

Gesundheitsbezogene Angebote für ältere Menschen mit Migrationshintergrund, ihre Bedürfnisse und Bedarfe sowie ihre Inanspruchnahme der Angebote in den Bezirken Neukölln und Lichtenberg

Eine Bedarfsanalyse

Bericht

31.10.2019

Beauftragt durch die

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

Berlin

Durchführung

Institut für Gerontologische Forschung e. V.

Torstraße 178

10115 Berlin

Wissenschaftliche Bearbeitung

Dr. Birgit Wolter (Projektleitung): wolter@igfberlin.de

Thorsten Stellmacher: stellmacher@igfberlin.de

Mitarbeit

Jasper Strauß, Melis Aslan, Quynh Nguyen, Nhat Anh Ngyuen

Inhalt

1.	Zusammenfassung	5
2.	Anlass und Ziel der Studie	6
2.1	Anlass der Studie.....	6
2.2	Stand der Forschung	6
2.3	Problemstellung und Forschungsfragen	8
3.	Methodisches Vorgehen	12
3.1	Erhebungsverfahren	12
3.1.1	Internetrecherche zu Angeboten, Auswertung von statistischen Bevölkerungsdaten, Sichtung von Berichten	12
3.1.2	Qualitative Erhebung in Interviews und Fokusgruppen	12
3.2	Dokumentation und Auswertung der Gespräche und Interviews	16
4.	Ältere Menschen mit Migrationshintergrund und das Gesundheitssystem, Ergebnisse der Hintergrundgespräche, Fokusgruppen und Einzelinterviews	18
4.1	Schwerpunkt „Zielgruppe“	18
4.1.1	Migrationshintergrund	18
4.1.2	Gesundheitliche Lage und gesundheitliche Risiken der Zielgruppen	24
4.1.3	Querschnittsthema: Seelische Belastungen und psychische Erkrankungen....	31
4.1.4	Querschnittsthema: Gender	32
4.2	Schwerpunkt „Selbsthilfe“	32
4.2.1	Strategien gesundheitlicher Selbstsorge	33
4.2.2	Gesundheitliche Prävention.....	34
4.2.3	Informelle (Selbsthilfe-)Strukturen	35
4.2.4	Formelle (Selbsthilfe-)strukturen.....	37
4.2.5	Informationsbeschaffung.....	38
4.2.6	Querschnittsthema: Seelische Belastungen und psychische Erkrankungen.....	40
4.2.7	Querschnittsthema: Gender	40
4.3	Schwerpunkt „Bestehende Angebote“	41
4.3.1	Handlungsfeld „Prävention“	41
4.3.2	Handlungsfeld „Medizinische Gesundheitsversorgung“	42
4.3.3	Handlungsfeld „Rehabilitation“	45
4.3.4	Handlungsfeld „Pflege“	46
4.3.5	Querschnittsthema: Seelische Belastungen und psychische Erkrankungen.....	47
4.3.6	Querschnittsthema: Gender	48
4.4	Zugangsbarrieren zu gesundheitsbezogenen Angeboten	49
4.4.1	Zugangsbarriere „Sprache und Kommunikation“	49

4.4.2	Zugangsbarriere „Informationen und Informiertheit“	51
4.4.3	Zugangsbarriere „Einstellungen und Erwartungen“	52
4.4.4	Zugangsbarriere „Exklusion“	53
4.4.5	Zugangsbarriere „Strukturelle Rahmenbedingungen“	54
4.5	Schwerpunkt „Bedürfnisse und Bedarfe“	55
4.5.1	Handlungsfeld „Prävention“	55
4.5.2	Handlungsfeld „Medizinische Gesundheitsversorgung“	58
4.5.3	Handlungsfeld „Rehabilitation“	59
4.5.4	Handlungsfeld „Pflege“	60
4.5.5	Querschnittsthema: Seelische Belastungen und psychische Erkrankungen	61
4.5.6	Querschnittsthema: Gender	62
4.5.7	Allgemeine Anforderungen an gesundheitsbezogene Angebote	62
5.	Diskussion der Ergebnisse	64
6.	Fachliche Empfehlungen	72
7.	Fazit	76
8.	Literatur	78
	Anhänge.....	83
	Anhang A: Leitfaden Hintergrundgespräche mit Multiplikator/innen und Expert/innen.....	83
	Anhang B: Gesprächspartner/innen in Hintergrundgesprächen.....	85
	Anhang C: Leitfaden für Einzelinterviews und Fokusgruppengespräche mit älteren Migrant/innen	86
	Anhang D: Teilnehmer/innen bei Fokusgruppen und Einzelinterviews	87
	Anhang E: Zusammensetzung der Hintergrundgespräche, Fokusgruppen und Einzelinterviews nach ethnischer Gruppe und Geschlecht	88
	Anhang F: Fragebogen sozio-ökonomische Angaben	89
	Anhang G: Auswertung Fragebogen.....	90
	Anhang H: Code-System	91
	Anhang I: Datenrecherche.....	93

1. Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse einer Bedarfsanalyse vor, die das Institut für Gerontologische Forschung e. V. für die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung durchgeführt hat. Das Ziel der Bedarfsanalyse besteht darin, Kenntnisse zum Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogenen Angeboten und den Bedürfnissen älterer Menschen mit Migrationshintergrund zu gewinnen. Hintergrund ist das Bestreben des Berliner Senates und der Landesgesundheitskonferenz, die gesundheitliche Chancengleichheit für ältere Migrant/innen zu erhöhen und ihren Zugang zu gesundheitsbezogenen Angeboten zu verbessern.

Die Bedarfsanalyse konzentriert sich beispielhaft auf die Berliner Bezirke Neukölln und Lichtenberg und auf Migrant/innen im Alter von 55 Jahren und älter aus den Herkunftsländern Türkei und arabische Nationen sowie Vietnam und ehemalige Sowjetunion/Nachfolgestaaten. Mit dieser Auswahl werden diejenigen Herkunftsgruppen in den Fokus genommen, die bezogen auf die Altersgruppe, berlinweit den jeweils größten Bevölkerungsanteil von Personen aus nicht EU-Ländern stellen. Bei der Auswahl der Bezirke stand im Vordergrund, wie stark die Zielgruppen in ihnen vertreten sind.

Mit einer Internetrecherche wurden zunächst gesundheitsbezogene Angebote in den Bezirken erfasst. Hierbei wurde nach den Gesundheitsbereichen „Prävention“, „Medizinische Gesundheitsversorgung“, „Rehabilitation“ und „Pflege“ unterschieden. In Experteninterviews, Fokusgruppen und Einzelinterviews mit älteren Migrant/innen wurden Lebenslagen, gesundheitliche Risiken, Einflussfaktoren auf Gesundheit, die Inanspruchnahme von Angeboten sowie Bedürfnisse erfragt und diskutiert.

Deutlich wird, dass die Gemeinsamkeiten zwischen den älteren Menschen aus unterschiedlichen Herkunftsländern größer sind als ihre Unterschiede, wenn es um gesundheitsbezogene Bedürfnisse, Zugänge zum und Perspektiven auf das Gesundheitssystem geht. Zahlreiche Zugangsbarrieren sowie ein Mangel an bedarfsgerechten Angeboten schränken ihre gesundheitliche Chancengleichheit ein. Eine zentrale Zugangsbarriere ist die Sprache, die selbst Migrant/innen mit einem hohen formalen Bildungsabschluss die Kommunikation mit Gesundheitsakteuren und den Erwerb von Gesundheitswissen erschwert. Aus diesem Grund erscheint das Gesundheitssystem oft unverständlich und Zuständigkeiten, Angebote oder Anforderungen bleiben diffus.

Daher wird empfohlen, die Sprach- und Kulturmittlung und das Diversity-Management in Gesundheitseinrichtungen zu stärken. Die Entwicklung leicht verständlicher, mehrsprachiger Informationsmaterialien und die Möglichkeit, bei Veranstaltungen oder an Infoständen an öffentlichen Orten von mehrsprachigen Fachkräften persönlich und niedrigschwellig beraten zu werden, kann das Gesundheitswissen älterer Migrant/innen verbessern. Eine zentrale Stellung nehmen die Ärzt/innen als respektierte Fachkräfte im Gesundheitssystem ein, von denen nicht nur eine Behandlung, sondern auch gesundheitliche Aufklärung erwartet werden. Zentrale Anlaufstellen für Gesundheit in Stadtteilzentren können Angebote unter einem Dach bündeln und ältere Migrant/innen durch das Gesundheitssystem leiten.

2. Anlass und Ziel der Studie

2.1 Anlass der Studie

Die Landesgesundheitskonferenz Berlin verfolgt das Ziel, die interkulturelle Öffnung des Berliner Gesundheitswesens zu stärken. Dazu gehört, die Zugänge zu gesundheitsbezogenen Angeboten für ältere Menschen mit Migrationshintergrund zu erleichtern. Aus diesem Grund hat das Land Berlin, vertreten durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, eine Bedarfsanalyse in Auftrag gegeben. Die Bedarfsanalyse untersucht die Bedürfnisse und Bedarfe älterer Menschen mit Migrationshintergrund bezogen auf gesundheitsbezogene Angebote und ihre Inanspruchnahme bestehender Angebote.

Ausgangspunkt für die Bedarfsanalyse ist die Machbarkeitsstudie „Abbau von Zugangsbarrieren zu gesundheitsbezogenen Angeboten für ältere Menschen mit Migrationshintergrund“, die von den Autor/innen 2017 vorgelegt wurde. In der Machbarkeitsstudie wurde u. a. der Stand der Forschung zum vorliegenden Thema überblicksartig zusammengestellt. Deutlich wurde, dass der gegenwärtige Forschungsstand lückenhaft und unbefriedigend ist. Eine theoriebasierte Entwicklung von Hypothesen konnte auf dieser Grundlage nicht durchgeführt werden. Daher in dieser Studie ein exploratives, qualitatives Vorgehen gewählt. Die Rahmenbedingungen der Bedarfsanalyse (Kostenrahmen und Zeitplan), die vom Auftraggeber vorgegeben wurden, schränken den Umfang der Studie erheblich ein und erlauben nur die Arbeit mit einem kleinen Sample. Exemplarisch befragt wurden ältere Menschen (55+) aus den Herkunftsländern Vietnam, ehemalige Sowjetunion und Nachfolgestaaten, Arabische Nationen und Türkei sowie ausgewählte Expert/innen. Der räumliche Fokus der Studie liegt auf den Bezirken Neukölln und Lichtenberg.

In der Studie werden die Zusammenhänge zwischen bestehenden Angeboten, deren Wahrnehmung und Nutzung durch ältere Menschen mit Migrationshintergrund sowie deren Strategien in Hinblick auf ihre Gesundheit untersucht. Hiervon werden fachliche Empfehlungen für den Abbau von Barrieren und die Gestaltung zielgruppenspezifischer Angebote in den ausgewählten Bezirken abgeleitet.

2.2 Stand der Forschung

Menschen mit Migrationshintergrund, die in Deutschland leben, sind zunächst den gleichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt wie Menschen ohne Migrationshintergrund in vergleichbaren sozialen Lagen (Razum und Neuhauser 2008). Über die gesundheitlichen Risikofaktoren, die sich durch ihre Lebenslage, z. B. auf Grund von Armut oder belastenden Arbeitsbedingungen, ergeben, hinaus sind sie jedoch weiteren gesundheitsbelastenden Einflüssen ausgesetzt, die durch ihren Migrationshintergrund bedingt werden (Klaus und Baykara-Krumme 2017). Die Literatur weist allgemein darauf hin, dass bei ihnen die Prävalenzen von zahlreichen Erkrankungen im Vergleich zu den Durchschnittswerten in Deutschland erhöht sind, beispielsweise bei Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparats und des Herz-Kreislaufsystems, Diabetes, chronischen Erkrankungen der Atemwege, Kopfschmerzen, substanzinduzierten Erkrankungen oder Adipositas (vgl. u. a. Broska und Razum 2012; Kofahl et al. 2012)

Gleichzeitig berichten Menschen mit Migrationshintergrund in Bezug auf die subjektive Einschätzung ihrer eigenen Gesundheit häufiger somatische, psychosomatische und psychische Beschwerden (Klaus und Baykara-Krumme 2017). Hierbei zeigen sich zum Teil geschlechtsspezifische

sche Unterschiede (Ulusoy und Gräbel 2010). Insbesondere Fluchterfahrungen, aber auch die Umstände im Kontext einer Arbeitsmigration, können zu starken psychischen Belastungen führen (vgl. u. a. Schouler-Ocak und Kurmeyer 2017; Thi Minh Tam Ta et al. 2015).

Der Zugang zu Gesundheitsangeboten, sowohl der Prävention, als auch der Gesundheitsversorgung, der Rehabilitation und der Pflege, ist voraussetzungsvoll und gestaltet sich teilweise schwierig. Der rechtliche Status beeinflusst primär und wesentlich, ob und welchen Anspruch eine Person mit Migrationshintergrund überhaupt auf gesundheitsbezogene Leistungen hat. Die (segmentierte) Organisation der Gesundheitsversorgung und die Vielfalt von Zuständigkeiten erschwert den Zugang zum Gesundheitssystem zusätzlich (Brzoska et al. 2010). Durch die Ökonomisierung des Gesundheitssystems werden vor allem für ältere Menschen mit geringen Kenntnissen der deutschen (Amts-)Sprache weitere Hürden aufgebaut (Wolter 2016). Fehlende Sprachkompetenz, teilweise auch Analphabetismus, bilden zentrale Ursachen für einen schwierigen Zugang zu Gesundheits- und Unterstützungsangeboten bzw. für falsches Verhalten im Umgang mit Heilmitteln oder Therapien (Brzoska et al. 2010; Horn und Schaeffer 2013; Schenk 2014; Yilmaz-Aslan et al. 2013).

(Traditionelle) Krankheits- und Gesundheitskonzepte, kulturelle Missverständnisse in der Kommunikation mit Gesundheitsakteuren sowie (falsche) Erwartungen an bzw. Vorurteile gegen das westliche Gesundheitssystem stellen eine weitere Barriere beim Zugang zu gesundheitsbezogenen Angeboten dar (Brzoska et al. 2010; Poser et al. 2016; Yildirim-Fahlbusch 2003). Angebote in einzelnen Handlungsbereichen, wie beispielsweise der Pflege, werden teilweise nur zurückhaltend angenommen, weil sie kulturellen oder religiösen Werten widersprechen oder sich nicht in den Alltag (Bsp. Pendelmigration) integrieren lassen (Strumpfen 2012; Schenk 2014; Tezcan-Güntekin et al. 2015). Häufig werden Lösungen für gesundheitsbezogene Themen zunächst im Familienkreis gesucht, bevor professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird (Brzoska et al. 2010; Horn und Schaeffer 2013; Poser et al. 2016; Nguyen 2012). Familien bilden in Bezug auf gesundheitsförderliche Lebensbedingungen und den Zugang zu Gesundheitsangeboten eine wichtige Ressource, können jedoch auch Risikofaktoren darstellen, wenn bspw. familiäre Belastungen bestehen oder durch eine Beharrung auf Traditionen Barrieren zum deutschen Versorgungssystem entstehen (Brzoska et al. 2010; Horn und Schaeffer 2013; Klaus und Baykara-Krumme 2017; Zimmermann 2012).

In Hinblick auf eine bessere bedarfs- und bedürfnisorientierte Ausrichtung des Gesundheits- und Versorgungssystems konkurrieren zwei unterschiedliche Ansätze miteinander. Zum einen wird eine stärkere kulturspezifische Ausrichtung von Angeboten empfohlen (Horn und Schaeffer 2013; Ulusoy und Gräbel 2010). Mit dem Argument, dass durch eine Vielzahl spezifischer Angebote die flächendeckende Versorgungsqualität nicht gesichert werden und einzelne Gruppen aus dem Blick geraten können, fordert ein anderer Ansatz eine an Diversität orientierte Ausrichtung des Systems, mit der insgesamt stärker individuelle und Gruppenbedürfnisse wahrgenommen werden können (Broska und Razum 2012; Poser et al. 2016). Zentrale Aspekte beider Ansätze sind die Berücksichtigung sprachlicher und kultureller Barrieren sowie ein geschlechtersensibles Vorgehen. Zudem wird empfohlen, Familien, soziale Netzwerke und Selbsthilfeorganisationen in die Gestaltung von Angeboten einzubeziehen (Mogar und Kutzleben 2015; Nguyen 2012; Schäfer et al. 2015).

2.3 Problemstellung und Forschungsfragen

Die Gruppe der älteren Berlinerinnen und Berliner, die einen Migrationshintergrund haben, wächst stetig. Zum Stichtag 31.12.2018 waren laut Einwohnermelderegister in der Altersgruppe 55 Jahre und älter 211.753 Personen mit Migrationshintergrund bzw. mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Berlin gemeldet, was einem Anteil von 18,2 % an der Altersgruppe entspricht.¹

Mit zunehmendem Alter nehmen unter ihnen – genauso wie in der Gesamtbevölkerung – gesundheitliche Einschränkungen, (chronische) Erkrankungen oder Pflegebedarf zu. Dabei wird allerdings ein im Durchschnitt früherer Eintritt von Erkrankungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Vergleich zu gleichaltrigen Menschen ohne Migrationshintergrund festgestellt, was u. a. auf den sozialen Status zurückgeführt werden muss. Im Deutschen Alterssurvey 2014 berichten Arbeitsmigrantinnen und –migranten (Altersgruppe 40 bis 85 Jahre) zu ca. 38 % funktionale Einschränkungen und zu ca. 40 % depressive Symptome im Vergleich zu ca. 24 % bzw. ca. 27 % der Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund (Klaus und Baykara-Krumme 2017).

Gleichzeitig finden ältere Menschen mit Migrationshintergrund häufig nur schwer Zugang zu Hilfe- und Unterstützungssystemen und tragen daher ein erhöhtes Risiko für ungedeckte Versorgungs- oder Pflegebedarfe (Kohls 2012; Schenk 2014). Zudem sind die Angehörigen dieser Bevölkerungsgruppe im Alter einem deutlich höheren Armutsrisiko ausgesetzt (Fuhr 2012), leben eher in ungünstigen Wohnverhältnissen (Schimany et al. 2012) und verfügen häufiger über keine oder niedrige formale Bildungsabschlüsse (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2016) als ältere Deutsche ohne Migrationshintergrund. Damit sind sie zusätzlich größeren gesundheitlichen Risikofaktoren ausgesetzt, ähnlich wie sozial benachteiligte Ältere ohne Migrationshintergrund. Die Risikofaktoren werden noch verstärkt durch teilweise geringe deutsche Sprachkenntnisse und belastende Arbeits- oder Migrationsbiografien.

Gesundheitsbezogene Angebote reagieren bislang nur selten explizit auf die Bedürfnisse älterer Menschen mit Migrationshintergrund. Ein Grund hierfür liegt sicherlich in dem unbefriedigenden Forschungsstand, der empirisch begründete Empfehlungen an Anbieter und Akteure nur sehr eingeschränkt zulässt. Viele vorliegende Studien konzentrieren sich auf jene Älteren, die türkischer oder russischer Herkunft sind und die größten Gruppen in diesem Bereich bilden. Dabei wird überwiegend das Thema „Pflege“ in den Blick genommen (Schenk 2014, 2011; Tezcan-Güntekin et al. 2015). Arbeiten zu den Themen „Prävention“, „Rehabilitation“ oder „Gesundheitsversorgung“ liegen nur in geringer Zahl, überwiegend als qualitative Studien und mit kleinen Samples vor (Brzoska et al. 2010; Horn und Schaeffer 2013; Ulusoy und Gräßel 2010; Sahyazici und Huxhold 2012). Wissenschaftliche Studien zu gesundheitsbezogenen Themen in den Teilgruppen der älteren Menschen mit arabischem oder asiatischem Migrationshintergrund bilden ein weiteres, großes Forschungsdesiderat (Stellmacher und Wolter 2017).

Gleichwohl besteht seitens der Berliner Anbieter und Akteure im Gesundheitssystem der Wunsch und Anspruch, die Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsangeboten zu erhöhen und damit einen Beitrag zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten. Da keine übergreifenden, repräsentativen Daten vorliegen, wird mit einer Bedarfsanalyse in zwei Berliner Bezirken und bezogen auf ausgewählte Gruppen älterer Menschen mit Migrationshintergrund eine Annäherung an dieses Thema vorgenommen.

¹ Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2018

Die Aufgabe der Bedarfsanalyse besteht darin, Versorgungslücken, Zugangswege und Zugangsbarrieren zu gesundheitsbezogenen Angeboten zu identifizieren und Empfehlungen für eine passgenauere Gestaltung der Angebote bzw. der Zugänge zu Gesundheitsangeboten abzuleiten. Dabei geht es vor allem darum, ein Verständnis für die Zusammenhänge zwischen der Angebotslandschaft und den Bedürfnissen der Zielgruppen sowie für ihre Strategien im Umgang mit Gesundheitsangeboten und -strukturen zu entwickeln.

Die Bedarfsanalyse fokussiert auf vier Handlungsfelder der Gesundheitsversorgung:

- Prävention
- Medizinische Gesundheitsversorgung
- Rehabilitation
- Pflege

Bezogen auf diese Gesundheitsbereiche werden folgende, übergeordnete Fragen untersucht, die sich zum einen aus dem oben beschriebenen Erkenntnisinteresse ableiten und zum anderen an den Forschungsstand im deutschsprachigen Raum anknüpfen:

- *Welche Angebote aus den Gesundheitsbereichen Prävention, Gesundheitsversorgung, Rehabilitation und Pflege richten sich in den ausgewählten Bezirken gezielt an ältere Menschen mit Migrationshintergrund?*
- *Wie werden diese Angebote von den Zielgruppen angenommen und bewertet?*
- *Welche (ungedeckten) Bedarfe an gesundheitsbezogenen Angeboten bestehen seitens der Zielgruppen?*
- *Welche Zugangsbarrieren bestehen zwischen den Zielgruppen und den gesundheitsbezogenen Angeboten?*
- *Wie organisieren sich die Zielgruppen ihre gesundheitsbezogene Versorgung und welche Ansatzpunkte bieten sich hier für entsprechende Angebote?*

Als Querschnittsthemen werden die psychische Gesundheit und die geschlechtsbedingte Ungleichheit thematisiert. Hierbei geht es um folgende Aspekte:

- (1) *Werden Bedürfnisse mit Bezug auf psychische Gesundheit durch die Zielgruppen benannt und werden diese in Angeboten adressiert?*
- (2) *Werden geschlechtsspezifische Bedürfnisse durch die Zielgruppen benannt und werden diese in Angeboten adressiert?*

Auf Grundlage der forschungsleitenden Fragen, der in der Machbarkeitsstudie durchgeführten Literaturanalyse und der Ergebnisse der Internetrecherche wurden für die empirische Erhebung vier Untersuchungsschwerpunkte abgeleitet: (1) Zielgruppe, (2) Selbsthilfe, (3) Bestehende Angebote und (4) Bedürfnisse und Bedarfe. Jedem Untersuchungsschwerpunkt wird eine Leitfrage zugeordnet.

Schwerpunkt „Zielgruppe“

In diesem Untersuchungsschwerpunkt werden Informationen zur Lebenslage der älteren Menschen mit Migrationshintergrund erfasst. Die gesundheitliche Lage und insbesondere gesundheitliche Risikofaktoren im Alter werden unter anderem durch Umweltfaktoren (Wohnbedin-

gungen, soziale Netzwerke, Arbeitsplatz etc.), den sozio-ökonomischen Status, den Bildungsstatus und das Geschlecht beeinflusst. Eine zentrale Ressource bilden familiäre und soziale Netzwerke. Benachteiligungen und Belastungen kumulieren über den Lebenslauf und beeinflussen die Chance auf ein gesundes Altern nachhaltig (Siegrist und Staudinger 2019). Mit Blick auf die Gruppe der älteren Migrant/innen ist davon auszugehen, dass insbesondere die Migrationsgeschichte und Belastungen, die im Zuge der Migration bzw. des Lebens als Migrant/in in Berlin bestanden und bestehen, von Relevanz für die gesundheitliche Lage im Alter sind. Im Schwerpunkt „Zielgruppe“ werden daher umweltbezogene und sozio-ökonomische Einflussfaktoren, migrationsspezifische Aspekte, die Rolle und Bedeutung der Familie sowie Altersbilder und Gesundheitskonzepte thematisiert.

Leitfrage:

Wie stellt sich die Lebenslage der älteren Migrant/innen dar und welche Risikofaktoren für Gesundheit lassen sich daraus ableiten?

Schwerpunkt „Selbsthilfe“

Im Schwerpunkt „Selbsthilfe“ geht es um die Strukturen der Selbsthilfe, die ältere Migrant/innen nutzen, um ihre Gesundheitsbedarfe zu decken. Diesem Schwerpunkt liegt der Befund zugrunde, dass ältere Migrant/innen oft nur schwer Zugang zu gesundheitsbezogenen Angeboten finden und zugleich häufiger bzw. früher im Lebenslauf (im Vergleich zur deutschen Bevölkerung) unter gesundheitlichen Beschwerden leiden. Es wird daher angenommen, dass alternative Strategien gewählt werden, wie gesundheitsbezogene Selbsthilfe, informelle unterstützende Netzwerke oder ein individueller Zugang zu Gesundheitsinformationen, um die Gesundheit zu erhalten oder gesundheitlichen Beschwerden abzuwehren.

Leitfrage:

Welche gesundheitsbezogenen Selbsthilfestrukturen nutzen ältere Menschen mit Migrationshintergrund?

Schwerpunkt „Bestehende Angebote“

In diesem Schwerpunkt wird erfasst, welche Angebote in den Bereichen „Prävention“, „Medizinische Gesundheitsversorgung“, „Rehabilitation“ und „Pflege“ von den Expert/innen genannt bzw. von den älteren Menschen genutzt werden. Dabei geht es nicht darum alle Angebote zu erfassen. Vielmehr soll ein Eindruck gewonnen werden, welche Angebote von der Zielgruppe nachgefragt oder aus ihrer Sicht relevant sind, welche auf Ablehnung stoßen und wie sich der Zugang zu den Angeboten gestaltet bzw. welche Zugangsbarrieren bestehen. Ein besonderes Augenmerk liegt auf muttersprachlichen und geschlechtsspezifischen Angeboten sowie auf Angeboten für psychisch erkrankte ältere Migrant/innen.

Leitfrage:

Welche gesundheitsbezogenen Angebote bestehen in den Bezirken Neukölln und Lichtenberg in den Bereichen „Prävention“, „Medizinische Gesundheitsversorgung“, „Rehabilitation“, „Pflege“ und „Psychische Erkrankungen“, wie werden sie von älteren Migrant/innen wahrgenommen und wie gestaltet sich der Zugang?

Schwerpunkt „Bedürfnisse und Bedarfe“

Die Verbesserung der Gesundheitschancen für ältere Migrant/innen erfordert es, ihre Bedürfnisse und Bedarfe zu kennen. Nur mit diesem Wissen lassen sich zielgerichtete und angemessene Angebote entwickeln. In diesem Schwerpunkt wird zum einen nach Bedürfnissen und Bedarfen, bezogen auf die unterschiedlichen Gesundheitsbereiche, gefragt und es werden Vorschläge für neue Angebote vorgestellt. Zum anderen wird die Passung von (bestehenden) Angeboten und Bedarfen thematisiert und hierbei Angebotslücken und Anforderungen an die Anbieter gesundheitsbezogener Leistungen dargestellt.

Leitfrage:

Welche gesundheitsbezogenen Bedürfnisse und Bedarfe äußern ältere Menschen mit Migrationshintergrund?

3. Methodisches Vorgehen

3.1 Erhebungsverfahren

3.1.1 Internetrecherche zu Angeboten, Auswertung von statistischen Bevölkerungsdaten, Sichtung von Berichten

Um eine Grundlage für die Bedarfsanalyse zu gesundheitsbezogenen Angeboten für ältere Menschen mit Migrationshintergrund zu schaffen, wurde eine Internetrecherche zu Angeboten und Anbietern von Prävention, medizinischer Gesundheitsversorgung, Rehabilitation und Pflege mit dem besonderen Fokus auf ältere Menschen mit Migrationshintergrund in den ausgewählten Bezirken durchgeführt. Die gesundheitsbezogenen Angebote wurden anhand öffentlich zugänglicher Berichte zum Thema sowie in einer Internetrecherche erhoben, kategorisiert und tabellarisch in einer Excel-Liste mit Filterfunktionen erfasst. Außerdem wurden Berichte und amtliche Statistiken zu Bevölkerungsdaten gesichtet und hinsichtlich relevanter Aussagen zu den Zielgruppen oder den Bezirken ausgewertet. Dazu gehören bspw. Gesundheitsberichte, das Sozialmonitoring der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, der Umweltatlas der Senatsverwaltung für Umwelt, Verkehr und Klimaschutz oder Soziale Infrastruktur-Konzepte (SIKo), soweit sie für die ausgewählten Bezirke vorliegen.

Mit diesem quantitativen Vorgehen konnte ein breiter Überblick über die Angebotslandschaft in den ausgewählten Bezirken erlangt werden. Allerdings können mit einer reinen Internetrecherche nicht die Aktualität und Qualität der einzelnen Angaben überprüft werden. Um diese zu kontrollieren, wäre eine zusätzliche Befragung der Anbieter erforderlich, die im Rahmen der Studie nicht vorgesehen war. Die Ergebnisse der Recherche und der Auswertung der amtlichen Statistik wurden in einem gesonderten Bericht zusammengefasst, der dem Auftraggeber am 30.11.2018 übergeben wurde und dieser Studie als Anhang (I) beigelegt ist.

3.1.2 Qualitative Erhebung in Interviews und Fokusgruppen

Interviews mit Expert/innen und Multiplikator/innen

Ziel der Experteninterviews war es, die Sichtweisen von professionellen Akteuren auf die Gesundheitssituation und Zugangschancen zum Gesundheitssystem für die älteren Migrant/innen der untersuchten Gruppen zu erfassen. Die Interviews wurden mit Hilfe eines Leitfadens strukturiert (s. Anhang A) und sind damit hinsichtlich der Themen und Inhalte vergleichbar (vgl. Gläser und Laudel 2010; Helfferich 2014). Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Die Multiplikator/innen und Expert/innen wurden mit Hilfe bereits bestehender Kontakte, auf der Basis der Internetrecherche zu den bezirklichen Angeboten und mittels eines Schneeballverfahrens (Lamnek 2010: 351) ausgewählt. Relevant war hierbei, dass sie in den ausgewählten Bezirken tätig bzw. mit den Strukturen in den Bezirken gut vertraut sind und mit älteren Menschen mit Migrationshintergrund im Kontakt und Austausch zu Fragen der Gesundheit stehen. Außerdem sollten sie über umfassende Expertise zu mindestens einer der fraglichen Zielgruppen verfügen.

Geplant war, in beiden Bezirken je drei bis vier Expert/innen bzw. Multiplikator/innen für Hintergrundgespräche zu gewinnen (in der Summe sechs bis acht Gespräche). Tatsächlich wurden

insgesamt 10 Hintergrundgespräche mit 12 Expert/innen und Multiplikator/innen durchgeführt (Anhang B). Zwei Gespräche (Hintergrundgespräch 2 und 3) erfolgten mit Expert/innen, die berlinweit arbeiten. Der Schwerpunkt lag bei diesen beiden Gesprächen auf den Zielgruppen „Ältere Menschen mit türkischer bzw. arabischer Herkunft“. Mit einer Expertin wurden zwei Gespräche geführt, um bestimmte Aspekte zu vertiefen (Hintergrundgespräch 1 und 1b). Die Dauer der Gespräche variierte zwischen ein und zwei Stunden.

Die Ergebnisse der Hintergrundgespräche dienten neben der Erfassung von Sichtweisen und Informationen im weiteren Verlauf der Studie auch dazu, gesprächsleitende Fragen für die Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Vertreter/innen der Zielgruppen abzuleiten. Damit eine spätere Zusammenführung der Ergebnisse aus den Expert/innen- und Zielgruppengesprächen möglich war, wurde die gleiche Fragenstruktur verwendet, aber die Fragestellungen angepasst bzw. vereinfacht (s. Anhang C). Zusätzlich wurden die Expertengespräche genutzt, um Zugänge zu Angehörigen der Zielgruppen herzustellen und darüber Teilnehmende für Fokusgruppen und Einzelinterviews zu gewinnen.

Zusammensetzung des Samples „Ältere Migrant/innen“

Die Studie wurde in der Vorbereitung bereits so angelegt, dass nur ein kleines Sample anvisiert wurde. Grund hierfür waren die beschränkten Ressourcen auf der einen Seite und die schwere Erreichbarkeit älterer Migrant/innen auf der anderen Seite. Der gewählte Zugang im Schneeballprinzip bewährte sich und ermöglichte es, mit Angehörigen aller ausgewählten Gruppen zu sprechen. Zentral war hierbei die Unterstützung der Multiplikator/innen und Expert/innen, mit deren Hilfe der Zugang geschaffen und Vertrauen aufgebaut werden konnte.

Für die Analyse wurden exemplarisch die Bezirke Neukölln und Lichtenberg und die Gruppen (a) ältere Menschen mit dem Herkunftsland Türkei; (b) ältere Menschen mit dem Herkunftsland Arabische Staaten; (c) ältere Menschen mit dem Herkunftsland Vietnam und (d) ältere Menschen mit dem Herkunftsland Ehemalige Sowjetunion und Nachfolgestaaten ausgewählt. Die Gruppen (a) und (b) sollten in Neukölln und die Gruppen (c) und (d) in Lichtenberg in Privathaushalten leben. Personen, die in stationären Einrichtungen leben oder von fortgeschrittenen psychischen Erkrankungen (z. B. Demenz) betroffen sind, waren nicht in das Sample einbezogen.

Als Altersgrenze wurde das Alter „55 Jahre und älter“ festgelegt. Diese relativ niedrige Altersgrenze ist dadurch begründet, dass altersbedingte Einschränkungen und chronische Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund häufiger im eher jungen Alter auftreten. Zudem ermöglicht diese Altersgrenze auch Personen einzubeziehen, die selbst noch bei guter Gesundheit sind, aber durch die Pflege älterer Angehöriger gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt werden.

Die Vorgabe, nur ältere Menschen einzubeziehen, die in den ausgewählten Bezirken wohnen, erwies sich als nicht umsetzbar, da die Kontaktpersonen, mit deren Hilfe die Gruppen organisiert wurden, die Wohnadressen teilweise nicht kannten. Da die Gruppentreffen aber immer in Einrichtungen in den ausgewählten Bezirken stattfanden, alle Teilnehmenden einen guten Bezug zu diesen Einrichtungen hatten und sich zudem schnell herauskristallisierte, dass eine Nutzung von Angeboten überwiegend bezirksübergreifend stattfindet, wurde auf diese Vorgabe verzichtet.

Insgesamt nahmen 33 ältere Menschen mit Migrationshintergrund an den Fokusgruppen und Einzelinterviews teil. Eine Übersicht der Teilnehmenden, mit Angaben zu Herkunft und Geschlecht, findet sich in den Anhängen D und E.

Mit einem standardisierten, anonymisierten Fragebogen wurden einige sozioökonomische Informationen zu den Teilnehmenden erhoben (s. Anhang F und G). Die Fragebögen wurden deskriptiv nach Anteilen und Häufigkeiten ausgewertet. Von den insgesamt 33 Befragten füllten 22 Personen den Fragebogen aus (66 %), davon 13 Frauen und 9 Männer. Die Hälfte von ihnen (n = 11) gibt an alleine zu leben, davon sieben Frauen. Drei Personen leben in einem Zwei-Personen-Haushalt und acht Personen leben mit zwei oder mehr Personen zusammen. Von denjenigen, die den Fragebogen ausfüllten, haben vier Personen einen anerkannten Pflegegrad nach SGB XI.

Im Sample bildet sich eine gute Altersverteilung ab: je etwa ein Viertel der Teilnehmenden ist zwischen 55 und 59 Jahren bzw. 60 und 64 Jahren alt. Etwa ein Drittel (32 %) gibt als Alter 65 bis 69 Jahre an, 9 % sind 70 bis 74 Jahre alt und 5 % 75 Jahre alt und älter.

Der Zeitpunkt ihrer Zuwanderung nach Deutschland wurde in 10 Jahre umfassenden Einheiten erfragt. Hier wurden, je nach Herkunftsregion, Unterschiede deutlich. Der größte Teil der türkischsprachigen Personen ist bereits vor 1980 nach Deutschland eingewandert. Die Zuwanderung der arabischsprachigen Teilnehmenden begann hingegen ab 1990. Die Teilnehmer/innen, die aus der ehemaligen Sowjetunion und ihren Nachfolgestaaten stammen, sind überwiegend zwischen 1980 und 1999 und die vietnamesischen Migrant/innen sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach Deutschland eingewandert. 78 % (n = 17) aller Antwortenden sind vor dem Jahr 2000 eingewandert und leben damit 19 Jahre und länger in Deutschland.

Der Bildungsstatus derjenigen, die einen Fragebogen ausgefüllt haben, ist für alle Herkunftsländer gleichermaßen hoch. 73 % (n = 16) verfügen über einen Fachschulabschluss oder Abitur, bei den Männern sind es sogar 89 % (n = 8). Nur 9 % (n = 2) geben an, über keinen Schulabschluss zu verfügen, dabei handelt es sich um zwei türkischsprachige Frauen. Möglicherweise liegt an dieser Stelle eine Verzerrung bei der Erhebung vor, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass ein geringer Bildungsstatus (und eine damit eventuell verbundene geringe Lese- und Schreibkompetenz) ein Grund für manche Teilnehmer/innen gewesen ist, den Fragebogen nicht auszufüllen. Eine andere Erklärung könnte darin bestehen, dass die Teilnehmenden, bezogen auf ihren Bildungsstatus, insgesamt keine repräsentative Vertretung der Migrationsgruppen darstellen. Aus Sicht der Expert/innen steigt die Bereitschaft, sich mit präventiven und gesundheitlichen Themen zu befassen, mit einem höheren Bildungsgrad. Daher könnten jene mit einem geringen Bildungsgrad von vornherein eine Teilnahme an der Studie abgelehnt haben oder wurden von den Zugangspersonen nicht angefragt.

Die Hälfte der Antwortenden (n = 11) befindet sich im Ruhestand, teils im Vorruhestand. Sechs Personen sind zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos, drei noch erwerbstätig und zwei Personen geben an, Hausfrau oder -mann zu sein. Trotz des im Durchschnitt hohen Bildungsstatus verfügen die meisten Personen über ein geringes Einkommen. Etwa 40 % geben ein monatliches Einkommen von weniger als 780 € im Monat an, 50 % verfügen über 780 bis 1.600 € im Monat. Da an dieser Stelle nach dem Haushaltseinkommen gefragt wird und die Anzahl der Personen im Haushalt variiert, können die Angaben zum Einkommen nur als grobe Orientierung verstanden werden.

Fokusgruppen mit Vertreter/innen der Zielgruppen

Mit den älteren Migrant/innen wurden Fokusgruppen durchgeführt (Lamnek 2010), die dazu dienen sollten, ihre Sichtweisen und Erfahrungen im Hinblick auf die eigene Gesundheit und ihre Perspektiven auf gesundheitsbezogene Angebote kennenzulernen. Die Diskussionen in den Fokusgruppen wurden durch gesprächsleitende Fragen strukturiert, wobei einem natürlichen Gesprächsverlauf gefolgt wurde (Gläser und Laudel 2010). Durch dieses explorative und offene Vorgehen konnten auch Themen und Fragestellungen einbezogen werden, die sich erst im Laufe der Diskussionen ergaben. Die zuvor entwickelten Leitfragen dienten somit als ein Gerüst für die Fokusgruppengespräche und wurden nach Bedarf ergänzt. Die Gruppendiskussionen wurden zum Teil zusammen mit Sprachmittler/innen durchgeführt, zum Teil konnten sie in deutscher Sprache erfolgen.

Vorgesehen waren im Studienplan vier gemischt geschlechtliche Fokusgruppen (eine Gruppe pro Herkunftsregion) mit jeweils vier bis acht Teilnehmenden. Dabei wurde in Erwägung gezogen, dass bei Bedarf Fokusgruppen getrennt nach Geschlechtern durchgeführt werden können. Die Organisation der Gruppendiskussionen war zum Teil schwierig, einige Diskussionen brauchten mehrere Anläufe und vergebliche Treffen, bevor sie tatsächlich stattfinden konnten. Häufig war im Vorfeld der Treffen nicht abzuschätzen, wie viele Personen teilnehmen würden, und manche Gruppen waren deutlich kleiner oder größer als erwartet.

Laut Studienplan war geplant, in den Fokusgruppen Methoden, wie die Ballon-Steine-Methode oder Nadelkarten einzusetzen. Hierauf wurde verzichtet, weil die schwierige Planbarkeit der Gruppentreffen (Anzahl der Teilnehmenden, Räumlichkeit) und die Sprachbarrieren zwischen den älteren Menschen und den Wissenschaftler/innen die Durchführung unangemessen aufwändig erschienen ließen.

Insgesamt wurden sieben Fokusgruppen mit einer durchschnittlichen Länge von zwei Stunden durchgeführt. Die Fokusgruppen mit älteren Menschen vietnamesischer Herkunft fanden mit vier und zwei Teilnehmenden in Lichtenberg statt. Sie waren die einzigen Treffen, an denen Männer und Frauen gemeinsam teilnahmen. In beiden Gruppen war eine externe Sprach- und Kulturmittlerin anwesend. Die Diskussionen mit türkeistämmigen Älteren fanden mit bestehenden, nach Geschlechtern getrennten Gesprächsgruppen (neun und sieben Teilnehmer/innen) in Neukölln statt. In diesen Gruppen waren Gruppenleiterinnen anwesend, die bei Bedarf übersetzt haben. Die Gespräche mit russischsprachigen Älteren fanden getrennt mit zwei Frauen und zwei Männern an zwei unterschiedlichen Terminen in Lichtenberg statt. In diesen Gesprächen war keine Übersetzung erforderlich. Mit vier älteren Frauen arabischer Herkunft konnte eine Diskussion im Rahmen eines Sprachkurses in Neukölln durchgeführt werden. Hier übersetzte bei Bedarf die Sprachlehrerin.

Einzelinterviews mit Vertreter/innen der Zielgruppen

Parallel zu den Fokusgruppen wurden Einzelinterviews geführt. Ursprünglich war geplant, bei Bedarf Interviews als vertiefende Gespräche mit ausgewählten Teilnehmenden der Fokusgruppen durchzuführen. Aufgrund der teils erheblichen Zugangsprobleme zu einzelnen Teilgruppen (Männer aus der ehemaligen Sowjetunion bzw. aus Arabischen Staaten) wurden für die Einzelinterviews gezielt Angehörige jener Zielgruppen gesucht, die in den Fokusgruppen nicht vertreten

waren. Außerdem wurden Einzelinterviews mit Vertreter/innen der Zielgruppen geführt, um auf diesem Weg einen besseren Zugang zu erreichen. Die Einzelinterviews konnten ohne Sprachmittler/innen in deutscher Sprache geführt werden. In den Gesprächen wurden die gleichen Fragen wie in den Fokusgruppen verwendet und dienten ebenfalls als Gerüst für die Steuerung der Gespräche und als Anregung für freie Antworten der Gesprächspartner/innen. Insgesamt wurden drei Einzelinterviews, die im Durchschnitt zwei Stunden dauerten, geführt. An einem Einzelinterview nahm zusätzlich eine Expertin teil.

Ethische Belange und Datenschutz

Das Vorgehen in der Bedarfsanalyse orientierte sich an dem Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (DGS 2017). Angestrebt wurden Objektivität und wissenschaftliche Integrität seitens der Wissenschaftler/innen. Den Teilnehmer/innen wurden die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie und ein umfassender Datenschutz zugesichert. Die Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) wurden bei der Erhebung und Verarbeitung der Daten eingehalten. Die Teilnehmenden wurden vor Beginn der Erhebungen über Ziele und Inhalte der Studie in verständlicher Form aufgeklärt und um eine unmissverständliche Einwilligung gebeten. Sie wurden darauf hingewiesen, dass ihre Daten nur pseudonymisiert verarbeitet und nicht an unbefugte Dritte weitergeleitet werden. Desweiteren wurden sie um ihr Einverständnis zur Aufzeichnung der Gespräche und Diskussionen gebeten. Die Einwilligung wurde schriftlich bestätigt. Die Teilnehmenden wurden auf ihr Widerspruchsrecht hingewiesen.

3.2 Dokumentation und Auswertung der Gespräche und Interviews

Alle Experteninterviews, Fokusgruppendifkussionen und Einzelinterviews wurden mit Audiogeräten aufgezeichnet. Zusätzlich sind während der Gespräche Notizen zu den Rahmenbedingungen der Gesprächssituation, zu Gesprächseindrücken und zu im Gesprächsverlauf entstandenen Gedanken angefertigt worden. Nach den Gesprächen wurden die Aufnahmen vollständig nach zuvor festgelegten Regeln transkribiert und die Transkripte anschließend erneut gegengehört und auf ihre Genauigkeit hin kontrolliert. Teilweise wurden die Transkripte ausschließlich oder zusätzlich von muttersprachlichen Mitarbeiter/innen abgefasst. Diese konnten die Übersetzungen, die während der Gespräche erfolgten, wenn erforderlich korrigieren oder präzisieren. Entsprechende Korrekturen wurden in Vermerken dokumentiert.

Im Anschluss an die Transkription wurden die verschriftlichten Gespräche themenzentriert mit einer qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2008; Gläser und Laudel 2010) in Hinblick auf die Beantwortung der forschungsleitenden Fragen analysiert. Dafür ist auf der Grundlage der Literaturanalyse in der Machbarkeitsstudie, mit den Ergebnissen der Internetrecherche im Rahmen der Bedarfsanalyse und unter Einbeziehung der für die Bedarfsanalyse gebildeten Untersuchungsschwerpunkte als Oberkategorien zunächst deduktiv ein Kategoriensystem aufgebaut worden. Im Verlauf der Analyse wurden durch Ableitungen aus dem Material induktiv zusätzlich weitere Kategorien definiert und ein Code-System gebildet (s. Anhang H). Anschließend wurden die Transkripte in Textabschnitte (Absätze, Sätze oder Satzteile) zerlegt und als Analyseeinheiten den Kategorien zugeordnet. Diese Codierung erfolgte mit dem Programm MAXQDA. Im Anschluss an die Codierung aller

Transkripte wurden die den einzelnen Kategorien zugeordneten Analyseeinheiten systematisch aufbereitet und inhaltlich zusammengefasst. Die daraus resultierenden Aussagen bilden die Grundlage für die Beantwortung der forschungsleitenden Fragen und für die Dokumentation.

4. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund und das Gesundheitssystem, Ergebnisse der Hintergrundgespräche, Fokusgruppen und Einzelinterviews

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Interviews mit Expert/innen und Multiplikator/innen sowie der Fokusgruppen mit älteren Menschen vorgestellt. Die Darstellung erfolgt entlang der eingangs aus dem Forschungsstand abgeleiteten Fragestellungen und den aus dem Datenmaterial entwickelten Auswertungskategorien. Vorgestellt werden die unterschiedlichen Migrationshintergründe, Einschätzungen zur gesundheitlichen Lage und gesundheitlichen Risiken, Selbsthilfeaspekte, die wahrgenommenen Angebote in den Bezirken Lichtenberg und Neukölln, Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem und die von Expert/innen und den älterer/Migranten geäußerten Bedürfnisse und Bedarfe.

4.1 Schwerpunkt „Zielgruppe“

Die Hintergründe und Bedingungen der Migration der in dieser Studie betrachteten Gruppen älterer Migrant/innen sind jeweils sehr unterschiedlich. Um dies zu berücksichtigen, wird in diesem Abschnitt zunächst ein knapper Überblick über die jeweiligen typischen Migrationsbedingungen der verschiedenen Gruppen gegeben, die sich individuell aber sehr unterschiedlich darstellen können.

4.1.1 Migrationshintergrund

Migration aus der Türkei

Die Migration aus der Türkei nach Deutschland kann in verschiedene Phasen unterteilt werden. Die erste Phase begann 1961 mit der Unterzeichnung eines bilateralen Abkommens zur Anwerbung von Arbeitskräften durch die Bundesrepublik Deutschland. Im Interesse der Wirtschaft dienten Anwerbeabkommen mit der Türkei und anderen Ländern, wie Italien (1955), Spanien (1960), Griechenland (1960), Marokko (1963), Tunesien (1965) und dem damaligen Jugoslawien (1968), dazu, den wachsenden Arbeitskräftebedarf in der Zeit des deutschen „Wirtschaftswunders“ zu decken. Das Abkommen mit der Türkei, das eine befristete Arbeitsmigration vorsah, bestand bis zum Anwerbestopp 1973. Bis zu diesem Zeitpunkt kamen knapp 900.000 türkische Arbeiterinnen und Arbeiter in die Bundesrepublik Deutschland (Luft 2014).

Kennzeichnend für diese erste Phase der Migration aus der Türkei ist eine tiefe Verwurzelung der Migrant/innen mit ihrem Heimatland. „*Meine Generation [hat] so richtig Wurzeln da. [Die] Eltern war[en] da, [die] Verwandten, [die] Nachbarn. Deswegen [ist] diese Verbindung [...] ganz, ganz fest. Immer noch.*“ (ZG1, Z. 309-3010) Ein wesentlicher Anlass der Migration bestand darin, die persönlichen wirtschaftlichen Verhältnisse zu verbessern und der Armut in der Heimat zu entfliehen. Als junge Frauen und Männer kamen sie häufig allein und hatten zunächst klare Rückkehrabsichten. Viele haben ihre Eltern und ihre Kinder verlassen, um in Deutschland zu arbeiten. Zur Unterstützung ihrer zurückgelassenen Familien und den Aufbau einer Zukunftsperspektive in der Türkei arbeiteten sie in der Bundesrepublik viel und hart. „*Also die erste Generation kam hierher, um Geld zu verdienen und sofort so schnell wie möglich wieder zurückzugehen. Und deswegen hatten die überhaupt gar kein Interesse, Deutsch zu lernen.*“ (T1-M11, Z. 145-147) Erschwerend kam hinzu, dass manche Arbeitsmigrant/innen, die aus ländlichen Gegenden mig-

riert waren, weder lesen noch schreiben konnten. „*Mein Gott nochmal, die sind hier [her] gekommen [...] aus [den entlegensten] Stellen [...] Anatolien[s]. Manche konnten nicht schreiben [und] nicht lesen.*“ (ZG1, Z. 223-224) Wegen der zeitlichen Befristung ihrer Aufenthalte wurde auch von Seiten der Bundesrepublik von ihrer Rückkehr ausgegangen. Vor diesem Hintergrund gab es für die erste Generation der türkeistämmigen Arbeitsmigrant/innen von staatlicher Seite kaum Unterstützung darin, deutsch zu lernen. „*Das war bei der ersten Generation, in der ersten Generation war es nicht erwünscht, dass sie [...] Deutsch lernen. Sie sollten hier arbeiten und gehen.*“ (Exp2, Z. 324-325)

Im Anschluss an den Anwerbestopp holten viele Migrant/innen, die in der Bundesrepublik blieben, auf der Grundlage des damals gültigen Ausländergesetzes ihre Familien nach. Mit diesem Prozess veränderte sich die Sozialstruktur der türkeistämmigen Bevölkerung in Deutschland deutlich (Kizilocak 2011). Dennoch blieb in dieser Phase eine Rückkehr in die Türkei sowohl für die Migrant/innen selbst, als auch für die damaligen politischen Entscheidungsträger in Deutschland als Zielvorstellung weitgehend bestehen. Allerdings verschlechterten sich die politischen und wirtschaftlichen Verhältnisse in der Türkei zum Ende der 1970er Jahre durch Bürgerkrieg, Militärputsch und Hyperinflation zunehmend und die Zweifel unter den Migrant/innen, einen Neuanfang in der Türkei zu wagen, wurden größer (Luft 2014).

Eine wichtige Rolle für den Perspektivwechsel der türkeistämmigen Migrant/innen spielten auch Erfahrungen von Rückkehrer/innen, denen es nicht gelungen war, sich in ihrer alten Heimat wirtschaftlich und sozial wieder zu etablieren (Kizilocak 2011). Diese negativen Erfahrungen und eine immer tiefere familiäre Verwurzelung in Deutschland führten schließlich dazu, dass die Rückkehrperspektive von den Menschen selber zunehmend aufgegeben bzw. bis zum Erreichen des Rentenalters verschoben wurde.

Heute spielen Rückkehrabsichten für viele türkeistämmige Migrant/innen der ersten Generation und für ihre Nachfolgegenerationen nur noch eine geringe Rolle (Kizilocak 2011). „*Viele haben gedacht, sie gehen dann vielleicht in die Heimat zurück, wobei jetzt die Heimat eher Deutschland geworden ist.*“ (Exp2, Z. 327-328) Ursache dafür ist neben den familiären Bindungen in Deutschland auch das Gefühl in der alten Heimat fremd geworden zu sein. Insbesondere diejenigen, die sich an die deutschen Lebensverhältnisse und kulturellen Bedingungen angepasst und gewöhnt haben, stellen fest, wie sehr sie sich in Deutschland verändert haben. Besonders von Frauen werden die kulturellen Unterschiede zwischen dem städtischen Leben in Berlin und dem dörflichen Leben in den Regionen, in denen sie aufgewachsen sind, wahrgenommen: „*Ich habe gemerkt, ich bin nicht so wie damals. Ich habe mich geändert. Damals [...] konnte [ich mich] dort anpassen, weil ich dort gelebt habe bis 16. Aber jetzt kann ich mich nicht dort anpassen.*“ (T2-W6, Z. 588-590)

Viele Angehörige der ersten Generation der Arbeitsmigrant/innen leben mit ihren Familien bis heute in den Bezirken, bzw. Bezirksregionen Kreuzberg, Neukölln, Tiergarten und Wedding. Eingezogen sind sie in den 1960er und 1970er Jahren zumeist in preiswerte, marode und unsanierte Altbauten, in denen Deutsche zur damaligen Zeit nicht mehr wohnen wollten. „*Die leben immer noch wie [...] vor 50 Jahren, als sie herkamen. Da [hat] kein Deutscher gewohnt. [...] Die Häuser*

waren ja so zerbombt. [...] Überall [waren] Löcher [und die] Toilette war [auf der] halbe[n] Treppe.“ (ZG1, Z. 950-954)

Migration aus arabischen Ländern

Migrant/innen arabischer Herkunft stellen in Deutschland keine einheitliche Migrationsgruppe dar. Die Menschen kommen aus unterschiedlichen Herkunftsländern, haben unterschiedliche kulturelle Prägungen und sprechen verschiedene arabische Dialekte. *„Da gibt es eine[n] Unterschied in [der] Kultur. Also [die] arabische Welt ist sozusagen auf drei. Nordafrika, Golfländer und also [...] alle anderen, Syrien, Libanon, Palästina.“ (A1-B, Z. 1172-1173)*

Ähnlich, wie bei den türkeistämmigen Menschen kamen die ersten arabischen Migrant/innen geregelt über Anwerbeabkommen mit Marokko (1963) und Tunesien (1965) in die Bundesrepublik Deutschland. Erlaubt war nach diesen Abkommen nur eine Einreise von Unverheirateten. Der Familiennachzug bzw. die Familienzusammenführung wurde ausdrücklich ausgeschlossen (vgl. Davy 2001, 340ff). Eine deutlich größere arabische Migrationsgruppe stellten seit der Mitte der 1970er Jahre die Bürgerkriegsflüchtlinge dar. Die ersten kamen ab 1975 während des libanesischen Bürgerkriegs und, nach einem Regimewechsel ab dem Jahr 1978, aus dem Irak nach Deutschland. Mit den Flüchtlingen aus dem Libanon, die häufig mit einem Transitvisum über Ostberlin und die DDR einreisten, musste sich die damalige Bundesrepublik erstmals in größerem Umfang mit Asylanträgen von Bürgerkriegsflüchtlingen befassen. Seit den 1990er Jahren kamen und kommen vor dem Hintergrund von Bürgerkriegen bis heute Asylbewerber/innen, unter anderem aus Algerien, dem Irak und Syrien, nach Deutschland. (vgl. Ghadban 2000, 162f; Blum, 7f)

Weil das Asylrecht nur für individuell von Staaten verfolgte Menschen gilt, wurden und werden Asylanträge von Bürgerkriegsflüchtlingen häufig abgelehnt. Abschiebungen erfolgen und erfolgten üblicherweise aber nicht, wenn die Flüchtlinge entsprechend der Genfer Konvention (Art. 33) wegen ihrer Rasse, Religion, Staatsangehörigkeit, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung in ihrem Leben oder ihrer Freiheit bedroht sind. Arabische Ältere in Berlin stammen überwiegend aus dem Libanon und sind Kurden, Palästinenser oder Libanesen. Sie erhielten ab den 1970er Jahren als Flüchtlinge aus dem Libanon in der Bundesrepublik eine befristete Duldung, die über Jahrzehnte hinweg immer wieder verlängert wurde. Erst ab Mitte der 1990er Jahre wurden diese Duldungen unter bestimmten Bedingungen langsam in Aufenthaltserlaubnisse umgewandelt. Eine weitergehende Bleiberechtsregelung trat erst im Jahr 2007 in Kraft. (vgl. Ghadban 2000, 162f; Blum 2010, 7f)

Verbunden mit der Duldung waren erhebliche Einschränkungen des Aufenthalts, beispielsweise die Unterbringung in Sammelunterkünften, die Aussetzung der Schulpflicht oder das Verbot eine Ausbildung, ein Studium oder Arbeit aufnehmen zu können (vgl. Ghadban 2000, 162f; Blum 2010, 7f). Die Maßnahmen führten zu einer schlechten Integration der arabischen Bürgerkriegsflüchtlinge, geringen Sprach- und Bildungsabschlüssen und einer stärkeren Abgrenzung von der deutschen Mehrheitsgesellschaft. *„Weil sie nie die Möglichkeit hatten, die Sprache zu lernen. Das war verboten damals, als sie gekommen sind [...]. Und sie haben nicht gearbeitet. Sie haben ein*

paar Wörter, so Sprache, Straßensprache. Aber sie haben die Sprache nie richtig gelernt.“ (Epx1, Z. 348-351)

Viele der Migrant/innen aus dem Libanon wohnen in Berlin heute im Bezirk Neukölln. Insgesamt leben nach Angaben des Statistischen Landesamtes Berlin-Brandenburg heute 146.334 Menschen aus arabischen Staaten in Berlin (Stichtag: 31.12.2018). Die größten Bevölkerungsgruppen arabischer Herkunft kommen in Berlin heute aus Syrien (41.181), dem Libanon (29.214) und dem Irak (13.787).

Migration aus der ehemaligen Sowjetunion und den Nachfolgestaaten

Einwanderer aus der ehemaligen Sowjetunion und ihren Nachfolgestaaten können drei Gruppen zugeordnet werden: Aussiedler/innen, Migrant/innen nichtdeutscher Herkunft und jüdische Kontingentflüchtlinge.

Aussiedler/innen sind seit den 1950er Jahren in geringer Anzahl kontinuierlich nach Deutschland eingewandert. Als Aussiedler/innen werden Zuwanderer deutscher Abstammung bezeichnet, die auf der Grundlage des Bundesvertriebenengesetzes (BVFG) nach dem 2. Weltkrieg aus einem ehemaligen Ostblockstaat nach Deutschland übergesiedelt sind. Zu einem deutlichen Anstieg bei der Zahl der Aussiedler/innen kam es ab 1988 parallel zum politischen Öffnungsprozess in der ehemaligen Sowjetunion. Im Zuge dieser Öffnung und nach dem Fall der Mauer sind in den 1990er Jahren rund 1,7 Mio. auch als „Spätaussiedler“ bezeichnete Menschen aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion nach Deutschland eingewandert (Worbs et al. 2013). Migriert sind sie meist in größeren Familienverbänden mit mehreren Generationen. Innerhalb dieser Familien gab und gibt es zahlreiche Ehen zwischen deutschstämmigen und sowjetischen Bürger/innen. Die deutschen Sprachkenntnisse sind innerhalb der Aussiedlerfamilien häufig nicht sehr stark ausgeprägt, auch wenn viele ältere Aussiedler/innen in ihrer Kindheit die deutsche Sprache gelernt haben. Gerade in gemischten Ehen wurde im Alltag meist russisch gesprochen. Viele Aussiedler/innen haben ihre Deutschkenntnisse in der ehemaligen Sowjetunion daher kaum praktiziert.

Verbunden mit der Aussiedlung war oft die Vorstellung, als Deutsche nach Deutschland zu kommen und sofort am Wohlstand partizipieren zu können. Diese Vorstellung ließ sich aber meist nicht realisieren. Nach Einschätzung der russischsprachigen Gesprächspartner/innen verloren vor allem die Männer im Zuge der Migration ihren beruflichen Status und ihre gesellschaftliche Rolle, was sie als herabsetzend und kränkend erlebten. Diese Deklassierungserfahrung wirkt bis in die Familien hinein: *„Die Männer, [haben] dann [...] ihre Hauptrolle verloren. In Russland waren sie meistens besser gestellt als [die] Frau[en]. Auch was [die] Arbeit betrifft. Sie haben mehr verdient. Sie haben was zu sagen gehabt. Jetzt kommen sie und sehen, sie können nicht als Ingenieur arbeiten. [...] Und die Männer, haben [...] dann [...] in der Familie [...] nicht[s] mehr [...] zu sagen, ja.“ (R1-W1, Z. 908-919)*

Den Frauen ist es, nach Aussagen in Expertengesprächen und Fokusgruppen, häufig leichter gefallen mit der veränderten Lebenssituation umzugehen und so haben sie in den Familien oft die

"Hauptrolle" übernommen. „Die Frauen, [die] M[ü]tter, musste[n] [die] Familie irgendwie schützen. [...] Die Frauen sind auch aktiver. Sie kommen schnell mit anderen Frauen ins Gespräch. Sehen wie und was. Und die Frauen, [...] die meisten [...] Aussiedlerfrauen, [haben] schneller Arbeit gefunden als [ihre] Männer. Ja, sie waren aktiver.“ (R1-W1, Z. 924-927)

Eine wichtige Rolle für die Integration der Aussiedler/innen haben aus der Sowjetunion stammende Ehepartner/innen von DDR-Bürgern gespielt, die bereits seit den 1960er Jahren in die ehemalige DDR übergesiedelt waren. Obwohl sie sich selbst an die veränderten Verhältnisse nach der Wende anpassen mussten, konnten sie den neu zuziehenden Einwanderern doch die Zugänge in das deutsche System erleichtern.

Ebenfalls in den 1990er Jahren wanderten sogenannte "jüdische Kontingentflüchtlinge" aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion nach Deutschland ein. Ihre Einwanderung begann 1989, nachdem sich die damalige DDR-Regierung dafür ausgesprochen hatte, jüdischen Zuwanderern, denen Verfolgung oder Diskriminierung drohte, aus humanitären Gründen Aufenthalt zu gewähren. Nach der Wiedervereinigung gab es für diese Flüchtlinge zunächst keine Rechtsgrundlage. 1991 wurde nach einem Beschluss der Ministerpräsidentenkonferenz für diese Zuwanderungsgruppe bis zum Jahr 2004 ein Kontingentflüchtlingengesetz angewendet, worüber Flüchtlinge im Rahmen humanitärer Hilfsaktionen in festgelegter Anzahl (Kontingent) nach Deutschland einwandern konnten (vgl. Berger 2010).

Zwischen den unterschiedlichen aus der ehemaligen Sowjetunion und ihre Nachfolgestaaten zugewanderten Gruppen bestehen zwar Kontakte und teilweise auch gemischte Ehen, sie scheinen sich aber überwiegend gegeneinander abzugrenzen und in Berlin in unterschiedlichen Bezirken zu leben. So ist in den Berliner Bezirken Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg die Gruppe der Spätaussiedler stärker vertreten, die in den 1990er Jahren in diesen Bezirken wegen des damaligen Wohnungsleerstands große Wohnungen für ihre Familien finden konnten. Die jüdischen Migrant/innen sind dagegen eher im Westteil Berlins ansässig geworden.

Migration aus Vietnam

Die Migration aus Vietnam muss sehr differenziert betrachtet werden. Sie ist eng mit dem Vietnamkrieg und den Bedingungen des kalten Krieges verbunden. Grob kann bei den vietnamesischen Migrant/innen, abhängig von ihrer Herkunft und Migrationsgeschichte, zwischen zwei Hauptgruppen unterschieden werden.

Nach dem Vietnamkrieg und der Wiedervereinigung Vietnams verließen rund 1,3 Millionen Menschen vor allem aus Südvietnam ihre Heimat. Ursache war häufig die wirtschaftliche Not und die Sorge vor Repressalien durch die kommunistische Regierung. Viele nutzten als sogenannte Boat-People für die Flucht den Weg über das Südchinesische Meer. Die Bundesrepublik Deutschland nahm im Rahmen der Genfer-Flüchtlingkonvention bis Mitte der 1980er Jahre rund 34.000 dieser vietnamesischen Flüchtlinge auf. Durch Familienzusammenführungen wuchs diese Zahl bis 1990 auf rund 46.000 Menschen an. Nach einem 1980 verabschiedeten Kontingentflüchtlingengesetz erhielten sie einen unbefristeten Aufenthalt, Arbeitserlaubnisse und Ein-

gliederungshilfen, wie soziale Beratungen und Sprachkurse. Viele der in den 1980er Jahren nach Berlin gekommenen vietnamesischen Migrant/innen konnten sich in die deutsche Gesellschaft integrieren und leben heute im westlichen Teil Berlins (vgl. Beth und Tuckermann 2012, 99ff).

Anders stellte sich die Situation für Menschen aus Vietnam dar, die als sogenannte Vertragsarbeiter/innen in die ehemalige DDR kamen. Nach dem Ausbruch des Vietnamkrieges 1964 vertiefte die DDR ihre Beziehungen zu Vietnam und startete umfangreiche Hilfen. Dazu gehörten unterschiedliche Qualifizierungsprogramme, über die ab 1966 junge Frauen und Männer an die Hochschulen und in die Betriebe der DDR kamen. Angesichts eines wachsenden Fachkräftemangels in der DDR unterzeichneten die DDR und Vietnam im Jahr 1980 ein erstes Vertragsarbeiterabkommen. Dieses und weitere in der Folge geschlossene zwischenstaatliche Verträge regelten die Einreise-, Arbeits- und Aufenthaltsbedingungen für die vietnamesischen Arbeitskräfte (vgl. Beth und Tuckermann 2012, 104ff).

Voraussetzung für die Einreise war eine gute Gesundheit, die in Vietnam und bei der Einreise in die DDR untersucht wurde, und ein Alter zwischen 18 und 35 Jahren (für Hochschulabsolvent/innen bis 40 Jahre). Die überwiegende Zahl der Vertragsarbeiter/innen kam aus dem Norden Vietnams. Ihre Entsendung nach Deutschland wurde zunächst als eine Auszeichnung verstanden und setzte politische Zuverlässigkeit voraus. Dementsprechend handelte es sich insbesondere zu Beginn vor allem um ehemalige Soldat/innen, verdiente Widerstandskämpfer/innen, politische Funktionäre, Staatsangestellte und Angehörige der „Arbeiter und Bauernklasse“, die in die DDR entsendet wurden. Insgesamt kamen zwischen 1987 und 1989 knapp 60.000 vietnamesische Arbeiter/innen, die auf rund 1.000 Betriebe verteilt wurden (Beth und Tuckermann 2012, 104ff).

Das Motiv, sich von Vietnam auf den Weg nach Deutschland zu machen, bestand für viele in der Möglichkeit, Geld zu verdienen, der Armut zu entgehen und die Familien in der Heimat finanziell unterstützen zu können. *„Aber sie haben [...] noch weiter nach Vietnam zu denken, zu unterstützen, zu helfen.“ (V1-M1, Z. 435-436)* Der Arbeitsaufenthalt in der DDR war zunächst im Allgemeinen auf vier Jahre begrenzt, dieser Zeitraum wurde später erweitert. Nach der Einreise erhielten sie einen Arbeitsvertrag und besuchten, vor dem Einsatz in den Betrieben, einen Deutschkurs. Umfangreiche deutsche Sprachkenntnisse erwarben sie dabei normalerweise aber nicht. Innerhalb der Betriebe war dies meist nicht erforderlich, denn dort gab es Sprachmittler/innen und Vorarbeiter/innen mit besseren Deutschkenntnissen. *„Man muss davon ausgehen, damals sind sie gekommen, um zu arbeiten. Die mussten nicht Deutsch sprechen können. Es gab dafür Sprachmittler.“ (Exp7, Z. 76-77)*

Nach der Öffnung der Mauer 1989 veränderte sich die Lebenssituation für die in der DDR lebenden Menschen vietnamesischer Herkunft erheblich. Das Vertragsarbeiterabkommen zwischen der DDR und Vietnam wurde beendet, wobei sich die letzte DDR-Regierung verpflichtete, den bereits in der DDR lebenden Vertragsarbeiter/innen den Aufenthalt so lange zu gestatten, wie es ihre ursprünglichen Arbeitsverträge vorsahen. Dennoch wurden angesichts der wirtschaftlichen Entwicklung in der DDR in den letzten Monaten vor der Wiedervereinigung zahlreiche Menschen vietnamesischer Herkunft arbeitslos. Knapp zwei Drittel von ihnen kehrten bis Ende 1990, teilweise ausgestattet mit kleinen Abfindungen, nach Vietnam zurück. Gleichzeitig stieg die Anzahl

der in Deutschland lebenden Menschen vietnamesischer Herkunft durch die Einwanderung von ehemaligen Vertragsarbeiter/innen aus Polen und der ehemaligen Tschechoslowakei bis Mitte der 1990er Jahre wieder auf geschätzte 97.000 Personen an (vgl. Beth und Tuckermann 2012, 113ff).

Für diejenigen die blieben, wurde die Aufenthaltssituation nach der Wiedervereinigung Deutschlands sehr kompliziert. Da es im vereinigten Deutschland keine klare rechtliche Einordnung für sie gab, wurden sie als Wirtschaftsflüchtlinge eingestuft und geduldet, wenn sie das Heimatland Vietnam nicht wieder aufnehmen wollte (vgl. Beth und Tuckermann 2012, 113ff). *„[Die] erste Generation von Vietnam[esen] in Deutschland [hatte] auch [viele] Probleme. „Diese [...] Leute [...] [...]arbeitet[en] in [der] DDR-Zeit und [dann kam der] Übergang [...] in [die] neue Gesellschaft [...] der BRD. [Sehr viele] können diese [veränderte] Gesellschaft nicht [...] gut [...] verstehen.“ (V1, Z. 87-92)*

1993 wurde ihr Aufenthaltsstatus durch eine „Bleiberechtsregelung für Werkarbeiter aus der ehemaligen DDR“ geregelt, wodurch befristete Aufenthaltserlaubnisse und Duldungen mit Arbeitserlaubnissen möglich wurden (Müller 2017, S. 30). Erst ab 1997 wurde ihnen durch entsprechende Änderung des Ausländerrechts eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis gewährt und Familienzusammenführungen wurden rechtlich möglich. Viele vietnamesische Migrant/innen der ersten Generation planten, mit Renteneintritt nach Vietnam zurückzukehren. Diese Absicht wurde mit der Dauer des Aufenthaltes in Deutschland zunehmend aufgegeben. *„Vor 10, 15 Jahren [waren] alle [der] Auffassung, sie arbeiten so hart wie möglich, um so viel Geld wie möglich zu verdienen. [...] Wenn sie dann das Rentenalter erreicht haben, kehren sie alle in die Heimat zurück. [...] Seit ungefähr 10 Jahren ist das nicht mehr so. Die Heimat ist fremder für sie geworden. Klimamäßig, umweltmäßig und auch die Gesundheitsversorgung ist dort nicht so gut. So dass sie überwiegend entschieden haben, hier zu bleiben.“ (Exp7, Z. 33-39)*

In Berlin leben heute viele ehemalige Vertragsarbeiter/innen aus Nordvietnam in Lichtenberg. Die Kommunikation und der Austausch mit den im Westteil Berlins lebenden vietnamesischen Migrant/innen scheint zumindest für die ältere Generation vor dem Hintergrund ihrer unterschiedlichen Migrationsgeschichten bis heute noch schwierig zu sein.

4.1.2 Gesundheitliche Lage und gesundheitliche Risiken der Zielgruppen

Die Interviews mit den Expert/innen und die Fokusgruppen mit den unterschiedlichen Zielgruppen bestätigen den bereits in der Literatur beschriebenen Befund, dass die gesundheitliche Lage von Migrant/innen insgesamt und insbesondere von älteren Migrant/innen in einem Zusammenhang mit ihrem Aufenthaltsstatus, den jeweiligen ökonomischen Möglichkeiten, den Lebensverhältnissen und dem Lebensstil stehen.

Die gesundheitliche Lage der verschiedenen Migrationsgruppen wird in den Interviews und Fokusgruppen unterschiedlich eingeschätzt und bewertet. So wird die gesundheitliche Lage der aus der ehemaligen Sowjetunion und ihren Nachfolgestaaten stammenden Aussiedler/innen als ähnlich wie jene der deutschen Älteren beschrieben. Demgegenüber wird die gesundheitliche

Lage älterer Menschen türkischer und arabischer Herkunft im Vergleich zur deutschen Bevölkerung eher als schlechter angesehen. In einer Fokusgruppe mit türkeistämmigen Älteren wird die Einschätzung vertreten, dass die Lebenserwartung von Migrant/innen, die aus der Türkei stammen und in Deutschland leben, allgemein niedriger sei als jene der Deutschen oder der Türk/innen, die in der Türkei leben. Als Ursache hierfür werden vor allem harte Arbeitsbedingungen und schlechte Arbeitsverhältnisse genannt.

Die älteren Gesprächspartner/innen vietnamesischer Herkunft schätzen ihre eigene körperliche Vitalität und den Gesundheitszustand innerhalb ihrer Community wiederum als recht gut ein. Allerdings ist ihrer Meinung nach der Anteil älterer und vor allem hochaltriger Menschen unter den vietnamstämmigen Migrant/innen in Berlin im Vergleich zu den anderen Migrationsgruppen relativ gering. *„Also eigentlich müssen wir uns mehr mit dem Thema gesund altern befassen, weil wir gar nicht zur Pflegebedürftigkeit kommen, wenn Leute ständig sterben bevor sie 60 werden.“* (Exp7, Z. 121-122) Als Grund für eine vermeintlich geringere Lebenserwartung wird in einem Experteninterview eine im Vergleich zu den Deutschen belastendere Arbeitssituation angesehen, die angesichts niedriger Einkommen auch im Alter fortgeführt wird.

Für alle Migrationsgruppen werden von den Expert/innen und in den Fokusgruppen zahlreiche körperliche, psychische und psychosomatische Erkrankungen genannt und mit den Bedingungen der Migration und der aktuellen sozialen Lage in Verbindung gebracht. Konkret werden Diabetes, Bluthochdruck, Bandscheibenprobleme, Kniegelenk- und Rückenschmerzen. Eine Rolle spielen aber auch Übergewicht, Arthrose, Schwindelanfälle, Stress und Konzentrationsstörungen genannt.

Deutlich hervorgehoben werden in den Gesprächen für alle Migrationsgruppen im Alter zunehmende seelische Belastungen und psychische Erkrankungen. Als Auslöser werden dafür unter anderem Heimweh, negative Erinnerungen an die Migration, Probleme in der Ehe und in den Familien in Folge der Migration und Unzufriedenheit im Rückblick auf die Einwanderung nach Deutschland angesehen. Wahrscheinlich ist außerdem, dass die teilweise jahrzehntelange Unsicherheit durch einen immer nur kurzfristig gesicherten Aufenthaltsstatus auch von Familienmitgliedern eine hohe Belastung bedeutet. Die Gesprächspartner/innen vermuten, dass die seelischen Belastungen verdrängt wurden, solange die Menschen gearbeitet haben. Mit dem Eintritt in den Ruhestand brechen sie dann hervor und können sich in Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, sozialem Rückzug, Depression oder in Suchtmittelmissbrauch äußern.

Alkohol spielt nach Ansicht der Gesprächspartner/innen traditionell eine wichtige Rolle im gesellschaftlichen Leben der russisch- und vietnamesischsprachigen Communities. Vor allem in Bezug auf die Männer wird ein übermäßiger Alkoholkonsum als großes Risiko für die Gesundheit angesehen. Bezogen auf die russischsprachige Community wird allerdings auch auf Alkoholprobleme von Frauen aufmerksam gemacht, denen es aber besser gelinge, diese zu verbergen. Bezogen auf ältere Männer vietnamesischer Herkunft wird außerdem das Glücksspiel als ein Gesundheitsrisiko benannt. Glücksspiel ist, der Einschätzung mehrerer Gesprächspartner/innen zufolge, innerhalb von bestimmten Gruppen der vietnamesischen Community in Deutschland, genauso wie in Vietnam, sehr verbreitet, wird aber kaum problematisiert. Vielmehr scheint das

Gewinnen im Glücksspiel sogar eng mit der Stärkung der eigenen Identität verknüpft zu sein und wird stellenweise als eine *"heldenhafte Tat"* (Exp6, Z. 535-537) angesehen.

Die Einsamkeit älterer Menschen mit Migrationshintergrund ist ein Problem, das in mehreren Expertengesprächen explizit thematisiert und in den Gesprächen mit den älteren Migrant/innen häufig angedeutet wird. *„Meine große Phobie ist, wenn ich älter werde. Ich habe Angst vorm Alleine- und Altwerden.“* (T2-W5, Z. 832) Geringe Kenntnisse der deutschen Sprache beschränken die sozialen Netzwerke häufig auf die eigene ethnische Community und verhindern eine gute Einbindung in die Nachbarschaft. Die starke Fokussierung auf die eigene Familie bildet für viele der älteren Migrant/innen einen sozialen Kontext, der dann brüchig wird, wenn die nachfolgenden Generationen fortziehen oder einen anderen, westlichen Lebensstil annehmen.

Einige der älteren türkischen Frauen, mit denen gesprochen wurde, sind geschieden. Sie bezeichnen die Scheidung im Rückblick zwar als befreiend, aber auch als einsam machend. Vor allem, wenn sie als Alleinerziehende harte und entbehrungsreiche Jahre durchgemacht haben, erleben sie die Einsamkeit im Alter als Kehrseite der in Deutschland gewonnenen kulturellen und familiären Unabhängigkeit. *„Freiheit hat uns Einsamkeit gebracht.“* (T2-W6, Z. 766) Einsamkeit löst ihrer Einschätzung nach vor allem dann ein Gefühl der Traurigkeit und des Verlorenseins aus, wenn sie auf die eigene Kindheit in der alten Heimat zurückblicken, in der die Menschen eng mit ihren Familien zusammenlebten und sich mit den Nachbar/innen im öffentlichen Raum der Dörfer trafen.

Im Zusammenhang mit der Wahrnehmung des eigenen Alterungsprozesses thematisieren einige Teilnehmende die Frage, ab wann man eigentlich „alt“ sei. An dieser Stelle wird mehrfach die Auffassung geäußert, dass der Alterungsprozess sehr stark von der inneren Einstellung abhängt und sich bei jedem Menschen anders gestaltet. Äußerlich sichtbar wird das Altern demnach, wenn Hilfsmittel für die Fortbewegung benötigt werden, man keine Kraft mehr hat oder wenn ältere Menschen in stationären Einrichtungen gepflegt werden müssen.

Bedeutung für die Gesundheit und körperliche Unversehrtheit haben teilweise auch der Glaube und Aberglaube. So wird beispielsweise berichtet, dass im Islam eine gesunde Lebensweise als ein wichtiger Glaubensgrundsatz angesehen wird oder in buddhistischen Familien zur Befriedung der Ahnen und damit zur Erhaltung der gesundheitlichen Balance darauf geachtet wird, den Vorfahren zweimal im Monat zu gedenken.

Aufenthalts- und Versicherungsstatus als Einflussfaktor auf die Gesundheit

Die Unterschiede im Aufenthalts- und Versicherungsstatus der älteren Migrant/innen wirken sich auf ihren Zugang zu gesundheitlicher Versorgung aus. Abhängig von ihrem Status haben sie in Deutschland unterschiedliche Möglichkeiten auf die Leistungen des gesetzlich geregelten Gesundheitssystems zurückzugreifen.

Gehen sie oder sind sie einer sozialversicherungspflichtigen Arbeit nachgegangen, haben sie als Pflichtversicherte oder als versicherungspflichtige Rentner/innen einen rechtlichen Anspruch auf

die Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Leistungen aus der Pflegeversicherung können sie erhalten, wenn sie die dafür vorgeschriebene Vorversicherungszeit von zwei Jahren innerhalb der letzten zehn Jahre erfüllen (vgl. § 33 Abs. 2 SGB XI).

Aus wirtschaftlicher Notwendigkeit und vor dem Hintergrund ihrer Aufenthaltsbedingungen waren zahlreiche ältere Migrant/innen nicht in sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen angestellt, sondern als Kleinunternehmer oder mit oft einfachen Dienstleistungen selbstständig. Damit standen und stehen sie selber in der Verantwortung, sich ausreichend um ihren Krankenversicherungsschutz und ihre Alterssicherung zu kümmern. Haben sie dies nicht getan, müssen sie die Kosten für gesundheitliche Leistungen selber tragen, wobei sie unter entsprechenden Voraussetzungen Sozialhilfe in Anspruch nehmen können. Ein unzureichender Versicherungsschutz kann dazu führen, dass insbesondere kostenintensive medizinische Behandlungen aus finanziellen Gründen von älteren Migrant/innen möglicherweise lange hinausgezögert oder gar nicht durchgeführt werden. Alternativ wird in solchen Fällen auf finanziell günstige Leistungen von *"sogenannten Heilpraktikern und nicht anerkannten Ärzten"* (Exp7, Z. 440) zurückgegriffen, die außerhalb des gesetzlichen Gesundheitssystems agieren und ihre Angebote innerhalb der migrantischen Communities anbieten.

Schwierig ist der Zugriff auf Versorgungsleistungen des deutschen Gesundheitssystems auch für ältere asylsuchende und geduldete Migrant/innen. Rechtlich haben sie nur Anspruch auf eingeschränkte medizinische Grundleistungen (vgl. § 4 Abs. 1 AsylbLG). Problematisiert wird in den Experteninterviews außerdem die Lage von illegal in Berlin lebenden älteren Migrant/innen. Innerhalb des deutschen Gesundheitssystems ist eine anonyme Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen für sie nur in unabweisbaren Notfällen in Verbindung mit der ärztlichen Schweigepflicht möglich. Seit dem Sommer 2019 wird versucht, diese Situation mit der Einführung eines anonymen Krankenscheins etwas zu verbessern. Ansonsten können illegal in Berlin lebende ältere Migrant/innen im Krankheitsfall auf selbstorganisierte Unterstützungs- und Hilfsangebote des Berliner Büros für medizinische Flüchtlingshilfe und auf Angebote des Malteser Hilfsdienstes zurückgreifen.

Milieu und ökonomische Situation als Einflussfaktor auf die Gesundheit

Die im Rahmen dieser Studie betrachteten migrantischen Gruppen sind in sich nicht homogen, sondern umfassen unterschiedliche soziale Milieus, Bildungs- und Einkommenschichten, die unterschiedlich mit sozialem, kulturellem und ökonomischem Kapital ausgestattet sind. Abhängig von ihrer Herkunft, ihrem Milieu, ihren Ressourcen und ihren Urbanisierungserfahrungen führen sie einen mehr oder weniger westlichen Lebensstil. Innerhalb der ethnischen Gruppen wird in den Erhebungen teilweise eine deutliche Abgrenzung gegen Teilgruppen, die ungebildeter, konservativer oder ärmer sind, deutlich. Viele ältere Migrant/innen in den Fokusgruppen sehen ihre Gesundheit stark durch die mit den unterschiedlichen sozialen Milieus in Verbindung stehenden Lebens- und Arbeitsbedingungen in Deutschland beeinflusst.

In diesem Zusammenhang wird häufig (implizit und explizit) der Zusammenhang von Armut und Gesundheit thematisiert. Ein hohes Einkommen gilt als ein förderlicher Einflussfaktor auf die

Gesundheit, zugleich wird es als entscheidender Indikator für gesellschaftlichen Erfolg und die Abgrenzung der Milieus gewertet. Allerdings haben viele der Teilnehmenden arabischer, türkischer und vietnamesischer Herkunft nach eigener Schilderung über Jahre hinweg bei geringen Einkommen sehr hart und den Körper schädigend gearbeitet. *„Haben nur geackert, gearbeitet, gearbeitet, das war's. Mehr ist es nicht gewesen.“* (T1-M1, Z. 75-76) Dabei hat ihnen die Arbeit wenig Zeit für die Sorge um sich selbst gelassen. So haben sie sich oft nur in Akutsituationen um ihre eigene Gesundheit gekümmert. Dementsprechend schätzen sie ihren gesundheitlichen Zustand im Vergleich zu Migrant/innen, die über größere finanzielle Mittel verfügen, als deutlich schlechter ein.

Wenn bereits im Verlauf eines Erwerbslebens nur geringe Einkommen zur Verfügung stehen, verschärft sich die ökonomische Lage mit dem Eintritt in den Ruhestand im Allgemeinen noch deutlich. Damit nehmen die gesundheitlichen Risiken zu und die Möglichkeiten, für die Gesundheit vorzusorgen, ab. Gerade die an finanzielle Mittel gebundenen Möglichkeiten für eine gesunde Lebensweise sind dann nur schwer erreichbar. So wird in den Fokusgruppen beispielsweise berichtet, dass gesunde, dafür aber teure Lebensmittel nicht gekauft, auf notwendige kostenpflichtige Medikamente unter Umständen verzichtet oder Arztbesuche wegen zu hoher Fahrtkosten vermieden werden. *„Dann muss man jeden Cent irgendwie umdrehen, weil man auch viele Sachen vielleicht selbst bezahlen muss, wie [...] wenn der Arzt sagt, [...] eigentlich sollten Sie dieses und jenes Medikamente nehmen, aber das geht nicht über die Krankenversicherung.“* (Exp5, Z. 206-209)

In einem Expertengespräch wird zudem die problematische Flucht- und Aufenthaltsgeschichte der aus dem Libanon stammenden Palästinenser angesprochen. Hingewiesen wird darauf, dass sie bereits in den Lagern im Libanon und auch später in den Sammelunterkünften in Deutschland kaum Möglichkeiten hatten, einen gesunden Lebensstil zu entwickeln und sich gesund zu ernähren. Thematisiert wird von arabischen und türkischen Älteren in den Fokusgruppen auch, dass sich aus ärmeren Lebensumständen kommende Menschen durch den Überfluss in Deutschland zum Teil eine falsche Ernährung angewöhnt haben. So wurden, um den Kindern und sich selbst in einer schwierigen Lebenssituation etwas Luxus zu gönnen, beispielsweise übermäßig Süßigkeiten gekauft und gegessen. Solche Verhaltensweisen werden teilweise bis heute fortgeführt und in den Familien kaum reflektiert an die nächsten Generationen weitergegeben.

Familiäre Beziehungen als Einflussfaktor auf die Gesundheit

In den Fokusgruppen sind sich die älteren Migrant/innen weitestgehend einig, dass für sie im Alter vertraute Kontexte, wie z. B. die Familie, Verbindungen und Kontakte in die alte Heimat oder die Herkunftssprache, eine große Rolle spielen. Ihrer Ansicht nach gehören zum guten Altwerden neben einer geeigneten Wohnung und einem ausreichenden Einkommen vor allem gute soziale Kontakte innerhalb und außerhalb der Familie. Dementsprechend werden auch in Deutschland möglichst enge familiäre Beziehungen gepflegt. Für die älteren Migrant/innen sind diese familiären Netzwerke ein wichtiger Fixpunkt: *„Sonntags ist dann halt immer so Großeltern-tag.“* (Exp6, Z. 236)

Die enge familiäre Bindung zeigt sich nach Einschätzung der Experten/innen unabhängig von dem jeweiligen Migrationshintergrund. Für die arabischen und türkischen Familien wird sie zusätzlich mit dem Islam und einer dort festgeschriebenen Verpflichtung, nach der man sich um seine Eltern kümmern muss, begründet. *„Also schon alleine, im Islam wird gesagt, du bist verpflichtet, für deine Eltern zu sorgen.“* (Exp3, Z. 274-275) Aus Sicht der vietnamesischen Älteren haben die engen familiären Bindungen, mit traditionell oft mehreren zusammenlebenden Generationen, auch etwas mit Dankbarkeit zu tun, da man ohne die Vorfahren gar nicht existieren würde. Insgesamt verweist der Zusammenhalt innerhalb vieler migrantischer Familien auf ein nach wie vor stark ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein der jüngeren gegenüber der älteren Generation. Aus Sicht der Expert/innen und der älteren Menschen in den Fokusgruppen besteht bei den Jüngeren eine große Bereitschaft den Älteren in schwierigen Lebenssituationen unterstützend zur Seite zu stehen. *„Es gibt die robusten Familienverhältnisse immer noch.“* (Exp3, Z. 271-272)

Ihren Ausdruck finden diese engen familiären Beziehungen auch in dem Bedürfnis, innerhalb Berlins im Idealfall in räumlicher Nähe zueinander zu leben. Sowohl bezogen auf arabische und türkeistämmige Familien als auch auf Aussiedlerfamilien wird in Expertengesprächen und in Fokusgruppen beschrieben, dass die Angehörigen möglichst im gleichen Haus, der gleichen Straße oder zumindest im gleichen Kiez wohnen. *„Meine Tochter wohnt zum Beispiel [...] fünf Minuten [entfernt]. Und [in die] Umgebung [...] ist meine Enkeltochter umgezogen.“* (Zg1, Z. 342-343) Erwachsene Kinder leben oft bis zu ihrer Heirat im Haushalt der Eltern. *„Man geht dann aus dem Elternhaus raus, wenn man heiratet. [...] Erst, wenn man heiratet.“* (Exp3, Z. 265-267) Mehrere ältere Migrant/innen äußern in den Fokusgruppen ihre Erwartung, dass sich die Jüngeren gegenüber „dem Alter“ respektvoll und unterstützend verhalten sollten. Ihrer Meinung nach sollten Kinder und Jugendliche bereits in diesem Sinne erzogen werden. Erstaunt zeigen sie sich zum Teil, dass auf ein derart respektvolles Verhalten gegenüber Älteren ihrem Eindruck nach bei deutschen Kindern und Jugendlichen und in deutschen Familien weniger Wert gelegt wird.

Bei Fragen zur Gesundheit sehen sich ältere Migrant/innen innerhalb ihrer Familien teilweise in einer ratgebenden Rolle. Gerade in Bezug auf die Gesundheit ist es ihnen wichtig, ihre Erfahrungen und ihre Erlebnisse mit ihren Familien zu teilen. So geht eine Interviewpartnerin davon aus, dass ihre Familie an ihrem Rat interessiert ist und auch darauf hört. Die Erfahrung *„würden sie nicht irgendeine Ecke hinschmeißen.“* (Zg1, Z. 541-542) Mitunter sehen die Gesprächspartner/innen ihre Rolle als innerfamiliäre Ratgeber/innen aber auch zurückhaltender. *„Auf die jüngere Generation brauchen wir nicht so viele Sorgen zu machen“* (V1, Z. 1367), weil sie gut ausgebildet und informiert sei und keine Ratschläge benötige.

Herkunftsübergreifend wird berichtet, dass gesundheitsbezogene Fragen, z. B. zu Unterstützungsbedarfen bei gesundheitlichen Problemen, im Allgemeinen zunächst innerhalb der Familien besprochen werden. In arabischen und türkeistämmigen Familien nimmt das Familienoberhaupt, nach Aussagen in Expertengesprächen und Fokusgruppen, dabei häufig die zentrale Rolle ein, wenn es um wichtige Entscheidungen geht. Beispielhaft wird hier die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bei Pflegebedarf oder psychischen Erkrankungen genannt. Allerdings wird in diesem Zusammenhang ein oft unzureichendes Gesundheitswissen innerhalb der Familien problematisiert. Das bezieht sich auf die Funktionsweise eines häufig als unübersichtlich

wahrgenommenen deutschen Gesundheitssystem genau so wie auf Kenntnisse zu gesundheitlicher Prävention, Vorsorgeuntersuchungen, Krankheitsbildern sowie kurativen und pflegerischen Möglichkeiten. Selbst wenn innerhalb der Familien Informationen darüber fehlen, welche Formen der Hilfe und Unterstützung überhaupt möglich und sinnvoll sind, verlässt man sich in einigen Familien dennoch lieber auf Verwandte und nutzt nur selten offizielle Beratungs- oder Unterstützungsangebote: *„Weil die Probleme gehören nicht den anderen.“* (Exp1, Z. 767) Durch diese Verhaltensweise besteht die Gefahr, dass innerhalb der Familien und in den jeweiligen Communities Halbwissen und Missverständnisse kursieren oder notwendige Behandlungen nicht erfolgen.

Trotz oder gerade wegen eines traditionell oft sehr guten Zusammenhalts innerhalb der Familien, können Familien- und Kulturkonflikte ältere Migrant/innen sehr belasten. In manchen Gesprächen wird der Konflikt deutlich, wenn sich die älteren Migrant/innen für ihre Kinder und deren Leben in Deutschland nur das Beste wünschen und gleichzeitig eine zu starke Anpassung ihrer Kinder an die deutschen Gepflogenheiten befürchten. Dabei besteht die Sorge, dass zu sehr angepasste und assimilierte Kinder beginnen, sich zu „deutsch“ zu verhalten und sich nicht mehr (genug) um ihre Eltern kümmern. Über Rollen-, Generationen- und Kulturkonflikte innerhalb der Familien sprechen z. B. die älteren vietnamesischen und russischsprachigen Interviewpartner/innen. *„Das Familienleben funktioniert nicht. [...] Es gibt Streitigkeiten.“* (Exp7, Z. 550-551) Sie beschreiben, dass traditionelle Erwartungen der älteren Generationen nicht mehr ohne weiteres zu den Lebensvorstellungen einer in Deutschland aufgewachsenen und integrierten jüngeren Generation passen. *„Die Kinder denken manchmal anders als die Eltern.“* (ZG2, Z. 579) Daraus können für alle Beteiligten große Belastungen und Enttäuschungen resultieren. Eine andere, ebenfalls belastende Perspektive auf die nachfolgenden Generationen berichten russischsprachige Interviewpartner/innen. Sie beschreiben die teilweise aufgetretenen Integrationsprobleme der Kinder und Enkelkinder nach der Ankunft in Deutschland. Wenn die nachfolgende Generation in Deutschland nicht richtig Fuß fassen konnte, war dies innerhalb der Familien häufig mit großen Enttäuschungen und innerfamiliären Vorwürfen verbunden.

Soziale Beziehungen außerhalb der Familien als Einflussfaktor auf die Gesundheit

Hinsichtlich der außerfamiliären sozialen Beziehungen betonen die Expert/innen und die Teilnehmenden in den Fokusgruppen für alle in dieser Studie betrachteten migrantischen Communities die große Bedeutung der sozialen Vernetzung mit der Nachbarschaft und mit Bekannten gleicher Herkunft. Gerade diejenigen, die nicht gut deutsch sprechen, suchen und pflegen die Gemeinschaft und den nachbarschaftlichen Austausch innerhalb der eigenen Community.

Teilnehmende sowie einige Expert/innen berichten von einem starken Zusammenhalt und guter Unterstützung durch Freunde und Vereine innerhalb der arabisch- und türkischsprachigen Communities. *„Es ist [...] irgendwie [der] Bekanntenkreis: ‚Ich habe das und das gehabt, was hat dir geholfen?‘“* (T1-W1, Z. 625-626) Oft bestehen enge Beziehungen zu anderen Familien mit gleicher Migrationsgeschichte. Russischsprachige Ältere in Lichtenberg treffen, den Fokusgruppen und Expertengesprächen zufolge, ihre Bekannten in den russischen Geschäften, im Super-

markt oder bei der Post. Eine wichtige Rolle spielt für manche von ihnen die Möglichkeit, sich in Stadtteilzentren oder auch im öffentlichen Raum begegnen zu können. Gerne genutzt werden von ihnen dafür Bänke vor den Hauseingängen, „so wie in Russland üblich.“ (R1, Z. 63-65) Große soziale Netzwerke, deren Beziehungen häufig auf ausgeprägter Reziprozität beruhen, werden auch innerhalb der vietnamesischen Community gepflegt. Berichtet wird von kulturellen Aktivitäten in zahlreichen Landsmannschaften (entsprechend der Herkunftsregionen), Vereinen und selbstorganisierten Gruppen.

Der Kontakt zu den deutschen Nachbar/innen wird insbesondere von den arabischen, türkischen und vietnamesischen Älteren als schwierig wahrgenommen. Die türkischen Älteren in den Fokusgruppen nehmen für sich in Anspruch, nicht nur untereinander, sondern auch gegenüber Fremden, bspw. Deutschen, wenige Berührungspunkte zu haben, ein aus ihrer Sicht typisches Merkmal türkischer Kultur. Teilweise wird der Eindruck geäußert, viele Deutsche hätten eine andere Mentalität und Vorbehalte gegen sie als Migrant/innen. „Die Deutschen haben Angst, wir nehmen den[en das] Brot weg.“ (Zg1, Z. 264) Gleichzeitig werden gute Kontakte zu Deutschen geschätzt, bspw. zu ehemaligen Kolleg/innen. Das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben kann den Verlust dieser Kontakte (und damit zu deutschen Bekannten insgesamt) nach sich ziehen. Damit geht oftmals nicht nur eine wichtige soziale Bindung an die deutsche Gesellschaft, sondern unter Umständen auch eine wichtige informelle Schnittstelle zum deutschen Gesundheitssystem verloren.

4.1.3 Querschnittsthema: Seelische Belastungen und psychische Erkrankungen

Die Teilnehmer/innen der Fokusgruppen beschreiben zahlreiche psychische Belastungen, denen sie ausgesetzt waren und teilweise noch sind, und die zur Entstehung von psychischen Erkrankungen beitragen können. Einige dieser Belastungen wurden bereits in den letzten Abschnitten beschrieben. Angesprochen werden in den Fokusgruppen in Bezug auf die familiären Verhältnisse weitere schwierige und für die seelische Gesundheit belastende Folgen der Migration und des Integrationsprozesses. So verweisen vor allem türkische und vietnamesische Ältere auf die langen Zeiten der Trennung von ihren Familien während der ersten Phase der Arbeitsmigration. Teilweise haben sich die Familien über die Entfernung, die Dauer der Trennung und die kulturellen Unterschiede zwischen dem Heimatland und Deutschland so auseinandergeliebt, dass die späteren Familienzusammenführungen konfliktreich verlaufen und Ehen daran zerbrochen sind. „Aber diese Menschen [...] haben auch sehr viel psychische[s] Leid. Weil [sie] Sehnsucht [haben]. [...] Viele haben [damals] ihre Kinder verlassen, ihre Eltern verlassen und [...] ein hartes Leben hier [geführt]. [...] Wie kaputt diese Menschen dann waren.“ (T2-W2, Z. 443-445)

Psychische Erkrankungen und seelische Belastungen werden nach Einschätzungen aus den Expertengesprächen vor allem in arabischen und vietnamesischen Familien bisher eher ignoriert und tabuisiert. So wird zum Beispiel in der vietnamesischen Community nur zwischen körperlicher Gesundheit und Krankheit unterschieden. Psychische Erkrankungen werden jenseits von Krankheit als „Verrücktsein“ bewertet. Wenn sie doch angesprochen werden, dann teilweise auch im Zusammenhang mit der Suche nach möglichen Schuldigen. So werden psychische Erkrankungen teilweise als göttliche Strafe für einen falschen Lebensstil angesehen. „Die Schuld-

frage (...) spielt schon nochmal eine Rolle [dafür], dass man nicht ganz so offen damit umgeht oder [schwer] darüber reden kann. (...) Jemand [hat] Schuld an [der] Erkrankung. (...) Als Strafe Gottes.“ (Exp5, Z. 516-521)

4.1.4 Querschnittsthema: Gender

In allen Experteninterviews und vielen Fokusgruppen werden Unterschiede zwischen den Geschlechtern beschrieben, die auch im Alter Auswirkungen auf die gesundheitliche Lage haben. So haben Frauen der ersten Generation von Arbeitsmigrant/innen, oftmals zu noch schlechteren Konditionen gearbeitet als die Männer und leiden im Alter unter entsprechenden Folgebelastungen. Manche Familien waren aber auch als traditionelle Hausfrauenehen organisiert, in denen die Frauen ausschließlich für die Kindererziehung und den Haushalt zuständig waren. Ähnlich wie in vergleichbaren deutschen Familien sind diese Frauen nach einer Scheidung oder Verwitwung häufig mit erheblichen finanziellen Einbußen konfrontiert.

Einsamkeit wird in den Fokusgruppen auch genderspezifisches Problem angesprochen. Nach einer Verwitwung, fällt das "Alleine-zurecht-kommen" ohne Partner/in oder Familie älteren Migrant/innen teilweise sehr schwer. Ältere Männer sind, vor allem nach einer Verwitwung, erheblichen Belastungen ausgesetzt, die sich nach Einschätzung einer Expertin (mit Bezug auf arabische Männer) von denen der verwitweten Frauen unterscheiden. Während letztere häufig durch die Beziehung zu ihren Kindern und die unveränderte Zuständigkeit für die Haushaltsführung getragen werden, sind die Männer vor allem in traditionell organisierten Familien mit einem Rollenverlust (als Ehemann) bei gleichzeitigen Anforderungen an die Alltagsorganisation konfrontiert. Sie haben es oft nicht gelernt den Haushalt zu führen. Zugleich sind ihre Beziehungen zu den Kindern oft nicht so eng und vertrauensvoll wie jene der Frauen. Allerdings ist für Frauen aufgrund der höheren Mortalität der Männer das Thema Vereinsamung im Alter meist relevanter, insbesondere wenn keine enge Bindung zu Kindern vorliegt. Unterstützung erfahren Frauen dann häufig durch soziale Netzwerke, die sie, den Aussagen in Expertengesprächen und Fokusgruppen zufolge, aktiver als ihre Männer aufbauen und pflegen.

4.2 Schwerpunkt „Selbsthilfe“

Im Umgang mit der Gesundheit und der gesundheitlichen Versorgung greifen die älteren Migrant/innen auf unterschiedliche Strategien und Möglichkeiten der Selbsthilfe zurück. Neben der Frage, welche Haltungen und Umgangsformen ältere Migrant/innen in Bezug auf ihre Gesundheit haben, stehen in den folgenden Abschnitten die direkten Ressourcen und Informationen, auf die sie zurückgreifen können, im Mittelpunkt. Insbesondere die sozialen Netzwerke der älteren Migrant/innen bieten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung die Möglichkeit sich zu Problemen, Bedarfen und Informationen auszutauschen und sich gegenseitig zu unterstützen.

4.2.1 Strategien gesundheitlicher Selbstsorge

Im Rahmen der Experteninterviews und Fokusgruppen machen die Gesprächspartner/innen darauf aufmerksam, dass ältere Migrant/innen, insbesondere, wenn sie aus strukturschwachen ländlichen Regionen stammen, es meist gewohnt sind, sich mit großer Eigenverantwortung um die eigene Gesundheit zu kümmern. Diese Strategie verfolgen sie auch in ihrem Alltag in Deutschland. Sich selber um die eigene Gesundheit zu kümmern, wird von ihnen teilweise auch als Verpflichtung gegenüber der (deutschen) Gesellschaft angesehen. In einer Fokusgruppe sind die vietnamesischen Teilnehmenden sogar der Meinung, dass (staatliche) Hilfe erst dann in Anspruch genommen werden sollte, wenn man sich nicht mehr selber helfen kann. Erst muss man ihrer Meinung nach „*ordentlich leben*“ (V2, Z. 82-83) und sollte nicht andere für die eigenen Probleme verantwortlich machen.

Dementsprechend wird bei Erkrankungen nicht unbedingt gleich eine ärztliche Behandlung angestrebt. Vor allem bei körperlichen Schmerzen wird teilweise zunächst eine Behandlung in Eigenregie mit Salben und Medikamenten durchgeführt: „*Wenn meine Hand weh tut, schmiere ich was drauf und dann ist wieder alles gut!*“ (V2-M1, Z. 174-179) Zurückgegriffen wird dabei auch auf in der Familie oder im Bekanntenkreis weitergegebene Rezepturen, etwa für Tees oder für das Inhalieren mit Kräutern. Teilweise lassen sie sich dafür „*irgendwelche Blätter*“ (Exp8, Z. 555) aus der Heimat schicken oder kaufen sie in speziellen Geschäften der jeweiligen Community in Berlin. Genutzt werden auch frei verkäufliche Gesundheitsprodukte, wie etwa Tees oder Nahrungsergänzungsmittel.

Trotz des Bemühens, sich zunächst um sich selbst zu kümmern, erkennen die Teilnehmenden in den Fokusgruppen aber an, dass ein Arztbesuch erfolgen muss, wenn eine „richtige“ Krankheit eingetreten ist. Ergänzend zu schulmedizinischen Behandlungen oder wenn sich gesundheitliche Beschwerden durch eine ärztliche Behandlung und die Schulmedizin nicht im gewünschten Sinne lindern lassen, werden von einigen Gesprächspartner/innen traditionelle Heilmethoden angewendet, wie Akupunktur, Massage oder traditionelle Gymnastik, sowie Hausmittel und überlieferte Verfahren, wie Schröpfen, Inhalieren oder das Aufkleben von Senfpflastern. Teilweise werden traditionelle Heilverfahren auch als inoffizielle Dienstleistungen praktiziert und angeboten. Innerhalb der Fokusgruppen wird darauf hingewiesen, dass die Menschen gerade in Situationen, in denen es ihnen schlecht geht, dazu neigen, mit naturheilkundlichen Verfahren nach dem vermeintlich letzten Strohalm zu greifen.

Krankheiten oder gesundheitliche Leiden werden in den Fokusgruppen auch mit dem seelischen Wohlbefinden in Verbindung gebracht. Für manche ist es in Hinblick auf die Genesung wichtig, Kraft aus ihrer Religion und ihrem Glauben zu gewinnen. Für andere werden gesundheitliche Leiden erträglicher, wenn es ihnen gelingt, sich von ihren Sorgen frei zu machen, fröhlich zu sein und viel zu lachen. Auch Aktivitäten wie Spaziergehen, Singen oder das Zusammensein mit anderen Menschen lassen nach Einschätzungen in den Fokusgruppen insbesondere seelische Belastungen erträglicher werden: „*Wenn ich den ganzen Tag zu Hause [bin, ist es] noch schlimmer.*“ (T2-W5, Z. 112)

Als gesundheitsfördernd sehen einige ältere Gesprächspartner/innen türkischer Herkunft Reisen ins Heimatland an. Dort kann man sich in der Gemeinschaft der Familie und mit alten Bekannten gut erholen. Manche Ältere türkischer oder vietnamesischer Herkunft berichten, dass sie sich zusätzlich zur Gesundheitsversorgung in Berlin auch in ihren Herkunftsländern ärztlich untersu-

chen lassen, beispielsweise während eines Urlaubs in der alten Heimat. Dabei holen sie bei Bedarf eine Zweitmeinung zu ärztlichen Entscheidungen oder Befunden bei Ärzt/innen ein, mit denen sie sich verständigen können. Dies geschieht zum Teil auch, weil der Eindruck besteht, dass es bei der medizinischen Versorgung in Deutschland vor allem um eine Diagnostik mit Hilfe der Gerätemedizin geht und der Mensch als Ganzes zu selten in den Blick genommen wird. Den Ärzt/innen in der Heimat wird auf Grund ihrer praktischen Erfahrung teilweise eher zugetraut, mit weniger technischen Hilfsmitteln, als sie Mediziner/innen in Deutschland zur Verfügung stehen, zu manchmal besseren oder anderen Diagnosen zu kommen: „Also er guckt [dir] nur in Augen und sagt [dir], was du hast.“ (R2-M1, Z. 159)

Zugleich wird aber darauf hingewiesen, dass das Gesundheitssystem (hier bezogen auf die Türkei und Vietnam) in keinem guten (technischen, personellen) Zustand ist. Manche Gesprächspartner/innen nutzen es daher lediglich im Notfall. Ältere Migrant/innen, die aus arabischen Ländern oder der ehemaligen Sowjetunion stammen, berichten kaum von Fahrten in ihre ehemalige Heimat. Insbesondere die Älteren arabischer Herkunft, denen diese Reisen aufgrund von Bürgerkriegen oder politischer Verfolgung häufig grundsätzlich nicht möglich sind, geben dafür häufig an, muttersprachliche Ärzt/innen in Berlin aufzusuchen.

4.2.2 Gesundheitliche Prävention

Gesundheitliche Prävention wird in den Fokusgruppen vor allem mit einer gesunden Lebensweise und mit als gesundheitsförderlich eingeschätzten Alltags- und Freizeitaktivitäten in Verbindung gebracht. Dabei wird auf die richtige Ernährung, ausreichend Schlaf, Entspannung und eine positive Lebenseinstellung verwiesen: „Wir stehen morgen[s] früh auf und sagen: ‘Wir sind gesund.’“ (R1, Z. 11-25). Auch den Alltag strukturierende Rituale, wie geregelte Essenszeiten, Aufräumen oder feste Zeiten für Aktivitäten, werden als förderlich für die eigene Gesundheit eingeschätzt. Als gesundheitsschädlich werden vor allem der sorglose Konsum von Alkohol und Zigaretten und von manchen auch von Kaffee oder Tee bezeichnet.

Sehr unterschiedliche und teilweise auch widersprüchliche Standpunkte beziehen die Teilnehmenden in den Fokusgruppen zum Thema der gesunden Ernährung. So wird die Ernährung von vielen übereinstimmend dann als gesund angesehen, wenn wenig Fleisch und Fett und stattdessen Gemüse, Kräuter und Knoblauch verwendet werden. Dem steht die Vorstellung einer Teilnehmerin gegenüber, dass eine fettreiche und fleischhaltige Ernährung wichtig sei, da Deutschland ein „kaltes Land“ (ZG1, Z. 583) ist, man sich durch eine entsprechende Ernährung schützen muss und der Körper die für ihn notwendigen Reserven anlegen sollte. Positive Effekte auf die Gesundheit werden selbst gekochten und nach traditionellen Rezepten zubereiteten Speisen nachgesagt. Fertigprodukte haben dagegen einen schlechten Ruf und werden als sehr ungesund angesehen. In mehreren Fokusgruppen wird die Meinung vertreten, dass (andere) ältere Migrant/innen, nur geringe Kenntnisse von gesunder Ernährung hätten und sich ungesund ernähren würden (zu große Portionen, zu fettreiches Essen, zu viele Kohlehydrate).

Die älteren Gesprächspartner/innen, die an dieser Studie teilnehmen, treiben zu einem großen Teil Sport, nehmen an Bewegungsangeboten teil oder führen zumindest privat gymnastische Übungen durch und gehen spazieren. Körperliche und sportliche Aktivitäten sind aus ihrer Sicht

zur Erhaltung der Gesundheit im Alter wichtig. Trotzdem wird die Einschätzung geäußert, Sport sei aus Sicht vieler älterer Migrant/innen eher etwas für jüngere Menschen.

4.2.3 Informelle (Selbsthilfe-)Strukturen

Familie

Gibt es eine Familie vor Ort, steht sie nach Einschätzung der Expert/innen und der Teilnehmenden der Fokusgruppen als zentrale und verlässliche Unterstützungsstruktur an erster Stelle. Da es den Älteren ihrer eigenen Einschätzung nach manchmal schwer fällt die (schnelle) Gegenwart zu verstehen, ist es aus ihrer Sicht gut, wenn die Kinder ihnen erklärend und helfend zur Seite stehen. Insbesondere von jenen Angehörigen, die im Berliner Gesundheitssystem tätig sind, werden Hilfe und Unterstützung bei gesundheitsbezogenen Themen gerne in Anspruch genommen. Auch mit Familienangehörigen in der Heimat sprechen viele, meist telefonisch, regelmäßig über den eigenen Gesundheitszustand. Über die Entfernung wird eine Unterstützung aber nicht unbedingt erwartet.

In den Expertengesprächen und Fokusgruppen werden zahlreiche Hinweise auf familiäre Unterstützungsstrukturen gegeben, auch wenn einige Expert/innen vermuten, dass Probleme der Alltagsbewältigung von den Älteren aus Stolz oder um den Kindern nicht zur Last zu fallen teilweise nicht angesprochen werden. Jüngere Familienangehörige (Kinder, Enkelkinder) unterstützen die Älteren häufig bei der Suche nach Informationen (z. B. im Internet) oder bei der Vereinbarung von Terminen. Sie begleiten sie zu Beratungsgesprächen und ärztlichen Behandlungen, in denen sie u. a. übersetzen. Seitens einiger älterer Gesprächspartner/innen wird die Erwartung geäußert, dass die jüngeren Angehörigen sich besser mit den Ärzt/innen verständigen und die „richtigen Fragen“ stellen können. Bei längeren stationären Aufenthalten ist es, nach Aussage der Expert/innen und in den Fokusgruppen, insbesondere in vielen muslimischen Familien üblich, die Angehörigen regelmäßig mit Speisen zu versorgen und mit ihnen den Tag zu verbringen.

Zwischen den Generationen werden neben instrumentellen auch materielle, vor allem finanzielle Unterstützungen geleistet. Diese erfolgen sowohl von (in der deutschen Gesellschaft aufgestiegenen) Kindern an ihre Eltern, die mit einer geringen Rente ihren Lebensalltag nicht finanzieren können, als auch von älteren Menschen an ihre Kinder oder Familien im Herkunftsland. Sowohl in Expertengesprächen als auch in Fokusgruppen wird berichtet, dass beispielweise Familien in der ehemaligen Sowjetunion und in Vietnam von den in Deutschland lebenden Rentner/innen teilweise eine regelmäßige Unterstützung erwarten.

Die Pflegeverantwortung für die Älteren wird bei den in dieser Studie untersuchten migrantischen Communities häufig innerhalb der Familien gesehen. Im Pflegefall versuchen die Kinder ihre Eltern so gut es geht zu versorgen. *„Die Kinder versorgen die Eltern. Versuchen es. Die versuchen es.“* (ZG2, Z. 212-213) Dafür wird bei der Bewilligung eines Pflegegrads, den Expert/innen zufolge, üblicherweise Pflegegeld in Anspruch genommen. Vor allem die Körperpflege durch fremde Menschen wird häufig abgelehnt. Nach dem Eindruck einer russischsprachigen Gesprächspartner/in werden ambulante Pflegedienste nur ungerne, und am ehesten, wenn die Pflegebedürftigen schon überwiegend bettlägerig sind, mit in die Pflege einbezogen. Noch seltener erfolgt ein Umzug in eine stationäre Einrichtung.

Insbesondere bei arabischen und türkischen Familien besteht, nach Aussagen von Expert/innen und in Fokusgruppen, die Sorge, dass es ein schlechtes Licht auf die Familie wirft und in der Nachbarschaft kritisch gesehen wird, wenn ein externer Pflegedienst zur Unterstützung in die Familie kommt. Aufweichen könnten diese Sichtweisen, aus Sicht einer Expertin, gegebenenfalls Einschätzungen oder vorbildliches Verhalten von Respektpersonen, die aus der jeweiligen Community stammen. Häufig kann der hohe Anspruch der alleinigen Pflegeverantwortung nicht immer durchgehalten werden und so finden sich in der Praxis doch unterschiedliche Kombinationen aus ambulanter und familiärer Pflege. Teilweise wird die Pflege lieber privat finanziert und die Unterstützung durch Verwandte oder Bekannte organisiert, anstatt Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen. Bei dieser privat organisierten Pflege werden auch Unprofessionalität und Versorgungsmängel nicht wahr- oder in Kauf genommen.

Interessanterweise gehen aber vor allem die weiblichen Gesprächspartner/innen herkunftsländerübergreifend davon aus, dass sie im Falle einer Pflegebedürftigkeit nicht von ihren Kindern gepflegt würden, bzw. lehnen sie es ab, die häusliche Pflege von ihren Kindern einzufordern. Sie begründen das u. a. damit, ihre Kinder nicht übermäßig belasten oder ihren Kindern ihre eigenen Erfahrungen mit häuslicher Pflege ersparen zu wollen.

Freunde, Bekannte und Nachbarschaft

Die Beziehungsnetzwerke spielen vor allem im Alltag eine wichtige und selbstverständliche Rolle. Sie dienen neben dem Austausch von Informationen oft auch der praktischen Hilfestellung, wenn etwa alleinstehende Nachbar/innen mit Mahlzeiten versorgt. Einige Gesprächspartner/innen berichten, dass es in manchen sozialen Netzwerken üblich sei, verschreibungspflichtige Medikamente, die sich bewährt haben, an Bekannte weiterzugeben. „*Da hat [...] jemand [...] ein Medikament gehabt [und sagt:] ‚Hier da hast du mal.‘*“ (T1-W1, Z. 626-627)

Umfassende Unterstützungsleistungen durch Bekannte, beispielsweise Begleitungen zu Beratungsstellen oder Ärzt/innen und insbesondere regelmäßige Unterstützung bei der Pflege, werden teilweise finanziell entlohnt. Hiervon wird vor allem in der vietnamesischen Community berichtet. In Bezug auf die vietnamesischen Beziehungsnetzwerke verweisen die Expert/innen auf eine sehr aktiv betriebene Pflege der sozialen Beziehungen, die meist reziprok angelegt sind. Es wird streng darauf geachtet, weder persönlich ausgenutzt zu werden, noch anderen etwas schuldig zu bleiben.

Für die arabischen und vietnamesischen Communities deuten die Expert/innen an, dass sich die sozialen Kontakte und Beziehungen außerhalb der Familien häufig in einer eher distanzierteren, formelleren Form gestalten. Eine Vertrauensbasis, die es erlaubt auch als sehr intim angesehene gesundheitliche oder familiäre Probleme zu besprechen, entstehe nur selten. So sei es, nach der Aussage in einem Expertengespräch, beispielsweise in der vietnamesischen Community nicht verbreitet, Ältere, die nicht zur eigenen Familie gehören, privat in ihrem Haushalt aufzusuchen.

Im Zusammenhang mit der Frage nach den sozialen Netzwerken und Beziehungen der älteren Migrant/innen zeigen sich auch Abgrenzungen innerhalb der Communities. Sie können auf der Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Volksgruppen, unterschiedlicher regionaler Herkunft oder der Zuordnung zu unterschiedlichen sozialen Milieus beruhen. So wird beispielsweise von einer

Expertin erwähnt, dass sich die Wohlhabenden innerhalb der arabischen Community gegenüber den ärmeren Familien abgrenzen, weil sie nicht mit ihnen gleichgesetzt werden wollen. Andere, auf politischen Gründen basierende Abgrenzungen sind jene zwischen nord- und südvietnamesischen bzw. türkischen und kurdischen Migrant/innen, die in Berlin leben. Allgemein sind die von den Gesprächspartner/innen berichteten sozialen Netzwerke meist ethnisch homogen, deutsche Nachbar/innen zählen nicht oder nur am Rande dazu.

Dienstleistungen und Beratungen

In den meisten Expertengesprächen und Fokusgruppen wird von der Inanspruchnahme privater, muttersprachlicher Beratungsangebote und Gesundheitsdienste gegen Bezahlung berichtet. In einigen Experteninterviews und Fokusgruppen werden private, muttersprachliche Anbieter von Massagen oder Physiotherapien erwähnt, die parallel zu den „offiziellen“ Reha-Strukturen arbeiten. Genannt werden in diesem Zusammenhang neben gesundheitlichen Angeboten auch Dienstleistungen, wie die Unterstützung beim Ausfüllen von Formularen oder die Begleitung zu Behörden. Die Adressen dieser Anbieter werden in den migrantischen Communities per Mundpropaganda weitergegeben: *„Bei mir [ist es] auch so, wenn ich [ein] Papier zu Ausfüllen bekomme, ich verstehe nicht alles. Aber wenn ich [zu] so [einem] Büro oder so gehe, sie erklären [...] besser und schneller als lesen.“* (A1, 288-289)

Einen Ort der Gesundheitsversorgung für die vietnamesische Community stellt, nach Aussagen sowohl von Expert/innen als auch von Teilnehmenden der Fokusgruppen, das Dong Xuan Center in Lichtenberg dar. Hier werden zahlreiche Gesundheitsdienstleistungen angeboten, wie Akupunktur, Behandlungen durch Heilpraktiker/innen und Beratungen zu Gesundheitsthemen. Diese Angebote werden von Migrant/innen vietnamesischer Herkunft gut angenommen: *„Man geht [dort] hin. Man kennt [es].“* (V1, Z. 619) Allerdings werden informelle Dienstleistungen sowohl in den Experteninterviews als auch in den Fokusgruppen kritisiert, weil sie keiner Kontrolle unterliegen. Auch die Qualität von privaten „Beratungsfirmen“, die sich in Neukölln angesiedelt haben und türkeistämmige und arabische Migrant/innen zu Rechts- und Versicherungsfragen beraten, wird in einem Expertengespräch thematisiert und deren Seriosität angezweifelt.

4.2.4 Formelle (Selbsthilfe-)strukturen

Nachbarschafts- und Stadtteilzentren, das Quartiersmanagement oder auch sozial engagierte Vereine können nach Meinung der Expert/innen eine wichtige Rolle für die Förderung und Stärkung von sozialen Beziehungen und Netzwerken älterer Migrant/innen spielen und als Schnittstelle zwischen informellen und formellen Selbsthilfestrukturen dienen.

Innerhalb der muslimischen Communities ist es nach Aussage der Expert/innen üblich, dass sich Kultur- und Moscheevereine um Ältere kümmern, Veranstaltungen und Gruppen organisieren und Ältere gegebenenfalls auch zu Hause aufsuchen, um Hilfe anzubieten. Russischsprachige ältere Menschen in Lichtenberg treffen sich beispielsweise im Nachbarschaftszentrum „Kiezspinne“ regelmäßig zum Tee und Austausch über Gesundheitsthemen. Ehemalige vietnamesische Vertragsarbeiter/innen pflegen ihre sozialen Beziehungen unter anderem in Sportgruppen, Kulturvereinen, Veteranengruppen oder Landsmannschaften.

Da es für professionelle Akteure oft schwer ist, Zugang zu den älteren Migrant/innen zu finden, spielen ehrenamtlich engagierte ältere Migrant/innen oft eine wichtige Rolle. Als geachtete Vertrauenspersonen können sie Multiplikator/innen in die informellen sozialen Strukturen hinein sein und dort die Vernetzung stärken. Dementsprechend wird in der Stadtteilarbeit teilweise versucht, solche Multiplikator/innen einzubinden, um mit ihnen zusammen geeignete zielgruppenspezifische Angebote zu entwickeln und soziale und gesundheitliche Selbsthilfegruppen aufzubauen. Insgesamt schätzen die Expert/innen die bisherige Unterstützung beim Aufbau solcher gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen als nicht ausreichend, so dass deren Potenzial nicht ausgeschöpft wird.

Ähnlich, wie ehrenamtlich engagierte Multiplikator/innen können nach Ansicht der Expert/innen auch Sprach- und Kulturmittler/innen im Zusammenhang mit der Beratungsarbeit eine wichtige Rolle einnehmen. Angedockt sind sie in den Bezirken Neukölln und Lichtenberg entweder an die Stadtteil- und Gemeinwesenarbeit (Integrationslots/innen), direkt bei Beratungsinstitutionen, wie den Pflegestützpunkten (Brückenbauer/innen) oder bei berlinweit tätigen Institutionen (Gemeindedolmetschdienst von Gesundheit Berlin Brandenburg).

Insbesondere beim Ausfüllen von Formularen oder der Begleitung zu Ämtern oder anderen Institutionen können Sprach- und Kulturmittler/innen mit ihren Sprachkenntnissen, ihren Erfahrungen aus der eigenen Zuwanderungsgeschichte und ihrem Wissen zu kulturellen Gepflogenheiten und Umgangsformen für die älteren Menschen mit Migrationshintergrund eine wichtige Stütze sein. Aus institutioneller Sicht sind Sprach- und Kulturmittler/innen vor allem deshalb hilfreich, weil sie den Zugang zu ältere Migrant/innen schaffen, die von Beratungseinrichtungen bisher nur sehr schlecht erreicht werden. Beratungsstellen, wie die Pflegestützpunkte oder die unabhängige Patientenberatung, sind den älteren Migrant/innen häufig nicht bekannt. Von Seiten der Expert/innen wird an dem Einsatz von Sprach- und Kulturmittler/innen aber auch Kritik geübt, wenn es sich bei ihnen nicht um gut ausgebildete Fachkräfte handelt. Mit dem Einsatz von semi-professionellen Kräften besteht die Gefahr, dass vor dem Hintergrund fehlenden Fachwissens zwar gut gemeinte, aber falsche Informationen weitergegeben werden.

Trotzdem kann der Einsatz von Sprachmittler/innen oder Integrationslots/innen eine hilfreiche Brücke in die Systeme schlagen. Allerdings wird in einem Expertengespräch auch auf ein weiteres Problem bei ihrem Einsatz – neben ihren teils fehlenden Kompetenzen – hingewiesen. Sie stammen häufig aus der gleichen ethnischen Community wie die älteren Migrant/innen. Nach Erfahrung der Expertin besteht daher insbesondere in sehr kleinen ethnischen Communities die Sorge, dass sensible Themen, wie psychische Erkrankungen oder familiäre Probleme, durch die Mittler/innen und Lots/innen in den eigenen sozialen Netzwerken publik werden. Diese Bedenken können dazu führen, dass schambesetzte Themen nicht angesprochen werden,

4.2.5 Informationsbeschaffung

Als wichtigste Quelle für gesundheitliche Informationen sehen insbesondere die arabischen, türkischen und vietnamesischen Älteren die Ärzt/innen an. Von ihnen wird Hilfe erwartet und den von ihnen gegebenen Informationen wird zumeist uneingeschränkt vertraut. Daher besteht der Wunsch, sowohl von Seiten der Expert/innen als auch in den Fokusgruppen, dass sich Ärzt/innen nicht nur auf die unmittelbare individuelle Diagnostik und Behandlung beschränken,

sondern sich in anderen Formaten noch stärker als wichtige Multiplikator/innen für Gesundheitsinformationen einbringen. So werden nach dem Eindruck der Expert/innen Informationsveranstaltungen bei denen (hoch angesehene, da studierte) Ärzt/innen oder auch Rechtsanwält/innen in der jeweiligen Muttersprache zu Gesundheits- oder Rechtsthemen referieren von den älteren Migrant/innen sehr geschätzt und gut angenommen.

Neben den Informationen aus der Ärzteschaft spielen nach Ansicht der Expert/innen und der Teilnehmer/innen die weiter oben beschriebenen informelle Netzwerke und die darüber betriebene Mund-zu-Mund-Propaganda für ältere Migrant/innen eine bedeutende und praktische Rolle beim Zugang zu Gesundheitsinformationen. Häufig wird den auf diesem Wege weitergegebenen Informationen relativ blind und ohne sie zu überprüfen vertraut. Sachlich falsche Informationen zum Leistungsspektrum des Gesundheitssystems und zu medizinischen Behandlungsmöglichkeiten können nach Ansicht der Expert/innen zu falschen Erwartungen führen oder einer Inanspruchnahme von Leistungen sogar entgegenstehen. Nicht zu überschauen ist für ältere Migrant/innen in den informellen Netzwerken oft die Vielfalt von zirkulierenden Informationen. So stellt ein Interviewpartner fest, „*jeder sagt etwas Verschiedenes*“ (A1, Z. 116), wenn er seine Bekannten zu gesundheitlichen Angeboten oder Unterstützungsmöglichkeiten befragt.

Die Informationen der Mund-zu-Mund-Propaganda vermischen sich oft mit Informationen aus vermeintlich sicheren Quellen, wie dem Radio und Fernsehen, dem Internet oder Informationen aus unterschiedlichen Printprodukten. Muttersprachliche Informationen werden über Radio, Fernsehen und das Internet, zumeist direkt aus den Heimatländern, empfangen. In den Fokusgruppen mit russischsprachigen Älteren wird beispielsweise auf eine beliebte, über Satellit empfangbare Gesundheitssendung eines russischen Arztes im Abendprogramm des russischen Fernsehens verwiesen. Neben den per Satellit empfangenen und von allen Zielgruppen genutzten Radio- und Fernsehsendern nennen einzelne Gesprächspartner/innen auch multikulturelle Sender aus Deutschland als Informationsquellen, wie das deutsch-türkisch-sprachige „Radio Metropol“ und das regelmäßig in unterschiedlichen Sprachen sendende „Radio Cosmos“ des Westdeutschen Rundfunks. Im Internet werden neben Suchmaschinen oder Social Media auch spezielle Angebote wie etwa der in arabischer Sprache produzierte Kanal „Meie TV“ (Middle East in Europe) genutzt.

Neben diesen Medien werden Printprodukte als wichtige Informationsquellen benannt. Schriftliche Informationen, die Flyern, Broschüren oder Zeitschriften entnommen werden können, werden gegenüber der Mund-zu-Mund-Propaganda als vertrauenswürdiger eingeschätzt. Der große Vorteil solcher Informationen wird darin gesehen, dass man sie schwarz auf weiß hat, sie Zuhause in Ruhe lesen und auch den Kindern zeigen kann. Allerdings besteht bei den Expert/innen und in den Fokusgruppen der Eindruck, dass sich die Älteren teilweise nicht genug Zeit zum Lesen nehmen, deutsche Texte nicht gut verstehen oder gar nicht lesen können. Daher erreichen die Printprodukte die älteren Migrantinnen in unterschiedlichem Ausmaß. In der Muttersprache verfasste Texte werden teilweise leichter angenommen und ihnen wird oftmals auch mehr Vertrauen geschenkt. Manche Teilnehmer/innen berichten von kostenlos in Geschäften und Einrichtungen der jeweiligen Communities ausliegenden muttersprachlichen Zeitungen, Zeitschriften und Broschüren. Beispielhaft für solche Produkte, die teilweise auch Gesundheitsinformationen und Übersichten zu medizinischen Angeboten enthalten, werden die russischsprachige Zeitschrift „Russki Berlin“ oder die arabischsprachige Zeitschrift „DALIL“ genannt.

4.2.6 Querschnittsthema: Seelische Belastungen und psychische Erkrankungen

Im Gegensatz zu körperlichen Krankheiten wird über psychische Erkrankungen oder Suchterkrankungen nach Ansicht der Expert/innen innerhalb der Communities sehr wenig gesprochen. Gründe hierfür sind Scham oder Sorge sein Ansehen zu verlieren. Psychische Erkrankungen älterer Menschen werden teilweise ebenso wie Demenz als Alterserkrankungen wahrgenommen: *„Der Mensch ist älter geworden, deshalb funktioniert der Kopf nicht mehr so.“* (ZG2, 771-772). So lange es möglich ist, werden psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen in den Familien „gehalten“. Damit werden präventive oder im Frühstadium eingreifende Behandlungen verhindert. Häufig wird erst, wenn die Familien mit entsprechenden Erkrankungen überfordert sind, nach professioneller Hilfe gesucht und diese auch angenommen. Aus Sicht der Expert/innen sind daher bei diesem Thema noch zahlreiche Vorurteile abzubauen. Sinnvoll könnte, vor allem in Hinblick auf dementielle Erkrankungen, aus Sicht einiger älterer Gesprächspartner/innen auch eine bessere Aufklärung von jüngeren Menschen sein mit dem Ziel, dementiell erkrankten Menschen mit mehr Verständnis und Empathie zu begegnen.

4.2.7 Querschnittsthema: Gender

Die Expert/innen sehen bei den Frauen eine größere Bereitschaft, für die eigene Gesundheit zu sorgen. Sie nehmen sich mehr Zeit für ihre Gesundheit, suchen eher ärztliche Hilfe, als die Männer und gehen auch offensiver mit seelischen Belastungen und psychischen Erkrankungen um. *„Männer gehen ja sowieso sehr wenig zum Arzt. [...] Das ist ja [das] Dilemma. Frauen [sagen] eher, ‚Mensch ich habe da und da Schmerzen und ich müsste mich da und da untersuchen lassen.‘ [Frauen] sind anders als die Männer. Männer warten bis zum Schluss.“* (ZG1, 556-558) Es besteht bei den Expert/innen und in den Fokusgruppen auch der Eindruck, dass sich Frauen häufiger über Gesundheitsthemen austauschen als Männer, und Gesundheitsinformationen untereinander schneller weitergeben. Den Männern aus allen untersuchten Migrationsgruppen wird hingegen nachgesagt, dass sie sich kaum aktiv um ihre Gesundheit oder die ihrer Angehörigen kümmern. Ältere Männer, so die überwiegende Einschätzung (auch der Männer selbst), interessieren sich nur wenig für Gesundheitsvorsorge, Prävention oder andere Gesundheitsthemen. Die russischsprachigen Männer seien „[ver]schlossen“ (R1-W2, Z. 973) und die vietnamesischen Männer seien „scheu“ (V1-M3, Z. 333), wenn es um ihre Gesundheit geht. Für die türkischen Männer sei Gesundheit kein wichtiges Thema.

In den Fokusgruppen beschreiben einige türkisch- und russischsprachige Männer das Modell der körperlichen Abhärtung als ihre Form der gesundheitlichen Prävention. So verweist ein türkischer Gesprächspartner beispielsweise darauf, dass er seine Gesundheit erhält, indem er bei Kälte bewusst keine Jacke trägt oder auch im Winter mit offenem Fenster Auto fährt. Mit der Zumutung solcher Härten gegen den eigenen Körper wird neben der Stärkung des Immunsystems auch versucht, einer vermeintlich drohenden „Verweichlichung“ durch die Lebensumstände innerhalb der modernen Gesellschaft entgegenzuwirken.

4.3 Schwerpunkt „Bestehende Angebote“

Im folgenden Abschnitt werden die im Rahmen der Experteninterviews und in den Fokusgruppen angesprochenen gesundheitsbezogenen Angebote für ältere Menschen mit Migrationshintergrund in den Bezirken Lichtenberg und Neukölln vorgestellt. Betrachtet werden dabei die vier Handlungsfelder „Prävention“, „Medizinische Gesundheitsversorgung“, „Rehabilitation“ und „Pflege“ und zusätzlich die Querschnittsthemen „Angebote für Migrant/innen mit psychischen Erkrankungen“ und „Geschlechtsspezifische Angebote“.

4.3.1 Handlungsfeld „Prävention“

In den Einrichtungen, in denen einige Expert/innen angestellt sind, finden einzelne präventive Angebote statt, die nach Aussage der Gesprächspartner/innen unterschiedlich nachgefragt werden. Berichtet wird von Selbsthilfegruppen (Diabetes und Rückenschmerzen) und Yoga für arabische Frauen sowie von Gesprächsgruppen für türkische Männer und Frauen in Neukölln, von Gedächtnistraining für russischsprachige Ältere in der Kiezspinne (Lichtenberg) oder Achtsamkeitstraining, Gesprächsgruppen oder Bewegungsangeboten für Vietnames/innen in Lichtenberg. Die Angebote sind teilweise altersübergreifend konzipiert. Diese Gruppen erfüllen über die körperliche gesundheitliche Prävention hinaus auch soziale Funktionen. Einzelne Teilnehmer/innen, die im Rahmen der Studie befragt wurden, bezeichnen ihre Gruppe beispielsweise als „*unsere Familie*“ (T2-W6, Z.928), in der sie sich in Sicherheit fühlen, oder erzählen, dass sie an ihrer Gruppe teilnehmen, um nicht einsam zu sein.

In der Selbsthilfegruppe „Diabetes“ kochen die Frauen gemeinsam und werden parallel zu gesunder Ernährung informiert. Dieses Angebot wird, einer Expertin zufolge, gut angenommen, im Gegensatz zu der Selbsthilfegruppe „Rückenschmerzen“. Sie vermutet einen Grund in dem fehlenden Verständnis der von Rückenleiden Betroffenen für die Notwendigkeit von anstrengenden, u. U. auch schmerzhaften Übungen. Das Konzept der Diabetes-Gruppe hingegen, das an Alltagspraktiken der Frauen (Kochen) anknüpft und das über gemeinsame Praxis Wissen zu gesunder Ernährung vermittelt, kann gut umgesetzt werden.

In mehreren Einrichtungen, bspw. der Kiezspinne, Al-Dar oder dem Verein der Vietnamesen e. V., werden bzw. wurden Vorträge durch muttersprachliche Ärzt/innen zu Gesundheitsthemen organisiert. Diese Veranstaltungen sind nach Aussage der Expert/innen ausgesprochen beliebt, unter anderem weil die Möglichkeit besteht, im Anschluss an die Vorträge Fragen „rund um Gesundheit“ an die Referent/innen zu stellen. Abhängig von den Ressourcen der Ärzt/innen und den Rahmenbedingungen finden diese Vorträge aber nur unregelmäßig statt oder wurden (Al-Dar) trotz guter Nachfrage ganz eingestellt.

Insbesondere Frauen der Zielgruppen nehmen nach eigener Aussage regelmäßig an Sport- und Bewegungsangeboten in Neukölln und Lichtenberg teil. Hingegen berichteten nur wenige der älteren Männer von organisierten sportlichen Aktivitäten. Mehrere Gesprächspartner/innen weisen darauf hin, dass vor allem muslimische Ältere (Männer und Frauen) nur selten Sport treiben, was nach ihrer Ansicht sowohl auf die Bedingungen der Sportangebote (gemischt geschlechtlich, männliche Anleiter, von außen einsehbare Räume) als auch auf ihr Altersbild („würdevolles Alter“) zurückgeführt werden kann.

Das Thema der gesundheitlichen Vorsorge und von Vorsorgeuntersuchungen wird vor allem in den Fokusgruppen mit vietnamstämmigen Älteren diskutiert. „*Viele sind auch sehr interessiert, Vorsorgeuntersuchungen zu machen.*“ (Exp7, Z. 276) Aus ihrer Sicht können regelmäßige Untersuchungen und Gesundheitschecks beim Arzt und im Krankenhaus dazu beitragen, dass Krankheiten und gesundheitliche Probleme sicher und rechtzeitig erkannt werden. Letztendlich braucht es für die Inanspruchnahme eines Vorsorgeangebotes ihrer Auffassung nach aber oft zusätzlich noch einen Anstoß aus der Familie oder „von außen“.

4.3.2 Handlungsfeld „Medizinische Gesundheitsversorgung“

Die Qualität des deutschen Gesundheitssystems wird von nahezu allen Gesprächspartner/innen hervorgehoben, insbesondere in Hinblick auf die technischen Möglichkeiten der Schulmedizin. In den meisten Experteninterviews und Fokusgruppen wird der schulmedizinischen Behandlung die zentrale Rolle für die gesundheitliche Versorgung zugeschrieben. Dabei wird häufig die Vorstellung geäußert, dass gesundheitliche Probleme, wenn eine ärztliche Behandlung in Anspruch genommen wird, dann zügig mit den richtigen Medikamenten und ggf. mit schnellen Antibiotikagaben geheilt werden sollten. In diesem Zusammenhang wird eine kritische Sicht auf eine medizinische Praxis deutlich, bei der dem Körper mehr Zeit zur Selbstheilung gelassen und seltener auf Antibiotika zurückgegriffen wird. Eine Expert/in hebt in diesem Zusammenhang eine häufig von ihren Klient/innen vorgebrachte Frage hervor: „*Warum geben sie uns nicht gleich Medizin?*“ (Exp1, Z. 383)

Ärzt/innen spielen in der Gesundheitsversorgung aus der Sicht der älteren Menschen mit Migrationshintergrund eine zentrale Rolle, sowohl als behandelnde und heilende Fachleute als auch als vermittelnde und informierende Schlüsselpersonen im „*Dschungel*“ (ZG2, Z. 39-43) des medizinischen Gesundheitssystems. Ihnen gebührt nahezu uneingeschränkter Respekt, allerdings werden an sie auch große Erwartungen gerichtet.

In Berlin gibt es inzwischen einige Ärzt/innen mit türkischem, arabischem oder russischem Migrationshintergrund, so dass, mit Ausnahme der vietnamesischen Älteren, die älteren Migrant/innen bei Bedarf eine ärztliche Behandlung in der Muttersprache suchen können. Einige Gesprächspartner/innen berichteten, dass sie ausschließlich oder teilweise muttersprachliche Ärzt/innen aufsuchen. Dabei orientieren sie sich nicht an Bezirksgrenzen, sondern nehmen auch weitere Wege in Kauf. Während es in Neukölln mehrere niedergelassene türkisch- oder arabischsprachige Ärzt/innen gibt, fahren russischsprachige Ältere für eine Behandlung in ihrer Muttersprache teilweise von Lichtenberg nach Spandau, wo sich mehr russischsprachige Ärzt/innen niedergelassen haben. Der Vorteil muttersprachlicher Ärzt/innen besteht einer Expertin zufolge für die älteren Migrant/innen nicht nur darin, dass sie sich mit ihnen verständigen können, häufig erhalten sie in den Gesprächen auch weiterführende Gesundheitsinformationen: „*Die Ärzte sind eine sehr wichtige Brücke zu der Gesundheitsversorgung.*“ (Exp.1, 357-358) Einige Teilnehmer/innen, vor allem jene mit vietnamesischer Herkunft, lassen sich von deutschen Ärzt/innen behandeln, auch wenn sie sich teilweise kaum auf Deutsch verständigen können.

Berichtet wird von einigen („*vier oder fünf*“ T1-W2, Z.1020) muslimischen Ärzten in Berlin, die bei der Behandlung der Patient/innen religiöse Regeln beachten und beispielsweise rituelle Waschungen vornehmen oder die Behandlung (und Berührung) von Frauen durch Gebete legitimie-

ren. Diese Ärzte werden nach Aussage von Gesprächspartner/innen von besonders gläubigen Patient/innen aufgesucht.

Grundsätzlich unterscheiden sich deutsche Ärzt/innen aus Sicht der Gesprächspartner/innen nicht von Ärzt/innen mit Migrationshintergrund, abgesehen davon, dass die Verständigung in der (gemeinsamen) Muttersprache leichter fällt. Der Generationenwechsel bei den Ärzt/innen mit Migrationshintergrund führt allerdings dazu, dass auch sie sich zunehmend nur auf Deutsch oder Englisch verständigen können. Die Verständigungsprobleme mit den Ärzt/innen werden von den älteren Menschen hingenommen und mit der Unterstützung von Familienangehörigen, Bekannten oder Angestellten in den Praxen bewältigt. Einer der älteren vietnamesischen Männer, der kein Deutsch spricht, berichtet, dass er sich alle wichtigen Informationen von seinem (deutschen) Arzt aufschreiben lässt, um sie sich später übersetzen zu lassen.

Deutliche Kritik üben mehrere Gesprächspartner/innen am Umgang der Ärzt/innen mit ihnen als Patient/innen. Sie werfen den Ärzt/innen vor, sich zu wenig Zeit für das Behandlungsgespräch zu nehmen, zu ökonomisch zu denken und sie zu wenig als Menschen zu sehen. Für viele Ärzt/innen gehe es „einfach nur um das Geldverdienen“ (T2-W6, Z. 1301). Ihnen wird unterstellt, Untersuchungen nicht durchzuführen, wenn sich damit kein Geld verdienen ließe. Andererseits wird das Verhältnis zwischen Ärzt/innen und ihren Patient/innen als eng beschrieben, es sei „eine der wichtigsten Beziehungen, so wie zwischen mir und meiner Mutter“ (T2-W8, Z. 1792-1793). Aus Sicht der russischsprachigen Gesprächspartner/innen zeichnen sich insbesondere die älteren russischsprachigen Ärzt/innen, die noch in der ehemaligen Sowjetunion ausgebildet worden sind, durch eine größere Zugewandtheit ihren Patient/innen gegenüber aus. Im Gegensatz zu deutschen oder auch jüngeren russischsprachigen Ärzt/innen würden sie sich mehr Zeit für ihre Patient/innen nehmen. Angesichts dieser Kritik ist es aus Sicht einiger Gesprächspartner/innen daher angeraten, in ein Krankenhaus zu gehen, wenn man "richtig" krank ist.

Krankenhäuser nehmen, neben den Ärzt/innen, eine weitere Schlüsselposition in der Gesundheitsversorgung der älteren Migrant/innen ein. In den Gesprächen wird ein großes Vertrauen in die Leistungsfähigkeit und Kompetenz der Krankenhäuser deutlich. „Im Krankenhaus [...] werde ich richtig untersucht.“ (ZG1, Z. 820-821) Soweit Erfahrungen mit Behandlungen in Krankenhäusern gesammelt worden sind, sind diese überwiegend positiv. Teilweise werden die Krankenhäuser mit Kliniken in den Herkunftsländern verglichen und in diesem Zusammenhang der hohe Standard der Versorgung in Deutschland betont.

Sowohl einige Expert/innen als auch die Gesprächspartner/innen in Lichtenberg heben die Angebote im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH), die sich gezielt an Menschen mit vietnamesischem Migrationshintergrund wenden, als besonders positiv hervor. Zu den Angeboten zählen eine „Knie-Sprechstunde“ und psychotherapeutische Angebote, wie die „Vietnam-Ambulanz“. Diese Angebote haben sich, den Expert/innen zufolge, schnell in der vietnamesischen Community herumgesprochen und werden gut angenommen. „Da kommen die Leute. Spricht sich ja auch rum.“ (Exp6, Z. 640) Im KEH arbeitet vietnamesisch-sprachiges Gesundheitspersonal, wie Ärzt/innen, Therapeut/innen, Sprachmittler/innen und eine Sozialarbeiterin. Nach Aussage einer Expertin treten die Patient/innen vietnamesischer Herkunft auch mit „Alltagsfragen“ an die Beschäftigten heran, etwa mit der Bitte um Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen oder Formularen. „Die kommen hierher und sind auch froh, dass wir da sind. Und

manche fragen auch nach, ob ich [ihnen] hier als Dolmetscherin [...] helfen [kann]. [...] Mal [einen] Antrag ausfüllen [für die] AOK [oder] von [anderen] Stelle[n].“ (Exp8, Z. 232-234)

Ein weiteres Krankenhaus, das wegen seiner Angebote für Migrant/innen positiv hervorgehoben wird, ist das Auguste-Viktoria-Klinikum in Schöneberg. Andere Krankenhäuser werden hingegen als wenig vertrauenswürdig und unterbesetzt kritisiert. Eine Expertin weist darauf hin, dass die Krankenhäuser ein Kontingent für die Sprachmittlung hätten, dieses aber häufig nicht ausschöpfen würden.

Aufgrund unterschiedlicher Zugangsbarrieren zur ärztlichen Versorgung (vgl. Abschnitt 4.4 ff.) dienen die Notaufnahmen der Krankenhäuser einigen Gesprächspartner/innen als Anlaufstellen für unterschiedliche gesundheitliche Beschwerden, auch jenseits akuter Notfälle. Die Vorteile der Notaufnahmen bestehen aus Sicht der älteren Migrant/innen darin, dass keine Termine per Telefon oder Email vereinbart werden müssen, eine Diagnose oder Behandlung sofort erfolgt und häufig sämtliche Untersuchungen in einem Haus durchgeführt werden können. *„Die haben ja alles. [...] Die nehmen gleich Blut ab, die messen den Blutdruck und die lassen gleich röntgen. [...] Beim Hausarzt hat man nicht diese Möglichkeiten. [Der] Hausarzt gibt mir die Überweisung [...] [und dann bekommt] man erst nach einem Monat [einen] Termin.“ (ZG1, Z. 829-833)* Zudem wird den Ärzt/innen an Krankenhäusern eine größere Fachkompetenz zugeschrieben. Lange Wartezeiten in den Notaufnahmestellen bilden vor diesem Hintergrund für die Gesprächspartner/innen ein geringes Übel.

Die meisten der Gesprächspartner/innen können von eigenen stationären Aufenthalten in Berliner Krankenhäusern berichten. Da sie überwiegend nicht über ausreichend gute deutsche Sprachkenntnisse verfügen, haben sie die Probleme in der Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal auf verschiedene Weise zu lösen versucht. Manche konnten auf die Hilfe ihrer Angehörigen oder Freund/innen zurückgreifen. Ein älterer vietnamesischer Mann versucht, immer im gleichen Krankenhaus behandelt zu werden, da er dort vietnamesisch-sprachige Mitarbeiter/innen kennt, die für ihn übersetzen können.

Während die gesundheitliche Versorgung in den Krankenhäusern überwiegend gelobt wird, sehen vor allem die muslimischen Gesprächspartner/innen die Verpflegung in den Krankenhäusern kritisch. Manche von ihnen finden das Essen lediglich ungewohnt und nicht schmackhaft, eine Einschätzung, die auch die älteren Menschen vietnamesischer Herkunft teilen. Aus ihrer Sicht ist es nicht nachvollziehbar, wie man ohne nahrhafte und wohl schmeckende Nahrung gesund werden soll, aber *„Vietnamesen akzeptieren das. Die gehen davon aus, das kannst du nicht verlangen. [...] Man muss das akzeptieren.“ (Exp7, Z. 743-744)*

Bei gläubigen Muslimen besteht vor allem Unsicherheit, ob das Essen den muslimischen Speisevorschriften genügt, insbesondere ob kein Schweinefleisch in den Gerichten enthalten ist. Erfahrungen damit, dass das Verbot von Schweinefleisch in deutschen Einrichtungen (bspw. beim Kita- oder Schulessen) nicht ernstgenommen wird, führen dazu, dass die Patient/innen nach individuellen Lösungen suchen. Aus diesem Grund ist es, wie unter Abs. 4.2.3 beschrieben, in muslimischen Familien recht verbreitet, Angehörige im Krankenhaus mit eigenen Mahlzeiten zu versorgen. Eine Expertin verweist im Gespräch darauf, wie sehr dieses Vorgehen den Ablauf auf einer Station stören kann und häufig durch das Personal nicht gerne gesehen wird. Eine Gesprächspartnerin russischer Herkunft, die im Vergleich zu den Krankenhäusern in der ehemaligen

Sowjetunion die Verpflegung in deutschen Kliniken lobt, stürzte sich als Patientin sehr an der intensiven familiären Unterstützung einer Zimmernachbarin bei einem Krankenhausaufenthalt.

4.3.3 Handlungsfeld „Rehabilitation“

Der Gesundheitsbereich der Rehabilitation spielt, nach Aussage vieler Gesprächspartner/innen, keine große Rolle für ältere Menschen mit Migrationshintergrund. Zwar wird die Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme erkannt und ernstgenommen, vor allem nach einem entsprechenden Eingriff oder einer schweren Erkrankung. Außerdem haben Maßnahmen, wie Massagen, eine lange Tradition in asiatischen oder arabischen Ländern. Allerdings verhindern die Rahmenbedingungen nach Einschätzung der Expert/innen eine Inanspruchnahme von Rehabilitation.

Ein zentraler Hinderungsgrund für eine stationäre Rehabilitation sind die Sprachbarrieren, die in einer Reha-Klinik (die sich im Allgemeinen nicht in Berlin befindet) nicht mit Hilfe von Angehörigen oder Bekannten überwunden werden können. Auch die familiäre Versorgung mit Mahlzeiten, die den muslimischen Vorschriften genügen, kann über größere Entfernungen nicht geleistet werden. *„Wenn die Reha vielleicht 30, 40 Kilometer weit weg von Zuhause ist, dann kann man nicht [hin]fahren.“ (Exp7, Z. 747-748)*

Ambulante Rehabilitationsangebote, etwa bei Physiotherapeut/innen, werden durch ältere Migrant/innen eher in Anspruch genommen. Nach Aussage der Gesprächspartner/innen wächst die Zahl muttersprachlicher Therapeut/innen bzw. arbeitet in den Therapiepraxen in wachsendem Maße Personal mit Migrationshintergrund. Allerdings ist die (telefonische) Vereinbarung von Terminen für die älteren Migrant/innen oft kompliziert, so dass teilweise auf eine Maßnahme verzichtet wird. *„Physiotherapie hat ja sozusagen von Hause aus ein bisschen die Krux, dass man immer einen neuen Termin braucht. Der Arzt verschreibt es schon, aber man braucht ja ständig wieder ein Folgerezept und dann ist es für viele schon wieder zu viel. Noch diesen zusätzlichen Gang wieder zu machen, zum Arzt, immer wieder neue Termine zu machen. Es ist schwierig, wenn sie sich so schlecht fühlen, dass sie manchmal Termine absagen müssen. Da gibt's dann wieder die Schwierigkeit, das wirklich rechtzeitig zu tun und in der Art und Weise zu tun, wie das die Physiotherapiepraxis gerne hätte.“ (Exp5, Z. 71-72)* Zudem ist eine Folge mehrerer Behandlungen im Rahmen einer Therapie für jene älteren Migrant/innen schwer zu organisieren, die einen Teil des Jahres in ihrem Herkunftsland verbringen. Die mit dem Begriff der „Pendelmigration“ bezeichnete regelmäßige Abwesenheit aus Deutschland betrifft vor allem ältere Migrant/innen, die aus der Türkei stammen (Strumpen 2018).

Für gläubige muslimische Frauen besteht nach Aussage von Expert/innen bei (physio-)therapeutischen Anwendungen das Problem, unter Umständen von einem männlichen Therapeuten behandelt zu werden (bspw. massiert zu werden) oder eine Maßnahme gemeinsam mit Männern durchführen zu müssen. Diese Unsicherheit kann dazu führen, auf eine Reha-Maßnahme zu verzichten.

Aus Sicht einiger Expert/innen werden Rehabilitationsangebote von älteren Migrant/innen auch deshalb nicht gut angenommen, weil sie den Nutzen der (oft zunächst schmerzhaften) Maßnahmen nicht verstehen: *„[sie] denken ‚Ja, ich fahre hin. Werde versorgt. Gefüttert. Und noch be-*

spaßt.’ Aber das ist nicht so. Und dann auf einmal wollen sie nicht mehr mitmachen.“
(Exp12/ZG2, Z. 178-179)

4.3.4 Handlungsfeld „Pflege“

Die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen zur Ergänzung der häuslichen Pflege gewinnt nach Einschätzung einer Expertin langsam an Akzeptanz in Familien mit Migrationshintergrund, auch wenn bislang der Widerstand oft noch groß ist und in vielen Familien die Pflege durch Angehörige übernommen wird (vgl. Abschnitt 4.2.3). Stationäre Pflege stößt hingegen weiterhin auf breite Ablehnung und wird überwiegend als letzte Lösung, als „Endstadium“ bewertet. Eine Gesprächspartnerin sagt: *„Fremde[n] Menschen [die] eigene[n] Eltern übergeben, das ist schon Zumutung“* (ZG2, 224-231). Stationäre Pflegeeinrichtungen kommen für die Familien nach Einschätzung der Expert/innen und in den Fokusgruppen häufig erst dann in Frage, wenn eine Unterstützung zu Hause, z. B. aufgrund einer demenziellen Erkrankung, nicht mehr zu bewältigen ist. Vor allem in den arabisch-, türkisch- und russischsprachigen Familien scheint nach dem Eindruck der Expert/innen mit der stationären Pflege auch die Sorge verbunden zu sein, dass ihre Angehörigen dort zu schlecht betreut werden.

Einige Gesprächspartner/innen berichten in den Fokusgruppen und Einzelgesprächen, dass in ihren Familien versucht worden sei, einen Kurzzeitpflegeplatz für pflegebedürftige Angehörige zu erhalten, um die Familien zu entlasten oder eine Abwesenheit von Pflegepersonen zu überbrücken. Allerdings war keiner der Versuche erfolgreich, teilweise fehlte das Wissen, wie ein Platz gefunden werden konnte, teilweise wurde der Antrag auf Kurzzeitpflege abgelehnt, ohne dass die Begründung von den Antragsteller/innen verstanden wurde.

In Berlin werden verstärkt Pflegekräfte mit Migrationshintergrund ausgebildet bzw. ausländische Pflegekräfte angeworben und eingestellt. Ein Vorteil dieser Mitarbeiter/innen im Bereich der Pflege ist einer Expertin zufolge nicht nur die Sprachkompetenz, sondern auch das Vermögen, auf kulturelle Bedarfe eingehen zu können, sowohl in der Verrichtung der Pflege (z. B. Körperpflege) als auch in der Begleitung der Pflegebedürftigen oder Sterbenden. Zudem können die Pflegekräfte den Pflegebedürftigen auch über die reine Verrichtungspflege hinaus Gesprächspartner/innen sein. Wichtig ist aus Sicht sowohl der Expert/innen als auch der älteren Menschen insbesondere eine muttersprachliche Pflege von demenziell Erkrankten, die häufig in ihre Muttersprache zurückfallen.

Inzwischen gibt es diverse mehrsprachige, interkulturell ausgerichtete Pflegeangebote in Berlin. Berichtet wird unter anderem von russischsprachigen Pflegediensten oder türkisch- und arabischsprachigen Wohn-Pflegegemeinschaften. Eine Pflegeeinrichtung in Neukölln wird von einer arabischstämmigen Leiterin geführt. Seit deren Amtsantritt ist der Anteil an arabischen Pflegebedürftigen in dieser Einrichtung nach Aussage einer Expertin deutlich angestiegen. Bislang ist der Bedarf an Pflegekräften mit Migrationshintergrund nach Einschätzung der Expert/innen noch nicht gedeckt. In einem Expertengespräch wird - zwar mit Bezug auf die soziale Arbeit, aber ohne weiteres auf den Pflegebereich übertragbar - darauf hingewiesen, dass gut ausgebildete, junge Migrant/innen häufig begehrte Arbeitskräfte sind, für die niedrige Gehälter und befristete Arbeitsverträge unattraktiv sind.

Nach Einschätzung der Expert/innen verfügen ältere Migrant/innen häufig nur über unzureichendes Wissen über ihnen zustehende Pflegeleistungen. Die Pflegestützpunkte als zentrale Beratungsangebote sind ihnen oft nicht bekannt. *„Menschen mit Migrationshintergrund [nehmen] die [...] Pflegeberatung [wenig] wahr.“* (Exp2, Z. 29-30) Informationen zu Pflegeleistungen und –angeboten werden oftmals über Familien und Bekannte weitergegeben. Außerdem wird nach Aussage von einer Expertin versucht, über (eigentlich nicht zuständige) Einrichtungen, wie den Migrantensozialdienst, Informationen zum Thema „Pflege“ zu erhalten.

Ein besserer Zugang zu Informationen und Leistungen im Bereich der Pflege soll u. a. durch die Brückenbauer/innen erreicht werden, die niedrigschwellig und in unterschiedlichen Sprachen über Pflegeangebote informieren. Dieses Angebot ermöglicht den Abbau sowohl von sprachlichen als auch kulturellen Hürden im Zugang zu Pflegeangeboten. *„Brückenbauer/innen [...] vermitteln zwischen Fachkräften und [...] der Zielgruppe, [pflegebedürftigen] Menschen mit Migrationshintergrund.“* (Exp2, Z. 48-49) Nach Aussage einer Vertreterin der Brückenbauer/innen werden berlinweit am stärksten die Beratungsleistungen in arabischer, türkischer und russischer Sprache nachgefragt. Für Lichtenberg ist seit Beginn des Jahres 2019 eine vietnamesischsprachige Brückenbauer/in angestellt. Zuvor ist eine vietnamesische Sprach- und Kulturmittler/in zwei Jahre lang am Pflegestützpunkt in Lichtenberg mit Mitteln aus der vietnamesischen Community finanziert worden. Die Nachfrage nach dem Angebot der Brückenbauer/innen wird aus nach Einschätzung der Expertin noch erheblich steigen, u. a. durch die in Berlin ansässigen Geflüchteten. In Neukölln entstand mit Unterstützung der Brückenbauer/innen eine Selbsthilfegruppe für arabischstämmige Pfegende. Regelmäßig bieten die Brückenbauer/innen u. a. im Deutsch-Arabischen Zentrum (DAZ e. V.) in Neukölln Beratungen an. Aus Sicht einer älteren Migrantin konzentriert sich die Arbeit der Brückenbauer/innen aber noch zu sehr auf das „Ausfüllen von Formularen“. Sie wünscht sich, dass die Brückenbauer/innen noch gezielter das Gespräch mit den älteren Menschen und Familien suchen und eine intensivere Begleitung, auch beim Lösen „akuter Probleme“, anbieten.

4.3.5 Querschnittsthema: Seelische Belastungen und psychische Erkrankungen

Grundsätzlich konstatieren alle Expert/innen, dass es in Berlin viel zu wenige Angebote für ältere Migrant/innen mit psychischen Erkrankungen gibt. Konkret fehlen muttersprachliche psychiatrische, psychologische oder psychotherapeutische Behandlungs- und Betreuungsangebote für Erkrankungen, wie bspw. Depressionen oder Demenz sowie für die Behandlung von Traumata oder Suchterkrankungen, und zwar im ambulanten und im stationären Bereich. *„Also wirklich therapeutische Angebote sind in dieser Stadt [...] schwierig [...]. Das ist definitiv so.“* (Exp5, Z. 723-724) Als besonders problematisch wird in einem Expertengespräch die Gestaltung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung psychisch kranker Migrant/innen bezeichnet. Es gibt zwar muttersprachliche Ärzt/innen und Therapeut/innen, die an dieser Schnittstelle arbeiten. Diese sind nach Einschätzung der Expert/innen aber überlastet.

Die Bedeutung von muttersprachlichen Behandlungen und Therapien insbesondere für ältere Migrant/innen mit psychischen Erkrankungen wird von mehreren Expert/innen wiederholt betont. Die Gründe hierfür sind vielfältig, z. B. „fallen“ dementiell Erkrankte häufig in ihre Muttersprache „zurück“. Auch ist es psychisch Erkrankten teilweise nicht möglich, ihre Gefühle oder Sorgen in der „fremden“, deutschen Sprache treffend zu schildern. Ärzt/innen und Therapeut/innen

mit gleicher kultureller Prägung oder Migrationserfahrung können psychische Belastungen unter Umständen leichter einordnen.

Der Einschätzung in einem Expertengespräch zufolge besteht außerdem das Risiko, dass ältere Migrant/innen mit psychischen Erkrankungen nicht angemessen versorgt werden, weil Mitarbeiter/innen in sozialpsychiatrischen Diensten ihre Bedarfe nicht richtig erkennen bzw. die Dienste von den Betroffenen gar nicht in Anspruch genommen werden.

In der Datenrecherche und den Expertengesprächen konnten einige, wenige Angebote, die sich an Migrant/innen mit psychischen Erkrankungen richten, identifiziert werden. Die Angebote sind allerdings nicht altersspezifisch konzipiert, sondern können von Erwachsenen aller Altersgruppen in Anspruch genommen werden.

Das Evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge in Lichtenberg bietet diverse Angebote in vietnamesischer Sprache für die Behandlung psychischer Erkrankungen an, etwa im Rahmen einer Tagesklinik für psychosomatische Erkrankungen (vgl. Abschnitt 4.3.2). Die Angebote in der Tagesklinik richten sich nicht ausschließlich an vietnamesische Patient/innen, Gruppenaktivitäten finden in gemischter Zusammensetzung statt. So wird freitags beispielsweise mit vietnamesischen und deutschen Patient/innen im Rahmen der Ergotherapie gemeinsam gekocht und gegessen.

Als Reaktion auf den Mangel an psychotherapeutischen Beratungsangeboten in arabischer Sprache bietet das arabische Familienzentrum Al-Dar in Neukölln arabischen Frauen Gespräche mit arabischsprachigen Expertinnen an.

Die Beratungsstelle Şifahane der AWO in Neukölln bietet für wirtschaftlich und sozial benachteiligte Migrant/innen eine kostenfreie Beratung zu gesundheits- und lebenslagenbezogenen Problemen an. Nach Aussage der Projektleiterin werden die Beratungen vor allem von Migrant/innen mit psychischen Erkrankungen, wie Depressionen oder Suchterkrankungen, in Anspruch genommen. Obwohl in der Beratungsstelle keine Beratungen in türkischer oder arabischer Sprache stattfinden, wird das Angebot auch von Migrant/innen türkischer oder arabischer Herkunft angenommen. Die Voraussetzung für sie ist allerdings, dass sie Deutsch sprechen.

Şifahane arbeite auch eng mit den in jedem Stadtbezirk eingerichteten Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) zusammen. In Kreuzberg und Neukölln gibt es an den dortigen Psychiatrischen Institutsambulanzen arabisch- und türkischsprachige Therapeut/innen. Betreut werden in den Ambulanzen offiziell aber nur Klient/innen aus den jeweiligen Bezirken.

4.3.6 Querschnittsthema: Gender

Sowohl in den Expertengesprächen als auch in den Fokusgruppen wird überwiegend von Angeboten berichtet, die (aus unterschiedlichen Gründen) nur von Frauen oder Männern genutzt werden. Lediglich die Angebote, die sich an ältere Menschen vietnamesischer Herkunft richten, scheinen von Männern und Frauen gleichermaßen und gemeinsam genutzt zu werden.

Insbesondere Selbsthilfe- oder Präventionsangebote für arabisch- oder türkischstämmige Migrant/innen richten sich häufig ausdrücklich nur an Männer oder Frauen. Beispiele hierfür sind die Selbsthilfegruppen „Diabetes“ und „Rückenschmerzen“ oder die Yoga-Gruppe bei Al-Dar, die nur Frauen offen stehen. Auch die Gesprächsgruppen bei Aufbruch Neukölln e. V. für türkischstämmige

mige Erwachsene sind nach Geschlechtern getrennt. Für die Trennung der Geschlechter bei muslimischen Zielgruppen sprechen aus Sicht der Expert/innen verschiedene Gründe. Zum einen würden ihrer Erfahrung nach muslimische Frauen in gemischtgeschlechtlichen Gesprächsgruppen nicht offen reden bzw. würden nicht kommen (dürfen). Die Bekleidungs Vorschriften ermöglichen es konservativen Muslima zudem nicht, gemeinsam mit Männern (als Anleiter oder Teilnehmer) an Sport- und Bewegungsangeboten teilzunehmen.

Angebote für russischsprachige Ältere, die bspw. in der Kiezspinne in Lichtenberg angesiedelt sind, sind zwar für bei Geschlechter offen. Allerdings scheint sich hier in der Praxis zu zeigen, dass diese Angebote eher von Frauen angenommen werden, insbesondere wenn es sich um gesundheitsbezogene Angebote handelt. Nach Aussagen in Experteninterviews und Fokusgruppen ist „Gesundheit“ für russischsprachige Ältere eher ein Frauenthema.

4.4 Zugangsbarrieren zu gesundheitsbezogenen Angeboten

In den Experteninterviews, Fokusgruppen und Einzelinterviews mit älteren Menschen wurden zahlreiche Zugangsbarrieren zu gesundheitsbezogenen Angeboten sichtbar. Die Barrieren sind auf unterschiedliche Einflussfaktoren und Kontexte zurückzuführen und bestehen sowohl auf der Ebene des Gesundheitssystems, der Gesundheitsanbieter und –angebote, der (sozialräumlichen) Kontexte, der älteren Menschen selbst sowie im Zusammenspiel dieser Ebenen. Die meisten Barrieren sind unabhängig von dem jeweiligen Migrationshintergrund der älteren Menschen und wirken kulturübergreifend. Im Folgenden werden sie unter den Überthemen „Sprache und Kommunikation“, „Informationen und Informiertheit“, „Einstellungen und Erwartungen“, „Exklusion“ sowie „Strukturelle Rahmenbedingungen“ vorgestellt.

4.4.1 Zugangsbarriere „Sprache und Kommunikation“

Eine zentrale Barriere im Zugang zum Gesundheitssystem und zu gesundheitsbezogenen Angeboten stellt die Sprache und die Möglichkeit, sich zu verständigen und zu verstehen, dar. Dieses Erkenntnis, die bereits in der Literatur beschrieben wird, bestätigt sich auch in der vorliegenden Studie. In den vorangegangenen Absätzen wurde mehrfach beschrieben, dass die älteren Menschen Fachkräfte und Angebote in ihrer Muttersprache bevorzugen, wenn es sie gibt. Die Sprache ist ein wichtiger Grund, weshalb teilweise informelle, private Gesundheits- und Beratungsdienstleistungen in den Communities in Anspruch genommen werden.

Die geringen Sprachkenntnisse auch vieler älterer Migrant/innen, die bereits viele Jahre in Deutschland leben, haben unterschiedliche Ursachen. Zum einen gab es lange weder ein gesellschaftliches Interesse noch die entsprechenden Bedingungen dafür, dass Migrant/innen die deutsche Sprache lernten. Dieses Desinteresse an Integration und sprachlicher Förderung galt sowohl für die BRD und die türkischen und kurdischen Arbeitsmigrant/innen bzw. die arabischen Bürgerkriegsflüchtlinge als auch für die DDR und die vietnamesischen Vertragsarbeiter/innen.

In der Folge sprechen viele der älteren Migrant/innen, mit denen in dieser Studie gesprochen wurde oder mit denen die interviewten Expert/innen arbeiten, kein oder nur wenig Deutsch, können deutsche Texte nur mühsam lesen und verstehen ihre deutschen Gesprächspartner/innen nicht (gut), schon gar nicht wenn es um komplexe gesundheitliche Zusammenhänge und deren administrative Bearbeitung geht. Für die vietnamesischen Vertragsarbeiter/innen vermutet eine Gesprächspartnerin in einer Fokusgruppe, dass „fast die [ganze] erste

Generation [...] nicht gut Deutsch sprechen [kann]. [Die brauchen] dann immer [...] Dolmetscher.“ (V1-M1, Z. 884-885) Verschärft wird die Situation dann, wenn keine schulische Bildung oder Analfabetismus bestehen. Teilweise können schriftliche Informationen auch dann nicht gelesen werden, wenn sie in der jeweiligen Muttersprache verfasst wurden. Bezogen auf die arabische Sprache weist eine Expertin darauf hin, dass viele arabischstämmige Migrant/innen die oft verwendete hocharabische Schriftsprache nicht verstehen können.

Die Folgen der fehlenden Lese- und Sprachkompetenz sind umfassend:

Informationen zu Gesundheitsangeboten oder Gesundheitswissen können oft nicht gelesen bzw. nicht verstanden werden. Mit Ausnahme der russischsprachigen Frauen, die sich eine große Lesekompetenz attestieren und auf ihre gute Schulbildung verweisen, spielen schriftliche Informationen für die meisten anderen Gesprächspartner/innen keine besondere Rolle.

Eine telefonische Terminvereinbarung in deutscher Sprache, beispielsweise mit einer Arzt- oder Therapiepraxis, stellt für viele ältere Migrant/innen eine große Hürde dar. Es ist für sie schwierig, den Gesprächspartner zu verstehen oder sich auszudrücken, ohne zusätzliche Kommunikationsebenen (Mimik, Gestik etc.) nutzen zu können. Wenn sie nicht durch Deutsch sprechende Angehörige unterstützt werden können, verzichten sie deshalb, nach Aussage der Expert/innen, unter Umständen sogar darauf, auf einen Termin vereinbaren. Im Zusammenhang mit der Schwierigkeit, sich am Telefon zu verständigen, äußert ein älterer vietnamesischer Gesprächspartner die Sorge, dass weder er noch seine Frau in der Lage wären, im Notfall telefonisch Hilfe zu holen.

Eine Terminvereinbarung per Mail scheidet zudem teilweise daran, dass die Geräte oder das technische Wissen für die Benutzung fehlen oder es nicht möglich ist, eine Nachricht in deutscher Sprache zu schreiben. Eine Strategie, um diese Hürden zu umgehen, bildet der direkte Gang zur Arztpraxis oder zu einer Notaufnahme im Krankenhaus, wo, wie oben beschrieben (vgl. Abschnitt 4.3.2), zwar lange Wartezeiten in Kauf genommen werden, aber eine direkte Behandlung erfolgt.

Die älteren Migrant/innen können oft im Arzt- oder Therapiegespräch Diagnosen oder therapeutische Abläufe nicht verstehen, fragen aber aus Scham oder Respekt nicht nach. Die Beipackzettel von Medikamenten können sie teilweise nicht lesen oder verstehen, vor allem wenn sie nur in deutscher Sprache geschrieben sind. In der Folge verhalten sie sich entsprechend dem, was sie verstanden haben bzw. sie für sinnvoll halten. Mehrere Expert/innen weisen darauf hin, dass unter diesen Voraussetzungen nur schwer Vertrauen zwischen Ärzt/innen und Patient/innen aufgebaut werden kann. Wenn sich ihnen die Möglichkeit bietet, suchen die älteren Migrant/innen daher, wie bereits in Abschnitt 4.2.1 dargestellt, Ärzt/innen oder Therapeut/innen in Berlin oder in ihrer ehemaligen Heimat auf, mit denen sie in ihrer Sprache kommunizieren können. Auch die Aussiedler/innen, die überwiegend gut Deutsch sprechen, berichten zum Teil von russischsprachigen Haus- oder Fachärzt/innen.

Bei Arztbesuchen oder Krankenhausaufenthalten werden die älteren Migrant/innen meist von Familienangehörigen oder Bekannten unterstützt, die für sie übersetzen (vgl. Abschnitt 4.2.3). Einige Expert/innen weisen auf die besondere Problematik hin, wenn schambesetzte Themen angesprochen oder zu direkte Aussagen, bspw. zur Lebenserwartung, getroffen werden. Hier besteht, ebenso wenn dem/der Übersetzer/in die Begriffe fehlen, die Gefahr, dass aus Scham oder Mitleid ungenau oder falsch übersetzt wird.

Ohne die Möglichkeit, sich auf Deutsch zu verständigen bzw. von Angehörigen begleitet zu werden, erscheint die Durchführung einer stationären Behandlung erheblich erschwert, insbesonde-

re wenn die Einrichtung außerhalb von Berlin liegt und Besuche der Familien aufwändig sind (vgl. Abschnitt 4.3.3). Das dürfte ein wichtiger Grund sein, warum Rehabilitationsangebote von älteren Migrant/innen kaum in Anspruch genommen werden. Bezogen auf stationäre Einrichtungen wird in einer Fokusgruppe zudem darauf hingewiesen, dass es für ältere Menschen vietnamesischer Herkunft schwierig ist, deutschsprachige Informationstafeln und Hinweisschilder zu entziffern und sich in größeren Gebäuden (Krankenhäusern) zu orientieren. Ähnlichen Schwierigkeiten dürften auch arabische Ältere ausgesetzt sein, die ebenfalls mit einer komplett anderen Schriftsprache alphabetisiert wurden.

Neben der Sprache kann auch die Form der Kommunikation eine Zugangshürde zu gesundheitsbezogenen Angeboten bilden. Während die Sprache Inhalte und Informationen übermittelt, setzt die Kommunikation diese in einen Zusammenhang und baut (verbal und nonverbal) eine Beziehung zwischen den Kommunizierenden auf. Eine Expertin erläutert im Interview beispielhaft, dass in der arabischen Kultur Gespräche ohne Einleitungen, Smalltalk und eine langsame Annäherung an das eigentliche Thema als unhöflich gelten und durch den/die Patient/in leicht falsch interpretiert werden. Eine andere Expertin berichtet, dass sie in ihrer Arbeit als Sprachmittlerin für arabische Sprache je nach Herkunftsregion ihrer Klient/innen (Vorderasien, Nordafrika, Golfstaaten) eine andere Art der Ansprache wählt und sich daher auch als Kulturmittlerin versteht.

Von den älteren Menschen mit Migrationshintergrund wird, unabhängig vom Herkunftsland, kritisiert, dass sich deutsche Ärzt/innen (zu) wenig Zeit für ihre Patient/innen nehmen (vgl. Abschnitt 4.3.2) und die Patient/innen daher auch nicht verstehen können: „[...] *die Deutschen nehmen [sich] ja auch nicht so viel Zeit. Man redet auch mit dem deutschen Arzt [...] nicht so viel. Entweder mit „ja“ oder „nein“ [...]. Man darf nicht so viel erzählen. Man muss immer so ruhig bleiben. [Egal] was die sagen, man muss sagen: ja, ja, ok. Sie haben Recht.*“ (T2-W6, Z. 2113-2116) Zugleich wird angenommen, dass die Ärzt/innen deutsche Patient/innen bevorzugt behandeln, weil sie mit ihnen „mal schön plaudern“ (V1-W1, Z. 996) können.

4.4.2 Zugangsbarriere „Informationen und Informiertheit“

In nahezu allen Expertengesprächen wird darauf hingewiesen, dass viele ältere Menschen mit Migrationshintergrund wenig über das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem informiert sind (vgl. Abschnitt 4.2.5). Ihnen fehlen Informationen zu Angeboten, Ansprechpartnern, Antragswegen oder Leistungen, die ihnen zustehen. Eine wesentliche Ursache hierfür besteht einerseits in der häufig fehlenden Sprach- und Lesekompetenz, die im letzten Abschnitt besprochen wurde. Andererseits mangelt es an Informationsmaterialien, die verständlich, in unterschiedlichen Sprachen und Medien Gesundheitsinformationen verbreiten. So schildert eine ältere Migrantin, dass einige ihrer älteren Bekannten türkischer Herkunft deutschsprachige Broschüren oder Flyer grundsätzlich nicht lesen, da sie von vornherein davon ausgehen, dass sich die Informationen nicht an sie richten. Die Angehörigen der türkischen Community werden von einer türkischstämmigen älteren Frau als etwas „*lesefaul*“ eingeschätzt. Die Frage, inwieweit sich ältere Migrant/innen überhaupt als Adressaten für Gesundheitsinformationen in deutscher Sprache sehen, ist auch Thema in den Fokusgruppen mit russisch- und vietnamesischsprachigen Älteren. Hier wird die Einschätzung vertreten, dass die Zuständigkeit für Gesundheit meist bei den Frauen liegt und sich die älteren Männer, vor allem in der russischsprachigen Community, von Gesundheitsinformationen grundsätzlich nicht angesprochen fühlen.

Kritisiert wird, vor allem in den Fokusgruppen, dass Printprodukte teilweise unprofessionell wirken oder nicht zielgruppengerecht gestaltet sind. Übersetzungen von deutschen Texten in arabische oder türkische (Hoch-)Sprache sind häufig zu kompliziert und werden von den Zielgruppen nicht verstanden. Auch lassen sich viele Begriffe des deutschen Gesundheitswesens nicht 1:1 übersetzen und bleiben unverständlich, wenn sie nicht sorgfältig erklärt werden.

Deutlich werden in den Gesprächen auch andere Ursachen für das Informationsdefizit. So haben ältere Menschen vietnamesischer Herkunft nach Aussage von Expert/innen wenig Zeit, um sich über Gesundheitsangebote oder eine gesunde Lebensführung zu informieren, da sie häufig noch lange berufstätig sind. Fehlen teilweise schon im Alltag die Ressourcen und Wege, um Informationen über das deutsche System zu erlangen, so sind im Belastungsfall die Hürden noch wesentlich höher. Ein pflegender Angehöriger arabischer Herkunft berichtet anschaulich, wie überfordert er bei Beginn der Pflegebedürftigkeit seiner Frau damit war, das System der Pflegeleistungen, der Beratungsmöglichkeiten und der Beantragung zu verstehen: *„Ich habe eine Adresse bekommen vom Pflegestützpunkt. Aber es war mein Problem. Ich habe nicht reagiert. [...] Man muss sofort anfangen oder fragen oder gehen. [...] [Man] muss allein kämpfen.“* (A1, 217) Hier konnte letztlich durch die zugehende Arbeit einer Brückenbauerin der Kontakt zum Pflegestützpunkt und damit zu einem umfassenden Unterstützungssystem hergestellt werden.

Häufig werden Informationen oft nur bruchstückhaft erfasst oder, vor dem Hintergrund von Halbwissen oder den Erfahrungen aus dem Gesundheitssystem des Herkunftslandes, falsch eingeordnet. So berichtet eine Expertin, dass manche arabische Ältere die Leistungen der Pflegeversicherung als eine Art Almosen für bedürftige Ältere wahrnehmen und nicht als Versicherungsleistung. Die Inanspruchnahme dieser Leistungen signalisiert aus ihrer Sicht nach außen Bedürftigkeit und Armut und wird aus diesem Grund, wenn möglich, vermieden. Beratungsstellen, wie die Pflegestützpunkte, die in solchen Zusammenhängen aufklären könnten, sind ihnen oftmals nicht bekannt und werden kaum genutzt. Berichtet wird auch, dass bei manchen älteren türkischen und arabischen Migrant/innen der Irrglaube besteht, die Beantragung von Pflegegeld könne zur Aberkennung des Aufenthaltsstatus führen.

Eine ältere Frau türkischer Herkunft beschreibt wiederum, dass in der türkischen Community häufig angenommen wird, der Antritt einer Kur würde zu Abzügen bei der Rente führen. Diese Fehlinformation wird ihrer Einschätzung nach unter anderem durch private „Beratungsfirmen“ verbreitet und sei ein Grund dafür, dass Kuren selbst dann nicht angetreten werden, wenn sie bewilligt wurden. Eine Rückfrage der Betroffenen bei Kranken- oder Rentenkassen erfolgt auf Grund von Sprachbarrieren häufig nicht. Teilweise wird auch darauf hingewiesen, dass schlechte Erfahrungen mit Behörden und Ämtern dazu führen, dass ältere Migrant/innen keine Informationen an den zentralen Stellen einholen. Sie haben Angst, durch falsche Fragen Probleme zu bekommen.

4.4.3 Zugangsbarriere „Einstellungen und Erwartungen“

Im letzten Abschnitt wurde das Misstrauen gegen Behörden als eine Hürde beim Zugang zu Informationen erwähnt. Die langjährigen, oft negativen Erfahrungen mit deutschen Behörden, die insbesondere ältere Menschen arabischer Herkunft beispielsweise im Zuge ihrer Asyl- oder Aufenthaltsverfahren sammelten, wirken sich auch auf ihre Erwartungen und Befürchtungen im Umgang mit Rententrägern, Versicherungen oder staatlichen Beratungsstellen aus. Hier

herrscht, den Expert/innen zufolge, ein tiefes Misstrauen. Verstärkt werden diese Befürchtungen teils zusätzlich durch Erfahrungen mit Behörden in den Herkunftsländern. Die heute teilweise stattfindende interkulturelle Öffnung von Einrichtungen und Institutionen wird, nach Einschätzung der Expert/innen, oft nur zögerlich umgesetzt und von den älteren Menschen nur langsam wahrgenommen. Hingegen sprechen sich schlechte Erfahrungen und Diskriminierungen unter den älteren Migrant/innen sofort herum.

Von Interesse ist in diesem Zusammenhang, ob die religiöse Ausrichtung eines Trägers für ältere Migrant/innen, insbesondere für Muslime, eine Rolle spielt. Die Bestandserfassung zeigt, dass zahlreiche Einrichtungen und Angebote für Migrant/innen von christlichen Trägern betrieben werden, z. B. durch das Evangelische Jugend- und Fürsorgewerk oder das Diakonische Werk. Nach Aussage der Expert/innen ist der Glaubenshintergrund der Träger für die älteren Migrant/innen nicht von zentraler Bedeutung. In den Fokusgruppen wurden die Fragen nach religiösen Aspekten meist eher ausweichend oder ablehnend diskutiert.

Der Umgang mit Ärzt/innen wird, wie bereits oben angedeutet, von ambivalenten Einstellungen und Erwartungen geprägt. Einerseits werden Ärzt/innen großer Respekt und in diesem Zusammenhang hohe Erwartungen entgegengebracht, schon auf Grund der Tatsache, dass sie studiert haben. Werden diese Erwartungen enttäuscht, führt das unter Umständen zu Misstrauen gegenüber dem Versorgungssystem oder der Ärzteschaft an sich. So äußert sich ein türkischstämmiger Mann zu seinen Erfahrungen mit deutschen Ärzt/innen: man wird behandelt wie *"eine Ware, [die] am Fließband an einem vorbeigeht."* (T1-M11, Z. 145-183) Andererseits wird teilweise versucht, bei Ärzt/innen oder auch bei Begutachtungen durch den MDK einen guten Eindruck zu hinterlassen und nicht zur Last zu fallen. Das hat unter Umständen zur Folge, dass Beschwerden beschönigt oder Fragen nicht gestellt werden, und keine adäquate Versorgung erfolgen kann.

4.4.4 Zugangsbarriere „Exklusion“

Wenn Einstellungen und Erwartungen als Zugangsbarriere thematisiert werden, so geht es nicht nur um die Haltung der älteren Migrant/innen, sondern auch um jene der Einrichtungen und ihrer Beschäftigten. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund, die oft seit Jahren in Deutschland leben und das Land mit aufgebaut haben, sind nicht selten Vorurteilen und Feindseligkeiten seitens der deutschen Mehrheitsbevölkerung ausgesetzt. In einzelnen Aussagen der älteren Migrant/innen wird gemutmaßt, dass eine Versorgung auf Grund einer prinzipiell ablehnenden Haltung der Einrichtung nicht zustande kam. In einem Fall führt ein älterer Mann türkischer Herkunft die erfolglose Suche nach einem Kurzzeitpflegeplatz beispielsweise darauf zurück, dass die Einrichtungen keine türkischen Pflegebedürftigen aufnehmen wollen. Nach der Erfahrung einer Expertin erzeugt teilweise schon ein fremdartiger Nachname Abwehr. Eine Gesprächspartnerin vietnamesischer Herkunft nimmt wahr, dass auf vietnamesische Patient/innen bereits bei der Anmeldung in einer Praxis herabgesehen wird und sie als *"Hartz4-Empfänger, Blumenverkäufer, Nagelstudio und so weiter"* (V1-W1, Z. 840-841) eingeordnet werden. Russischsprachige Ältere vermeiden nach Aussage einer älteren Aussiedlerin teilweise Gespräche auf Russisch aus Angst vor den Reaktionen älterer Deutscher, die sich an den Krieg erinnern.

Neben den herkunftsbedingten Aspekten, die zu Diskriminierung und Ausschluss führen, beeinflusst auch die jeweilige sozio-ökonomische Lage den Zugang zum Versorgungssystem (vgl. Abschnitt 4.1.2). Viele der älteren Menschen mit Migrationshintergrund beziehen trotz langjähriger Beitragszahlungen in die deutschen Rentenkassen nur eine niedrige Rente oder erhalten Leistungen der Grundsicherung. Das führt dazu, dass oft kein Geld für eigene Aktivitäten oder unerwartete Kosten, wie Zuzahlungen zu Gesundheitsleistungen oder Beiträge zu Angeboten, vorhanden ist. Ansprüche auf Befreiung von Zahlungspflichten sind oft nicht bekannt oder werden aus den beschriebenen Gründen nicht gestellt.

Mit dem Eintritt von Unterstützungs- oder Pflegebedarf steigt die Gefahr der Exklusion für ältere Menschen mit Migrationshintergrund nach Aussage der Expert/innen deutlich. Bereits bestehende exkludierende Einflussfaktoren kumulieren nun mit Immobilität oder Gebrechlichkeit. Insbesondere wenn keine familiäre Unterstützung geleistet werden kann oder die Familien mit der Situation überfordert sind und (noch) keine professionellen Dienste in die Versorgung eingebunden sind, drohen Isolation und Unterversorgung.

4.4.5 Zugangsbarriere „Strukturelle Rahmenbedingungen“

Der Zugang zum Gesundheitssystem wird in Deutschland unter anderem über die Form der Kranken- oder Pflegeversicherung (privat oder gesetzlich) geregelt (vgl. Abschnitt 4.1.2). Insbesondere „kleine“ selbstständige Unternehmer/innen sind häufig nicht ausreichend versichert. Prekär stellt sich die Situation für jene ältere Migrant/innen dar, die ohne Aufenthaltsgenehmigung in Berlin leben und nur einen sehr eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen haben.

Auch wenn der überwiegende Teil der älteren Migrant/innen legal und ausreichend versichert in Deutschland lebt, sind ihnen die Zuständigkeiten und Logiken in den Versicherungssystemen oft unverständlich. Beispielsweise berichten Expert/innen von den Schwierigkeiten, denen sich die Migrant/innen aus der früheren Sowjetunion gegenüber sehen. Während dort eine Weiterleitung durch die Gesundheitsversorgung, bspw. zu Fachärzt/innen, zentral organisiert wurde, erfolgt in Deutschland eine Weiterbehandlung nur, wenn die Patient/innen sich eigenständig um Termine bei den Ärzt/innen kümmern. Der Umgang mit dem deutschen System muss zunächst erlernt werden und die Erwartungen müssen entsprechend angepasst werden. Auf die Schwierigkeiten der älteren Migrant/innen, telefonisch Termine zu vereinbaren, wurde bereits an anderer Stelle eingegangen (vgl. Abschnitt 4.4.1). Aus Sicht eines arabischstämmigen Gesprächspartners muss man als pflegebedürftiger oder kranker alter Mensch in Deutschland Eigeninitiative zeigen, sonst ist man im System auf sich allein gestellt.

Die Ökonomisierung von Gesundheitsleistungen führt nicht nur dazu, dass schlecht oder nicht versicherte Personen keinen Zugang zum System haben. Sie setzt auch die Gesundheitsakteure, z. B. die Ärzt/innen, unter Druck wirtschaftlich zu arbeiten und nach vorgegebenen Kategorien abzurechnen. Aus Sicht der älteren Migrant/innen führt diese Situation dazu, dass nicht der Mensch und seine Bedürfnisse im Zentrum stehen. Von den Expert/innen wird in diesem Zusammenhang auch auf den Fachkräftemangel verwiesen, der dazu führt, dass keine ausreichenden personellen Ressourcen zur Betreuung von „schwierigen“ Klient/innen vorhanden sind.

4.5 Schwerpunkt „Bedürfnisse und Bedarfe“

Der folgende Abschnitt befasst sich mit den Bedürfnissen, die in Hinblick auf ein gesundes Leben von den älteren Migrant/innen, die an dieser Studie teilnahmen, diskutiert wurden. Außerdem werden Bedarfe und Vorschläge für neue Angebote dargestellt, die teils von den Expert/innen in den Interviews, teils in den Fokusgruppen geäußert wurden. Dabei wird wieder nach den hier betrachteten vier zentralen Handlungsfeldern und den Querschnittsthemen „Psychische Erkrankungen“ und „Geschlecht“ unterschieden.

4.5.1 Handlungsfeld „Prävention“

Das Thema „Prävention“ spielt nach Aussagen in den Expertengesprächen bislang keine wesentliche Rolle für ältere Migrant/innen, auch wenn gesunde Ernährung oder ausreichende Bewegung von den meisten älteren Gesprächspartner/innen als wichtig erachtet werden. Nahezu alle älteren Menschen, mit denen in dieser Studie gesprochen wurde, achten auf ihre Ernährung, versuchen sich regelmäßig zu bewegen, rauchen nicht und trinken keinen oder kaum Alkohol. Diese gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen sind Teil ihres Alltags. Allerdings wird prinzipiell gewünscht, dass Präventions- und Gesundheitsangebote (bspw. Yoga) günstig oder kostenlos sein sollten, damit sich alle Älteren diese leisten können.

Gesundheitsinformation

Aus Sicht der Expert/innen fehlen den älteren Migrant/innen Kenntnisse zu Themen und Angeboten im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Präventionsthemen, wie sie bspw. im Leitfaden der GKV (GKV-Spitzenverband 2014) benannt werden, kommen, ihnen zufolge, bei der Zielgruppe nicht an. Von Seiten der Expert/innen und der älteren Migrant/innen werden verschiedene Strategien vorgeschlagen, wie Gesundheitsinformationen besser zur Zielgruppe gelangen. Mehrfach wird der Wunsch nach schriftlichen, muttersprachlichen Informationen zum deutschen Gesundheitssystem geäußert. Diese Informationen sollten in einfacher Sprache und möglichst zweisprachig (d. h. auch auf Deutsch) verfasst sein. Weitere Vorschläge zur Vermittlung von Informationen sind die Nutzung von Comics und neuen Medien, beispielsweise über soziale Plattformen oder mit Filmformaten (youtube).

Neben unterschiedlichen Medien werden auch unterschiedliche Anlässe und „Kanäle“ zur Weitergabe von Gesundheitsinformationen angeregt, zum Beispiel über Bildungseinrichtungen, wie Kindergärten oder Schulen, wo ältere Menschen als Großeltern angesprochen werden können, durch Sozialarbeiter/innen oder im Rahmen von Integrations- oder Sprachkursen. Die Vorträge über Gesundheitsthemen, die von muttersprachlichen Ärzt/innen in verschiedenen Einrichtungen angeboten werden bzw. wurden (vgl. Abschnitt 4.3.1), sind nach Aussage der Expert/innen sehr beliebt. Daraus lässt sich ein Bedarf an Informationsveranstaltungen ableiten, die in der Muttersprache und von anerkannten Fachkräften (Respektperson „Arzt“ vgl. Abschnitt 4.3.2) durchgeführt werden.

Ein weiterer Wunsch, der durch ältere Menschen in verschiedenen Fokusgruppen geäußert wird, ist eine direkte und persönliche Ansprache bzw. Information in der jeweiligen Muttersprache durch Gesundheitsakteure, z. B. Vertreter/innen der Krankenkassen. Zugehende und niedrigschwellige Beratung ist wichtig, auch in Hinblick auf jene älteren Menschen, die keine schriftli-

chen Informationen lesen können. Eine Expertin schlägt für die Gruppe der arabischstämmigen Älteren eine „aufsuchende Informationsarbeit“ in den Familien vor. In einer Fokusgruppe mit älteren Menschen vietnamesischer Herkunft wird beispielhaft angeregt, im Dong Xuan Center Informationsstände der Krankenkassen zu gesunder Ernährung aufzustellen.

In den Gesprächen werden auch Themen benannt, zu denen informiert werden sollte oder die ein „Türöffner“ für weitergehende Gesundheitsinformationen sein könnten. Mit Blick auf ältere Vietnames/innen schlägt eine Expertin vor, das Thema „Gesund altern“ in der Prävention zu stärken – ein Vorschlag, der auch für die anderen Zielgruppen dieser Studie von Interesse sein dürfte. Das Thema "Erste Hilfe" könnte, so die Idee in einer Fokusgruppe, ein weiterer Zugang zu Gesundheitsthemen sein. Erste Hilfe sei bei älteren Migrant/innen ein akzeptiertes Thema und relevant für den Alltag.

Allgemein weisen die Expert/innen darauf hin, dass die Zugänge zu Informationen mit Hilfe von Anbietern oder Multiplikator/innen, wie den Integrationslots/innen, häufig, aber nicht immer gelingen (vgl. Abschnitt 4.2.4). Teilweise fehlt auch bei ihnen Wissen über die Strukturen und Angebote im Gesundheitssystem, zumal sich Angebote und Projekte in Berlin – nicht zuletzt durch eine kurzfristige Projektfinanzierung – häufig ändern. Hilfreich wären hier eine enge, kiezbezogene Vernetzung der Anbieter und Akteure und eine verlässliche, regelmäßig aktualisierte Übersicht über die Angebote in den Kiezen und berlinweit auch für die Anbieter.

Ernährung

Ernährung ist ein wichtiges Thema für die älteren Menschen, insbesondere für die älteren Frauen, mit denen in dieser Studie gesprochen wurde. Sie sind in den Familien einerseits im Allgemeinen für die Zubereitung der Mahlzeiten zuständig und achten andererseits nach eigener Aussage sehr auf ihre Ernährung. Informationen zu gesunder Ernährung können hier ansetzen. Gut angenommen werden nach Aussage der Expert/innen und von Vertreter/innen der Zielgruppen Angebote, in denen gemeinschaftlich gesund gekocht wird. Die Veranstaltungen, die in diesem Zusammenhang genannt werden, sind in den kulturellen Kontext von Nachbarschaftszentren und Vereinen eingebettet und bieten damit einen einfachen Zugang zu Prävention und Gesundheitsförderung. Darüber hinaus stellen sie eine Gelegenheit für gemeinschaftliche Aktivität dar. In einer Fokusgruppe wird der Vorschlag gemacht, dass in Kochgruppen größere Portionen gekocht werden, die im Anschluss von den Teilnehmenden mit nach Hause genommen werden können. Ein solches Angebot könnte für ältere, alleinstehende Männer interessant sein, die teilweise nicht selber kochen können.

Bewegung und Sport

Wie unter 4.2.2 und 4.3.1 dargestellt, nehmen die älteren Migrant/innen, mit denen in dieser Studie gesprochen wurde, Sport- und Bewegungsangebote in Anspruch bzw. sind außerhalb organisierter Angebote aktiv. Häufig werden Aktivitäten „an der frischen Luft“ beschrieben, wie Joggen oder Spaziergehen. Hier könnten weitere Angebote anknüpfen, die das Bedürfnis, aus der Wohnung herauszukommen und andere Menschen zu treffen, mit moderaten sportlichen Aktivitäten und Übungen verbinden.

In den Gesprächen mit einigen Expert/innen wird darauf hingewiesen, dass aus ihrer Sicht zwar ein Bedürfnis nach Sport und Bewegung bei älteren muslimischen Frauen vorhanden sei, die Rahmenbedingungen ihnen aber die Teilnahme an Sportangeboten erschweren würden (vgl. Abschnitt 4.3.1). Die muslimischen Frauen, mit denen in dieser Studie gesprochen wurde, nahmen entweder an Sportangeboten teil oder äußerten kein Bedürfnis nach mehr Bewegung. Bewegungsangebote, die anscheinend gut von Frauen angenommen werden, sind jene, die durch die Kulturzentren angeboten werden. Diese, wie bspw. der Yoga-Kurs für Frauen bei Al-Dar, sind sehr niedrigschwellig und berücksichtigen kulturelle Voraussetzungen für die Teilnahme. Diejenigen älteren Männer in den Fokusgruppen, die Sport treiben, gehen dafür in ein Fitnessstudio oder führen ihn individuell (Joggen, Turnübungen) durch.

Sucht

Mit teils pauschalisierenden Verweisen („die“ türkischen oder arabischen Älteren, „die“ russischsprachigen Männer, „die“ Südvietnamesen) wird in einigen Expertengesprächen und Fokusgruppen angemerkt, dass Prävention für diese Gruppen ohne Bedeutung sei und sie teilweise einen sehr ungesunden Lebensstil führen. So wird von der ungesunden Ernährung türkisch- oder arabischstämmiger Älterer, dem Alkoholmissbrauch älterer Männer aus der ehemaligen Sowjetunion oder der Glücksspielsucht älterer Männer vietnamesischer Herkunft berichtet, ohne dass diese Anmerkungen weiter ausgeführt werden. Selbsthilfegruppen für suchterkrankte Ältere sind nicht bekannt, werden aber in einer Fokusgruppe diskutiert und für hilfreich erachtet. Insgesamt scheint unter den älteren Migrant/innen, unabhängig von der Herkunft, das Thema „Suchterkrankungen“ stark tabuisiert. Eine Thematisierung in den Gruppengesprächen erfolgt mehrfach nur über Umwege. Dagegen wird darauf verwiesen, dass entsprechende Probleme im Allgemeinen in den Familien gelöst werden. Weitergehende Untersuchungen könnten klären, in welchem Umfang hier gesundheitsgefährdendes Verhalten besteht und wo präventive Maßnahmen sinnvoll ansetzen können.

Einsamkeit

Präventive Angebote gegen Einsamkeit können dazu beitragen, gezielt ältere Menschen mit Migrationshintergrund anzusprechen. In mehreren Expertengesprächen wird vorgeschlagen, ehrenamtliche Besuchsdienste für ältere Migrant/innen zu initiieren. Auch eine Begleitung bei Arztbesuchen oder Freizeitaktivitäten würde Ältere (hier: russischsprachige Ältere) in ihrer Mobilität, Teilhabe und in der Kommunikation mit z. B. Ärzt/innen unterstützen. In einem Expertengespräch wird geäußert, dass es für vietnamesische Ältere mehr Freizeitangebote, wie Karaoke, Tanz oder Sport, geben sollte. Die Expert/innen erwarten hier künftig einen steigenden Bedarf an Angeboten, die der wachsenden Einsamkeit entgegenwirken können. Allgemein werden in den Gesprächen niedrigschwellige und kostenfreie Treffpunkte für ältere Migrant/innen mit gesundheitsförderlichen oder informativen Aktivitäten gewünscht, als Alternative zur „Bank vor der Tür“, bzw. zu Cafes und Bäckereien mit Konsumzwang

4.5.2 Handlungsfeld „Medizinische Gesundheitsversorgung“

Ärztliche Behandlung

Die medizinische Gesundheitsversorgung ist das zentrale Thema für die älteren Menschen, mit denen in dieser Studie über gesundheitsbezogene Angebote gesprochen wurde. Dabei wird die bedeutsame Stellung von Ärzt/innen immer wieder thematisiert. Es besteht ein starkes Bedürfnis seitens der älteren Migrant/innen, dass sich die Ärzt/innen im Behandlungsgespräch für sie Zeit nehmen (vgl. Abschnitt 4.3.2 und 4.4.1). Sie erwarten Achtung und Respekt von ihnen, dass diese ihre Probleme ernst nehmen und ihnen ihre Erkrankungen verständlich erklären. Gewünscht wird außerdem eine ganzheitliche Unterstützung in Gesundheitsfragen und eine umfassende Information zu Gesundheitsthemen durch die Ärzt/innen, über die konkrete Behandlung hinaus.

Sowohl von Expert/innen als auch von den älteren Menschen wird das Problem der Mehrfachmedikation angesprochen. Da die älteren Migrant/innen die Beipackzettel der Medikamente häufig nicht lesen oder verstehen können, sind sie nicht in der Lage mögliche Unverträglichkeiten selbst zu erkennen. Daher besteht der Wunsch nach einer besseren Abstimmung der behandelnden Ärzt/innen. Vorgeschlagen wird in diesem Zusammenhang auch eine unabhängige Beratungsstelle, die zur Kombination von Medikamenten beraten kann.

In unterschiedlichen Fokusgruppen wird berichtet, dass die Männer nur zögerlich medizinische Versorgung in Anspruch nehmen. In zwei Gruppengesprächen wird, jeweils von Männern, vorgeschlagen, eine Pflicht für regelmäßige Arztbesuche (Check up's bei Hausarzt/-ärztin) sowie eine regelmäßige Aufforderung hierzu durch die Krankenkassen einzuführen. Die Durchführung der Untersuchungen sollte in einem Heft, ähnlich einem Bonus- oder Impfheft, dokumentiert werden. Besonders belastete oder kranke Personen sollten gegebenenfalls zusätzlich durch aufsuchende soziale Arbeit betreut werden. Nach der Einschätzung der türkeistämmigen Männer könnten Männer auf diese Weise besser erreicht werden.

Gesundheitszentren

Ein Wunsch, der ebenfalls in mehreren Gruppen und Gesprächen geäußert wird, ist jener nach kiezbezogenen Gesundheitszentren, in denen unterschiedliche Gesundheitsleistungen unter einem Dach vereint sind. Insbesondere jene Älteren, die das System der Polikliniken in der ehemaligen Sowjetunion oder in der DDR kennengelernt haben, plädieren nachdrücklich für die Vorteile einer solchen Struktur. Eine sektorenübergreifende und zentralisierte Gesundheitsversorgung könnte vor allem jenen Personen den Zugang erleichtern, die auf Grund mangelnder Sprachkenntnisse gegenwärtig oft auf die Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Angeboten verzichten (müssen). Die Strategie vieler älterer Migrant/innen, sich bei gesundheitlichen Beschwerden an die Notaufnahme eines Krankenhauses zu wenden, kann als Versuch interpretiert werden, sich ein solches zentralisiertes System selbst zu schaffen.

Stationäre Behandlung in Krankenhäusern

Krankenhäuser genießen unter den älteren Migrant/innen, mit denen gesprochen wurde, einen guten Ruf. Ihnen werden Kompetenz, ein hoher technischer Standard und eine gute Nachbar-

betreuung attestiert. Allerdings wird der Wunsch geäußert, in den Krankenhäusern Sprachmittler/innen zu beschäftigen, die bei Bedarf schnell hinzugezogen werden können, bzw. vorhandene Sprachmittler/innen konsequenter regelmäßig einzubeziehen. Das Evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gilt hier als gutes Vorbild. Zusätzlich wird vorgeschlagen, dass in den Krankenhäusern muttersprachliche Teams die Familien zu Gesundheits- und sozialen Fragen beraten sollten.

Die Präsenz und Einbindung der Familien bei einem stationären Aufenthalt von älteren Migrant/innen wurde bereits thematisiert, wobei auch die Ambivalenz deutlich wurde (vgl. Abschnitt 4.3.2). Einerseits versorgen die Familien die älteren Patient/innen mit Mahlzeiten, die diese auch zu sich nehmen (können), übersetzen für sie und erweisen ihnen Zuneigung und soziale Teilhabe. Andererseits stören sie damit unter Umständen sowohl den Stationsablauf als auch andere Patient/innen oder können bspw. durch nicht angemessene Speisen (Diätvorgaben) eine Behandlung negativ beeinflussen. Hier wäre möglicherweise eine Steuerung und Organisation der familiären Betreuung durch die Krankenhäuser in Kooperation mit den Familien angezeigt, bspw. durch die Ausweisung von Familienzimmern oder die Möglichkeit, mitgebrachte Speisen in der Kantine zu verzehren. Eine weitere sinnvolle Maßnahme wären Übersetzungen der Speisepläne bzw. als „halal“ gekennzeichnete Mahlzeiten, damit muslimische Patient/innen nicht aus religiösen Gründen mit eigenem Essen versorgt werden müssen.

In mehreren Expertengesprächen wird ein besseres Entlassungsmanagement beim Übergang von stationärer zu ambulanter Betreuung gefordert. Das gilt in jedem Fall bei einer Nachbehandlung, aber insbesondere bei Pflegebedürftigkeit oder psychischen Erkrankungen. Es wurde bereits ausführlich dargestellt, welchen Schwierigkeiten ältere Migrant/innen bei der selbstständigen Organisation ihrer ambulanten Versorgung ausgesetzt sind, angefangen mit der Terminvereinbarung. Ein gutes und effektives Entlassungsmanagement für ältere Migrant/innen sollte umfassend und muttersprachlich in Kooperation mit den Familien begleiten können.

4.5.3 Handlungsfeld „Rehabilitation“

Ambulante und stationäre Rehabilitation

Nach Aussage der Expert/innen und auch der älteren Migrant/innen werden Rehabilitationsmaßnahmen kaum in Anspruch genommen und wenn, dann als ambulante Maßnahme in Wohnortnähe. Für entsprechende ambulante Angebote wird ein Bedarf festgestellt, der nach Einschätzung der Expert/innen bislang noch nicht gedeckt ist. Die Durchführung von stationären Maßnahmen in einer Klinik außerhalb von Berlin erscheint für ältere Migrant/innen, die kein oder kaum Deutsch sprechen, nicht machbar, wenn die Kliniken keine Sprachmittlung anbieten können.

Rehabilitationsmaßnahmen, die auch von muslimischen Älteren genutzt werden sollen, sollten die religiös und kulturell geforderten Bedingungen nach Geschlechtertrennung zumindest im Auge behalten. Je nach personeller Ausstattung und Nachfrage durch die Zielgruppe könnten gleichgeschlechtliche Gruppen oder Anwendungen angeboten werden. In einer Fokusgruppe wird angeregt, Rehabilitationsmaßnahmen auch im eigenen Herkunftsland (hier: Türkei) durchführen zu können. Hierfür wäre eine Kooperation mit den entsprechenden Einrichtungen erforderlich.

Information zu Rehabilitation

Allgemein wird von verschiedenen Gesprächspartner/innen konstatiert, dass der Nutzen einer Rehabilitation vielen älteren Migrant/innen nicht klar wäre. Insbesondere die oft damit verbundenen körperlichen Anstrengungen und Schmerzen werden nicht als Schritte auf dem Weg zu besserer Gesundheit, sondern als bedrohlich und unangenehm wahrgenommen (vgl. Abschnitt 4.3.3). Außerdem kennen manche Patient/innen die Erstattungsmöglichkeiten von Rehabilitationsmaßnahmen nicht. Versicherungsleistungen der Krankenkassen und der Rententräger scheinen ihnen teilweise nicht eindeutig gegeneinander abgegrenzt. Im Bereich der Rehabilitation besteht damit noch ein hoher Informationsbedarf bei den älteren Migrant/innen.

4.5.4 Handlungsfeld „Pflege“

Ambulante Unterstützung bei Pflegebedarf

Die Pflege älterer Migrant/innen erfolgt heute häufig innerhalb der Familien. Diese nehmen inzwischen zunehmend auch professionelle Unterstützung in Anspruch, wie in Abschnitt 4.3.4 dargestellt. Allerdings erfolgt das teilweise unsystematisch, spontan und nicht immer erfolgreich, z. B. bei der Suche nach einer Kurzzeitpflege.

Eine Beratung durch die Pflegestützpunkte wird von den älteren Migrant/innen noch selten in Anspruch genommen, obwohl nach der Einschätzung der Expert/innen ein hoher Beratungsbedarf besteht. Es fehlt Wissen zu Pflegeleistungen, zu Antragsprozeduren, zu Zuständigkeiten und zur Durchführung von Pflege. So berichteten mehrere Teilnehmer/innen der Studie, dass ihnen bei der Verrichtung von häuslicher Pflege zentrale Kenntnisse fehlten, bspw. zum Aufrichten oder Umdrehen der Pflegebedürftigen.

Ein Weg, den älteren Migrant/innen die Organisation der Pflege zu erleichtern, wird mit dem Projekt der Brückenbauer/innen gegangen. Damit wird, wenn auch zunächst zeitlich, räumlich und personell begrenzt, der Zugang zur Beratung und zugleich eine interkulturelle und sprachliche Öffnung der Pflegestützpunkte erleichtert. Eine gute Ergänzung der Beratung könnten im Internet abrufbare Filme mit Anleitungen zur Verrichtung von Pflege in unterschiedlichen Sprachen sein.

Eine Entlastung pflegender Angehöriger und eine Verbesserung der Pflegesituation werden außer durch die Stärkung des Pflegewissens und die Inanspruchnahme von professionellen Diensten auch durch eine Unterstützung im Alltag möglich. Eine Expertin schlägt in diesem Zusammenhang vor, alltagsunterstützende Angebote stärker auf die Bedürfnisse älterer Migrant/innen auszurichten. Sie sieht im Bereich der ambulanten Pflege zudem eine Möglichkeit des Arbeitsmarktzugangs für Migrant/innen.

Stationäre Pflege

In den meisten Gesprächen wird auf die Bedeutung von muttersprachlichen Pflegekräften, vor allem bei der Betreuung von dementiell erkrankten Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund, hingewiesen. Der wachsende Anteil von Pflegekräften, die selbst über einen Migrations-

hintergrund verfügen und mehrere Sprachen sprechen, wird daher von allen Seiten sehr begrüßt. Allerdings wird seitens der Expert/innen darauf hingewiesen, dass diese professionell ausgebildet sein müssen und ggf. regelmäßige Nachschulungen erforderlich sind.

Nahezu übereinstimmend wird konstatiert, dass ambulante und stationäre Pflegeangebote in der jeweiligen Muttersprache bevorzugt werden. Neben der Möglichkeit, sich mit den Pflegebedürftigen verständigen zu können, können Pflegekräfte mit Migrationshintergrund über eine kulturelle Kompetenz bei sensiblen Themen verfügen, wie bspw. Körperpflege, Palliativpflege oder Tod. Hier wäre unter Umständen auch eine engere Kooperation mit Glaubenseinrichtungen, etwa den Moscheen, hilfreich. Der Umgang mit Demenz und eine kultursensible Palliativversorgung sind Themen, die aus Sicht der Expert/innen künftig von wachsender Bedeutung für ältere Migrant/innen sind. Sie sehen auch einen steigenden Bedarf an Wohn-Pflege-Gemeinschaften und Hospizen für pflegebedürftige oder sterbende Migrant/innen.

Mit den Expert/innen und älteren Migrant/innen wurde auch über die Organisation und Gestaltung von stationären Pflegeeinrichtungen gesprochen. Dabei werden Einrichtungen für einzelne ethnische Gruppen eher skeptisch gesehen oder abgelehnt. In Hinblick auf rein vietnamesische Einrichtungen wird gar Chaos und ständiger Streit unter den Bewohner/innen befürchtet. Allerdings wird angeregt, in Pflegeeinrichtungen Bereiche für Bewohner/innen mit Migrationshintergrund einzurichten, in denen sie auf gewohnte Weise ihre Zeit verbringen können. Eine Expertin schlägt in diesem Zusammenhang die Einrichtung von „Oasen“ für Pflegebedürftige arabischer Herkunft vor. Die Familien sollten bei der stationären Pflege eng einbezogen werden und bspw. die Pflegebedürftigen mit Mahlzeiten versorgen dürfen. Wünschenswert wären Räume, in denen die Familien zusammentreffen, Enkelkinder spielen und die Angehörigen miteinander essen können. Eine ältere Vietnamesin beschreibt als Ziel, dass man in ein Pflegeheim seinen Lebensmittelpunkt verlagern können sollte: *„Altersheim bedeutet, ... dort ist der Platz. Mein Leben. Im Moment lebe ich in meine[r] Wohnung. Später lege ich meinen Schwerpunkt in [ein] Alterspflegeheim. (V1-W1, Z. 1251-1253)“*

4.5.5 Querschnittsthema: Seelische Belastungen und psychische Erkrankungen

Unabhängig vom Migrationshintergrund stellen alle Expert/innen fest, dass es einen großen, ungedeckten Bedarf an psychologischer, psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung bei älteren Migrant/innen gibt (vgl. Abschnitt 4.3.5). Es gibt zu wenige Anlaufstellen, Beratungsangebote, Therapieplätze und Tageseinrichtungen für die Betroffenen, insbesondere in ihren Muttersprachen. Die Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Betreuung von älteren Migrant/innen mit psychischen Erkrankungen sind zu wenig gestaltet. Hier besteht deutlicher Handlungsbedarf, auch angesichts der von den Expert/innen erwarteten, steigenden Nachfrage. Als Ergänzung der ambulanten Angebote sollten Selbsthilfegruppen älteren Menschen die Möglichkeit geben, sich im geschützten Raum *„auszureden“ (ZG2, Z. 811)*. Vor dem Hintergrund, dass zumindest für einige Teilgruppen eine besondere Suchtproblematik gesehen wird, sollten gezielte Angebote für Alkoholabhängigkeit oder Spielsucht entwickelt und in den Lebenswelten implementiert werden. Zudem sollte sowohl zu Sucht- als auch zu psychischen Erkrankungen verstärkt informiert werden. Hier ist eine breite und verständliche Aufklärung zu Krankheitsbildern und –verläufen notwendig, um Betroffene, Angehörige und die ethnischen Communities zu sensibilisieren.

4.5.6 Querschnittsthema: Gender

Konkrete geschlechtsspezifische Bedürfnisse werden in den Erhebungen vor allem in Hinblick auf muslimische Frauen geäußert. So erklären die arabischen Frauen ausdrücklich, dass sie weibliche Pflegekräfte bevorzugen. Präventions- und Therapieangebote, in denen es um körperliche Bewegung geht, sollten muslimische Frauen in rein weiblichen Gruppen mit weiblicher Anleitung durchführen können.

Die Zuständigkeit für das Thema „Gesundheit“ wird in allen Gruppen mehr oder weniger umfassend den Frauen zugeschrieben. Vorsorgeuntersuchungen werden von den Männern selten in Anspruch genommen, hier wird für ein strengeres, aufforderndes System plädiert (s. Abschnitt 4.5.2). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie Männer zu Gesundheitsthemen informiert oder für gesundheitsbezogene Angebote gewonnen werden können. Es wird vorgeschlagen, gezielt die Frauen als Multiplikator/innen für Gesundheitsthemen zu nutzen. Dabei sollten aber alleinstehende oder verwitwete Männer nicht aus dem Auge verloren werden.

Ein besserer Zugang zu Gesundheitsinformationen und –angeboten könnte über eine geschlechtsspezifische und lebenslagenbezogene Ansprache von älteren Männern erfolgen und spezifische Herausforderungen (Kochen) oder Sichtweisen (Abhärtung, Wettkampf) adressieren und insbesondere ältere, alleinstehende Männer mit Migrationshintergrund im Fokus haben.

4.5.7 Allgemeine Anforderungen an gesundheitsbezogene Angebote

In der Studie wird deutlich, dass sich über alle Handlungsfelder hinweg bestimmte Anforderungen an die Anbieter und Angebote im Gesundheitsbereich stellen. Diese sind nicht nur in Hinblick auf einen guten Zugang und bessere Gesundheitschancen für ältere Menschen mit Migrationshintergrund relevant, sondern übergreifend für die gesamte Zielgruppe „Ältere Menschen“ und hier besonders für jene älteren Menschen, die über geringe Renten und eine einfache Bildung verfügen. Je besser die Angebote erreicht werden können, je sichtbarer sie in den Lebenswelten der Zielgruppe sind und je flexibler sie auf die Bedürfnisse der Älteren reagieren können, desto niedriger sind die Zugangsbarrieren.

Zahlreiche Aussagen der Expert/innen und der älteren Menschen sprechen für muttersprachliche Angebote, zumindest als Ergänzung von deutschsprachigen Angeboten. Mehrsprachige Informationen oder Personen, mit denen in der Muttersprache kommuniziert werden kann, dienen dazu Vertrauen aufzubauen und Inhalte verständlich zu vermitteln. Muttersprachliche Ansprechpartner/innen bei Versicherungen, Rententrägern oder Behörden könnten bewirken, dass weniger Menschen private, nicht immer seriöse Beratungsfirmen in Anspruch nehmen, wenn Anträge gestellt oder Formulare ausgefüllt werden müssen.

Beratungen der Versicherungsträger und von Gesundheitsanbietern oder Begutachtungen, z. B. durch den MDK, die in der jeweiligen Muttersprache durchgeführt werden, würden nach Einschätzung der Expert/innen auf höhere Akzeptanz stoßen. Idealerweise werden zunehmend zwei- oder mehrsprachige Mitarbeiter/innen in beratungsrelevanten Bereichen eingesetzt.

Wenn fachfremde Sprachmittler/innen zum Einsatz kommen, sollten diese laufend qualifiziert werden. Eine Expertin schlägt vor, gemeinsam mit dem Jobcenter ein langfristiges (mehrjähriges)

Qualifizierungsmodell für Integrationslots/innen und Sprachmittler/innen zu entwickeln, das einen Weg in den ersten Arbeitsmarkt vorsieht. In diesem Zusammenhang müsste geprüft werden, inwieweit die SPRINT-Ausbildung den Anforderungen des Gesundheitsbereichs entspricht.

5. Diskussion der Ergebnisse

Das Ziel der Bedarfsanalyse besteht laut Studienplan darin, bezogen auf ältere Migrant/innen in Berlin, Versorgungslücken, Zugangswege und Zugangsbarrieren zu gesundheitsbezogenen Angeboten zu identifizieren, um auf dieser Basis Empfehlungen für eine passgenauere Gestaltung der Angebote bzw. der Zugänge zu Gesundheitsangeboten abzuleiten. Dabei soll ein Verständnis für die Zusammenhänge zwischen der Angebotslandschaft und den Bedürfnissen der Zielgruppen sowie für die Strategien der unterschiedlichen ethnischen Communities im Umgang mit den Bereichen Prävention, Gesundheitsversorgung, Rehabilitation und Pflege entwickelt werden.

In der Studie wurde insgesamt mit 12 Expert/innen und 33 Vertreter/innen aus vier unterschiedlichen ethnischen Communities gesprochen. Diese Zahlen machen bereits deutlich, dass die Studie nur erste Hinweise auf den Zusammenhang zwischen dem Gesundheitssystem und den Bedürfnissen älterer Migrant/innen geben kann. Weder erlaubt der Umfang der Studie, verallgemeinerbare Aussagen zu den untersuchten Zielgruppen zu treffen noch zu älteren Migrant/innen allgemein. Stattdessen liegen 33, teils sehr individuelle Perspektiven auf das Gesundheitssystem in Berlin vor, die vor dem Hintergrund der jeweiligen Lebenslage, den persönlichen Erfahrungen, den sozio-ökonomischen Bedingungen usw. interpretiert werden müssen. Gerahmt werden diese Perspektiven von den Einschätzungen der 12 Expert/innen, die wiederum ihren spezifischen fachlichen Blick auf das Gesundheitssystem werfen, der von ihren Arbeitszusammenhängen und eigenen strategischen Zielen geprägt ist. Damit wird die Begrenztheit der Studie deutlich und entsprechend vorsichtig müssen die Ergebnisse diskutiert werden.

Diese Einschränkungen vorausgesetzt, sind aber vielfältige Einblicke in die Zugänge zum Gesundheitssystem und individuelle Gesundheitsstrategien von älteren Migrant/innen möglich. Es werden Zugangsbarrieren, Versorgungsdefizite und ungedeckte Bedarfe sichtbar, die sich vor dem Hintergrund anderer Studien und wissenschaftlicher Erkenntnisse einordnen lassen. Zurückhaltung sollte dabei geübt werden, die Ergebnisse allgemein zu kulturalisieren, d. h. auf den jeweiligen Migrationshintergrund als Ursache zurückzuführen. Zahlreiche Aspekte der Zugangsproblematik werden in ähnlicher Form auch für sozial benachteiligte Menschen deutscher Herkunft beschrieben. Allerdings wird an unterschiedlichen Stellen deutlich, wie die Migrationsbiografie, der Status als Migrant/in in Berlin und die Einbindung in eine ethnische Community den Zugang zum Gesundheitssystem beeinflussen. Dabei sind einerseits, unabhängig vom individuellen Migrationshintergrund, teils ähnliche Strategien, Ressourcen und Hürden der älteren Migrant/innen zu erkennen. Andererseits zeigen sich bei einer kulturspezifischen Betrachtungsweise Aspekte, die möglicherweise auf Praktiken, Haltungen oder Potentiale in den jeweiligen migrantischen Communities zurückzuführen sind.

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den Experteninterviews und Fokusgruppen entlang der eingangs formulierten Leitfragen diskutiert.

Leitfrage 1: „Wie stellt sich die Lebenslage der älteren Migrant/innen dar und welche Risikofaktoren für Gesundheit lassen sich daraus ableiten?“

Die älteren Menschen, die an dieser Studie teilgenommen haben, können weder als umfassend sozial benachteiligte, noch als sehr schwer erreichbare Migrant/innen bezeichnet werden. Ihre heutigen Lebenssituationen und ihre jeweilige soziale, ökonomische und gesundheitliche Lage in

Berlin haben sich abhängig von den Rahmenbedingungen ihrer Migration im Lebensverlauf in vielfältiger Weise individuell entwickelt. In den Fokusgruppen beschreiben sie ihre eigenen gesundheitlichen Lagen sowie ihre Perspektiven auf die eigene und die Gesundheit ihrer jeweiligen ethnischen Gruppen vor dem Hintergrund ihrer Lebens- und Lernerfahrungen.

Wie oben dargestellt, verfügt ein großer Teil von ihnen über einen hohen Bildungsstatus. Allerdings steht ihnen überwiegend nur ein geringes Haushalteinkommen zur Verfügung und die meisten von ihnen sind mit teils großen Problemen bei der Verständigung in deutscher Sprache konfrontiert. Das Problem, sich nicht ausreichend auf Deutsch ausdrücken zu können oder deutschsprachige Informationen nicht zu verstehen, stellt für viele Teilnehmer/innen an der Studie die zentrale Hürde bei der Nutzung von Gesundheitsangeboten dar. Eine niedrige Altersrente, von der teilweise noch die Familien in Deutschland oder dem Herkunftsland unterstützt werden, erschwert den Zugang zu Gesundheitsleistungen zusätzlich. Die hiermit verbundenen Versorgungsdefizite sollten, diese Ableitung erscheint zulässig, umso stärker für Migrant/innen mit einem niedrigen oder ohne Bildungsabschluss gelten.

Die älteren Menschen, mit denen gesprochen wurde, sind noch nicht von massiven gesundheitlichen Einschränkungen oder hoher Pflegebedürftigkeit betroffen. Gleichwohl leiden die meisten bereits unter gesundheitlichen Einschränkungen, die ihren Alltag beeinträchtigen. Häufig berichten sie, wie in der wissenschaftlichen Literatur auch von anderen Autor/innen ermittelt (siehe dazu u. A. Broska und Razum 2012; Kohfal 2012; Clasen et al. 2013; Horn und Schaeffer 2013; Thi Minh Tam Ta et al. 2015; Klaus und Baykara-Krumme 2017), von körperlichen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Viele Krankheitssymptome werden von ihnen für sich selbst und für die ethnische Gruppe, der sie zugehören, in einem engen Zusammenhang mit ihren Aufenthalts- und Arbeitsbedingungen in Deutschland, aber auch mit Belastungen des Migrationsprozesses in Verbindung gebracht. Dementsprechend typisieren Horn und Schäfer (2013) Risikofaktoren für die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund (a) nach Bedingungen des Herkunftslandes (andere/unzureichende Ernährung, schlechte Gesundheitsversorgung, Gewalt, Krieg oder höhere Prävalenzen spezifischer Infektionskrankheiten), (b) Bedingungen während des Migrationsprozesses (psychosoziale Belastungen/Stress, Hunger, Gewalt, Rassismus, Trennung von der Familie) und (c) Bedingungen des Ziellandes (Fremdheitsgefühl, Trennung von der Familie, Rassismus, bzw. Verständigungsprobleme, niedriger Sozialstatus).

Immer wieder wird in den Experteninterviews darauf hingewiesen, dass der Aufenthalts- und Versicherungsstatus als grundlegender Faktor erheblichen Einfluss auf die Leistungsansprüche und gesundheitliche Versorgungssituation von älteren Migrant/innen hat. Als besonders besorgniserregend wird dabei die Situation für eine Vielzahl ungenügend krankenversicherter, (ehemals) selbständig tätiger älterer Migrant/innen und für geduldet und illegal in Berlin lebende ältere Migrant/innen angesehen. Für sie gibt es, neben der familiären Unterstützung und der Hilfe über ihre informellen Netzwerke, im Krankheits- und Pflegefall kaum Hilfsangebote. Aber nicht nur für diese Personen stellen die Familien eine wichtige Unterstützungsstruktur dar. Wie auch in der Literatur belegt, zeigen sich die Expert/innen und die Teilnehmer/innen in den Fokusgruppen weitgehend darin einig, dass die Familien für die älteren Migrant/innen zumeist der wichtigste soziale Kontext sind, an dem gesundheitliche Fragestellungen und Hilfen erörtert werden (vgl. dazu Baykara-Krumme et al. 2012; Zimmermann 2012; Razum et al. 2010; Horn und Schaeffer 2013). Häufig sehen sich die älteren Migrant/innen nach Auffassung der Expert/innen und in den Fokusgruppen dabei nicht nur in einer Hilfe und Unterstützung empfangenden Positi-

on. Ähnlich, wie in der Literatur beschrieben, spielen sie mit ihrer Erfahrung in Bezug auf Gesundheitsfragen in ihren Familien teilweise eine ratgebende Rolle (Horn und Schaeffer 2013; Poser et al. 2016; Nguyen 2012; Razum et al. 2010).

Viele der Gesprächspartner/innen in den Fokusgruppen reflektieren den Ablösungsprozess ihrer Kinder, die eigene Familien gründen. Häufig wird deutlich, wie wichtig und zugleich fragil das familiäre Unterstützungsnetzwerk ist. Ein Verlust familiärer Beziehungen, sei es durch Verwitwung, Aus-/Fortzug der Kinder oder Emanzipation aus konservativen Strukturen, führt einerseits zu mehr Freiheiten, andererseits aber auch zu großer Einsamkeit. Teilweise wird berichtet, wie sich die Familien im Zuge der Migration und der Integration in Deutschland verändert haben und sich familiäre, ebenso wie nachbarschaftliche Netzwerke an westliche, unverbindlichere Gepflogenheiten des sozialen Austausches anpassen.

Leitfrage 2: „Welche gesundheitsbezogenen Selbsthilfestrukturen nutzen ältere Menschen mit türkischem, arabischem, russischem und vietnamesischem Migrationshintergrund?“

Abhängig von ihren Welt- und Lebensanschauungen, Erfahrungen und physischen und psychischen Belastungen gestalten die an dieser Studie beteiligten älteren Migrant/innen ihr gesundes Leben im Alter. Dabei entfaltet sich ihr Handeln im Verhältnis zu informellen und formellen sozialen Strukturen und Netzwerken und beruht auf mehr oder weniger soliden Kenntnissen und Informationen.

Ältere Frauen mit Migrationshintergrund scheinen sich stärker um die eigene Gesundheit zu bemühen und über Gesundheitsthemen auszutauschen als Männer. Leichte Erkrankungen werden häufig zunächst mit Hausmitteln oder frei zugänglichen Medikamenten behandelt, bevor ärztlicher Rat eingeholt wird. Möglichkeiten der gesundheitlichen Prävention werden dabei allerdings nach Ansicht der Expert/innen selten offensiv genutzt, bzw. sind häufig nicht bekannt.

Die gesundheitliche Selbstsorge ist möglicherweise durch die in den Herkunftsländern mit den dort etablierten Gesundheitssystemen gemachten Erfahrungen geprägt. Der Umgang mit einer niedrigen Versorgungsqualität, geringen Ärztedichte und einer starken Beteiligung an den Kosten medizinischer Behandlungen könnte, wie Horn und Schäfer (2013) vermuten, dazu führen, das Gesundheitssystem in Deutschland nur bei ernstesten Erkrankungen in Anspruch zunehmen. Zudem können geringe Kenntnisse des Gesundheitssystems, unsichere sprachliche Verständigungsmöglichkeiten und schlechte, teilweise als diskriminierend empfundene Behandlungs- und Beratungserfahrungen in der Vergangenheit dazu führen, Leistungen und Möglichkeiten des deutschen Gesundheitssystems nicht oder nur zögerlich zu nutzen.

Die Familien werden von den Expert/innen und in den Fokusgruppen als der zentrale soziale und informelle Bezugspunkt der älteren Migrant/innen benannt. Sie werden auch in Bezug auf gesundheitliche und pflegerische Hilfe und Unterstützung als wichtigste soziale Verbindung angefragt und in Anspruch genommen. Damit bestätigt sich in dieser Studie für alle ethnischen Gruppen die Beobachtung, dass im Krankheits- und Pflegefall im Idealfall zunächst Familienangehörige um Rat und Unterstützung angefragt werden, bevor professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird (vgl. Horn und Schäfer 2013; Poser et al. 2016; Razum et al. 2010; Schenk et al. 2011; Nguyen 2012). Insbesondere bei der Pflege zeigen sich häufig der Wunsch und eine starke moralische Verpflichtung, diese innerhalb der Familie zu organisieren. Wobei ambulante Pflegedienste als Ergänzung durchaus akzeptiert und stationäre Pflegeeinrichtungen weitestgehend abge-

lehnt werden, wie auch Befunde aus der wissenschaftlichen Forschung zeigen, (vgl. Wolter 2016; Mogar und Kurzleben 2015; Tezcan-Güntekin et al. 2015; Strumpfen 2012; Ulusoy und Gräsel 2010; Schenk et al. 2011).

Allerdings deutet sich in den Interviews und Gesprächen ein Wandel der familiären Unterstützung in Familien mit Migrationshintergrund an. Berufliche Karrieren, räumliche Entfernungen, individuelle Lebensplanungen und sich verändernde Wertvorstellungen der jüngeren Generationen in Deutschland wirken sich, ähnlich, wie auch bei Schäfer et al. (2015) geschildert, nach dem Eindruck der Expert/innen und in den Fokusgruppen auf die Familien und traditionellen Formen des Zusammenlebens aus. Nicht mehr in allen Familien besteht die Möglichkeit (und teilweise auch nicht mehr der Wunsch) im engen Kontakt und Austausch mit älteren Familienangehörigen als Großfamilie zusammenzuleben. Den Wünschen und Karrieren der jüngeren Generation wollen nach Schilderungen in den Fokusgruppen die älteren Migrant/innen möglichst nicht im Wege stehen. Aus diesem Grund, und wenn sie selber emotional belastende Erfahrungen mit der Pflege von Angehöriger gemacht haben, zeigen sich die älteren Migrant/innen in den Fokusgruppen bspw. gegenüber professioneller Pflege aufgeschlossen.

Wie auch Razum et al. (2010) feststellen, spielen neben den Familien die sozialen Netzwerke innerhalb der eigenen ethnischen Communitys im Umgang mit gesundheitlichen und pflegerischen Fragen aber weiterhin eine wichtige Rolle. Zwischen Freunden, Bekannten und Nachbarn besteht meist eine große Hilfsbereitschaft, es werden untereinander Ratschläge gegeben und Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem ausgetauscht. Die Belastbarkeit dieser Beziehungen wird in den Experteninterviews aber teilweise auch in Frage gestellt und als eher oberflächlich beurteilt. Dennoch geht Alisch (2008) davon aus, dass eine wichtige Stellschraube zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Migrant/innen in der Entwicklung und Stärkung ihrer nachbarschaftlichen Unterstützungssysteme liegt, insbesondere wenn sie sich im Alltag vorwiegend in der eigenen Community bewegen (vgl. Sauer 2009).

Für den Ausbau der migrantischen Unterstützungssysteme und für eine präventive Gesundheitsförderung bei älteren Migrant/innen bieten sich nach Ansicht der Expert/innen quartiersbezogene gesundheitliche Interventionen an. Als Anknüpfungspunkte können dafür, wie auch Schäfer et al. (2015) beschreiben, neben Nachbarschafts- und Stadtteilzentren vor allem Migrant*innenorganisationen und -vereine, religiöse Einrichtungen und migrantische Kultur- und Sportvereine dienen. Dabei ist es allerdings für die professionellen Akteure aus der Stadtteilarbeit, selbst wenn sie sich darum bemühen, oft schwer, überhaupt Zugänge zu den migrantischen Community aufzubauen und diese langfristig zu halten. Auf der anderen Seite verfügen migrantische Organisationen oft nicht über ausreichende räumliche, personelle und organisatorische Mittel und sind meist nicht gut genug mit kommunal- und gesundheitspolitischen Akteuren vernetzt. Dementsprechend konstatieren Ulusoy und Gräsel (2010) beispielhaft für ältere Menschen mit türkischem Migrationshintergrund eine viel zu geringe Anzahl an quartiersbezogenen Angeboten. Dieser Befund wird für alle in dieser Studie untersuchten ethnischen Gruppen in den Gesprächen in den Experteninterviews bestätigt.

Der Zugang zu gesundheitsbezogenen Angeboten ist, wie sich in der Studie zeigt, schwierig und voraussetzungsvoll. Neben der bereits thematisierten Barriere der Sprache (und damit zusammenhängend) fehlen älteren Migrant/innen häufig die Informationen zu Gesundheitsthemen und Gesundheitsangeboten. Ähnlich wie bei der Organisation eines individuellen Versorgungssystems konstruieren sie sich eigene Informationsnetzwerke und –kanäle, zu denen Angehörige und Bekannte, muttersprachliche Medien in Berlin (Broschüren) oder dem Herkunftsland (TV), die behandelnden Ärzt/innen sowie teilweise auch private, muttersprachliche Beratungsangebo-

te in den Communities gehören. Die Qualität und Aktualität der Informationen ist dabei zum Teil nicht überprüfbar und wird auf Vertrauensbasis angenommen.

Am vertrauenswürdigsten werden von den älteren Migrant/innen die Ärzteschaft oder Personal aus dem medizinischen Bereich angesehen. Im Alltag wird aber eher auf die informellen Netzwerke und auf Medien mit muttersprachlichen Informationsangeboten, wie Radio, Fernsehen oder das Internet zurückgegriffen. Muttersprachliche Flyer, Informationsbroschüren und Zeitschriften werden wegen ihrer meist unzureichenden Übersetzung zwar kritisiert, sie können aber als Anknüpfungspunkt für Nachfragen und Gespräche dienen. Beratungseinrichtungen sind vielen älteren Migrant/innen nach Einschätzung der Expert/innen nicht bekannt. Teilweise bestehen ihnen gegenüber auch Vorbehalte, die auf selbst gemachten oder in den Communities kursierenden schlechten Erfahrungen beruhen.

Potential für die Vermittlung vertrauenswürdiger Informationen in die informellen Netzwerke hinein, bieten in die Nachbarschafts- und Stadtteilarbeit und Beratungsarbeit eingebundene ehrenamtliche Multiplikator/innen und niedrigschwellig eingesetzte Sprach- und Kulturmittler/innen im Rahmen von Lotsenprojekten. Positiv an solchen Modellen sind die sich damit eröffnenden Möglichkeiten zur interkulturellen Öffnung von Regelstrukturen. Wenig thematisiert werden aber die Grenzen und Überforderungen, die solche Modelle beinhalten. So weist Gese-mann (2015, S. 55) darauf hin, dass der Rückgriff auf Sprach- und Kulturmittler/innen besonders problematisch ist, wenn er nicht nur darauf zielt, den älteren Migrant/innen als Fürsprecher/innen zur Seite zu stehen, sondern vor allem dabei helfen soll, einen Mangel an qualifiziertem Personal für die interkulturelle Öffnung zu kompensieren.

Leitfrage 3: „Welche gesundheitsbezogenen Angebote bestehen in den Bezirken Neukölln und Lichtenberg in den Bereichen „Prävention“, „Gesundheitsversorgung“, „Rehabilitation“, „Pflege“ und „Psychische Erkrankungen“, wie werden sie wahrgenommen und wie gestaltet sich der Zugang?“

Die Recherche zu den Angeboten in Lichtenberg und Neukölln im ersten Teil der Studie zeigt den Umfang und die Vielfalt der Angebote in den Bezirken (s. Anhang I). In der Studie wird deutlich, dass sich die Inanspruchnahme von Angeboten in Abhängigkeit von dem Gesundheitsbereich sehr unterscheidet.

Über alle Gesundheitsbereiche hinweg zeigt sich, den Aussagen der Expert/innen und älteren Menschen folgend, dass muttersprachliche Angebote gut angenommen werden. Sind keine muttersprachlichen Angebote verfügbar, werden Verständigungsprobleme zum Teil mit der Hilfe von Angehörigen oder Bekannten gelöst. Ist das nicht möglich, wie etwa im Bereich der stationären Rehabilitation, entsteht eine kaum überwindbare Hürde, sowohl auf Seiten der älteren Menschen als auch auf Seiten des Anbieters. Entsprechend werden Reha-Maßnahmen nach Einschätzung der Expert/innen durch ältere Migrant/innen kaum in Anspruch genommen. Dieser Befund entspricht den Aussagen in früheren Studien (Schwarz et al. 2015; Razum 2010) und die dort beschriebenen negativen Effekte, wie chronifizierte Gesundheitsprobleme, müssen auch für den vorliegenden Kontext als Risikofaktor angenommen werden.

Ein gesunder Lebensstil ist für die älteren Migrant/innen in dieser Studie von hoher Bedeutung, auch wenn das Thema „Prävention“ aus Sicht der Expert/innen bei älteren Migrant/innen noch nicht genug Beachtung findet. Insbesondere die Frauen in dieser Studie zeigen sich aber sehr an Themen, wie Ernährung, Bewegung oder Gesundheit interessiert und nehmen teilweise an mut-

tersprachlichen Präventionsangeboten in Kulturzentren teil (Sport, Ernährung, Gedächtnisstraining, Vorträge zu Gesundheitsthemen). Hier bestehen einige lebensweltliche Anknüpfungspunkte, etwa die Möglichkeit, im Rahmen von Präventionsangeboten gesellig zu sein, dem eigenen Körper etwas Gutes zu tun oder auf kurzem Weg Informationen von muttersprachlichen Fachleuten (Ärzt/innen) zu erhalten.

Ärzt/innen und Kliniken bilden in der Gesundheitsversorgung und –information der älteren Migrant/innen die wichtigen Eckpfeiler. Das hohe Ansehen von Ärzt/innen wird bereits in der Literatur beschrieben (Horn und Schaeffer 2013; Yilmaz-Aslan et al. 2013; Ulusoy und Gräßel 2010). In den Gesprächen mit den Teilnehmer/innen der Studie werden individuelle, bezirksübergreifende oder gar internationale Versorgungskonstrukte sichtbar, die sich aus deutschen und muttersprachlichen Ärzt/innen, Ärzt/innen und Kliniken in den Herkunftsländern und Berliner Kliniken und ihren Notaufnahmen zusammensetzen. Es wird erkennbar, dass diese individuell konstruierten Versorgungswege vor allem durch die Notwendigkeit entstehen, gesundheitliche Beschwerden kommunizieren und Behandlungsstrategien verstehen zu können.

Ein großes Defizit stellt, den Expert/innen zufolge, die Behandlung und Unterstützung älterer Migrant/innen mit psychischen Erkrankungen dar. In diesem Bereich fehlen in Berlin (vor allem muttersprachliche) Therapeut/innen, Psychiater/innen und eine befriedigende Gestaltung der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung. Ein Vorbild stellen, nach Einschätzung einiger Expert/innen, die muttersprachlichen Angebote im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge dar, die gut angenommen werden.

Das Management der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist nach Einschätzung der Expert/innen in allen Gesundheitsbereichen ein großes Problem bei der Versorgung der älteren Migrant/innen. Ebenso wie bei der Organisation einer medizinischen Versorgung ist hierbei die Eigeninitiative der Betroffenen gefordert, die häufig schon bei der telefonischen Terminvereinbarung oder dem Ausfüllen eines Formulars überfordert sind. Diese Ergebnisse korrespondieren mit den Befunden von Razum et al. (2010), die auf die Problematik eines stark segmentierten Gesundheitssystems in Deutschland verweisen. Auch der Zugang zu Beratungsangeboten in deutscher Sprache, etwa den Pflegestützpunkten, gestaltet sich schwierig. Hier können die Brückenbauer/innen eine hilfreiche Unterstützung darstellen. Tragende und entlastende Pflegearrangements sind aus Sicht der Expert/innen aber in Familien mit Migrationshintergrund noch die Ausnahme. Auch die Teilnehmer/innen an der Studie berichten überwiegend von familiärer Pflege, teilweise in Kombination mit ambulanten Pflegediensten. Muttersprachliche Pflegedienste oder –kräfte werden hierbei und in der stationären Pflege bevorzugt, vor allem bei der Versorgung von dementiell Erkrankten.

Beeinflusst wird die Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Angeboten, wenn sie bekannt sind, von Erfahrungen, die die älteren Migrant/innen mit öffentlichen Einrichtungen in Deutschland gemacht haben. Offene Diskriminierung oder mangelnder Respekt gegenüber religiösen oder kulturellen Haltungen haben bei einigen der älteren Gesprächspartner/innen ein tiefes Misstrauen gegenüber „dem deutschen System“ erzeugt, das durch menschen- und fremdenfeindliche Äußerungen in den Medien regelmäßig neu genährt wird.

Die Diskussion der Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem weist darauf hin, dass bedeutsame Barrieren in dem System selbst liegen. Eine Ökonomisierung von Gesundheitsleistungen führt dazu, dass bspw. Ärzt/innen und Therapeut/innen häufig unter Zeitdruck arbeiten und wenig Kapazitäten für die Behandlung von „komplizierten“ Patient/innen und Klient/innen haben, mit denen sie sich nicht in der gleichen Sprache verständigen können. Das Prinzip einer dezentralen

Versorgung mit „Geh-Struktur“ führt außerdem dazu, dass von den älteren Migrant/innen eine hohe Eigeninitiative und Systemkenntnisse gefordert sind, damit sie ihre individuellen Versorgungsstrukturen aufbauen können. Damit stehen vor allem jene Älteren, die nur geringe Kenntnisse der deutschen Sprache haben, vor großen Herausforderungen.

Leitfrage 4: Welche gesundheitsbezogenen Bedürfnisse und Bedarfe äußern ältere Menschen mit türkischem, arabischem, russischem und vietnamesischem Migrationshintergrund?

Aus den Aussagen der Expert/innen und älteren Menschen zur Inanspruchnahme von Angeboten, Zugangsbarrieren und Selbsthilfestrukturen lassen sich Bedürfnisse und Bedarfe ableiten, die teils explizit formuliert werden. Konkrete Bedürfnisse werden von den älteren Migrant/innen vor allem in den Gesundheitsbereichen formuliert, in denen sie regelmäßig Erfahrungen sammeln und Beschränkungen erfahren: der medizinischen Gesundheitsversorgung und, bei pflegenden Angehörigen oder Pflegebedürftigen, der Pflege. Bezogen auf diese Bereiche besteht unabhängig vom Migrationshintergrund das Bedürfnis, besser informiert zu sein und das Gesundheits- bzw. Pflegesystem zu verstehen.

Gewünscht werden daher aktuelle, muttersprachliche oder zweisprachige Informationen zu gesundheitlichen Themen, zum Gesundheitssystem und zu Gesundheitsangeboten in Berlin bzw. im Bezirk. Zusätzlich zu schriftlichen Informationen, z. B. als Broschüren, besteht bei den älteren Teilnehmenden der Bedarf an fachkundigen Personen, die in einem niedrigschwelligen Kontext (Bsp.: Stand im Dong Xuan Center) in der Muttersprache zu Gesundheitsthemen befragt werden können. Mehrere der Teilnehmer/innen pflegen selbst Angehörige oder haben sie gepflegt. Sie beschreiben die große Belastung, die auf ihren Schultern lastet(e), und die durch fehlendes Wissen über die Durchführung der Pflege, Antragsverfahren und unterstützende Angebote noch zusätzlich verstärkt wird. Auch hier wird der Bedarf nach entsprechenden muttersprachlichen Informationen und Ansprechpartner/innen formuliert.

Vielfach wird in den Gesprächen der Wunsch geäußert, von den Ärzt/innen respektvoll und ohne Zeitdruck behandelt zu werden. Häufig besteht die Erwartung, in den Behandlungsgesprächen umfassende Gesundheitsinformationen zu erhalten. Angesichts der einflussreichen Stellung, die den Ärzt/innen zugeschrieben wird, besteht hier großes Potential für einen Abbau von Barrieren im Zugang zum Gesundheitssystem. Mehrere Teilnehmer/innen an der Studie beschreiben zudem das Bedürfnis, besser durch das Gesundheitssystem geleitet zu werden. Ein Vorbild ist hierbei das System der Polikliniken, in denen die Patient/innen zentral und intern weitergeleitet wurden. Dieser Bedarf wird auch von Horn und Schaeffer (2013) in ihrer Evaluation der Unabhängigen Patientenberatung in Deutschland berichtet. In diesen Zusammenhang muss auch die Kritik, vor allem der Expert/innen, an der Gestaltung der Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in allen Gesundheitsbereichen eingeordnet werden.

Die Familie spielt für viele der älteren Migrant/innen eine wichtige Rolle in der Organisation der medizinischen Versorgung und Pflege. Auch dieser Befund entspricht weitgehend den Aussagen der Literatur (Tezcan-Güntekin et al. 2015; Schenk 2011; Ulusoy und Gräbel 2010). Allerdings wird die stationäre Pflege nicht so einhellig abgelehnt, wie es der Literatur zufolge zu erwarten wäre. Insbesondere einige der weiblichen Gesprächspartnerinnen lehnen eine häusliche Pflege ab, sollten sie selbst pflegebedürftig werden. Zudem werden teils konkrete Erwartungen an die Ausgestaltung einer stationären Pflege geäußert. So wird das Bedürfnis geäußert, die Familie gut

integrieren zu können, sowohl in der praktischen Unterstützung, wie Übersetzung oder Versorgung mit Mahlzeiten, als auch bei der weiteren Aufrechterhaltung eines lebendigen Familienlebens (gemeinsame Mahlzeiten, Spielen mit den Enkelkindern). Um diese Bedürfnisse decken und kulturelle Gepflogenheiten in einem geschützten Rahmen ausüben zu können, werden gesonderte Räume („Oasen“) für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund in stationären Einrichtungen vorgeschlagen. Übergreifend wird von den Teilnehmenden an der Studie das Bedürfnis gesehen, sich im hohen Alter und insbesondere bei einer dementiellen Erkrankung in der Muttersprache verständigen zu können. Damit Familien entlastet und die Autonomie der Pflegebedürftigen unterstützt werden können, wird ein hoher, noch steigender Bedarf an muttersprachlichen Pflegekräften gesehen.

In den Bereichen Prävention und Rehabilitation werden von den älteren Menschen, die befragt wurden, kaum konkrete Bedürfnisse formuliert bzw. das bei allen Teilnehmenden bestehende Bedürfnis nach einem gesunden und selbstständigen Leben im Alter wird vor allem durch individuelle Strategien (Ernährung, Bewegung etc.) befriedigt. Damit weiterreichende Bedarfe benannt werden können, müsste vermutlich zuvor das entsprechende Gesundheitswissen gestärkt werden.

Bedarfe zur Versorgung von älteren Migrant/innen mit psychischen Erkrankungen werden vor allem von den Expert/innen formuliert, hier aber mit großem Nachdruck. Hier wird eine große Versorgungslücke bei steigendem Bedarf gesehen, u. a. von älteren Migrant/innen mit Suchterkrankungen oder Depressionen.

Geschlechtsspezifische Bedürfnisse werden in den Gesprächen kaum explizit benannt. Eine Ausnahme ist der Wunsch einiger muslimischer Frauen nach weiblichen Pflegekräften und Krankenschwestern. Von Seiten einiger Männer, mit denen in der Studie gesprochen wurde, wird der Wunsch nach einem „strengerem“ Gesundheitssystem geäußert, dass regelmäßige Kontrolluntersuchungen konsequenter einfordert und damit Männer dazu „zwingt“, sich um ihre Gesundheit aktiv zu kümmern. Deutlich wird, dass sich der Zugang zu gesundheitsbezogenen Angeboten für Männer schwieriger gestaltet als für Frauen bzw. oft über ihre (Ehe-)Frauen erfolgt, denen häufig die Verantwortung für das Thema „Gesundheit“ zugeschrieben wird. Auch ein professioneller Zugang zu Gesundheit, etwa in Beratungen, sozialer Arbeit, Präventionsangeboten oder Therapien, erfolgt häufig durch weibliche Gesundheitsakteure, d. h. eine weiblich geprägte Perspektive auf Gesundheit. Hier ist unter Umständen eine gründlichere Reflektion eines geschlechtsspezifischen Zugangs sinnvoll, der besonders für alleinstehende ältere Männer (auch deutscher Herkunft) ein Gewinn darstellen könnte.

6. Fachliche Empfehlungen

Auf der Grundlage der vorliegenden Bedarfsanalyse und der Diskussion der Ergebnisse werden im Folgenden fachliche Empfehlungen und Ansätze für Interventionen im Gesundheitsbereich abgeleitet, mit denen der Zugang zu präventiven, medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Angeboten für ältere Migrant/innen in Berlin und in den beiden untersuchten Bezirken passender gestaltet und auf Versorgungslücken reagiert werden kann. Dabei werden die im Abschnitt 4.5 vorgestellten Bedürfnisse und Bedarfe aufgegriffen und mit dem Ziel zugespitzt, strukturelle Ansatzpunkte und Optionen für den Abbau von Zugangsbarrieren und zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage älterer Migrant/innen zu aufzuzeigen.

Empfehlung 1:

Implementierung von Diversity Management zur Förderung des institutionellen Umgangs mit Verschiedenheit

Empfohlen wird die flächendeckende Implementierung eines Diversity Managements in allen gesundheitsbezogenen Einrichtungen (Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Gesundheitsdienstleister, Rehabilitationseinrichtungen etc.). Diversity Management sollte als Qualitätskriterium der Einrichtungen gefördert und gefordert sowie mit Indikatoren untersetzt werden. Die Implementierung von Diversity Management sollte als langfristiger Prozess verstanden werden, der fachlich konzipiert und begleitet werden sollte. Die Umsetzung dieser Empfehlung könnte durch finanzielle Anreize und Unterstützungsangebote durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung gefördert werden.

Empfehlung 2:

Abstimmungs- und Vernetzungsbemühungen zur interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens unterstützen und stärken

Um mittelfristig die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens zu erreichen und entsprechende Dienstleistungen und Angebote besser aufeinander abstimmen zu können, sollten bestehende bezirkliche Netzwerke, wie die gerontogeriatrischen Verbände stärker für dieses Handlungsfeld motiviert und unterstützt werden. Gesundheits- und quartiersbezogene Netzwerke sollten ermutigt werden, Vereine und Organisationen aus den ethnischen Communities als Netzwerkpartner zu gewinnen, um gemeinsam Synergien zur interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens zu entwickeln und gesundheitliche Ungleichheit abzubauen. Insgesamt sollte bei allen Sozial- und Gesundheitsakteuren das Verweisungswissen gestärkt werden.

Empfehlung 3:

Ausbau der Sprach- und Kulturmittlung im Berliner Gesundheitswesen

Ein flächendeckender Ausbau der Sprach- und Kulturmittlung als reguläre und professionelle Dienstleistung im Gesundheitswesen ergänzt die Implementierung eines Diversity Managements innerhalb der Einrichtungen. Damit können der Zugang zu gesundheitsbezogenen Angeboten für ältere Migrant/innen gestärkt und kulturelle Barrieren abgebaut werden. Die Weiterentwicklung der Sprach- und Kulturmittlung im Berliner Gesundheitswesen sollte mit einer gründlichen und

verantwortungsvollen Befähigung zu dieser Tätigkeit und der Entwicklung eines professionellen Selbstverständnisses der eingesetzten Sprach- und Kulturmittler/innen einhergehen. Notwendig sind dafür gezielte, systematische und zeitlich angemessene Aus- und Fortbildungen im gesundheitlichen und pflegerischen Bereich, die eine Auseinandersetzung mit dem Prozess der Sprach- und Kulturmittlung in unterschiedlichen Settings, grundlegendes Gesundheitswissen, Systemkenntnisse zum deutschen Gesundheitswesen, die Klärung der jeweiligen Rolle und die Reflexion unterschiedlicher Dolmetsch-Techniken und -Prinzipien umfassen. Die entsprechenden Stellenbeschreibungen sollten eine adäquate Entlohnung und langfristige Verträge ermöglichen. Der gegenwärtige, oft projektbezogene, niedrig entlohnte oder auf Honorarbasis erfolgende Einsatz in der Sprach- und Kulturmittlung stellt für Arbeitnehmer/innen kein attraktives Arbeitsfeld dar. Ergänzend sollten mehrsprachige medizinische Fachangestellte und Pflegekräfte gezielt als Sprach- und Kulturmittler/innen qualifiziert werden.

Empfehlung 4:

Ärzt/innen als Schlüsselpersonen für Gesundheit stärken

Ärzt/innen nehmen für ältere Migrant/innen eine Schlüsselrolle bei gesundheitlichen Fragen und dem Abbau von Barrieren zum Gesundheitswesen ein. Sie werden als zentrale und respektierte Gesundheitsakteure geschätzt und aufgesucht. Beklagt wird aber, dass sich Ärzte für die Bedürfnisse älterer Migrant/innen teilweise nicht ausreichend Zeit nehmen und zu betriebswirtschaftlich orientiert seien. Einem damit einhergehendem Vertrauensverlust sollte die Ärzteschaft dringend entgegenwirken. Ärzt/innen sollten für interkulturelle Anforderungen sensibilisiert und sozialraumorientierte Arbeit, beispielsweise im Rahmen von Vorträgen in Stadtteilzentren, gestärkt werden. Unterstützt werden kann diese zugehende Arbeit von Ärzt/innen z. B. durch entsprechende Fortbildungen, Förderungen und Anreize der Landesvertretungen und Kassen.

Empfehlung 5:

Hausarztpraxen und Gesundheitsleitstellen in der Notaufnahme

Die Notaufnahmen der Kliniken werden durch ältere Migrant/innen häufig als erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Beschwerden genutzt. Mit der Einrichtung von allgemeinmedizinischen Sprechstunden und Gesundheitsleitstellen in den Räumlichkeiten der Notaufnahmen könnten eine Erstversorgung/-diagnose und Weiterleitung erfolgen und die Notaufnahmestellen der Kliniken entlastet werden. Gesundheitsleitstellen hätten mit mehrsprachigem Fachpersonal die Aufgabe zu gesundheitlichen und medizinischen Fragen aufzuklären und die Patient/innen an ambulante Versorger innerhalb des Gesundheitssystems weiterzuleiten. Eine Umsetzung könnte als Modellprojekt gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenversicherungen erprobt werden.

Empfehlung 6:

Stadtteilzentren als Anlaufstellen für Gesundheit nutzen und ausbauen

Im Bereich der Gemeinwesenarbeit verstehen sich Stadtteilzentren als Ansprechpartner und Serviceangebot für Bewohner/innen in den jeweiligen Stadtquartieren. Neben sozialen Angeboten und der Förderung des bürgerschaftlichen Engagements können sie auch ein Partner/in für

die Weiterentwicklung von gesundheitlichen Strukturen sein. Stadtteilzentren sollten noch stärker als bisher zu sichtbaren, niedrighschwelligem, mehrsprachigen und zentralen Anlaufstellen für gesundheitliche Aspekte weiterentwickelt werden. Präventive gesundheitliche Angebote, der Ausbau der kassengeforderten Selbsthilfe und die Weiterleitung von älteren Migrant/innen innerhalb des Gesundheitssystems sollten als Aufgaben der Zentren gesehen bzw. gestärkt und mit den entsprechenden personellen und finanziellen Ressourcen unteretzt werden. In „Gesundheitskiosken“ in den Zentren könnten Serviceleistungen, wie eine Medikamentenkontrolle, Gesundheitskontrollen (Blutdruckmessung o. ä.), Sprach- und Kulturmittlungen (z. B. Brückenbauer/innen) oder Sprechstunden von Krankenkassen angeboten werden.

Empfehlung 7:

Entwicklung niedrighschwelliger, mehrsprachiger Informationsmaterialien und –formate zu Gesundheitsthemen

Informationen zu gesundheitsbezogenen Angeboten und Gesundheitsthemen sollten sich auf die Lebenswelten älterer Migrant/innen beziehen, professionell mehrsprachig gestaltet sein und mehrere Sinne (schriftlich, auditiv und visuell) ansprechen. Relevante Themen sind Informationen zu gesundheitlichen Präventionsmaßnahmen (Gesund im Alter), Vorsorgeuntersuchungen, Rehabilitationsangeboten, Pflegeleistungen und Beratungseinrichtungen, wie die Pflegestützpunkte. Formate, Themen und Zugangswege sollten zielgruppenspezifisch (Herkunft, Geschlecht, Bildung) gestaltet werden. Neben zweisprachigen (deutsch und übersetzten) schriftlichen Informationsmaterialien in einfacher Sprache und mit Bildern sind vor allem akustische (Radio) und visuelle (Fernsehen, Internet) verbreitete Informationen denkbar. Insbesondere die Kranken- und Pflegekassen sind gefordert, ihre mehrsprachigen und zielgruppengerechten Informationsangebote mit Blick auf die Bedürfnisse älterer Migrant/innen auszubauen.

In der Studie wurde der Bedarf an persönlichen Ansprechpersonen zu Gesundheitsthemen deutlich. Denkbar sind weiterhin muttersprachlich betreute Informationsstände zu Gesundheitsthemen durch Vertreter/innen der Kranken- und Pflegekassen oder anderer Beratungseinrichtungen an öffentlichen und halböffentlichen Orten, wie etwa am Markt am Maybachufer, am Dong-Xuan-Center, in Einkaufszentren oder in Zusammenarbeit mit den Moscheen. In Kooperation mit Partnern aus den Communities (z. B. Stadtteilzentren, Kulturvereine oder –zentren, etc.) sollten zudem verstärkt muttersprachliche Info-Veranstaltungen und Kurse, die Geselligkeit, Prävention und Gesundheitsinformation kombinieren, angeboten werden. Angesprochen werden können ältere Migrant/innen auch in unterschiedlichen Rollen, z. B. als Großeltern im Setting Schule.

Empfehlung 8:

Ausbau kulturspezifischer Bereiche in stationären Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen (Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen) sollten multifunktionale Räume (Nischen, Oasen) ausweisen, in denen Patient/innen oder Bewohner/innen ihre kulturellen Bedürfnisse (Geselligkeit, Begegnung mit Familien, Gemeinsame Mahlzeiten) befriedigen können. Halböffentliche, geschützte Räume sollten innerhalb des jeweiligen Einrichtungskontextes durch die Patient/innen und Bewohner/innen und ihre Familien (be)nutzbar und veränderbar sein. Entsprechende Räume sollten nicht nur einer Zielgruppe zur

Verfügung stehen, sondern zu interkultureller Begegnung einladen. Die Nutzung muss in der Einrichtung ausgehandelt und, um Konflikte zu vermeiden, verbindlich geregelt werden.

Empfehlung 9:

(Weiter-)Entwicklung von Angeboten als Antwort auf Gesundheitsrisiken

Empfohlen wird die Entwicklung von gesundheitsbezogenen Angeboten, die auf die in dieser Studie identifizierten Gesundheitsrisiken (u. a. Sucht, Einsamkeit, Belastung pflegender Angehöriger) antworten. Bei der Konzeption entsprechender Angebote scheint ein kultur- und geschlechtsspezifischer Ansatz ratsam. Insbesondere sollten Tabus (Sucht, psychische Erkrankungen) oder kulturelle Konzepte (z. B. zur Einsamkeit: wann ist man einsam?) berücksichtigt werden. Angebote in unterschiedlichen Sprachen können es den älteren Migrant/innen ermöglichen, sensible Themen angemessen zu besprechen. Bedarfsgerecht scheinen bspw. folgende Angebote:

- Besuchsdienste für alleinstehende ältere Migrant/innen
- Begleitdienste für unterstützungsbedürftige Migrant/innen
- Selbsthilfegruppen für ältere Migrant/innen mit Suchterkrankungen bzw. für Angehörige
- Therapeutische Angebote (ambulant und stationär) für ältere Migrant/innen mit psychischen Erkrankungen
- Alltagsunterstützende Angebote für Migrant/innen
- Präventions- und Unterstützungsangebote für alleinstehende Männer mit Migrationshintergrund
- Angebote für einsame ältere Migrant/innen.

7. Fazit

Der Zugang zu gesundheitsbezogenen Angeboten in Berlin gestaltet sich für jene älteren Menschen mit Migrationshintergrund, mit denen in dieser Studie gesprochen wurde, schwierig. Obwohl sie überwiegend schon lange in Berlin leben und viele von ihnen über einen höheren Bildungsabschluss verfügen, sind sie mit zahlreichen Zugangsbarrieren konfrontiert. Ihre Chancen auf ein gesundes Leben im Alter sind daher im Vergleich zur deutschen Mehrheitsbevölkerung (und umso mehr, je höher deren Bildungsstatus ist) deutlich geringer. Es muss davon ausgegangen werden, dass ältere Migrant/innen, die über keine oder eine geringe Schulbildung verfügen und/oder erst vor kurzer Zeit nach Deutschland oder Berlin zugewandert sind, noch wesentlich höheren Zugangshürden ausgesetzt sind.

Die zentrale Barriere im Zugang zu gesundheitsbezogenen Angeboten besteht in Sprach- und Verständigungsproblemen, die weitere komplexe und vielfältige Probleme im Zugang nach sich ziehen, wie „Sprachlosigkeit“ zwischen den älteren Migrant/innen und Gesundheitsakteuren, Nichtwissen und Missverständnisse zu Gesundheitsthemen oder die Abhängigkeit von privaten oder professionellen Sprachmittler/innen. Mehrere fachliche Empfehlungen zielen daher darauf diese Barrieren abzubauen, beispielsweise durch

- die Verbreitung gesundheitsbezogener Informationen in unterschiedlichen Sprachen, Formaten und über unterschiedliche Medien in den Lebenswelten der älteren Migrant/innen,
- persönliche, qualifizierte und mehrsprachige Ansprechpersonen, die in den Lebenswelten (Quartiere, Märkte, Zentren etc.) der älteren Migrant/innen zu Gesundheitsthemen beraten,
- die Bündelung von Gesundheitsleistungen, Gesundheitsinformationen und organisierter Weiterleitung an quartiersbezogenen, interkulturell ausgerichteten, niedrigschwelligen Orten („Gesundheitskiosk“),
- die Stärkung des Diversity Managements in Gesundheitseinrichtungen,
- die Qualifizierung von mehrsprachigem Gesundheitspersonal als Sprach- und Kulturmittler/innen.

In den Gesprächen mit den Expert/innen und den älteren Migrant/innen wurden zahlreiche Vorschläge für neue oder den Ausbau bestehender Angebote diskutiert, wie zum Beispiel

- Besuchs- und Begleitdienste für ältere Migrant/innen,
- Präventions- und Behandlungsangebote sowie Selbsthilfegruppen für besonders belastete ältere Migrant/innen (psychisch Erkrankte, ältere Migrant/innen mit Suchterkrankungen),
- Alltagsunterstützende Angebote für pflegebedürftige Migrant/innen und ihre Angehörigen.

Die Größe des Samples erlaubt nur einen schlaglichtartigen Blick auf die Gruppe der älteren Migrant/innen und den Zusammenhang zwischen ihren Bedürfnissen und den gesundheitsbezogenen Angeboten. Die Ergebnisse können nicht pauschal verallgemeinert werden, sie geben aber Hinweise darauf, wo Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem bestehen und welchen Herausforderungen ältere Migrant/innen ausgesetzt sind, wenn sie gesund altern möchten. Deutlich wird, dass Gesundheit für die Teilnehmer/innen an der Studie ein wichtiges Thema ist und sie individuelle Wege suchen, um ihre Gesundheit möglichst lange zu erhalten.

Abgesehen von sprachlichen Barrieren sind viele gesundheitsbezogene Zugangsbarrieren und Bedürfnisse, die in den Gesprächen thematisiert wurden, kultur- und herkunftsübergreifend, insbesondere wenn es um die medizinische Gesundheitsversorgung geht. Eine Weiterentwicklung des Berliner Gesundheitssystems sollte auf dem Weg zu einem Abbau gesundheitlicher Ungleichheit daher einerseits mit spezifischen Angeboten zielgerichtet auf Bedürfnisse älterer Migrant/innen reagieren, andererseits aber niedrigschwellig, quartiersbezogen, interkulturell und integrativ allen (älteren) Berliner/innen einen guten Zugang zu Gesundheit ermöglichen.

8. Literatur

Literaturverzeichnis

Alisch, Monika (2008): Partizipation gestalten: Gesellschaftliche, politische und rechtliche Rahmenbedingungen. In: Michael May und Monika Alisch (Hg.): Praxisforschung im Sozialraum. Fallstudien in ländlichen und urbanen sozialen Räumen. Opladen: Budrich (Beiträge zur Sozialraumforschung, 2), S. 133–156.

Baykara-Krumme, Helen; Motel-Klingebiel, Andreas; Schimany, Peter (Hg.) (2012): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: Springer VS (Alter(n) und Gesellschaft, 22).

Berger, Almuth (2010): Ein Tabu der Nachkriegsgeschichte wird gebrochen. Aufnahme russisch-jüdischer Emigranten in der DDR. In: Dmitrij Belkin (Hg.): Ausgerechnet Deutschland! Jüdisch-russische Einwanderung in die Bundesrepublik ; Begleitpublikation zur Ausstellung im Jüdischen Museum Frankfurt [... vom 12. März bis 25. Juli 2010] ; [Begleitbuch] = Imenno Germanija! Berlin: Nicolai.

Beth, Uta; Tuckermann, Anja (2012): Geschichte, Arbeit und Alltag vietnamesischer Migrant_innen. In: Kien Nghi Ha (Hg.): Asiatische Deutsche. Vietnamesische Diaspora and beyond. Berlin: Assoziation A, S. 99–117.

Blum, Carola (2010): Der schwierige Weg palästinensischer Flüchtlinge in die Berliner Gesellschaft. In: *Berlin International. Der Newsletter des Integrationsbeauftragten*. (74), S. 7–8.

Broska, Patrick; Razum, Oliver (2012): Zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Gleich gesund und gut versorgt? In: *MDKforum*, 2012 (2), S. 5–6, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Brzoska, Patrick; Voigtländer, Sven; Reutin, Barbara; Yilmaz-Aslan, Yüce; Barz, Irina; Starikow, Klara et al. (2010): Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Abschlussbericht. Hg. v. Universität Bielefeld. Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Bielefeld, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Clasen, Julia; Busch, Christine; Vowinkel, Julia; Winkler, Eva (2013): Arbeitssituation und Gesundheit von geringqualifizierten Beschäftigten in kulturell diversen Belegschaften. In: *Gruppenn-dyn Organisationsberat* 44, 2013 (2), S. 91–110, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Davy, Ulrike (2001): Die Integration von Einwanderern. Rechtliche Regelungen im europäischen Vergleich. Frankfurt: Campus-Verl. (Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 9,1).

Fuhr, Gabriela (2012): Armutsgefährdung von Menschen mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2010. Wirtschaft und Statistik. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Gesemann, Frank (2015): Integrationslotsenprojekte in Deutschland im Überblick. Konzepte, Einsatzfelder und Finanzierung. Hg. v. Beauftragter des Senats von Berlin für Integration und Migration. Berlin.

Ghadban, Ralph (2000): Die Libanon-Flüchtlinge in Berlin. Zur Integration ethnischer Minderheiten. Zugl.: Berlin, Freie Univ., Diss., 2000. 1. Aufl. Berlin: Das Arabische Buch.

GKV-Spitzenverband (2014): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. Berlin.

Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss (Lehrbuch).

Helfferrich, Cornelia (2014): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS (Springer VS Handbuch), S. 559–574.

Horn, Annett; Schaeffer, Doris (2013): Evaluation der Patienteninformation und -beratung für türkisch- und russischsprachige Migrantinnen und Migranten. Hg. v. Universität Bielefeld. Institut für Pflegewissenschaft. Bielefeld (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft), zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Kizilocak, Gülay (2011): Etappen der türkischen Migrationsgeschichte. In: *inter/kultur* (12), S. 3.

Klaus, Daniela; Baykara-Krumme, Helen (2017): Die Lebenssituation von Personen in der zweiten Lebenshälfte mit und ohne Migrationshintergrund. In: Katharina Mahne, Clemens Tesch-Römer, Julia Katharina Wolff und Julia Simonson (Hg.): Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). s.l.: Springer, S. 359–379.

Kofahl, Christopher; Mnich, Eva; Dogan, Mustafa; Dogan, Gülsün (2012): Die Lebensqualität von Türiinnen und Türken mit Diabetes mellitus 2. In: Helen Baykara-Krumme, Andreas Motel-Klingebiel und Peter Schimany (Hg.): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: Springer VS (Alter(n) und Gesellschaft, 22), S. 232–251.

Kohls, Martin (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Hg. v. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Nürnberg (Forschungsbericht, 12), zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. Unter Mitarbeit von Claudia Krell. Weinheim, Basel: Beltz.

Luft, Stefan (2014): Die Anwerbung türkischer Arbeitnehmer und ihre Folgen. Hg. v. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Bonn. Online verfügbar unter <http://www.bpb.de/internationales/europa/tuerkei/184981/gastarbeit>, zuletzt geprüft am 28.10.2019.

Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Aufl. Weinheim [u.a.]: Beltz (Beltz Pädagogik).

Mogar, M.; Kutzleben, M. von (2015): Demenz in Familien mit türkischem Migrationshintergrund. Organisation und Merkmale häuslicher Versorgungsarrangements. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 48 (5), S. 465–472. DOI: 10.1007/s00391-014-0802-y.

Müller, Max (2017): Die vietnamesische Diaspora in Berlin. Unter Mitarbeit von GISCA Göttingen.

Nguyen, Tien Duc (2012): Kulturelle Besonderheiten der Vietnamesen in Deutschland. Ein Leitfaden für die deutsch-vietnamesische Verständigung. Saarbrücken: Akademiker Verlag.

Poser, Anita von; Lanca, Jörg-Christian; Heyken, Edda; Main Huong Nguyen; Hahn, Eric; Thi Minh Tam Ta (2016): Annäherungen an das Unsagbare. Artikulation des Affektiven und die Formierung transkultureller Emotionsrepertoires im Vietnamesischen Berlin. Hg. v. Freie Universität Berlin. Berlin (SFB 1171 Working Papers, 03/17), zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Razum, Oliver (2010): Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Abschlussbericht. Unter Mitarbeit von Patrick Brzoska, Sven Voigtländer, Barbara Reutin, Yüce Yilmaz-Aslan, Irina Barz, Klara Starikow et al. Hg. v. Universität Bielefeld. Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Bielefeld.

Razum, Oliver; Neuhauser, Hannelore (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes /. Berlin: Robert Koch-Institut (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

Sahyazici, Fidan; Huxhold, Oliver: Psychische Gesundheit von älteren türkischen Migrantinnen und Migranten. Präsentation.

Sahyazici, Fidan; Huxhold, Oliver (2012): Depressive Symptome bei älteren türkischen Migrantinnen und Migranten. In: Helen Baykara-Krumme, Andreas Motel-Klingebiel und Peter Schimany (Hg.): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: Springer VS (Alter(n) und Gesellschaft, 22), S. 181–200.

Sauer, Martina (2009): Türkeistämmige Migranten in Nordrhein-Westfalen und in Deutschland: Lebenssituation und Integrationsstand. Eine Analyse im Auftrag des Ministeriums für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Stiftung Zentrum für Türkeistudien. Essen.

Schäfer, G.; Brinkmann, D.; Freericks, R.; Kart, M. (2015): Gestaltung und Wahrnehmung niedrigschwelliger Angebote für ältere Migranten im Stadtteil. Chancen für eine soziale Teilhabe im Kontext des freiwilligen Engagements. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 48 (5), S. 426–433. DOI: 10.1007/s00391-015-0913-0.

Schenk, Liane (2011): Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. Endbericht. Unter Mitarbeit von Roger Meyer, Andrea-Sophie Maier, Polina Aronson und Kübra Gül. Hg. v. Charité Universitätsmedizin Berlin. Institut für Medizinische Soziologie. Berlin, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Schenk, Liane (2014): Pflegesituation von türkeistämmigen Migranten und Migrantinnen in Berlin. Abschlussbericht für das ZQP. Unter Mitarbeit von Verena Krobisch. Hg. v. Charité Universitätsmedizin Berlin. Institut für Medizinische Soziologie. Berlin, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Schimany, Peter; Rühl, Stefan; Kohls, Martin (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Hg. v. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Nürnberg (Forschungsbericht, 18). Online verfügbar unter http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb18-aeltere-migranten.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 16.03.2016.

Schouler-Ocak, Meryam; Kurmeyer, Christine (2017): Study on Female Refugees. Hg. v. Charité Universitätsmedizin Berlin. Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus. Berlin, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Schwarz, B.; Markin, K.; Salman, R.; Gutenbrunner, C. (2015): Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. In: *Die Rehabilitation* 54 (6), S. 362–368. DOI: 10.1055/s-0041-108279.

Siegrist, Johannes; Staudinger, Ursula M. (2019): Gesundheitliche Ungleichheit im Lebensverlauf: Neue Forschungsergebnisse für Deutschland und ihre Bedeutung für die Prävention. In: Johannes Siegrist und Ursula M. Staudinger (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit im Lebensverlauf. Neue Forschungsergebnisse und ihre Bedeutung für die Prävention*. Halle (Leopoldina-Forum, 2), S. 4–23.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2016): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2015. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden (Fachserie 1 Reihe 2.2), zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Stellmacher, Thorsten; Wolter, Birgit (2017): Abbau von Zugangsbarrieren zu gesundheitsbezogenen Angeboten für ältere Menschen mit Migrationshintergrund. Machbarkeitsstudie. Beauftragt durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. Institut für Gerontologische Forschung e. V. Berlin.

Strumpen, Sarina (2012): Altern in fortwährender Migration bei älteren Türkischstämmigen. In: Helen Baykara-Krumme, Andreas Motel-Klingebiel und Peter Schimany (Hg.): *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland*. Wiesbaden: Springer VS (Alter(n) und Gesellschaft, 22), S. 411–433.

Strumpen, Sarina (2018): *Ältere Pendelmigranten aus der Türkei. Alters- und Versorgungserwartungen im Kontext von Migration, Kultur und Religion*. 1st ed. Bielefeld: Transcript Verlag (Kultur und soziale Praxis). Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=5346087>.

Tezcan-Güntekin, Hürrem; Breckenkamp, Jürgen; Razum, Oliver (2015): *Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration*. Hg. v. Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) GmbH. Berlin, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Thi Minh Tam Ta; Neuhaus, A. H.; Burian, R.; Schomerus, G.; Poser, A. v.; Diefenbacher, A. et al. (2015): Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung bei vietnamesischen Migranten der ersten Generation in Deutschland. In: *Psychiatrische Praxis* 42 (5), S. 267–273.

Ulusoy, N.; Gräßel, E. (2010): Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege - ein Überblick. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 43 (5), S. 330–338, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Wolter, Birgit (2016): Zugang arabische Ältere. Gesprächsnotiz 9.3.2016. Interview mit Deutsch-Arabisches Zentrum Berlin (Khalil, N.). Berlin. Protokoll.

Worbs, Susanne; Bund, Eva; Kohls, Martin; Babka von Gostomski, Christian (2013): *(Spät-)Aussiedler in Deutschland. Eine Analyse aktueller Daten und Forschungsergebnisse*. Stand: November 2013. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Forschungsbericht / Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 20). Online verfügbar unter

http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb20-spaetaussiedler.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 01.10.2019.

Yildirim-Fahlbusch, Y. (2003): Kulturelle Missverständnisse. Die Beziehung zwischen deutschen Ärzten und ihren türkischen Patienten gestaltet sich oft schwierig. Sprachprobleme sind dabei nur die Spitze des Eisbergs. In: *Deutsches Ärzteblatt* 100 (18), S. 1179–1181, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Yilmaz-Aslan, Y.; Brzoska, P.; Berens, E-M; Salman, R.; Razum, O. (2013): Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund: Qualitative Befragung von Gesundheitsmediatoren. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46 (4), S. 346–352. DOI: 10.1007/s00391-012-0406-3.

Zimmermann, Harm-Peer (2012): Altersbilder von türkischen Migrantinnen und Migranten in Deutschland im Vergleich. Islamische Grundsätze - alltägliche Sichtweisen. In: Helen Baykarakrumme, Andreas Motel-Klingebiel und Peter Schimany (Hg.): *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland*. Wiesbaden: Springer VS (Alter(n) und Gesellschaft, 22), S. 315–337.

Anhänge

Anhang A: Leitfaden Hintergrundgespräche mit Multiplikator/innen und Expert/innen

1. Thema „Zielgruppe“

- 1.1. Wir möchten mit Ihnen heute über die Gruppe der älteren Menschen mit [*Migrationsgruppe ergänzen*] Migrationshintergrund sprechen. Dabei geht es uns vor allem um die über 55-Jährigen, die in [*Bezirk*] leben. Wie würden Sie die Lebenslage (Lebenssituation) der Älteren in [*Bezirk*] ganz allgemein beschreiben?
- 1.2. Welche Auswirkungen haben beispielsweise unterschiedliches Einkommen, Bildung, Sprachkenntnisse oder Aufenthaltsstatus innerhalb der Gruppe der älteren Menschen mit [*Migrationsgruppe ergänzen*]?
- 1.3. Welche besonderen Herausforderungen stellen sich den älteren Menschen [*Migrationsgruppe ergänzen*] in [*Bezirk*]?
- 1.4. Welchen Stellenwert hat die Familie beim Umgang mit Herausforderungen und wer nimmt dort typischerweise welche Rolle ein?
- 1.5. Welche Vorstellung von einem guten Leben im Alter halten Sie für typisch für die älteren Menschen aus [*Herkunftsland*]?

2. Thema „Bedarfe und Bedürfnisse“

- 2.1. Wie würden Sie die gesundheitliche Lage der älteren Menschen [*Migrationsgruppe ergänzen*] in [*Bezirk*] einschätzen?
 - 2.1.1. Worin bestehen aus Ihrer Sicht für die Älteren besondere gesundheitliche Risiken?
 - 2.1.2. Wie schätzen die älteren Menschen selbst ihre gesundheitliche Lage ein?
 - 2.1.3. Werden hierbei Unterschiede je nach Status deutlich?
- 2.2. Wie sprechen ältere Menschen aus der Zielgruppe über Gesundheitsbeschwerden, gesundheitliche Einschränkungen oder chronische Erkrankungen?
 - 2.2.1. Welchen Stellenwert haben traditionelle, aus dem Herkunftsland geprägte Gesundheitsvorstellungen (Gesundheitskonzepte)?
- 2.3. Wie werden gesundheitliche Beschwerden und Einschränkungen vor dem Hintergrund des Alterns bewertet?
- 2.4. Erkennen Sie Unterschiede bei gesundheitlichen Bedarfen zwischen den älteren Männern und Frauen?
- 2.5. Spielen psychische Beschwerden oder Erkrankungen in den Erzählungen der Älteren eine Rolle?
- 2.6. Entsprechen die Angebote im Gesundheitsbereich den Bedürfnissen der Älteren?
 - 2.6.1. Welche Bedürfnisse werden nicht berücksichtigt?
- 2.7. Wie könnten/sollten die Anbieter von gesundheitsbezogenen Leistungen auf die Bedürfnisse der älteren Migrant/innen reagieren?

3. Thema „Bestehende Angebote“

- 3.1. Wie beurteilen Sie die gesundheitliche Versorgung der älteren Menschen mit Migrationshintergrund?
 - 3.1.1. Welche gesundheitsbezogenen Angebote kennen Sie im Bezirk, die sich an ältere Menschen mit Migrationshintergrund [*Herkunft ergänzen*] richten?
- 3.2. Kennen Sie Angebote, die sich in der Muttersprache an die Zielgruppe richten?

- 3.3. Unterscheidet sich die Versorgung älterer Migrant/innen innerhalb des Bezirks?
- 3.4. Glauben Sie, dass die älteren Menschen die Angebote kennen und nutzen?
 - 3.4.1. Welche Angebote sind für die älteren Menschen besonders wichtig?
 - 3.4.2. Werden gesundheitsbezogene Angebote außerhalb des deutschen Versorgungssystems genutzt? Welche?
- 3.5. Welche Zugangsbarrieren bestehen aus Ihrer Sicht beim Zugang der älteren Menschen zu den vorhandenen Gesundheitsangeboten?
 - 3.5.1. Welche Zugänge haben sich bewährt, wenn Gesundheitsanbieter die älteren Menschen erreichen wollen?
- 3.6. Kennen Sie Angebote, die sich nur an Männer oder Frauen unserer Zielgruppe richten?
 - 3.6.1. Sind geschlechtsspezifische Angebote sinnvoll?
 - 3.6.2. In welchen Bereichen?
- 3.7. Kennen Sie Angebote, die sich an psychisch erkrankte Ältere der Zielgruppe richten?
 - 3.7.1. Werden diese Angebote in Anspruch genommen?

4. Thema „Selbsthilfestrukturen“

- 4.1. Wie informieren sich die älteren Menschen über gesundheitsbezogene Themen und Angebote?
- 4.2. Welche Personen sind Ihres Wissens wichtige Ansprechpartner für die älteren Menschen, wenn sie gesundheitsbezogene Fragen und Probleme haben?
- 4.3. Wo erhalten die älteren Menschen Unterstützung bei gesundheitlichen Problemen bzw. von wem erwarten sie bei gesundheitlichen Problemen praktische Unterstützung?
- 4.4. Welche Rolle spielen sie selbst für andere Personen, die zu gesundheitsbezogenen Fragen Rat suchen?
- 4.5. Welche Mittel oder Strategien werden nach Ihrem Wissen bei gesundheitsbezogenen Fragen oder Problemen von der Zielgruppe als besonders hilfreich bewertet?
 - 4.5.1. Wie sorgen die älteren Menschen für ihre Gesundheit?
 - 4.5.2. Gibt es Selbsthilfe-Strukturen innerhalb der Zielgruppe?
 - 4.5.3. Wie bewerten Sie diese Mittel oder Strategien?
- 4.6. Wie ergänzen sich Selbsthilfe-Strukturen und das deutsche Gesundheitssystem?
- 4.7. Wenn es Selbsthilfe-Strukturen gibt, werden sie von Männern und Frauen unterschiedlich genutzt?
- 4.8. Wenn es Selbsthilfe-Strukturen gibt, beziehen sie sich auch in irgendeiner Form auf psychische Probleme?
 - 4.8.1. Wenn ja, wie?

Anhang B: Gesprächspartner/innen in Hintergrundgesprächen

Expert/in	Zielgruppe	Bezirk
Vertreterin Al-Dar	Arabische Familien	Neukölln
Vertreterin Interkulturelle BrückenbauerInnen in der Pflege	Ältere Migrant/innen	Berlinweit, u. a. Neukölln und Lichtenberg
Mitarbeiterinnen Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe	Ältere Migrant/innen	Berlinweit
Vertreterin Şifahane	Migrant/innen in schwierigen Lebenslagen	Neukölln
Vertreterin Verband für Interkulturelle Arbeit (VIA Regionalverband Berlin/Brandenburg e. V.)	Migrant/innen	Berlinweit
Vertreter Verein der Vietnamesen in Berlin und Brandenburg e. V.	Vietnames/innen	Berlinweit Sitz: Lichtenberg
Sprachmittlerin Evangelisches Krankenhaus König Elisabeth Herzberge	Vietnames/innen	Berlinweit Sitz: Lichtenberg
Vertreter Verein der Vietnamesen in Berlin und Brandenburg e. V.	Vietnames/innen	Berlinweit Sitz: Lichtenberg
Vertreter Senioreneinrichtung Rusche 43	Ältere Menschen/Russischsprachige Ältere	Lichtenberg
Vertreterin KontaktstelleSelbsthilfeEngagement	Ältere Menschen	Lichtenberg
Ehrenamtliche Organisatorin russischsprachige Gesprächsgruppe	Russischsprachige Ältere	

Anhang C: Leitfaden für Einzelinterviews und Fokusgruppengespräche mit älteren Migrant/innen

1. Bedarfe und Bedürfnisse

- 1.1. Was machen Sie, um gesund zu bleiben?
- 1.2. Was benötigen Sie, um gesund zu bleiben?
 - 1.2.1. Was fehlt Ihnen zum Gesundbleiben?
- 1.3. Sehen Sie Unterschiede für die Gesundheit von Männern und Frauen?
- 1.4. Ältere Menschen fühlen sich manchmal kraftlos, niedergeschlagen oder einsam. Was könnte da helfen?
- 1.5. Ein gesundheitliches Thema ist auch im Alter das Thema Sucht; z. B. Spielsucht oder Alkoholsucht. Was könnte da helfen?
- 1.6. Was wünschen Sie sich für ältere Menschen, die pflegebedürftig werden oder an Demenz leiden?

2. Bestehende Gesundheitsangeboten

- 2.1. Was halten Sie von den Gesundheitsangeboten in [Bezirk]?
- 2.2. Welche Angebote sind für Ihre Gesundheit besonders wichtig?
- 2.3. Nutzen Sie Angebote, die gut für die Gesundheit sind, z. B. Sportangebote, gemeinsam Kochen, Gedächtnistraining, ...?
- 2.4. Fehlen Ihnen Angebote?
 - 2.4.1. Fehlen Angebote, die sich speziell an Männer oder Frauen richten?
- 2.5. Kennen Sie in [Bezirk] Gesundheitsangebote in Ihrer Muttersprache?
 - 2.5.1. Fehlen aus Ihrer Sicht solche Angebote?
- 2.6. Welche Erfahrungen haben Sie mit deutschen Ärzten gemacht?
- 2.7. Welche Erfahrungen haben Sie mit deutschen Krankenhäusern oder Reha-Einrichtungen gemacht?
- 2.8. Welche Erfahrungen haben Sie mit deutschen Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste, Wohngruppen, Pflegeheime) gemacht?
 - 2.8.1. Wie möchten Sie gerne pflegerisch versorgt werden?
- 2.9. Sehen Sie Unterschiede in der Behandlung von deutschen und vietnamesischen Patienten?

3. Information und Selbsthilfestrukturen

- 3.1. Wie informieren Sie sich über Gesundheitsangebote und gesundheitliche Themen?
- 3.2. Was würde Ihnen dabei helfen, sich gut zu informieren?
- 3.3. Wer unterstützt Sie bei gesundheitlichen Fragen oder Problemen?
 - 3.3.1. Bei welchen gesundheitlichen Fragen suchen Sie Unterstützung bei der Familie, Nachbarn, Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen?

4. Zielgruppe

- 4.1. Welche Rolle spielt der Glaube für die Gesundheit?
- 4.2. Welche Rolle spielen Traditionen (traditionelle Aktivitäten?) für die Gesundheit?
- 4.3. Wie wäre für ein gesundes Altwerden in [Bezirk] wichtig?
- 4.4. Was würden Sie den jüngeren Generationen – Männern und Frauen – für ein gesundes Altern raten, bzw. sich für diese wünschen?

Anhang D: Teilnehmer/innen bei Fokusgruppen und Einzelinterviews

Nr	Fokusgruppe (FG)/Interview (IV)	Herkunft	Geschlecht
V1	FG, 4 Teilnehmer/innen	Nordvietnam	2 w; 2 m
V2	FG, 2 Teilnehmer/innen	Nordvietnam/ Südvietnam	1w, 1m
T1	FG, 9 Teilnehmer/innen	Türkei	m
T2	FG, 7 Teilnehmer/innen	Türkei	w
R1	FG, 2 Teilnehmer/innen	Ehemalige SU	w
R2	FG, 2 Teilnehmer/innen	Ehemalige SU	m
A2	FG, 4 Teilnehmer/innen	Irak, Libanon, Syrien	w
ZG1	IV	Türkei	w
ZG3	IV (mit Brückenbauerin)	Libanon	m
ZG4	IV	Ehemalige SU	w

Anhang E: Zusammensetzung der Hintergrundgespräche, Fokusgruppen und Einzelinterviews nach ethnischer Gruppe und Geschlecht

türk		arab		viet		ehem. SU	
m	w	m	w	m	w	m	w
T1-1	Exp2	ZG3	Exp 1	Exp7	Exp6	R2-1	Exp10
T1-2	Exp3		Exp5	Exp9	Exp8	R2-2	ZG4 (EXP11)
T1-3	Exp4		A2	V1-3	V1-1		Exp12
T1-4	ZG1		A2	V1-4	V1-2		ZG2
T1-5	T2-1		A2	V2-2	V2-1		R1-1
T1-6	T2-2		A2				R1-2
T1-7	T2-3		Exp13/B				
T1-8	T2-4						
T1-9	T2-5						
	T2-6						
	T2-7						
	Exp14						
9	12	1	7	5	5	2	6

Anhang F: Fragebogen sozio-ökonomische Angaben

Fragebogen für die Teilnehmenden an der Fokusgruppe

Ihr Geschlecht:

männlich

weiblich

Wie viele Personen leben mit Ihnen in Ihrem Haushalt?

Anzahl: _____

Haben Sie oder eine andere Person in Ihrem Haushalt einen Pflegegrad?

Ja

Nein

Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

55 bis 59 Jahre

60 bis 64 Jahre

65 bis 69 Jahre

70 bis 74 Jahre

75 Jahre und älter

Wann sind Sie nach Deutschland gekommen?

vor 1970

1970 bis
1979

1980 bis
1989

1990 bis
1999

2000 bis
2010

nach 2010

Was ist Ihr letzter Schulabschluss?

Kein Schulabschluss

Einfacher Schulabschluss

Mittlerer Schulabschluss

Fachschulabschluss

Abitur oder Fachabitur

Was ist Ihr gegenwärtiger Erwerbsstatus?

Angestellt
erwerbstätig

Selbstständig, bzw. im
Familienunternehmen

Arbeitslos

Hausfrau/-
mann

Im Ruhe-
stand

Wieviel Geld haben Sie monatlich in Ihrem Haushalt ungefähr zur Verfügung?

Weniger
als 780 €

780 bis
1.600 €

1.600
bis 2.400 €

2.400 bis
3.200 €

Mehr als 3.200
€

Vielen Dank für ihre Unterstützung.

Anhang G: Auswertung Fragebogen

Sozioökonomische Merkmale aller Teilnehmenden			
erhaltene Fragebögen		22	
Geschlecht	m	9	41%
	w	13	59%
Anzahl Personen im Haushalt	1	11	50%
	2	3	14%
	>2	8	36%
Pflegegrad	ja	4	18%
	nein	18	82%
Altersgruppe	55-59	6	27%
	60-64	6	27%
	65-69	7	32%
	70-74	2	9%
	75 und älter	1	5%
Ankunft in Deutschland	vor 1970	3	14%
	1970-1979	4	18%
	1980-1989	3	14%
	1990-1999	7	32%
	2000-2010	2	9%
	nach 2010	2	9%
	keine Angabe/ungültig	1	5%
Höchster Schulabschluss	keiner	2	9%
	einfacher	1	5%
	mittlerer	3	14%
	Fachschulabschluss	5	23%
	Abitur	11	50%
Erwerbsstatus	Angestellt	3	14%
	Selbstständig		0%
	Arbeitslos	6	27%
	Hausfrau/-mann	2	9%
	im Ruhestand	11	50%
Verfügbares monatlichen Haushaltseinkommen	<780 Euro	9	41%
	780-1.600 Euro	11	50%
	1.600-2.400 Euro	1	5%
	2.400-3.200 Euro		0%
	>3.200 Euro	1	5%

Anhang H: Code-System

Zielgruppe

- Lebenslage
 - Alter
 - Aufenthaltsstatus
 - Bildung
 - Gender
 - Gesundheitliche Lage
 - Gesundheitliche Risiken
 - Migrationshintergrund und –bedingungen
 - Milieuunterschiede
 - Soziale Beziehungen
 - Sozio-ökonomische Lage
 - Wohnbedingungen
- Familie
 - Bedeutung Familie
 - Rollen innerhalb der Familie
 - Veränderung der Familienstrukturen
- Altersbilder und Gesundheitskonzepte
 - Selbstbild und Rolle Älterer
 - Traditionelle Gesundheitskonzepte
 - Wahrnehmung Alterungsprozesse

Selbsthilfe

- Genderspezifische Selbsthilfestrukturen
- Individuelles Gesundheitsverhalten
 - Prävention/Vorsorge
 - Hilfreiche Mittel und Strategien
 - Umgang mit psychischen Erkrankungen
- Unterstützungsstrukturen
 - Informelle Strukturen
 - Formelle Strukturen
- Informationsbeschaffung
 - Medien
 - Multiplikator/innen

Bestehende Angebote

- Gesundheitsbezogene Angebote
 - Präventionsangebote
 - Medizinische Gesundheitsversorgung
 - Reha-Angebote
 - Pflegeangebote
 - Andere Angebote
 - Angebote für psychisch Kranke
- Geschlechtsspezifische Angebote
- Muttersprachliche Angebote

- Inanspruchnahme durch die Zielgruppe
 - Zuspruch zu Angeboten
 - Ablehnung von Angeboten
- Zugangsbarrieren und Zugangswege
 - Einstellungen und Erwartungen
 - Informationen und Informiertheit
 - Inklusion und Exklusion
 - Sprache und Kommunikation
 - Kulturelle Praktiken
 - Strukturelle Rahmenbedingungen

Bedürfnisse und Bedarfe

- Passung Angebote und Bedarfe
 - Anforderungen an Anbieter
 - Angebotslücken
 - Vorschläge für neue Angebote
- Gesundheitsbereiche
 - Präventionsbedarfe
 - Gesundheitsversorgungsbedarfe
 - Reha-Bedarfe
 - Pflegebedarfe
 - Bedarfe bei psychischen Erkrankungen
- Genderspezifische Bedarfe

Anhang I: Datenrecherche

Bedarfsanalyse zu gesundheitsbezogenen Angeboten für ältere Menschen mit Migrationshintergrund, ihren Bedürfnissen und ihrer Inanspruchnahme der Angebote in den Bezirken Neukölln und Lichtenberg

- Datenrecherche -

30.11.2018

Beauftragt durch die
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
Berlin

Durchführung

Institut für Gerontologische Forschung e. V.
Torstraße 176
10115 Berlin

Wissenschaftliche Bearbeitung

Dr. Birgit Wolter (Projektleitung): wolter@igfberlin.de, 030-859 49 08
Thorsten Stellmacher: stellmacher@igfberlin.de, 030-859 49 08

Inhalt

1. Einleitung.....	5
2. Bevölkerungsverteilung in Neukölln und Lichtenberg	6
3. Gesundheitsbezogene Angebote in Neukölln und Lichtenberg.....	8
3.1. Auswertung von Berichten	8
3.2. Internetrecherche	9
3.2.1. Ziel der Internetrecherche.....	9
3.2.2. Recherchezeitraum, Datenquellen und Suchstrategie.....	9
3.2.3. Darstellung und Kategorisierung der Suchergebnisse	14
3.2.4. Übersicht zu den Suchergebnissen.....	15
4. Fazit	19
5. Literaturverzeichnis.....	20

1. Einleitung

Die Landesgesundheitskonferenz Berlin verfolgt die interkulturelle Öffnung des Berliner Gesundheitswesens. Ein Ziel ist es dabei, die Zugänge zu gesundheitsbezogenen Angeboten für ältere Menschen mit Migrationshintergrund zu erleichtern. Vor diesem Hintergrund hat das Land Berlin, vertreten durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, eine Bedarfsanalyse in Auftrag gegeben. Damit sollen die Bedarfe und Bedürfnisse älterer Menschen mit Migrationshintergrund bezogen auf gesundheitsbezogene Angebote, die Inanspruchnahme bestehender Angebote sowie bestehende Versorgungslücken untersucht werden. Exemplarisch fokussiert diese Analyse auf die Bezirke Neukölln und Lichtenberg und auf ältere Menschen mit den Herkunftsländern Türkei, Arabische Staaten, Vietnam und ehemalige Sowjetunion bzw. ihre Nachfolgestaaten. Mit Hilfe einer Datenrecherche werden im ersten Arbeitsschritt der Bestandsanalyse die Bevölkerungsverteilung in beiden Bezirken sowie die Ausstattung mit gesundheitsbezogenen Angeboten erfasst. Die Bevölkerungsverteilung wird auf der Basis des Einwohnermelderegisters des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg dargestellt. Die gesundheitsbezogenen Angebote werden an Hand öffentlich zugänglicher Berichte zum Thema sowie einer Internetrecherche erhoben und tabellarisch erfasst.

2. Bevölkerungsverteilung in Neukölln und Lichtenberg

Zum Stichtag 31.12.2017 waren laut Einwohnermelderegister in der Altersgruppe 55 Jahre und älter 183.233 Personen mit Migrationshintergrund bzw. mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Berlin gemeldet, was einem Anteil von 15,8 % an der Altersgruppe entspricht.¹ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass das Einwohnermelderegister die Bevölkerung nicht wirklichkeitsgetreu abbildet (u. a. aufgrund fehlender An- und Abmeldungen).

In Neukölln waren zu dem Stichtag in der Altersgruppe „55 Jahre und älter“ 7.235 Personen mit türkischem Migrationshintergrund und 1.749 Ältere aus arabischen Herkunftsländern gemeldet. Die wesentlichen Herkunftsländer der arabischstämmigen Älteren sind der Libanon (701 über 55-Jährige) und Syrien (243 über 55-Jährige). Der größte Anteil an türkisch- und arabischstämmigen Älteren lebt in dem Prognoseraum „Neukölln“. Dieser Prognoseraum ist nach dem Umweltatlas der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung von 2015² im Bezirksvergleich relativ hohen Umweltbelastungen (durch Lärm, Luftverunreinigungen, thermische Belastung) ausgesetzt. Die älteren Menschen türkischer Herkunft teilen sich in ungefähr gleicher Anzahl auf die Altersgruppen „55 bis unter 65 Jahre“ und „65 bis unter 80 Jahre“ auf und nur etwa 8 % von ihnen zählen mit über 80 Jahren zu den Hochaltrigen. Die älteren Menschen arabischer Herkunft, die in Neukölln leben, sind im Durchschnitt deutlich jünger als die türkischstämmigen Älteren. Ungefähr zwei Drittel von ihnen gehören der Altersgruppe „55 bis unter 65 Jahre“ an und nur 3,5 % (62 Personen) können zur Gruppe der Hochaltrigen gezählt werden (vgl. Tab. 1).

Ausgewählte Gebiete	31.12.2017					
	55 bis unter 65		65 bis unter 80		80 und mehr	
	Türkei	Arabische Staaten	Türkei	Arabische Staaten	Türkei	Arabische Staaten
08 Neukölln	3.466	1.157	3.185	530	584	62
0801 Neukölln	2.147	769	2.234	364	403	38
080101 Schillerpromenade	420	146	471	68	88	6
080102 Neuköllner Mitte/Zentrum	589	203	623	98	123	15
080103 Reuterstraße	440	164	458	82	77	6
080104 Rixdorf	392	139	419	78	87	-
080105 Köllnische Heide	306	117	263	38	28	11
0802 Britz/Buckow	483	154	402	73	67	9
080206 Britz	318	109	278	49	43	3
080207 Buckow	165	45	124	24	24	6
0803 Gropiusstadt	536	162	328	57	62	9
080308 Gropiusstadt	536	162	328	57	62	9
0804 Buckow Nord/Rudow	300	72	221	36	52	6
080409 Buckow Nord	86	12	41	4	6	3
080410 Rudow	214	60	180	32	46	3

Tab. 1: Bevölkerung in Neukölln nach Alter, Herkunftsland und LOR, Stichtag 31.12.2017 (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2018)

¹ Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2018

² https://www.stadtentwicklung.berlin.de/umwelt/umweltatlas/d901_18.htm

Während unser Fokus in Neukölln auf älteren Menschen türkischer und arabischer Herkunft liegt, interessieren uns in Lichtenberg die älteren Menschen, die vietnamesischer oder sowjetischer/russischer Herkunft sind. Ältere Menschen aus diesen Herkunftsländern leben vor allem in den Prognoseräumen „Hohenschönhausen Nord“, „Lichtenberg Nord“ und „Lichtenberg Mitte“. Im gesamten Bezirk Lichtenberg sind zum 31.12.2017 laut Einwohnermelderegister 3.072 Personen im Alter „55 Jahre und älter“ gemeldet, die aus der ehemaligen Sowjetunion oder ihren Nachfolgestaaten stammen. Unter ihnen überwiegt als Herkunftsregion die Russische Föderation (1.549 Personen), gefolgt von Kasachstan (807 Personen). Über die Hälfte der Älteren, die aus der ehemaligen Sowjetunion und ihren Nachfolgestaaten stammen, (1.801 Personen) zählt zur Altersgruppe „55 bis unter 65 Jahre“. Etwa ein Drittel sind 65- bis unter 80-Jährige und ca. 10 % gehören in die Gruppe der Hochaltrigen. Die Gruppe der älteren Menschen vietnamesischer Herkunft zählt in Lichtenberg 1.114 Personen. Diese Gruppe ist in unserer Bedarfsanalyse die jüngste: etwa 85 % der älteren Menschen vietnamesischer Herkunft in Lichtenberg sind zwischen 55 und 65 Jahre alt (vgl. Tab. 2).

Ausgewählte Gebiete	31.12.2017					
	55 bis unter 65		65 bis unter 80		80 und mehr	
	Vietnam	Ehem. Sowjetunion und Nachfolge	Vietnam	Ehem. Sowjetunion und Nachfolge	Vietnam	Ehem. Sowjetunion und Nachfolge
11 Lichtenberg	952	1.801	156	957	6	314
1101 Hohenschönhausen Nord	302	591	46	330	-	85
110101 Malchow, Wartenberg und Falkenberg	3	22	-	-	-	-
110102 Neu-Hohenschönhausen Nord	172	309	18	226	-	48
110103 Neu-Hohenschönhausen Süd	127	260	28	104	-	37
1102 Hohenschönhausen Süd	172	178	19	101	-	31
110204 Alt-Hohenschönhausen Nord	55	45	7	33	-	6
110205 Alt-Hohenschönhausen Süd	117	133	12	68	-	25
1103 Lichtenberg Nord	248	568	41	253	3	110
110306 Fennpfuhl	135	328	19	145	3	73
110307 Alt-Lichtenberg	95	101	19	55	-	15
110308 Frankfurter Allee Süd	18	139	3	53	-	22
1104 Lichtenberg Mitte	221	380	50	242	3	73
110409 Neu-Lichtenberg	80	88	25	76	-	7
110410 Friedrichsfelde Nord	68	119	16	75	-	25
110411 Friedrichsfelde Süd	73	173	9	91	3	41
1105 Lichtenberg Süd	9	84	-	31	-	15
110512 Rummelsburger Bucht	6	13	-	-	-	3
110513 Karlshorst	3	71	-	31	-	12

Tab. 2: Bevölkerung in Lichtenberg nach Alter, Herkunftsland und LOR, Stichtag 31.12.2017 (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2018)

3. Gesundheitsbezogene Angebote in Neukölln und Lichtenberg

3.1. Auswertung von Berichten

2017 wurde eine Studie vorgelegt, in der die ambulante ärztliche Versorgung in den Bezirken Lichtenberg und Neukölln dargestellt wird (Albrecht et al. 2017). Der Studie zufolge weisen beide Bezirke eine unterdurchschnittliche Hausarztdichte auf, sowohl bezogen auf Berlin als auch auf den Bundesdurchschnitt. Lichtenberg ist dabei der Bezirk mit der geringsten Hausarztdichte in Berlin (a.a.O.). Auch bezogen auf die Facharzt- und Psychotherapeutenverteilung ist die Dichte in beiden Bezirken deutlich unter dem berlinweiten Durchschnitt. Exemplarisch betrachtet die Studie die Verteilung u. a. von Augenärzten und Orthopäden, die insbesondere in Neukölln eine ca. 30 % niedrigere Dichte als in Berlin aufweisen. Noch auffälliger ist der Unterschied bei der Dichte der Psychotherapeuten, die in beiden Bezirken um etwa 50 % geringer als im gesamt Berliner Vergleich ist. Die ambulante Versorgung wird in beiden Bezirken durch regionale Krankenhäuser ergänzt. In Lichtenberg sind dies das Sana Klinikum und das Evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge und in Neukölln ist es das Vivantes Klinikum Neukölln. Die Krankenhäuser erbringen ambulante Versorgungsleistungen zum einen im Rahmen der Notfallversorgung und zum anderen mit ambulanten Operationen.

Im Rahmen der Gesundheitsberichtserstattung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung werden Bezirksprofile zur Bevölkerung, Bevölkerungsentwicklung, der sozioökonomischen Lage der Bevölkerung, ihrem Gesundheitszustand und der ambulanten, stationären und pflegerischen Versorgung erstellt.³ Die Bevölkerungsdaten unterscheiden nicht nach Migrationshintergrund oder Herkunftsland und sind daher für die vorliegende Studie nur von begrenztem Nutzen. Wie schon in der Studie von Albrecht et al. (2017) wird auch in den Bezirksprofilen die unterdurchschnittliche ambulante Versorgung im berlinweiten Vergleich deutlich. Auch die stationäre Versorgung, gemessen an der Anzahl von Krankenhausbetten auf 1.000 Einwohner, liegt in beiden Bezirken unter dem Berliner Durchschnitt. Während in Neukölln bei der stationären pflegerischen Versorgung (Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen je 100.000 Einwohner 65+) ebenfalls deutlich unterdurchschnittlich abschneidet, liegt Lichtenberg in diesem Bereich leicht über dem Berliner Durchschnitt.

In allen Berliner Bezirken werden außerdem Soziale Infrastrukturkonzepte (SIKo) erstellt. Die Konzepte enthalten Aussagen zur demografischen Entwicklung, zum Wohnungsbau und zur Infrastruktur in den Bezirken. Auf Basis der Daten werden sektorenübergreifende Handlungskonzepte entwickelt. Für Neukölln liegt ein entsprechendes Konzept seit 2017 vor (Morr und Illiges 2017), in Lichtenberg ist das Konzept noch in der Bearbeitung. Die Schwerpunkte des SIKo Neukölln liegen neben dem Wohnungsbau im Bereich öffentliche, soziale Infrastruktur für Kinder und Jugendliche (Kinderbetreuung, Schulen, Jugendfreizeiteinrichtungen). Die in dem Konzept dargestellte Bevölkerungsprognose sagt für das Jahr 2030 den größten Zuwachs in der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen voraus (Morr und Illiges 2017, S. 10). Trotzdem trifft das Konzept keine Aussagen zur für diese Altersgruppe relevanten Infrastruktur und ist daher für die vorliegende Studie von begrenzter Relevanz.

Im Gegensatz zum SIKo Neukölln ist der Bericht zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund, der 2018 vom Bezirksamt Neukölln herausgegeben worden ist, von größerem Interesse für die Bedarfsanalyse (Feller 2018). Der Bericht referiert relevante demografische und sozioökonomische Daten zur Neuköllner Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ohne nach Herkunft-

³<https://www.berlin.de/sen/gesundheits/service/gesundheitsberichtserstattung/veroeffentlichungen/basisberichte/bezirksprofile-746876.php>

land oder Alter zu unterscheiden, weist der Bericht beispielsweise darauf hin, dass nahezu die Hälfte der migrantischen Bevölkerung einen niedrigen Bildungsstatus hat, was deutlich über dem Neuköllner Durchschnitt von etwa 26 % liegt. Entsprechend ist das Armutsrisiko mit 40 % unter den Migranten und Migrantinnen erheblich höher als jenes der Neuköllner Gesamtbevölkerung (ca. 27 %). Zum Gesundheitsverhalten der Bevölkerung mit Migrationshintergrund liegen für Neukölln allerdings nur wenige Daten vor, der Bericht greift daher vorwiegend auf bundesweite Studien zurück. Konkrete regionale Daten beziehen sich vor allem auf Kinder und Jugendliche und stammen bspw. aus den Untersuchungen der Kinderärzte oder den Schuleingangsuntersuchungen.

Die ausgewerteten Berichte enthalten teilweise Angaben zur gesundheitsbezogenen Infrastruktur in den Bezirken. Diese Angaben sind aber relativ spezifisch (Albrecht et al. 2017) oder allgemein (Feller 2018). Daher wird im Rahmen der Studie eine eigene, aktuelle Bestandsaufnahme durchgeführt, die im folgenden Abschnitt vorgestellt wird.

3.2. Internetrecherche

3.2.1. Ziel der Internetrecherche

Das Ziel der Internetrecherche ist die Erstellung einer systematischen Übersicht zu gesundheitsbezogenen Angeboten der Bereiche „Prävention“, „Gesundheitsversorgung“, „Rehabilitation“ und „Pflege“ mit dem besonderen Fokus „ältere Menschen mit Migrationshintergrund“ in den Berliner Stadtbezirken Lichtenberg und Neukölln. Dafür werden die recherchierten Ergebnisse in kategorisierter Form mit Hilfe einer filterbaren Excel-Liste zusammengestellt (s. Anhang). Diese Übersicht soll einerseits als Grundlage und Referenz für die weitere Durchführung der Bedarfsanalyse dienen und andererseits einen Überblick zur Struktur der gesundheitlichen Versorgungssituation für ältere Menschen in den ausgewählten Bezirken vermitteln. Ein zentrales Kriterium zur Identifikation der Angebote für die Zielgruppe der Bedarfsanalyse war, dass die gesundheitsbezogenen Angebote sich zumindest unter anderem an ältere Menschen richten⁴. Ein weiteres Suchkriterium bei der Recherche bestand darin, dass Leistungen in der Muttersprache angeboten werden. Vereinzelt gezielte Hinweise auf Angebote als „Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund“, „Kultursensible Angebote“ oder vergleichbare Bezeichnungen wurden zusätzlich berücksichtigt.

3.2.2. Recherchezeitraum, Datenquellen und Suchstrategie

Die Internetrecherche wurde im Oktober und November 2018 durchgeführt. Zunächst wurden über die Suchmaschine *Google* Portale recherchiert, die für Berlin Informationen zu Leistungen in den Bereichen „Prävention“, „Gesundheitsversorgung“, „Rehabilitation“ und „Pflege“ anbieten. Portale ermöglichen als thematische Informationsplattformen konzentrierte Einstiegspunkte zu Daten- und Informationsbeständen im Internet sowie in den meisten Fällen einen integrierten Zugang zu ihren Detailinformationen (Mallock et al. 2016, S. 91).

Alle für diese Recherche genutzten Portale richten sich mit ihren Informationsangeboten über das Internet an die breite Öffentlichkeit. Sie sind dienen keinen wissenschaftlichen Zwecken, sondern stellen für an gesundheitsbezogenen Angeboten interessierte Nutzer/innen eine Informations- und Orientierungshilfe dar. Angeboten werden auf diesen Plattformen in der Regel keine validen, wissenschaftlich exakt und zuverlässig aufbereiteten Informationen. Die Art und Weise, wie die Informatio-

⁴ Einrichtungen, die sich gezielt an Kinder und Jugendliche richten, werden hier nicht erfasst.

nen generiert werden, wird überwiegend nicht dargestellt und ist für die Nutzer/innen kaum nachvollziehbar. Bei keiner der genutzten Plattformen wird der Zeitpunkt der Datenerhebung angegeben, so dass keine realistischen Rückschlüsse auf die Aktualität der Daten möglich sind. Häufig sind die bereitgestellten Daten inhaltlich und in ihrer Qualität nicht überprüft, teilweise unvollständig und manchmal in sich widersprüchlich. Der grundsätzliche Vorteil und Wert dieser aus wissenschaftlicher Sicht problematischen Datenquellen liegt in ihrer einfachen Zugänglichkeit und der Möglichkeit schnell einen Überblick anbieten zu können. Zugleich stellen sie eine Informationsquelle dar, die der Zielgruppe der Bedarfsanalyse grundsätzlich auch zur Nutzung zur Verfügung steht. Vor diesem Hintergrund wurde für die Datenrecherche nur auf Quellen zurückgegriffen, die durch ihre Herausgeber auf eine gewisse Vertrauenswürdigkeit schließen lassen. Die wichtigsten Quellen der Recherche waren

- die Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KdöR) - zuletzt besucht am 20.11.2018,
- die Zahnärztesuche der Zahnärztlichen Vereinigung Berlin (KdöR) - zuletzt besucht am 27.11.2018,
- das Berliner Krankenhausverzeichnis der Berliner Krankenhausgesellschaft e. V. - zuletzt besucht am 20.11.2018,
- der *Apothekenfinder* der Apothekerkammer (KdöR) - zuletzt besucht am 20.11.2018,
- der *Hilfelotse* Berlin der Berliner Pflegestützpunkte (betrieben durch die Albatros gemeinnützige Gesellschaft für soziale und gesundheitliche Dienstleistungen mbH) - zuletzt besucht am 20.11.2018,
- Der *Pflegenavigator* des AOK-Bundesverbands (GbR) - zuletzt besucht am 20.11.2018,
- die Homepage des Kompetenzzentrums Pflegeunterstützung des Dachverbands der Berliner Selbsthilfe-Kontaktstellen (Selko e. V. - Verein zur Förderung von Selbsthilfe-Kontaktstellen e. V.) - zuletzt besucht am 20.11.2018,
- die Angebotssuche des Landessportbunds Berlin e. V. - zuletzt besucht am 20.11.2018,
- die Datenbank des Behinderten- und Rehabilitations-Sportverbands Berlin e.V. - zuletzt besucht am 20.11.2018,
- die Homepage des Berliner Turn- und Freizeitsport-Bund e. V. - zuletzt besucht am 20.11.2018,
- die Homepage von Sekis - Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle (Selko e. V. - Verein zur Förderung von Selbsthilfe-Kontaktstellen e. V.) - zuletzt besucht am 20.11.2018,
- die Homepage des Verbandes für sozial-kulturelle Arbeit e.V. – Landesverband Berlin - zuletzt besucht am 20.11.2018,
- die Homepage der psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen in Berlin (vertreten durch die Pinel gGmbH) - zuletzt besucht am 20.11.2018,
- Homepage der Trägergemeinschaft Berliner Krisendienste (vertreten durch die neuhland Hilfe in Krisen gGmbH) - zuletzt besucht am 20.11.2018,
- die Homepage zum Quartiersmanagement Berlin der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen Berlin - zuletzt besucht am 20.11.2018,
- der *Berlin Finder* der BerlinOnline Stadtportal GmbH & Co. KG - zuletzt besucht am 20.11.2018
- der *Wegweiser aktuell* der Verlagsagentur Ruhle - zuletzt besucht am 20.11.2018.

Zusätzlich sind die Internetseiten der Berliner Bezirke Neukölln und Lichtenberg und, im Rahmen von Stichproben und zur Suche nach vertiefenden Informationen, teilweise die Internetseiten von Anbietern selber für die Recherche genutzt worden.

Die Zugänge zu den gewählten Plattformen gestalten sich jeweils unterschiedlich. Meist werden Volltextsuchen oder spezifische Schlagwortsuchen angeboten. Teilweise können innerhalb solcher Suchen auch unterschiedliche Suchbegriffe miteinander verknüpft oder Suchergebnisse mit Hilfe von Filterfunktionen weiter verfeinert werden. Die Suchstrategie ging zunächst von den allgemeinen Begriffen „Prävention“, „Gesundheitsversorgung“, „Rehabilitation“ und „Pflege“ aus und wurde im Verlauf der Recherche im „Schneeballsystem“ in Abhängigkeit von den innerhalb der Portale vorgegebenen Möglichkeiten weiter verfeinert. Diese bieten häufig nur eine Suche mit vorgegebenen Schlagworten an. Das Schneeballsystem ist eine pragmatische Suchstrategie, bei der aus Suchergebnissen neue Suchbegriffe generiert werden, um die Suchen im Verlauf immer spezifischer zu gestalten (Müller et al. 2013, S. 13). Beim Verfeinern der Suchbegriffe wurde darauf geachtet, ausschließlich Begriffe auszuwählen, die das Potential boten, Einrichtungen und Angebote, die sich an ältere Menschen richten, finden zu können. Über die Verfeinerung der Suchbegriffe mit Hilfe des Schneeballsystems kamen zuerst Begriffe, wie beispielsweise „Arzt“ in den Fokus, die wie unten genannt, später weiter nach unterschiedlichen fachärztlichen Disziplinen spezifiziert wurden. Das Vorgehen führte außerdem dazu, dass die ursprünglich nicht berücksichtigte Sprache „kurdisch“ für Menschen aus dem Herkunftsland Türkei oder teilweise arabischen Ländern mit aufgenommen wurde.

Folgende Suchworte und Suchwortkombinationen wurden auf diesem Wege generiert und verwendet:

- Arztsuche und Hilfelotse: „Allgemeinmedizin“ AND („Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Arztsuche und Hilfelotse: „Augenheilkunde“ AND („Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Arztsuche und Hilfelotse: „Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie“ AND („Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Arztsuche und Hilfelotse: „Frauenheilkunde“ AND („Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Arztsuche und Hilfelotse: „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ AND („Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Arztsuche und Hilfelotse: „Haut- u. Geschlechtskrankheiten“ AND („Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Arztsuche und Hilfelotse: „Innere Medizin“ AND („Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Arztsuche und Hilfelotse: „Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie“ AND („Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Arztsuche und Hilfelotse: „Physikal. u. Rehabilitative Medizin“ AND („Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Arztsuche und Hilfelotse: „Urologie“ AND („Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Zahnarztsuche: „Zahnarzt“ AND („Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Krankenhausverzeichnis und Hilfelotse: „Krankenhaus“ AND („Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Krankenhausverzeichnis und Hilfelotse: „Tagesklinik“ AND („Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)

- Hilfelotse: „Physiotherapie“ AND (Bezirke „Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Apothekenfinder und Hilfelotse: „Apotheke“ AND (PLZ der Bezirke „Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“) Berlin Finder, Wegweiser aktuell und Hilfelotse: „Optiker“ AND (PLZ der Bezirke „Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Berlin Finder und Hilfelotse: „Akustiker“ AND (PLZ der Bezirke „Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Berlin Finder und Hilfelotse: „Sanitätsbedarf“ AND (Bezirke „Lichtenberg“ oder „Neukölln“)
- Pflegenavigator und Hilfelotse: „Pflegedienst“ AND („Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Pflegenavigator und Hilfelotse: „Pflegeheim“ AND (Bezirke „Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Pflegenavigator und Hilfelotse: „Tagespflege“ AND (Bezirke „Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Homepage zum Quartiersmanagement: „Quartiersmanagement“ AND (Bezirke „Lichtenberg“ oder „Neukölln“)
- Homepage von Sekis, Homepage des Verbandes für sozial-kulturelle Arbeit e.V. und Hilfelotse: „Nachbarschaftszentrum“ AND (Bezirke „Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Homepage von Sekis, Homepage des Verbandes für sozial-kulturelle Arbeit e.V. und Hilfelotse: „Stadtteilzentrum“ AND (Bezirke „Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Homepages der Bezirksämter und Hilfelotse: „Seniorenbegegnungsstätte“ AND (Bezirke „Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Homepage des Kompetenzzentrums Pflegeunterstützung: „Entlastung bei häuslicher Pflege“ AND (Bezirke „Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Homepages der Bezirksämter und Hilfelotse: „Beratungsstelle“ AND (Bezirke „Lichtenberg“ oder „Neukölln“) AND („russisch“, „vietnamesisch“, „türkisch“, „kurdisch“ oder „arabisch“)
- Angebotssuche des Landessportbundes Berlin e. V., Datenbank Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Berlin, Homepage des Berliner Turn- und Freizeitsport-Bund und dem Wegweiser aktuell: „Gesundheitssport“ AND (Bezirke „Lichtenberg“ oder „Neukölln“)
- Angebotssuche des Landessportbundes Berlin e. V., Datenbank Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Berlin, Homepage des Berliner Turn- und Freizeitsport-Bund und dem Wegweiser aktuell: „Rehasport“ AND (Bezirke „Lichtenberg“ oder „Neukölln“)
- Homepage von Sekis und Hilfelotse: „Migranten“ AND (Bezirke „Lichtenberg“ oder „Neukölln“)

Im Hinblick auf die Suche nach Angeboten und Institutionen für die Zielgruppe “Menschen mit Migrationshintergrund” erwiesen sich die Arztsuchen, der *Hilfelotse* und die Homepage von Sekis als am ergiebigsten. Alle weiteren von uns genutzten und oben aufgelisteten Such-Instrumente bieten keine Möglichkeiten, gezielt nach Institutionen und Angeboten mit einem Bezug zum Thema Migration zu recherchieren. Zusätzliche Treffer zu migrationsspezifischen Angeboten ergaben sich allerdings bei Stichproben auf den Internetseiten der Anbieter.

Die erweiterte Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin bietet eine Schlagwortsuche, bei der in unterschiedlichen Rubriken gesucht werden kann. Die Rubriken können miteinander verknüpft werden. Zu diesen Rubriken gehören unter anderem das Geschlecht eines Arztes, sein Name, der bezirkliche Praxisort oder das von ihm vertretene Fachgebiet. Innerhalb dieser Suche ist es möglich, gezielt Sprachen, die in einer Arztpraxis gesprochen werden, auszuwählen. Diese Informationen beruhen allerdings auf Selbstauskünften der Ärzte und nicht auf einer systematischen Erfassung. Es ist daher davon auszugehen, dass nicht alle vorhandenen Sprachpotentiale erfasst und aktuell sind. Insofern bleibt die Recherche an dieser Stelle begrenzt und lückenhaft.

Im Gegensatz zur Arztsuche bietet die Datenbank *Hilfelotse* der Berliner Pflegestützpunkte neben einer thematisch sortierten Schlagwortsuche zusätzlich eine Volltextsuche. Über diese Volltextsuche können die gesprochenen Sprachen innerhalb von Einrichtungen recherchiert werden. Zusätzlich führt auf diesem Portal auch das Suchwort "Migration" zu Treffern. Ähnlich wie die spezifischen Angaben der Arztsuche, basieren alle Angaben in der Datenbank *Hilfelotse* auf freiwillig durch Einrichtungen und Institutionen bereitgestellten Informationen. Auffällig ist beim *Hilfelotsen*, dass die Tiefe des Informationsangebots zwischen den beiden Bezirken Lichtenberg und Neukölln deutlich variiert. So ist beispielsweise für den Bezirk Neukölln nur eine sehr geringe Anzahl von Arztpraxen in dieser Datenbank aufgenommen. Teilweise zeigten sich bei den Suchergebnissen des *Hilfelotsen* auch erhebliche Unterschiede zu Ergebnissen der KV Datenbank. Da beide Datenbanken keine Informationen zur Aktualität ihrer Angaben machen, wurden an dieser Stelle die Suchergebnisse der KV, die als zuständige Körperschaft schneller einen aktuellen Überblick zur Eröffnung und zum Schließen von Praxen hat, von uns als zuverlässiger angesehen und für die eigene Recherche priorisiert.

Auf der Homepage von Sekis, der Berliner Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle, wird ebenfalls eine Volltextsuche angeboten. Zusätzlich können bei diesem Web-Angebot über die Rubrik "Migration" spezifische Selbsthilfeangebote, die nach Ländern, Regionen und Sprachen sortiert sind, angezeigt werden. Integriert sind in die Webseite von Sekis auch die Angebote des Kompetenzzentrums Pflegeunterstützung und der Kontaktstelle PflegeEngagement, die ebenfalls für die Gesamtrecherche genutzt wurden, aber nur in Einzelfällen Hinweise auf Angebote für Migranten enthielten.

Neben den Angaben zur Sprache (ausgenommen das Angebot von Sekis und einige Treffer im *Hilfelotsen*) ließen sich über die genutzten Informationsplattformen nur in den seltensten Fällen weitere Hinweise auf migrationspezifische Angebote finden. Spezifische Kennzeichnungen, wie "kultursensible Pflege" oder "migrationspezifisches Angebot" sind in den genutzten Datensammlungen und auch auf den Internetseiten von Anbietern kaum vertreten.

Alle erfolgreichen Suchergebnisse sind im Verlauf der Recherche in eine Excel-Liste übertragen worden. Migrationspezifische Angebote sind in dieser Liste gekennzeichnet. Jedem in dieser Liste eingetragenen Datensatz sind der Link zu den jeweiligen Datenquellen und die verwendeten Suchbegriffe zugeordnet.

Eine zusätzlich wichtige Quelle für die Bestanderfassung war der umfangreiche Geodatenkatalog "FIS Broker" der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen. Die darüber im Rahmen der Open Data Strategie des Landes Berlins öffentlich zur Verfügung stehenden Geodaten zu den lebensweltlich orientierten Räumen (LOR) konnten im Verlauf der Ergebniszusammenstellung mit Hilfe des Geoinformationssystems QGIS⁵ mit den recherchierten Datensätzen verschnitten werden. Damit ist

⁵ QGIS ist ein Open-Source-Geoinformationssystem das unter <https://www.qgis.org/de/site/> (zuletzt besucht am 20.11.2018) frei zugänglich zur Nutzung zur Verfügung steht.

es möglich, die recherchierten Daten unterhalb der bezirklichen Grenzen sehr kleinräumig abzugrenzen und zu analysieren. Für die Datenverschneidung war eine Geocodierung der Adressdaten notwendig, die im Internet über einen frei zur Verfügung stehenden Dienst⁶ erfolgte, der dafür auf eine offene Schnittstelle von *Google-Maps* zugreift.

3.2.3. Darstellung und Kategorisierung der Suchergebnisse

Alle Suchergebnisse sind mit Hilfe einer filterbaren Excel-Tabelle zusammengestellt worden. Dabei entspricht jede einzelne Zeile in der Excel-Liste einem Datensatz. Über die Spaltenköpfe werden Informationen in spezifischen Kategorien angeboten. Das sind:

- zugeordnete Oberkategorien (Kategorien der Bedarfsanalyse: „Prävention“, „Gesundheitsversorgung“, „Rehabilitation“ und „Pflege“)
- zugeordnete Unterkategorie (teilweise Originalzuordnungen der Fundorte)
- Name der Einrichtung / des Angebots
- soweit sinnvoll abgrenzbar, Träger des Angebots
- Anschrift der Einrichtung / des Angebots mit Postleitzahl, Ort, Straße und Hausnummer
- Bezirk
- LOR (lebensweltlich orientierter Raum) Prognoseraum
- LOR Bezirksregion
- LOR Planungsraum
- Hausbesuch
- geschlechtsspezifische Angebote
- Zielgruppe Migranten
- türkisch
- kurdisch
- arabisch
- russisch
- vietnamesisch
- sonstige Sprachkenntnisse
- spezifische Leistungen
- Mail Adresse
- Webseite
- Bezeichnung des Fundortes im Internet
- Link zum Fundort im Internet
- zusätzlicher Fundort im Internet
- Link zum zusätzlichen Fundort im Internet
- Suchworte/Filter, über die jeweils recherchiert wurde
- geographische Koordinaten

Eine gesonderte Kategorie „Angebot für ältere Menschen“ ist in dieser Liste nicht eingeführt worden, da bereits bei der Recherche gezielt nur nach Angeboten gesucht wurde, die sich zumindest unter anderem an ältere Menschen richten. Bei den besonderen Leistungen der Einrichtungen bzw. Ange-

⁶ Batch Geocoder, der unter <http://apitricks.blogspot.com/2008/10/batch-geocoder-with-csv-output.html> (zuletzt besucht am 20.11.2018) frei zugänglich zur Nutzung zur Verfügung steht.

boten, wie Hausbesuche, geschlechtsspezifische Angebote oder Angebote, die sich ausdrücklich an die Zielgruppe Migranten richten, bei den Sprachen, bei den angebotenen Leistungen, bei der Mailadresse und bei der Webadresse eines Angebotes wurden nur dann Angaben in der Liste eingetragen, wenn diese sich mit vertretbarem Aufwand recherchieren ließen. Zum Teil sind die Namen der Angebote zusätzlich mit Fundorten und vertiefenden Informationen verlinkt. Verlinkt sind, wenn vorhanden, auch die Webseiten der Einrichtung, bzw. Angebote und die Webseiten der Fundorte.

Über die Spaltenköpfe können die Datensätze nach allen Kategorien gefiltert werden. Für weitergehende Analysen liefern die Filter, bzw. Filterkombinationen der Ober- und Unterkategorien, der Bezirke, der unterschiedlichen Leistungskategorien und der lebensweltlich orientierten Räume (LOR) aufschlussreiche Ergebnisse.

Der Oberkategorie „Gesundheitsversorgung“ sind aus der Datenbank der KV und dem *Hilfelotsen* Arztpraxen der Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Physikalischen und Rehabilitativen Medizin und der Fachrichtung Urologie erfasst. Ebenfalls der Rubrik Gesundheitsversorgung zugeordnet sind Krankenhäuser, Tageskliniken und Apotheken. Die Daten hierzu stammen aus dem Berliner Krankenhausverzeichnis, dem *Hilfelotsen*, dem *Apothekenfinder* und teilweise von den Internetseiten der Anbieter selber.

Für den Bereich „Pflege“ sind im *Pflegenavigator*, im *Hilfelotsen* und auf der Homepage des Kompetenzzentrums Pflegeunterstützung ambulante Pflegedienste, Tagespflege-Einrichtungen, Pflegeheime, Seniorenwohnanlagen, betreutes Wohnen und Betreuungsgruppen recherchiert worden.

Suchergebnisse zu Physiotherapien, Sanitätshäusern, Optikern, Akustikern und zum Rehabilitationssport wurden der Kategorie „Rehabilitation“ zugeordnet. Diese Ergebnisse stammen überwiegend aus dem *Hilfelotsen*, aber auch aus dem *Berlinfinder*, den unterschiedlichen Datenbanken zum Rehabilitations- und Behindertensport, dem *Wegweiser aktuell* und teilweise direkt von Homepages der Anbieter.

Der Kategorie „Prävention“ sind Beratungseinrichtungen des Bezirksamtes, Nachbarschafts- und Stadtteilzentren, Seniorenbegegnungsstätten und Treffpunkte, das Quartiersmanagement, Beratungseinrichtungen, Einrichtungen und Angebote der Selbsthilfe und Vereine als Anbieter von Gesundheitssportangeboten und Beratungsleistungen zugeordnet worden. Die Angaben stammen hauptsächlich von den Internetseiten der Landes- und Bezirksverwaltungen, der Quartiers- und Stadtteilarbeit, dem *Hilfelotsen* und der Internetseite von Sekis.

3.2.4. Übersicht zu den Suchergebnissen

Die Recherche ergab für die Stadtbezirke Lichtenberg und Neukölln, unabhängig von der Fokussierung auf migrationsspezifische Angebote, insgesamt 1.729 gesundheitsbezogene Einrichtungen, bzw. Angebote. Davon entfallen 870 Einzeldatensätze auf den Bezirk Lichtenberg und 859 auf den Bezirk Neukölln. Differenziert nach den Kategorien „Prävention“, „Gesundheitsversorgung“, „Rehabilitation“ und „Pflege“ stellt die Gesundheitsversorgung (überwiegend Ärzte und zu einem geringeren Teil Apotheken und Krankenhäuser) mit insgesamt 904 Rechercheergebnissen (572 in Lichtenberg und 621 in Neukölln) den größten Bereich dar. Für den Bereich der Prävention (eingeschlossen sind hier auch Beratungseinrichtungen) wurden 197 (Lichtenberg: 103; Neukölln: 94), für die Pflege 141 (Lich-

tenberg: 80; Neukölln: 61) und für die Rehabilitation 198 (Lichtenberg: 115; Neukölln: 83) Einrichtungen bzw. Angebote gefunden. (s. Tab. 3)

Bezirke	Prävention	Gesundheitsversorgung	Pflege	Rehabilitation	Insgesamt
Lichtenberg	103	572	80	115	870
Neukölln	94	621	61	83	859
Insgesamt	197	904	141	198	1729

Tab. 3: Gesamtübersicht zur Anzahl der zusammengestellten Ergebnisse in Lichtenberg und Neukölln nach Rubriken

Spezifische Hinweise auf türkisch-, kurdisch-, arabisch-, russisch- und vietnamesischsprachige Angebote gab es in insgesamt 302 Fällen (Lichtenberg: 158; Neukölln: 144). Dabei wurden in Lichtenberg 145 russisch- und 9 vietnamesischsprachige Angebote gefunden. Für den Bezirk Neukölln konnten 77 türkisch-, 9 kurdisch- und 36 arabischsprachige Angebote identifiziert werden (s. Tab. 4). Da einige Einrichtungen ihre Angebote in mehreren Sprachen anbieten, wurden die insgesamt 302 gesundheitsbezogenen Angebote in den gesuchten Sprachen bei 264 Einrichtungen erfasst.

Bezirke	türkisch	kurdisch	arabisch	russisch	vietnamesisch	Gesamtergebnis
Lichtenberg	2	-	2	145	9	158
Neukölln	77	9	36	22	-	144
Gesamtergebnis	79	9	38	167	9	302

Tab. 4: Anzahl spezifischer Sprachangebote bei gesundheitsbezogenen Angeboten in Lichtenberg und Neukölln

In Lichtenberg zeigt sich eine Häufung von russischsprachigen gesundheitsbezogenen Einrichtungen, bzw. Angeboten in den LOR Bezirksregionen Alt-Hohenschönhausen Süd (23 Angebote), Alt-Lichtenberg (24), Fennpfuhl (18), Neu-Hohenschönhausen Süd (18) und Karlshorst (16). Innerhalb dieser Bezirksregionen verteilen sich die Einrichtungen bzw. Angebote recht ungleichmäßig auf die Planungsräume. Die wenigen Angebote mit vietnamesischen Sprachkompetenzen befinden sich in den Planungsräumen Rüdigerstraße (3), Sewanstraße (3), Herzbergstraße (1), Landsberger Allee (1) und Zingster Straße Ost (1) (s. Tab. 5).

Bezirksregionen und Planungsräume	Russ. Sprachkompetenz	Vietn. Sprachkompetenz
Alt-Hohenschönhausen Nord	6	
Hauptstraße	3	
Malchower Weg	3	
Alt-Hohenschönhausen Süd	23	1
Große-Leege-Straße	11	
Landsberger Allee	11	1
Orankesee		
Weißer Taube	1	
Alt-Lichtenberg	24	4
Herzbergstraße	3	1
Rüdigerstraße	21	3
Fennpfuhl	18	
Fennpfuhl Ost	2	
Fennpfuhl West	14	
Hohenschönhausener Straße	2	
Frankfurter Allee Süd	5	
Frankfurter Allee Süd	5	
Friedrichsfelde Nord	5	
Gensinger Straße	2	
Rosenfelder Ring	2	
Tierpark	1	
Friedrichsfelde Süd	10	3
Sewanstraße	10	3
Karlshorst	16	
Karlshorst Nord	2	
Karlshorst Süd	4	
Karlshorst West	10	
Malchow, Wartenberg und Falkenberg		
Dorf Malchow		
Dorf Wartenberg		
Neu-Hohenschönhausen Nord	12	
Falkenberg Ost	3	
Falkenberg West	2	
Wartenberg Nord	2	
Wartenberg Süd	5	
Neu-Hohenschönhausen Süd	18	1
Mühlengrund		
Zingster Straße Ost	14	1
Zingster Straße West	4	
Neu-Lichtenberg	7	
Victoriastadt		
Weitlingstraße	7	
Rummelsburger Bucht	1	
Rummelsburg	1	
Insgesamt	145	9

Tab. 5: Verteilung von gesundheitsbezogenen Einrichtungen und Angeboten nach LOR Bezirksregionen, Planungsräumen und Mehrsprachigkeit (russisch/vietnamesisch) im Bezirk Lichtenberg

Bezirksregionen und Planungsräume	Türkische Sprachkompetenz	Arabische Sprachkompetenz	Kurdische Sprachkompetenz
Britz	3		1
Britzer Garten			
Buschkrugallee Nord	2		1
Handwerker-Siedlung			
Ortolanweg	1		
Parchimer Allee			
Tempelhofer Weg			
Buckow			
Buckow Mitte			
Buckow Ost			
Buckow West			
Buckow Nord	4	1	
Goldhähnchenweg			
Vogelviertel Süd	4	1	
Gropiusstadt	6	1	
Gropiusstadt Nord	4	1	
Gropiusstadt Ost	1		
Gropiusstadt Süd	1		
Köllnische Heide			
Schulenburgpark			
Weißer Siedlung			
Neuköllner Mitte/Zentrum	20	21	3
Flughafenstraße	9	6	
Glasower Straße	2	7	3
Körnerpark	6	4	
Rollberg	3	4	
Reuterstraße	15	5	3
Bouchéstraße			
Donaustraße	6	3	3
Reuterkiez	9	2	
Rixdorf	20	5	1
Hertzbergplatz	2	1	
Rixdorf	18	4	1
Treptower Straße Nord			
Rudow	2	2	
Alt-Rudow		2	
Blumenviertel	1		
Buckow Nord/Rudow			
Frauenviertel			
Waßmannsdorfer Chaussee			
Zittauer Straße	1		
Schillerpromenade	7	1	1
Schillerpromenade	3	1	1
Silbersteinstraße	1		
Wissmannstraße	3		
Gesamtergebnis	77	36	9

Tab. 6: Verteilung von gesundheitsbezogenen Einrichtungen und Angeboten nach LOR Bezirksregionen, Planungsräumen und Mehrsprachigkeit (türkisch, arabisch, kurdisch) im Bezirk Neukölln

Im Bezirk Neukölln zeigt sich vor allem in den Bezirksregionen Neuköllner Mitte/Zentrum (20 türkisch-, 21 arabisch- und 3 kurdischsprachige Angebote) und Rixdorf (20 türkisch-, 5 arabisch- und 1 kurdischsprachige Angebote) eine Häufung von gesundheitsbezogenen Einrichtungen bzw. Angeboten mit den im Rahmen der Bedarfsanalyse relevanten Sprachkompetenzen (s. Tab. 6).

Neben der sprachlichen Zuordnung sind 116 Angebote (in beiden Bezirken jeweils 58) geschlechtsspezifisch ausgerichtet. Dabei entfällt der größte Anteil auf Frauenärzte und Urologen und eine kleine Anzahl auf Beratungsstellen, Selbsthilfe- und Gesundheitssportangebote und auf Angebote der Stadtteil- und Nachbarschaftsarbeit. 14 dieser Angebote richten sich an türkischsprachige, 2 an kurdisch-, 5 an arabisch- und 18 an russischsprachige Frauen und/oder Männer. Unter den Angeboten in vietnamesischer Sprache war keines geschlechtsspezifisch ausgerichtet (s. Tab. 7).

	insgesamt	türkisch	kurdisch	arabisch	russisch	vietnamesisch
geschlechtsspezifische Angebote	116	14	2	5	18	-
Hausbesuche	279	13	2	6	51	1

Tab. 7: Geschlechtsspezifische Angebote und Angebote mit Hausbesuchen differenziert nach sprachen der Zielgruppe

Insgesamt bieten 279 der recherchierten Angebote (Lichtenberg: 125; Neukölln: 154) Hausbesuche an. Hier entfällt der größte Anteil auf Allgemein- und Zahnmediziner, außerdem bieten Optiker und zum Teil Hörgeräteakustiker diese Option an. Die Kombination „Hausbesuche + Sprachkompetenz“ ergab 13 Treffer für türkische, 2 Treffer für kurdische, 6 Treffer für arabische, 51 Treffer für russische und einen Treffer für vietnamesische Sprachangebote (s. Tab. 7).

4. Fazit

Die Datenrecherche zeichnet für die beiden Bezirke Neukölln und Lichtenberg ein umfangreiches und facettenreiches Bild gesundheitsbezogener Versorgungsangebote für ältere Menschen. Sie stellt eine weiter zu ergänzende Momentaufnahme mit Stand November 2018 dar. Deutlich wurde, dass es wenig Angebote gibt, die sich explizit an ältere Menschen mit Migrationshintergrund richten. Die Gegenüberstellung von Daten der Einwohnerstatistik mit den ermittelten Verteilungen mehrsprachiger gesundheitsbezogener Einrichtungen und Angebote zeigt in Lichtenberg jeweils größere Konzentrationen im Prognoseraum Lichtenberg Nord und in Neukölln im Prognoseraum Neukölln. Für die Bedarfsanalyse bietet diese Bestandsaufnahme einen guten Überblick über die Versorgungslandschaft und gute Anknüpfungspunkte für die im nächsten Schritt geplanten Expertengespräche. Über diese Expertengespräche kann die Bestandsaufnahme zielorientiert überprüft und ergänzt werden, um dann im weiteren Projektverlauf im ersten Halbjahr 2019 als Bezugspunkt für die Fokusgruppen und Interviews mit der Zielgruppe zu dienen.

5. Literaturverzeichnis

Albrecht, Martin; Brenck, Andreas; Ochmann, Richard (2017): Ambulante ärztliche Versorgung in den Berliner Bezirken Lichtenberg und Neukölln. Grundlagen für die Entwicklung eines Versorgungskonzeptes. Eine Studie im Auftrag der Bezirksämter Lichtenberg und Neukölln. Hg. v. IGES Institut GmbH. Berlin, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Feller, Silke (2018): Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund. in Neukölln 2018. Hg. v. Bezirksamt Neukölln von Berlin. Berlin, zuletzt geprüft am 28.11.2018.

Mallock, Wolfgang; Riege, Udo; Stahl, Matthias (2016): Informationsressourcen für die Sozialwissenschaften. Datenbanken - Längsschnittuntersuchungen - Portale - Institutionen. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer VS (Schriftenreihe der ASI - Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute). Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&AN=1081950>.

Morr, Gaby; Illiges, Norbert (2017): Konzept für die soziale Infrastruktur. Bezirk Neukölln. Hg. v. Bezirksamt Neukölln von Berlin. Berlin, zuletzt geprüft am 28.11.2018.

Müller, Ragnar; Plieninger, Jürgen; Rapp, Christian (2013): Recherche 2.0. Finden und Weiterarbeiten in Studium und Beruf. Wiesbaden: Springer VS. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-02250-1>.