshintergrund der mobilen Dienste können als Ressource dienen, wenn manche Wünsche oder Verhaltensweisen eines Klienten unverständlich erscheinen (Kremla 2004: 127). Nichtsdestotrotz kann es auch bei einer Pflegebeziehung unter MigrantInnen derselben Herkunft, Sprache, Religion, usw. zu Konflikten kommen, da die Pflege, gerade wenn es die Körperpflege betrifft, eine sehr private Angelegenheit darstellt. Gründe für diese Konflikte können, da es sich um ein einzelnes Phänomen handelt, nicht eindeutig festgeschrieben werden, zumal es auch bisher keine Untersuchungen in diesem Bereich gibt.

Für all jene bosnischen MigrantInnen, die keine professionelle Pflege in Anspruch nehmen, stellte sich die Frage, warum sie dies nicht tun, denn auch sie haben mit denselben Belastungen zu kämpfen. Abhängig von der Inanspruchnahme der Angebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige ist die finanzielle Lage. Die überwiegende Mehrheit der InterviewpartnerInnen verfügt über eine schlechte finanzielle Situation, die von verschiedenen Faktoren abhängig ist. Die meist geringe formale Bildung, Informationsmangel und Sprachkompetenz (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993: 15), sowie die Kranken- und Migrationsgeschichte steht im Verhältnis zur Leistbarkeit von Angeboten der mobilen Dienste. In diesem Zusammenhang wurde auch nach dem Wunsch einer Unterbringung in einem Altenheim gefragt. Dazu lässt sich sagen, dass die Akzeptanz von Altenheimen u.a. mit dem gesamtgesellschaftlichen Um-

feld und ihrer Partizipation zusammenhängt. Wenn sich MigrantInnen lediglich in innerethnische Netzwerke bewegen, so senkt dies die Akzeptanz an einer Unterbringung im Altenheim. Hier könnten zukünftige Studien mehr Einblick gewähren, vor allem, ob in die Akzeptanz höher wäre, wenn sich MigrantInnen in interethnischen Netzwerken bewegen. Gewiss kann davon ausgegangen werden, dass es durch die zukünftige Zunahme von älteren MigrantInnen einen höheren Bedarf an öffentlichen Pflegeeinrichtungen sowie Pflegeleistungen geben wird.

Die ausgehende Forschungsfrage, was sich ältere MigrantInnen bezüglich ihrer Pflege wünschen, kann nicht mit einem Satz beantworten werden. Wünsche sind zwar vorhanden, werden aber nicht kommuniziert und schon gar nicht wird etwas gefordert. Für diejenigen, mit schlechten bzw. keinen Deutschkenntnissen ist mehr Kontakt zu haben ein zentraler Punkt. Andere wünschen sich eine bessere finanzielle Lage, um sich dadurch Entlastung zu verschaffen. Lediglich auf mein Nachfragen kommt die Aussage, dass muttersprachliche Angebote gut wären, sie aber an die vorhandenen Netzwerke gewohnt sind. Als zentralen Punkt, warum Angebote nicht in Anspruch genommen werden, sehe ich die Scheu vor Behördengängen und eine generelle Angst den Institutionen gegenüber. Dadurch dass sich viele MigrantInnen im überwiegend eigenen migrantischen Netzwerk bewegen, kennen sie die Problematiken der sich jährlich ändernden österreichischen Fremdengesetze lediglich vom Hörensagen, was zur Gerüchtebildung und Falschinformationen führen kann. Geprägt von der etwaigen Gefahr das Land verlassen zu müssen, halten sie sich forderungslos im Hintergrund. Auch die Scham darüber, nach so vielen Jahren die deutsche Sprache nicht zu beherrschen, ist ein weiterer Grund für die geringe Inanspruchnahme. Dadurch versuchen viele nicht aufzufallen, erlauben sie sich keine eigenen Wünsche und gehen somit in der Mehrheitsbevölkerung unter. Aber „ohne deutliche Nachfrage und Bedürfnisartikulation seitens der ZuwanderInnen bleiben die Chancen zur Entwicklung interkultureller Kompetenz tendenziell auf den Kontakt zwischen einzelnen ZuwanderInnen und ihren Pflegepersonen beschränkt“ (Kremla 2004: 148). Somit werden MigrantInnen nur teilweise als potenzielle KundenInnen angesehen.

Um dieser Scheu den Behörden und Ämtern gegenüber entgegenzuwirken, besteht der erste Schritt einer interkulturellen Öffnung darin, die Zielgruppe aktiv anzusprechen und ihr geeignete Informationen zukommen zu lassen. Der Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege fordert die Einrichtungen der Altenbetreuung auf, umfangreiche Angebote zu schaffen, um den Zugang für MigrantInnen zu ermöglichen und deren Bedürfnissen gerecht zu werden (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002: 96f.). Dabei könnte

man sprachlich-kulturell und fachliche kompetente Personen dafür einsetzen, die den Zugang zum Sektor erleichtern.

Die Beratungs- bzw. Pflegepersonen könnten durch interkulturelle Bildung spezielles Wissen hinsichtlich der jeweiligen Sprache, Religion bzw. Kultur aneignen und mit einer offenen Haltung gegenüber anderen, ihren KollegInnen weitergeben. Uzarewicz ist der Meinung, dass ein zusätzliches Fach für „transkulturelle Pflege“ in der Gesundheits- und Pflegeausbildung nicht ausreicht, sondern ein kritisch analytisches Denken gefördert werden soll. Zudem ist ein geschultes, respektvolles, interessiertes Entgegenkommen von Seiten des Personals hinsichtlich der fremden kulturellen Bedürfnisse der KlientInnen als Basis für ein transkulturelles Pflegeverständnis (vgl. Dachs 1999: 62 zit. nach Uzarewicz 1998: 159). Dem Pflegepersonal sollte eine kulturspezifische Sichtweise nicht aufgezwungen werden, da somit Fremdenfeindlichkeit entstehen könnte (Dachs 1999: 64).

Eine Vernetzung zwischen Migrationsarbeit und mobilen Diensten ist zweckmäßig, da beide Seiten von dieser Beziehung profitieren können. Andererseits könnte man auf Kulturvereine setzen, um Informationen weiterzugeben. Die Räumlichkeiten der vorhandenen Kulturvereine könnten adaptiert werden, um als Treffpunkt für pflegende Angehörige zu dienen und die Familien einerseits zu informieren, als auch als Austausch zwischen den Familien zu dienen. Hinsichtlich einer kultursensiblen Beratung und Betreuung von MigrantInnen sowie einer interkulturellen Öffnung der Einrichtungen für Pflegebetreuung besteht also auch heute noch Handlungsbedarf.

Ein Ziel sollte eine Zusammenarbeit aller Akteure sein, indem positive Signale an die ältere MigrantInnen gesendet werden, um Empowerment und Partizipation dieser Bevölkerungsgruppe zu unterstützen (vgl. Ilić et al. 2007: 64) und den Öffnungsprozess zu gewährleisten, indem Unwissenheit und Scham durch Information und Aufklärung entgegengewirkt wird. Schlussendlich hat jeder Mensch seine eigenen Vorstellungen, wie er im Alter betreut und gepflegt werden möchte.

Literaturverzeichnis

Aigner, Piralić-Spitzl; Freidl, Prause; Lenz, Friedmann (2006): Transkulturelle Unterschiede bei somatoformer Schmerzstörung – eine Vergleichsstudie von Patienten mit Herkunft aus dem ehemaligen Jugoslawien und Österreich. In: *Journal für Neurologie und Psychiatrie* 7 (2), S. 38-42.

Altıntop, Nevin (2010): Wie sich türkischsprechende Migranten in Wien ihre Zukunft im Alter vorstellen. Diplomarbeit, Universität Wien.

Amesberger, Helga; Halbmayr, Brigitte; Liegl, Barbara (2003): Gesundheit und medizinische Versorgung von ImmigrantInnen. In: Fassmann, Heinz; Amesberger, Helga (Hg.): *Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht*. Klagenfurt/Celovec: Drava. S. 171-194.

Baghdadi, Nadia; Schöne, Mandy (2011): Familie an der Schnittstelle von Transnationalismus, sozialer Unterstützung und Care. In: Reutlinger, Christian; Baghdadi, Nadia; Kniffki, Johannes (Hg.): *Die soziale Welt quer denken: Transnationalisierung und ihre Folgen für die Soziale Arbeit*. Berlin: Frank & Timme. S. 183-205.

Baldassar Loretta (2007): Transnational Families and Aged Care: The Mobility of Care and the Migrancy of Ageing. In: *Journal of Ethnic and Migration Studies*. Vol. 33, Nr. 2. S. 275-297.

Binder-Fritz, Christine (1997): Transkulturelle Patientenbetreuung in Österreich: Ein aktuelles Thema in der Fortbildung für Krankenpflegepersonen. In: Uzarewicz, Charlotte ; Piechotta, Gudrun (Hg.): *Curare – Sonderband 10*. Berlin: VWB Verlag. S. 133-154.

Binder-Fritz, Christine (2003): Herausforderungen und Chancen interkultureller Fortbildungen für den Pflegebereich am Beispiel Österreich. In: Friebe, Jens; Zalucki, Michaela (Hg.): *Interkulturelle Bildung in der Pflege*. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag. S. 116-142.

Binder-Fritz, Christine (2010): Transkulturelle Kompetenz der Pflegepersonen im Krankenhaus als Fortbildungsziel. In: Schnepf, Wilfried; Walter, Ilsemarie (Hg.): *Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft*. Wien: Böhlau Verlag, S. 191-204.

Breuer, Franz (2010): *Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis*. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Dachs, Petra (1999): *Transkulturelle Pflege in einer multikulturellen Gesellschaft*. Diplomarbeit, Universität Wien.

Dachs, Petra (2010): Diversity in Pflege und Betreuung – eine ethnologische Perspektive. In: Schnepf, Wilfried; Walter, Ilsemarie (Hg.): *Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft*. Wien: Böhlau Verlag, S. 161-176.

Deutmeyer, Melanie (2008): Töchter pflegen ihre Eltern: Traumatisierungspotenziale in der häuslichen Elternpflege – Indizien für geschlechtstypische Ungleichheit? In: Bauer, Ullrich; Büscher, Andreas (Hg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege*. 259-281.

- Dietzel-Papakyriakou, Maria (1993): Altern in der Migration. Die ArbeitsmigrantInnen vor dem Dilemma: zurückkehren oder bleiben? Stuttgart: Enke.
- Dietzel-Papakyriakou, Maria und Olbermann, Elke (1996): Soziale Netzwerke ältere MigrantInnen: Zur Relevanz familiärer und innerethnischer Unterstützung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29, Nr. 1, S. 34-41.
- Domenig, Dagmar (2001): Grundlagen transkultureller Pflege. In: Domenig, Dagmar (Hg.) Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Huber. S. 137-158.
- Domenig, Dagmar (2007): Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig, Dagmar (Hg.): Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Aufl., Bern: Huber, S. 165-189.
- Dornhofer, Margret (2007): Empirische Einsichten in die Lebenslage älterer, alleinstehender Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien in Wien. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Dracklé, Dorle (1998): Das gezähmte Alter. Einleitung. In: Dracklé, Dorle (Hg.): Alt und zahm? Alter und Älterwerden in unterschiedlichen Kulturen. Hamburg/Berlin: Dietrich Reimer Verlag. S. 1-12.
- Engleitner, Erika und Hackl, Renate (1997): Betreuende Angehörige - Betreuungsalltag mit dem Dienst "Mobile Hilfe und Betreuung". Diplomarbeit, Universität Linz.
- Fernandez de la Hoz, Paloma und Pflegerl, Johannes (2000): Älter MigrantInnen in Österreich. In: Seniorenbericht 2000: Zur Lebenssituation ältere Menschen in Österreich. Wien: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generation. 454-471.
- Flick, Uwe (2011): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 4. Auflage. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Friebe, Jens (2003): Kultursensibles Pflegeassessment – Standardisierte Verfahren in der Pflegeinteraktion. In: Pflege & Gesellschaft, 8. Jg., Nr. 1, S. 17–20.
- Geister, Christine (2004): Weil ich für meine Mutter verantwortlich bin. Der Übergang von der Tochter zur pflegenden Tochter. Bern: Verlag Hans Huber.
- Gerling, Vera und Naegele, Gerhard (2005): Alter und Migration. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38, S. 383-395.
- Giger, Joyce Newman und Davidhizar, Ruth (2002): The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. In: Journal of Transcultural Nursing, Band 13/3. S. 185-188.
- Habermann, Monika (1997): Vom Umgang mit dem Fremden – ein Beitrag der Ethnologie zur Pflege. In: Uzarewicz, Charlotte ; Piechotta, Gudrun (Hg.): Curare – Sonderband 10. Berlin: VWB Verlag. S. 53-62.
- Hahn, Kathrin (2011): Alter, Migration und soziale Arbeit. Zur Bedeutung von Ethnizität in Beratungsgesprächen der Altenhilfe. Bielefeld: Transcript Verlag.

Helfferrich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

Hinz-Rommel, Wolfgang (2004): Interkulturelle Öffnung: Kompass für die Zukunft. Tagung Von der Dominanz zur Chancengleichheit. Graz

Hollstein, Bettina (2005): Reziprozität in familialen Generationenbeziehungen. In: Adloff, Frank; Mau, Steffen (Hg.): Vom Geben und Nehmen. Zur Soziologie der Reziprozität. Reihe Theorie und Gesellschaft. Frankfurt/M.: Campus, 187-211.

Höpflinger, François (1999): Generationenfrage - Konzepte, theoretische Ansätze und Beobachtungen zu Generationenbeziehungen in späteren Lebensphasen Lausanne: Réalités Sociales.

Höpflinger, François (2006): Familiäre und professionelle Pflege im Alter. Soziodemografische und intergenerationelle Perspektiven. In: Swiss Journal of Sociology, 32 (3). 475-493.

Hug, Theo; Poscheschnik Gerald (Hg.) (2010): Empirisch Forschen. Die Planung und Umsetzung von Projekten im Studium. Stuttgart: UTB.

Kobi, Sylvie (2008): Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und MigrantInnen. Eine theoretische und empirische Untersuchung. Pieterlen: Lang Peter Gern.

Kutalek, Ruth (2009): Migration und Gesundheit: Strukturelle, soziale und kulturelle Faktoren. In: Six-Hohenbalken, Maria; Tošić, Jelena (Hg.): Anthropologie der Migration. Wien: Facultas, 302-321.

Leininger, Madleine (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg: Lambertus Verlag.

Lürscher, Kurt (2005): Ambivalenz – Eine Annäherung an das Problem der Generationen. In: Jureit, Ulrike und Wildt, Michael (Hg.): Generationen. Zur Relevanz eines wissenschaftlichen Grundbegriffs. Hamburg: Hamburger Edition, 53-78.

Lüders, Christian (2008): Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Mandl, Ester Anna Helene (2009): Die Konstruktion von Alter und Identität im Spannungsfeld von Geschlechterrollen, negativen kulturellen Altersbildern und persönlicher Erfahrung. Diplomarbeit, Universität Wien.

Marzi, Hiltrud (1998): Ethnologische Altersforschung im Wandel. In: Dracklé, Dorle (Hg.): Alt und zahm? Alter und Älterwerden in unterschiedlichen Kulturen. Hamburg/Berlin: Dietrich Reimer Verlag. 13-32.

Mauss, Marcel (1968): Die Gabe. Blumenberg, Habermas, Henrich und Taubes (Hg.) Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Nauck, Bernhard; Kohlmann, Anette; Diefenbach, Heike (1997): Familiäre Netzwerke, intergenerative Transmission und Assimilationsprozesse bei türkischen Migrantenfamilien. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 49, 477-499.

Olbermann, Elke (2003): Soziale Netzwerke, Alter und Migration: Theoretische und empirische Explorationen zur sozialen Unterstützung älterer Migranten. Dissertation, Universität Dortmund.

Pflegerl, Johannes; Fernández de a Hoz, Paloma (2003): Familienleben als Schnittstelle zwischen Öffentlichem und Privatem. In: Fassmann, Stacher; Amesberger, Helga (Hg.): Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht. Klagenfurt/Celovec: Drava. 195-211.

Reinprecht, Christoph (1999): Ältere MigrantInnen in Wien. Empirische Studien zu Lebensplanung, sozialer Integration und Altersplanung. In: Wis/Sen. Juni 2006, Nr. 03.

Reinprecht, Christoph (2000): Alte MigrantInnen und einheimische SeniorInnen. Zur Lebenssituation der älteren ausländischen und einheimischen Wohnbevölkerung in Wien. In: SWS-Rundschau, Vol. 40, Heft 1, 63–80.

Reinprecht, Christoph (2003): Zur Lebenssituation älterer Migrantinnen und MigrantInnen in Österreich. In: Fassmann, Stacher; Amesberger, Helga (Hg.): Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht. Klagenfurt/Celovec: Drava. 212-224.

Reinprecht, Christoph (2006): Nach der Gastarbeit, prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft. Wien: Braumüller.

Reinprecht, Christoph (2007): Aktiv ins Alter - Lebensqualität und Gesundheitsförderung in drei Wiener Wohngebieten. In: Fassmann, Stacher, Biffl, Gudrun (Hg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006. Klagenfurt/Celovec: Drava Verlag, 211–225.

Reinprecht, Christoph (2009): Migrationsforschung – Familienstrukturen. In: Bundesministerium für Justiz (Hg.), Lebensform Familie. Realität & Rechtsordnung, Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag, 33-42.

Sagner, Andreas (1997): Wurzeln, Gegenstandsbereiche und Entwicklungslinien der ethnologischen Altersforschung. In: Zeitschrift für Ethnologie. Band 122. 143-168.

Salman, Ramazan (2001): Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen. In: Domenig, Dagmar (Hg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Huber. 87-100.

Schmid, Martin; Zweimüller, Brigitte (2009): Migration in der Arbeit der Mobilen Dienste in OÖ. OÖ Landesregierung - Direktion für Gesundheit und Soziales, 1-16.

Schmidt-Lauber, Brigitta (2007): Ethnizität und Migration als ethnologische Forschungs- und Praxisfelder. Eine Einführung. In: Schmidt-Lauber, Brigitta (Hg.): Ethnizität und Migration. Einführung in Wissenschaft und Arbeitsfelder. Berlin: Reimer. 7-30.

Schopf, Christine; Naegerle, Gerhard (2005): Alter und Migration. Ein Überblick In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38. 384–395.

Six-Hohenbalken, Maria (2009): Transformation von Familienstrukturen durch Migration. In: Six-Hohenbalken, Maria; Tošić, Jelena (Hg.): Anthropologie der Migration. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte. Wien: Facultas. 229–246.

Sowinski, Christine (2003): Grenzüberschreitungen bei der Intimpflege. In: Schindler, Ulrich (Hg.): Die Pflege dementiell erkrankter neu erleben. Hannover: Vinventz Verlag. S. 67-76.

Statistik Austria (2011): Migration & Integration. Zahlen, Daten, Indikatoren 2011.

Wentowski, Gloria (1981): Reciprocity and the Coping Strategies of Older People: Cultural Dimensions of Network Building. In: The Gerontologist. Vol. 21, No. 6, 600-609.

Wettich, Jana (2007): Migration und Alter. Kulturelle Altersbilder im Wandel, Saarbrücken: Vdm Verlag.

Ziegler, Frank (2000): Familienpflege und Familiensolidarität - Über den Umgang erwachsener Kinder mit der Pflegebedürftigkeit ihrer Eltern. Dissertation, Universität Konstanz.

Ziegelwanger, Herta (2008): Zur pflegerischen Versorgung älterer Migranten in Österreich. Diplomarbeit, Universität Wien.

Zielke-Nadkarni, Andrea (1997): theoretische Grundlagen der interkulturellen Pflege. In: Uzarowicz, Charlotte ; Piechotta, Gudrun (Hg.): Curare – Sonderband 10. Berlin: VWB Verlag. S. 99-114.

Zielke-Nadkarni, Andrea (2001): Gesundheits- und Krankheitskonzepte. In: Domenig, Dagmar (Hg.) Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Huber. S. 123-136.

Internetquellen

Amt der OÖ Landesregierung – Hauskrankenpflege
http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/ooe/hs.xsl/22982_DEU_HTML.htm
(8.12.2011)

Amt der OÖ Landesregierung - Menschen in OÖ mit Migrationshintergrund 2008
http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-6B13188C-C4394468/ooe/StatGes_InfoSTAT.Mighint2008.pdf (20.1.2012)

Amt der OÖ Landesregierung – Oberösterreich altert: Trends – Ursachen – Konsequenzen 2006
http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-3DCFCFC3-E7748958/ooe/StatGes_InformationSTAT-Prog05.pdf (2.11.2011)

Amt für Soziales, Jugend und Familie - Bedarfsorientierte Mindestsicherung
<http://portal.linz.gv.at/ServiceResource/booklet/20100915-1149-6325848033.pdf> (6.12.2012)

Angerer, Manuela 2011
Altern in der Fremde - Die Lebenssituation und Lebensplanung älterer Arbeitsmigrant/innen in Oberösterreich. Österreichischer Integrationsfond Dossier Nr. 19
http://www.integrationsfonds.at/oeif_dossiers/altern_in_der_fremde/ (12.12.2011)

Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002
Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe. http://www.kultursensible-altenhilfe.de/download/materialien_kultursensibel/memorandum2002.pdf (12.6.2011)

Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz – Situation pflegender Angehöriger. Endbericht
http://www.uni-graz.at/ukidabww_bmask_studie_situation_pfleger_angehoeriger.pdf (12.2.2012)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz – Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2009
<https://broschuerenservice.bmask.gv.at/PubAttachments/Pflegevorsorgebericht%202009-Inter.pdf> (06.12.2011)

Bundessozialamt – 24-Stunden-Betreuung zu Hause
http://www.bundessozialamt.gv.at/cms/basb/attachments/7/5/4/CH0008/CMS1198828863126/fuenfte_auflage_-_wordversion_091019.doc (26.1.2012)

Bundessozialamt – Information Pflegende Angehörige
http://www.bundessozialamt.gv.at/cms/basb/attachments/6/8/0/CH0008/CMS1259064634241/infoblatt_pang_ab_01012011.doc (8.12.2011)

Bundessozialamt – Unterstützungsfonds
http://www.bundessozialamt.gv.at/basb/Finanzielle_Unterstuetzung/Unterstuetzungsfonds (8.12.2011)

Ilić, Marko/Schornböck, Helli/Kavazović, Esmir 2007
Kultursensibilität in der KundInnenbeziehung im Rahmen der mobilen Pflege und Betreuung. Eine sozialwissenschaftliche Studie.
<http://wien.hilfswerk.at/d301> (26.07.2011)

Kremla, Marion 2004
Interkulturelle Altenpflege in Wien: Angebot und Veränderungsbedarf aus der Sicht von ZuwanderInnen und Trägereinrichtungen. Wien: Asylkoordination Österreich
http://www.asyl.at/projekte/endbericht_interkulturelle_oeffnung.pdf (1.11.2011)

Magistrat der Landeshauptstadt Linz - Bedarfsprognose für Mobile Dienste
http://www.linz.at/presse/2010/201005_51783.asp?cat=SOZIALES (6.12.2011)

Maiz - PREQUAL STEPS. Internationale Qualifizierung zum Einstieg in Gesundheits- und Pflegeberufe für Migrantinnen
http://www.maiz.at/sites/default/files/prequal_steps_de.pdf (28.1.2012)

Pensionsversicherungsanstalt – Ausgleichszulage
<http://www.pensionsversicherung.at/mediaDB/08%20-%20Ausgleichszulage.pdf> (6.12.2011)

Pensionsversicherungsanstalt – Gutachterfibel 2009
http://esv-sva.sozvers.at/mediaDB/555806_Gutachterfibel_alle%20Seiten.pdf (6.12.2011)

Pensionsversicherungsanstalt – Weiterversicherung

http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvportal/channel_content/cmsWindow?p_pubid=11106&action=2&p_menuid=8412&p_tabid=5#pd615858 (6.12.2011)

Rechnungshofbericht Reihe Oberösterreich 2010/3
<http://www.rechnungshof.gv.at> (15.2.2012)

Rotes Kreuz – Pflegende Angehörige
<http://www.rotekreuz.at/pflege-betreuung/kurse/pflegende-angehoerige/> (6.12.2011)

Salat, Jana (2007): Anthropology at home. In: Halbmayer, Salat: Einführung in die qualitative Methoden der Kultur- und Sozialanthropologie. Institut der Kultur- und Sozialanthropologie der Universität Wien.
<http://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/qualitative/qualitative-69.html> (20.2.2012)

Stadtforschung Linz - AusländerInnen 2012
http://www.linz.at/zahlen/040_Bevoelkerung/070_Auslaender/auslg.pdf (9.2.2012)

Statistik Austria 2008
Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007
http://www.statistik.at/dynamic/wcmsprod/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&dID=50772&dDocName=030263 (28.1.2012)

UNHCR - Flüchtlingsland Österreich
<http://www.unhcr.at/unhcr/in-oesterreich/fluechtlingsland-oesterreich.html> (6.12.2011)

Volkshilfe – Kurse für pflegende Angehörige
<http://www.volkshilfe-ooe.at/1275,,,2.html> (6.12.2011)

Anhang

Stufen und Höhe des Pflegegeldes

Pflegebedarf in Stunden pro Monat (ab 01.01.2011)	Pflege- stufe	Betrag monatlich (ab 01.01.2011)
Mehr als 60 Stunden	1	154,20 Euro
Mehr als 85 Stunden	2	284,30 Euro
Mehr als 120 Stunden	3	442,90 Euro
Mehr als 160 Stunden	4	664,30 Euro
Mehr als 180 Stunden, wenn • ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist	5	902,30 Euro
Mehr als 180 Stunden, wenn • zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder • die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist	6	1.260 Euro
Mehr als 180 Stunden, wenn • keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder • ein gleich zu achtender Zustand vorliegt	7	1.655,80 Euro

Abstract

Durch Arbeitsmigration oder Flucht migrierten Menschen aus Bosnien und Herzegowina u.a. nach Österreich. Diese MigrantInnen kommen nun in das Pensionsalter und einige von ihnen werden pflegebedürftig und auf Hilfe angewiesen werden. Innerhalb der Arbeit wurde die Pflegesituation älterer MigrantInnen aus verschiedenen Perspektiven durchleuchtet. Was sich die Pflegebedürftigen in Bezug auf ihre Pflege wünschen und ob diese Bedürfnisse von den Angehörigen erfüllt werden können, waren die primären Forschungsfragen. Zudem wurden auch Expertinnen von mobilen Pflegediensten in die einzelnen Familiensysteme miteinbezogen.

Die geringe Inanspruchnahme der Leistungen von Alten- und Pflegebetreuung durch MigrantInnen sind durch viele Zugangsbarrieren gekennzeichnet. Neben dem Informationsdefizit, der Sprachbarriere und der finanzielle Lage, zählen auch die Scheu vor Behördengängen zu den möglichen Gründen einer verminderten Inanspruchnahme. Wünsche der MigrantInnen sind zwar vorhanden, werden aber nicht kommuniziert, was dazu führt, dass diese Gruppe nur teilweise als potenzielle KundenInnen angesehen wird. Aber auch Zugangsbarrieren von Seiten der Einrichtungen der Altersversorgung sind vorhanden, die nicht zu unterschätzen sind. Muttersprachliche Beratungsstellen oder übersetzte Informationsbroschüren für Pflegebedürftige und deren Angehörige sind praktisch nicht vorhanden. Durch die Zusammenarbeit aller AkteurInnen kann eine interkulturelle Öffnung und ein transkulturelles Pflegeverständnis geschaffen werden.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Lenče Dimitrievska
Geburtsdatum: 21.04.1982
Geburtsort: Linz
Staatsbürgerschaft: Österreich
Kontakt: lence.dimitrievska@gmail.com

Ausbildung

2000 - 2002 Berufsreifeprüfung VHS Linz
seit 2002 Studium der Kultur- und Sozialanthropologie Universität Wien
seit 2002 Studium der Ur- und Frühgeschichte Universität Wien