



Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen

Lebenssituation, potenzielle Versorgungsbedarfe und
gesundheitspolitische Perspektiven



Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen

Lebenssituation, potenzielle Versorgungsbedarfe und
gesundheitspolitische Perspektiven



Impressum

Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen

Herausgeber:

Gesundheitsamt Bremen
Horner Str. 60/70, 28203 Bremen

Verantwortlich:

Dr. Thomas Hilbert
Sozialmedizin für Erwachsene
Dr. Günter Tempel
Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Autoren

Dr. Günter Tempel, Dr. Zahra Mohammadzadeh
Unter Mitarbeit von Eckhard Lotze

Gesundheitsamt Bremen
Horner Str. 60/70
28203 Bremen

guenter.tempel@gesundheitsamt.bremen.de
zahra.mohammadzadeh@gesundheitamt.bremen.de

Auflage: 500
Erscheinungsdatum: 8/2004



Inhalt

Zusammenfassung.....	5
1. Gegenstand und Zielsetzung des Berichtes	8
Exkurs: Migranten und Ausländer	9
2. Empirische Grundlagen	10
3. Sozio-demografische Basisdaten.....	12
3.1 Allgemeine Tendenzen in der Bevölkerungsentwicklung Bremens.....	12
3.2 Demografische Merkmale der ausländischen Senioren in Bremen	12
3.2.1 Alter und Geschlecht.....	12
3.2.2 Herkunftsländer	14
3.2.3 Wohnschwerpunkte im Stadtgebiet.....	17
4. Zur Lebenssituation ausländischer Senioren	19
4.1 Aufenthaltsrechtliche Stellung	19
4.2 Remigration	21
4.3 Einkommensverhältnisse	22
4.4 Wohnsituation	23
4.5 Soziale Integration	25
5. Zur Gesundheitssituation älterer Migranten.....	30
5.1 Allgemeine Erkenntnisse.....	30
5.2 Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys und des Sozioökonomischen Panels (SOEP)	34
5.3 Probleme der Diagnostizierung bei älteren Migrantinnen und Migranten am Beispiel der Altersdemenz	37
6. Konsequenzen aus dem Bericht.....	39
6.1 Welche Informationen fehlen?	39
6.2 Vorschläge für das weitere Vorgehen	40
Epilog: Zum Thema kultursensible Pflege	43
Was ist kultursensible Pflege?	43
Die ökonomische Seite.....	51
Literatur.....	54

G



Zusammenfassung

In den kommenden Jahren dürfte in Deutschland die Zahl der 60jährigen und älteren Migranten erheblich zunehmen. Prognosen zufolge könnte die Zahl der ausländischen Senioren von 665 Tsd. (2001) über 1,31 Mio. (2010) auf 2,86 Mio. (2030) steigen. Parallel dazu würde der Seniorenanteil unter der ausländischen Bevölkerung ebenfalls deutlich wachsen: Von 5,8% (1995) auf 24,1% (2030).

Angesichts dieser Entwicklung wird eine stärkere Ausrichtung des Altenhilfesystems auf die Bedürfnisse älterer Migrantinnen und Migranten sowie die Beseitigung von Zugangsbarrieren gefordert. Während die Pflegewissenschaft bereits Konzepte zur Berücksichtigung kulturspezifischer Bedürfnisse im Pflegealltag entwickelt hat, stand die Infrastrukturplanung bisher eher am Rande der Diskussion. So ist wenig bekannt über die potenziellen Nachfrager, auch Aspekte der Finanzierung wurden, wenn überhaupt, bislang nur oberflächlich abgehandelt. Angesichts dieser Informationslage ist unklar, wie die Kommunen reagieren sollten auf die in naher Zukunft spürbar anwachsende Zahl ausländischer Senioren.

Der vorliegende Bericht ist eine Aufbereitung von Daten und Informationen, die aus sehr unterschiedlichen Quellen gewonnen wurden und die für die Planung kommunaler Versorgungsinfrastruktur relevant sind. Um potenzielle Bedarfe zumindest skizzieren zu können wurden Daten zur demografischen Struktur der älteren Migrantenbevölkerung (Altersaufbau, Geschlechterverteilung, Nationalität), zur Lebenssituation (Wohnorte, Aufenthaltsdauer, Remigration, Wohnsituation, finanzielle Lage) und zur gesundheitlichen Lage ausgewertet. Auf der Grundlage dieser Analysen werden im Schlusskapitel die erforderlichen nächsten Schritte beschrieben.

Generell ist festzustellen, dass es über die konkreten Lebensbedingungen und Versorgungsbedürfnisse älterer Migrantinnen und Migranten in der Stadt Bremen nur sehr wenig empirisch gesicherte Informationen gibt. Dennoch lassen sich aus dem, was man weiß, einige grundlegende Aussagen ableiten. Sie legen die Basis für die weitere Beschäftigung mit dem Thema „Versorgungsplanung für ältere Migrantinnen und Migranten“.

Nach der amtlichen Statistik (Stichtag: 31.12.2001) fallen knapp 6.000 Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in die Gruppe der Älteren; d.h., rund 6.000 der in der Stadt Bremen gemeldeten Ausländer sind 60 Jahre alt oder älter. Hinzu kommt eine unbekannte, vermutlich nicht unbedeutende Zahl von Personen, die amtlich nicht als Ausländer definiert werden, die jedoch als



„Ausländer mit deutschem Pass“ oder als Aussiedler unter den Begriff „Migrant“ fallen. Die genaue Zahl älterer Migrantinnen und Migranten in der Stadt Bremen ist daher nicht seriös feststellbar, zumal auch die amtliche Statistik die Zahl der hier tatsächlich wohnhaften älteren Ausländer überschätzen dürfte.

→ *Kapitel 1 (Exkurs: Migranten und Ausländer) und Kapitel 3.2.1*

Verglichen mit der deutschen Bevölkerung ist der amtlich bekannte Seniorenanteil unter der ausländischen Bevölkerung noch gering, er lag Ende 2001 bei unter 9% (deutsche Bevölkerung: 28,5%). Zwar ist bisher der weitaus größte Teil der Arbeitsmigranten („Gastarbeiter“) im Alter in die frühere Heimat zurückgekehrt. Angesichts weltweiter, aber auch innereuropäischer Entwicklungen dürfte die Tendenz zur Remigration zukünftig eher sinken. Befragungsergebnisse verweisen jedenfalls auf eine zunehmende Bereitschaft, in Deutschland zu bleiben. Gleichzeitig wachsen jüngere Migrantinnen und Migranten in die Gruppe der Senioren hinein. Es ist also in den nächsten Jahren mit einem deutlichen Anstieg sowohl der Zahl als auch des Anteils ausländischer Senioren zu rechnen.

→ *Kapitel 3.2.1 und 4.2*

Ausländische Senioren sind so genannte „junge Alte“, gut zwei Drittel sind jünger als 70 Jahre. Im Gegensatz zu den deutschen Senioren gibt es einen leichten Männerüberschuss. Jedoch ist auch hier absehbar, dass sich sowohl der Altersaufbau als auch die Geschlechterrelation verändern und sich der Struktur der deutschen Seniorenbevölkerung annähern werden.

→ *Kapitel 3.2.1*

Hinsichtlich der Herkunft bzw. des kulturellen Hintergrundes und der Migrationsbiografie präsentieren sich die ausländische Senioren als recht heterogene Gruppe. Legt man allein die offiziellen Zahlen zugrunde, umfasst diese Gruppe über 100 Nationalitäten aus zum Teil sehr unterschiedlichen Kulturkreisen. Gut die Hälfte stammt aus den früheren Anwerbeländern, über ein Drittel stammt aus den islamischen Ländern Türkei und Iran. Türkische Senioren sind die mit Abstand größte Herkunftsgruppe, ihre Zahl beträgt mehr als 2.000. Zwei Drittel der ausländischen Senioren leben seit mehr als 25 Jahren in Deutschland, drei Viertel wohnen seit mindestens acht Jahren hier und haben damit grundsätzlich Anspruch auf eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis oder auf eine Aufenthaltsberechtigung.

→ *Kapitel 3.2.2 und 4.1*



Die Lebensverhältnisse älterer Migrantinnen und Migranten sind im Allgemeinen eher bescheiden, wenn nicht gar ärmlich. Ausländische Senioren leben schwerpunktmäßig in traditionellen Arbeiterwohnquartieren und in Hochhaussiedlungen am Stadtrand. Diese Stadtviertel weisen auch überdurchschnittliche Anteile an Sozialhilfeempfängern, Arbeitslosen oder anderen Menschen mit hohem Armutsrisiko auf. Aufgrund zu kurzer und häufig durch Arbeitslosigkeit unterbrochener Erwerbsverläufe beziehen ausländische Senioren im Durchschnitt deutlich geringere Renten als deutsche Senioren. Besonders deutlich zeigt sich diese Einkommenskluft bei Türken. In der Stadt Bremen bezieht mehr als ein Viertel der über 60jährigen Ausländer Sozialhilfe, unter den älteren Deutschen ist dieser Anteil mit 2,6% verschwindend gering.

→ *Kapitel 3.2.3 und 4.3*

Gleichzeitig sind die Hinweise unübersehbar, dass die Integrationsproblematik bei älteren Migrantinnen und Migranten nicht nur ungelöst geblieben ist, sondern sich im Alter sogar noch weiter verschärft. Dies trifft insbesondere für türkische Senioren zu. Die große Herausforderung in der kultursensiblen Altenpflege besteht daher auch darin, neben Sprachbarrieren die Allgegenwart transkulturellen Missverstehens und die daraus resultierenden Vorurteile auf beiden Seiten zu überwinden.

→ *Kapitel 4.5*

Über den Gesundheitszustand älterer Migrantinnen und Migranten gibt es nur vage Erkenntnisse bzw. lediglich Vermutungen. Auf der Basis epidemiologischen Grundlagenwissens sowie unter Berücksichtigung unterschiedlicher Studien, die auch Gesundheitsaspekte thematisierten, wird von einem im Vergleich zur deutschen Seniorenbevölkerung schlechteren Gesundheitszustand älterer Migranten ausgegangen. Dieses Bild ließ sich durch Auswertungen des Sozioökonomischen Panels (SOEP) und des Bundes-Gesundheitssurveys allerdings nicht eindeutig bestätigen. Auf jeden Fall zutreffend dürfte die Annahme sein, dass das Morbiditätsrisiko älterer Migrantinnen und Migranten dem sozialer Unterschichten entspricht und damit deutlich höher liegt als im Bevölkerungsdurchschnitt.

→ *Kapitel 5.1 und 5.2*

Die weiteren Aktivitäten des Gesundheitsamtes Bremen auf dem Gebiet „Versorgungsplanung für ältere Migrantinnen und Migranten“ werden sich zunächst darauf konzentrieren, Informationslücken zu schließen. Die Akzeptanz bestehender Versorgungsangebote durch ältere Migrantinnen und Migranten, die Bedarfsbeschreibung, der Aufbau von Kooperationsstrukturen und die Identifikation von Potenzialen der Selbstorganisation sind dabei wesentliche Punkte.

→ *Kapitel 6*



1. Gegenstand und Zielsetzung des Berichtes

Die wachsende Zahl älterer Migranten und daraus resultierende Konsequenzen für das medizinische Versorgungssystem sind bereits seit einiger Zeit Gegenstand sozialpolitischer Debatten. 2001 lebten in Deutschland gut 665 Tsd. Ausländer, die 60 Jahre und älter waren. Prognosen zufolge könnte diese Zahl bis 2010 auf etwa 1,31 Mio. ansteigen, bis 2030 wird mit einem weiteren Zuwachs auf rund 2,86 Mio. gerechnet.¹ Damit einhergehend vergrößert sich der Anteil der 60jährigen und Älteren unter der ausländischen Bevölkerung drastisch, nämlich von 5,8% (1995) auf voraussichtlich 24,1 % (2030).² Der demografische Wandel der Gesellschaft erfasst also zunehmend auch die in Deutschland lebenden Migranten.

Dass das Angebot an medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen dieser Entwicklung Rechnung tragen sollte, wird immer wieder gefordert. Leistungen der Altenpflege werden von Migranten bislang kaum in Anspruch genommen, nach Erkenntnissen des Gesundheitsamtes Bremen liegt beispielsweise der Migrantenanteil in Einrichtungen der stationären Pflege unter ein Prozent. Mit Konzepten wie „interkulturelle Kompetenz“ oder „kultursensible Pflege“ wird daher die Öffnung des Altenhilfesystems für ältere Zuwanderer und eine stärkere Ausrichtung der Versorgung auf kulturspezifische Bedürfnisse angestrebt. Diese Ansätze zielen darauf ab, Sensibilität gegenüber unterschiedlichen Hygienebedürfnissen, Tabus, Schamgrenzen, Höflichkeitsregeln oder Formen der Schmerzäußerung zu entwickeln und diese Differenzen im Pflegealltag zu berücksichtigen. Bislang kaum thematisiert worden sind jedoch planungsrelevante Aspekte wie der Umfang und die Struktur der potenziellen Nachfrage nach solchen Dienstleistungen oder deren Kosten. Es ist weitgehend unklar, wie die Kommunen reagieren sollten auf die absehbar wachsende Zahl ausländischer Senioren, die zum Teil kaum integriert sind (siehe Kapitel 4.5) und die häufig nicht in der Lage sein dürften, auf kulturspezifische Bedürfnisse zugeschnittene, unter Umständen mit Mehraufwand verbundene Versorgungsangebote zu bezahlen (siehe Kapitel 4.3).³

Der vorliegende Bericht ist ein Einstieg in die oben umrissene Thematik. In diesem ersten Schritt arbeiten wir zunächst den Kenntnisstand über die demografische Struktur der älteren Migrantenbevölkerung, deren Lebenssituation und deren gesundheitliche Lage auf, um vermutliche Bedarfe zumindest skizzieren zu können. Soweit die Datenlage es erlaubt, beziehen wir uns dabei auf die Situation in der Stadt Bremen. Auf dieser Grundlage leiten wir im Schlusskapitel erste Handlungsempfehlungen ab, um Impulse für eine weiterführende Diskussion im Rahmen der kommunalen

¹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000), S.118.

² a.a.O.: S.117.

³ vgl. dazu Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege (Hg.) (2002), S. 115.



Versorgungsplanung zu geben. Dabei geht es nicht darum, ausländische Senioren pauschal als unterversorgte Problemgruppe zu präsentieren. Ältere Migrantinnen und Migranten bilden, wie der Bericht im Folgenden zeigt, in vielerlei Hinsicht ein recht heterogenes Kollektiv, das allerdings eine wichtige Gemeinsamkeit aufweist: Charakteristisch für die Lebenslage älterer Migranten ist die Gleichzeitigkeit alterstypischer und migrationsspezifischer Belastungsfaktoren, was die besondere Problematik des Älterwerdens in der Fremde begründet.⁴

Zwei grundlegende Schwierigkeiten erschweren jedoch das Bestreben, konsequent die Perspektive kommunaler Gesundheitspolitik einzunehmen. Zum einen liegen Daten und empirisch fundierte Informationen zur gesundheitlichen Situation und zur Versorgungslage der älteren Migranten in Bremen nur bruchstückhaft vor. Das ist nicht allein ein Bremer Problem, die Gesundheitsberichterstattung in Deutschland insgesamt geht „bisher nur unzureichend auf die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten ein“.⁵ Der Bericht verfolgt daher auch das Ziel, für Bremen diese Informationslücken zu benennen und Lösungsansätze zu entwickeln. Zum anderen ist es schwierig, den Personenkreis, der für die hier verfolgte Fragestellung relevant ist, auf der Basis verfügbarer Statistiken vollständig abzubilden. Der in der amtlichen Statistik verwendete Begriff „Ausländer“ meint nämlich lediglich hier gemeldete Personen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, und ist keineswegs gleichzusetzen mit dem Begriff „Migrant“. So werden Arbeitsmigranten, die vor kurzem dank des neuen Einbürgerungsrechtes einen deutschen Pass bekommen haben, oder Aussiedler, die aufgrund ihrer ethnischen Wurzeln die deutsche Staatsangehörigkeit erhielten, in der amtlichen Statistik nicht als Ausländer geführt. Auch diese Bevölkerungsgruppen sind natürlich mit migrationsspezifischen Problemen konfrontiert wie alle Zuwanderer, sieht man einmal von aufenthaltsrechtlichen Fragen ab.

Exkurs: Migranten und Ausländer

Die Migrationsforschung versteht unter einem Migranten einen aus dem Ausland stammenden Zuwanderer, der in ein Zielland einreist, um dort für eine bestimmte Zeit oder dauerhaft zu bleiben.⁶ In Deutschland sind dies vor allem

- Arbeitsmigranten („Gastarbeiter“) und nachziehende Familienangehörige,
- Flüchtlinge bzw. Asylsuchende,
- Deutschstämmige Einwanderer aus Osteuropa mit Familienangehörigen („Spätaussiedler“),
- jüdische Einwanderer aus Osteuropa, sowie
- illegal eingereiste Personen.

⁴ Backes/Clemens (1998), S. 237.

⁵ Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002), S. 318.

⁶ Petrowsky (2001), S. 180.



Demgegenüber definiert die amtliche Statistik als Ausländer Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit (einschließlich Staatenlose), die dauerhaft, nämlich länger als drei Monate, in Deutschland leben. Angehörige der Stationierungstreitkräfte sowie der ausländischen diplomatischen und konsularischen Vertretungen mit ihren Familienangehörigen fallen nicht unter diese Definition.⁷ Ausländer können also im Extremfall auch Personen sein, die in Deutschland geboren worden sind und die sich vollkommen akkulturiert haben.

Der ausschließlich rechtlich abgeleitete Ausländerbegriff der amtlichen Statistik lässt einen nicht unwesentlichen Teil des Wanderungsgeschehens systematisch außer Acht. Die Bezeichnungen „Ausländer“ und „Migrant“ können in der Realität zwar deckungsgleich sein, sind es aber sehr häufig nicht.⁸ Die genaue Zahl älterer Migranten ist daher unbekannt.⁹ Bekannt ist lediglich die Anzahl der hier gemeldeten älteren Ausländer, wobei diese offizielle Angabe die Zahl der in Deutschland lebenden älteren Ausländer überschätzen dürfte, da bei einer Rückkehr in die frühere Heimat eine Abmeldung nicht selten unterbleibt.¹⁰

Für den vorliegenden Bericht bedeutet dies, dass Aussagen über Aussiedler und eingebürgerte Personen ausländischer Herkunft lediglich punktuell möglich sind, da die amtliche Statistik und andere institutionelle Statistiken diese Gruppen in der Regel nicht darstellen. Der mangels Alternativen erfolgte Rückgriff auf die Kategorie „Ausländer“ ist eine pragmatische Hilfskonstruktion, die es ermöglicht, die Situation zwar nicht aller, aber immerhin eines großen Teils (63 %, Stand: 2002) der hier lebenden älteren Migrantinnen und Migranten zu beschreiben.

2. Empirische Grundlagen

Die hier vorgestellten Ergebnisse basieren zum Teil auf Daten des Statistischen Landesamtes und dem Einwohnermelderegister der Stadt Bremen. Daneben wurden verschiedenen Studien, Berichte und Veröffentlichungen zum Thema herangezogen, ferner wurden bei verschiedenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (z.B. Pflegeeinrichtungen) relevante Informationen recherchiert.

Um weitere Erkenntnisse über die gesundheitliche Lage und über die Lebenssituation ausländischer Senioren zu gewinnen, wurden zusätzlich die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys und

⁷ a.a.O.: S. 181.

⁸ a.a.O.: S. 181.

⁹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000), S. 117.

¹⁰ a.a.O.: S. 118. In drastischer Weise wurde dies in einer Studie zur Lebenssituation älterer Migranten vor Augen geführt. Bei der Bearbeitung der Adresslisten zeigte sich, dass vermutlich 80 % der in Hamburg gemeldeten älteren Polen nicht mehr in Hamburg leben (Freie und Hansestadt Hamburg (1998), S. 46).



des Sozioökonomischen Panels (SOEP) ausgewertet.¹¹ Beide Surveys sind international anerkannte, auf hohem methodischen Niveau durchgeführte repräsentative Datenerhebungen.

Der Bundes-Gesundheitssurvey ist eine Studie zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in Deutschland. Die Datenerhebungen wurden 1999 abgeschlossen, insgesamt wurden 7.124 Personen im Alter zwischen 18 und 79 Jahren zu gesundheitsrelevanten Themen befragt und medizinisch untersucht. Zur Studienpopulation gehörte auch die ausländische Wohnbevölkerung, wobei die Teilnahme an der Studie ausreichende Deutschkenntnisse voraussetzte.¹² Bei der Interpretation der Ergebnisse ist daher zu berücksichtigen, dass die im Bundes-Gesundheitssurvey untersuchten Ausländer vermutlich eine positive Auswahl integrierter Personen darstellen. Ein weiteres Problem ist die geringe Zahl ausländischer Senioren, die mit dieser Studie erfasst worden sind. Von den befragten ausländischen Staatsbürgern fielen lediglich 32 in die Altersgruppe „60 Jahre und älter“. Zwar indizieren kleine Fallzahlen nicht, wie häufig unterstellt, mangelnde Repräsentativität, allerdings müssen bei kleinen Samples Effekte oder Unterschiede sehr ausgeprägt sein, um statistisch signifikant zu werden.

Das Sozioökonomische Panel ist eine seit 1984 jährlich durchgeführte Wiederholungsbefragung. Befragt werden Deutsche, Ausländer und Migranten in den alten und in den neuen Bundesländern (seit 1990). Dabei kommen auch muttersprachliche Übersetzungen der Fragebögen zum Einsatz, auf Sprachschwierigkeiten zurückgehende Selektionseffekte wie beim Bundes-Gesundheitssurvey sind daher nicht zu erwarten. Schwerpunkte der Befragung sind Erwerbs- und Familienbiografie, Einkommensentwicklung, Gesundheit und Lebenszufriedenheit sowie, bei Ausländern und Migranten, die soziale Integration. Erhebungseinheit ist sowohl der Haushalt als auch jedes erwachsene Mitglied des Stichprobenhaushalts. An der 2001 durchgeführten Befragungswelle des SOEP beteiligten sich 11.947 Haushalte und 22.315 Personen im Alter ab 16 Jahren.

¹¹ Public Use File BGS98, Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Robert-Koch-Institut, Berlin 2000.

Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) 1984-2001, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin.

¹² Potthoff P. u.a. (1999).



3. Sozio-demografische Basisdaten

3.1 Allgemeine Tendenzen in der Bevölkerungsentwicklung Bremens

Ende 1997 (Stichtag: 31.12.1997) waren in der Stadtgemeinde Bremen 131.089 Personen 60 Jahre und älter, Ende 2002 (Stichtag: 31.12.2002) betrug diese Zahl 141.885.¹³ Damit ist innerhalb dieser fünf Jahre die Altenbevölkerung in Bremen um 8,2 % gewachsen.

Ausgehend von den Zahlen für das Jahr 2000 hat das Statistische Landesamt eine Prognose der Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2020 erstellt. Danach würde in der Stadt Bremen bis 2020 die Zahl der 60 Jahre alten und älteren Personen auf 148.000 steigen, gleichzeitig nähme die Gesamtbevölkerung im Land Bremen wie schon in den zurückliegenden 30 Jahren weiter ab. Bis 2020 wird für das Land Bremen von einem Rückgang der Bevölkerung um ca. 63.000 auf insgesamt rund 600.000 Einwohner ausgegangen, und dies trotz einer angenommenen jährlichen Netto-Zuwanderung von 200.000 Personen nach Deutschland. Nach einem anderen Szenario, dem eine Netto-Zuwanderung von 100.000 Personen pro Jahr zugrunde liegt, würde dieser Schrumpfungsprozess noch schneller verlaufen.

Auch die Zahl der ausländischen Staatsbürger würde nach dieser Projektion sinken. Für das Land Bremen ist ein Rückgang von 78.764 (2000) auf 60.847 (2020) prognostiziert, für die Stadt Bremen ein Rückgang von 66.471 auf 53.211. Hier ist jedoch zu berücksichtigen, dass durch das Inkrafttreten des neuen Staatsangehörigkeitsgesetz Anfang 2000 Zuwanderer vermehrt die deutsche Staatsangehörigkeit erwerben. Allein im Jahr 2002 erwarben 1.938 Zuwanderer im Land Bremen die deutsche Staatsangehörigkeit.¹⁴ Nach Berechnungen der Ausländerbeauftragten des Landes Bremen erfüllen zur Zeit mindestens weitere 50.000 Bremer Migrantinnen und Migranten die rechtlichen Voraussetzung für den Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit.¹⁵ Die eingebürgerten Migranten tauchen dann folgerichtig nicht mehr als Ausländer in der Statistik auf.

3.2 Demografische Merkmale der ausländischen Senioren in Bremen

3.2.1 Alter und Geschlecht

Zum Stichtag 31.12.2001 waren 6.690 der im Land Bremen lebenden ausländischen Staatsbürger 60 Jahre und älter, in der Stadt Bremen lag diese Zahl bei 5.865. Damit betrug der Seniorenanteil in der ausländischen Bevölkerung 8,5% (Land Bremen) bzw. 8,8% (Stadt Bremen). Zum Vergleich:

¹³ Daten: Statistisches Landesamt Bremen.

¹⁴ Angaben des Innensenators sowie Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002), S. 381, Tabelle 3. In ganz Deutschland wurden im Jahr 2001 insgesamt 178.098 Zuwanderer eingebürgert (2000: 186.688).

¹⁵ Meng (2000), S. 14.



In der deutschen Bevölkerung lag diese Quote mit 28,5% (Land Bremen und Stadt Bremen) mehr als drei Mal höher.

Tabelle 1 gibt Auskunft über den Altersaufbau der ausländischen Altenbevölkerung. Verglichen mit ihren deutschen Altersgenossen sind ausländische Senioren deutlich jünger. Zwei Drittel (Land Bremen: 67,2%, Stadt Bremen: 65,9%) sind unter 70 Jahre alt, bei den deutschen Senioren beträgt dieser Anteil knapp die Hälfte (48%)¹⁶.

Tabelle 1

Altersstruktur der ausländischen Senioren (60 Jahre und älter) in Bremen
(Stand: 31.12.2001)

Altergruppe	Land Bremen		Stadt Bremen	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
60 bis 64	2.843	42,5	2.426	41,4
65 bis 69	1.654	24,7	1.436	24,5
70 bis 74	911	13,6	841	14,3
75 bis 79	539	8,1	487	8,3
80 bis 84	310	4,6	295	5,0
85 bis 89	186	2,8	162	2,8
90 und älter	247	3,7	218	3,7
Insgesamt	6.690	100	5.865	100

Quelle: Landesamt für Statistik, eigene Berechnungen

Die Zahl älterer Ausländer dürfte, entsprechend der allgemeinen demografischen Entwicklung, in Zukunft ansteigen. Zu erwarten ist auch eine Veränderung der Altersstruktur in Richtung einer Zunahme hochbetagter (i.e. über 80jähriger) Ausländer. Wie diese Entwicklung letztendlich verläuft, hängt jedoch auch von der Zahl der Rückkehrer in die Heimat ab (siehe Kapitel 4.2).

Auch hinsichtlich des Merkmals „Geschlecht“ zeigt sich ein markanter Unterschied zur deutschen Altenbevölkerung. Über alle Altersgruppen hinweg betrachtet gibt es unter den ausländischen Senioren einen leichten Männerüberhang. Demgegenüber sind bei den deutschen Senioren mit

¹⁶ Stand: 31.12.2001.



einem Anteil von fast 60% (Land Bremen: 59,4%, Stadt Bremen: 59,7%) Frauen in der Majorität. In den Altersgruppen ab 70 Jahren übersteigt allerdings auch bei den Ausländern die Zahl der Frauen die der Männer, was auf die generell höhere Lebenserwartung von Frauen zurückgehen dürfte.

Tabelle 2

Altersstruktur der ausländischen Senioren (60 Jahre und älter) in Bremen nach Geschlecht
(Stand: 31.12.2001. In Klammern: Angaben in %)

Altergruppe	Land Bremen		Stadt Bremen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
60 bis 64	1.671 (58,8)	1.172 (41,2)	1.438 (59,3)	988 (40,7)
65 bis 69	877 (53,0)	777 (47,0)	768 (53,5)	668 (46,5)
70 bis 74	438 (48,1)	473 (51,9)	409 (48,6)	432 (51,4)
75 bis 79	231 (42,9)	308 (57,1)	211 (43,3)	276 (56,7)
80 bis 84	117 (37,7)	193 (62,3)	116 (39,3)	179 (60,7)
85 bis 89	40 (21,5)	146 (78,5)	34 (21,0)	128 (79,0)
90 und älter	87 (35,2)	160 (64,8)	83 (38,1)	135 (61,9)
Insgesamt	3.461 (51,7)	3.229 (48,3)	3.059 (52,2)	2.806 (47,8)

Quelle: Landesamt für Statistik, eigene Berechnungen

3.2.2 Herkunftsländer

Die in der Stadt Bremen lebenden ausländischen Senioren kommen aus über 100 Ländern aller Kontinente. In Tabelle 3 sind lediglich die wichtigsten Herkunftsländer aufgeführt. Die Gruppe mit dem Herkunftsland Jugoslawien umfasst Personen aus dem heutigen Serbien und Montenegro sowie Personen, die noch mit der alten Staatsangehörigkeit „Jugoslawisch“ gemeldet sind. In die



Gruppe mit dem Herkunftsland Sowjetunion fallen Personen mit dem alten sowjetischen Pass. Es sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass die amtliche Statistik Migranten mit inzwischen deutscher Staatsangehörigkeit ebenso wie Aussiedler mit deutscher Staatsangehörigkeit nicht berücksichtigt.

Tabelle 3

Herkunftsländer der ausländischen Senioren (60 Jahre und älter) in der Stadt Bremen

(Stand: 31.12.2001. In Klammern: Angaben in %)

Staatsangehörigkeit	Insgesamt	Anteil der 60-Jährigen und älteren an der Herkunftsgruppe
Türkei	2.042	8,3
Polen	633	14,3
Ukraine	345	26,9
Jugoslawien	330	8,0
Russische Föderation	267	14,7
Italien	185	12,8
Iran	158	6,4
Griechenland	151	13,6
Niederlande	127	17,8
USA	122	17,4
Portugal	118	10,3
Österreich	117	17,7
Großbritannien u. Nordirland	104	13,1
Kroatien	101	12,2
Sowjetunion	88	24,2
Spanien	81	11,8
Staatenlos bzw. ungeklärt	64	4,4
Bosnien-Herzegowina	61	6,1
Schweiz	50	21,9
Vietnam	34	9,0
Insgesamt	5.178	10,3

Quelle: Einwohnermelderegister Stadt Bremen



Mit einem Anteil von gut einem Drittel bilden türkische Senioren die mit Abstand größte Gruppe unter den in Bremen lebenden älteren Ausländern. Dennoch handelt es sich bei den hier lebenden Türken um eine relativ junge Population, der Anteil der 60jährigen und älteren Personen beträgt lediglich 8,3%. Senioren aus den Staaten der früheren Sowjetunion (Ukraine, Russische Föderation, Sowjetunion), aus Polen sowie aus den Folgestaaten des ehemaligen Jugoslawien (Jugoslawien, Kroatien, Bosnien-Herzegowina) gehören ebenfalls zu den bedeutenderen Herkunftsgruppen. Senioren aus den früheren Anwerbestaaten Italien, Spanien, Portugal und Griechenland fallen dagegen quantitativ weniger ins Gewicht.

Die Heterogenität der Herkunft wie auch die unterschiedlichen Seniorenanteile unter den einzelnen Nationalitäten lassen ahnen, dass die Debatte um eine angemessene Versorgung älterer Migranten nicht mit pauschalen Argumenten geführt werden kann. Zu berücksichtigen ist auf jeden Fall der kulturelle Kontext, aus dem die Migranten stammen. Unter Kultur versteht man in den Sozialwissenschaften u.a. ein informelles Sinn- und Wertesystem, das Wahrnehmungen, Präferenzen und Handlungen zwar nicht en détail, aber in ihren Grundzügen prägt. Kultur legt für die Mitglieder einer Gesellschaft fest, welches Verhalten möglich und welches unmöglich ist, was als freundlich und was als feindlich gilt, was als anziehend und was als abstoßend empfunden wird.¹⁷

Zu den wesentlichen Elementen einer Kultur gehört die Religion, die vor allem für ältere Menschen orientierende Bedeutung hat. Aus Tabelle 3 geht hervor, dass über ein Drittel (37,4%) der ausländischen Senioren aus den beiden vorwiegend islamischen Ländern Türkei und Iran stammt. Über die Hälfte kommen aus südeuropäischen Ländern, den Balkanstaaten und der Türkei. In diesen Gesellschaften sind Familienstrukturen traditionell stark, die Versorgung alter Menschen geschieht in der Regel innerhalb der Familie.¹⁸ Die Inanspruchnahme professioneller Dienste stößt dagegen auf starke Vorurteile. Hier könnte eine kultursensible Organisation wohlfahrtsstaatlicher Leistungen die Potenziale der Familie unterstützen.

Bei der Ableitung von Planungszielen ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Differenzierung der Migranten nach Herkunftsländern immer schematisch bleibt und nicht die individuelle Lebenssituation abbildet. Migration schafft eine Vielzahl struktureller Bedingungen, die mit Nationalität oder Religionszugehörigkeit allein nicht ausreichend gekennzeichnet werden können. So sind Bildung, Sozialisation, Alter, Geschlecht, berufliche Erfahrungen oder familiäre Zusammenhänge für die individuelle Situation ebenso entscheidend, darüber hinaus hängt der Einfluss dieser Faktoren von den Lebensbedingungen in der Aufnahmegesellschaft ab.

¹⁷ Bude (1995).

¹⁸ vgl. Berger-Schmitt (2003).



3.2.3 Wohnschwerpunkte im Stadtgebiet

Für eine Versorgungsplanung ist wichtig zu wissen, in welchen Ortsteilen ausländische Senioren schwerpunktmäßig leben. Daraus lassen sich Rückschlüsse auf ihre Wohnsituation, Fragen der Qualität des Umfeldes, Isolation oder Integration ableiten. Die folgende Tabelle zeigt die 25 Ortsteile Bremens, in denen die meisten älteren Ausländer wohnen.

Tabelle 4

Wohnstandorte ausländischer Senioren (60 Jahre und älter) in der Stadt Bremen

(Stand: 31.12.2001)

Ortsteil	Insgesamt	Männer	Frauen
Tenever	254	117	137
Kattenturm	226	105	121
Ohlenhof	217	133	84
Hemelingen	178	102	76
Gröpelingen	154	89	65
Blockdiek	151	74	77
Neue Vahr Südost	146	72	74
Neue Vahr Nord	139	69	70
Lindenhof	135	87	48
Ellenerbrok-Schevemoor	133	68	65
Burgdamm	132	65	67
Mittelshuchting	128	54	74
Grohn	125	64	61
Woltmershausen	123	69	54
Sebaldsbrück	119	68	51
Oslebshausen	119	72	47
Huckelriede	118	65	53
Neue Vahr Südwest	116	46	70
Hastedt	114	67	47
Lüssum-Bockhorn	113	68	45
Bahnhofsvorstadt	111	60	51
Blumenthal	107	72	35
Lehesterdeich	102	48	54
Fähr-Lobbendorf	99	69	30
Kirchhuchting	94	54	40
Insgesamt	3.453	1.857	1.596

Quelle: Einwohnermelderegister Stadt Bremen



Ältere Ausländer leben in Bremen überwiegend in Großsiedlungen des sozialen Wohnungsbaus am Stadtrand (z.B. Tenever, Kattenturm) oder in traditionellen Arbeitervierteln nahe alter Industriestandorte (z.B. Ohlenhof, Hemelingen). In diesen Quartieren konzentriert sich auch die übrige ausländische Bevölkerung Bremens.¹⁹

Die Stadtsoziologie bezeichnet die räumliche Konzentration von Bevölkerungsgruppen ganz allgemein als Segregation.²⁰ Segregation lässt sich feststellen anhand sozialstruktureller Kriterien (Einkommen, Bildungsniveau), demografischer Merkmale (Alter, Haushaltstyp, Nationalität) oder anhand von Lebensstilen. Die Segregation von Ausländern ist zum Teil Folge von Diskriminierungen auf dem Wohnungsmarkt und der Zuweisungspraxis der Sozialbehörden. Sie geht aber auch darauf zurück, dass bei Migranten die Tendenz besteht, Wohnungen in Gegenden suchen, in denen bereits viele Angehörige der eigenen Herkunftsländer leben. Für sich allein betrachtet ist diese ethnische Segregation kein prinzipielles Problem. Enklavenartige Wohnquartiere bieten gerade für Neuankommende Schutz und Orientierung als Voraussetzung einer allmählichen Integration in die Aufnahmegesellschaft. Bleiben die sozialen Netzwerke der Zugewanderten jedoch dauerhaft auf das Wohnquartier beschränkt, wirkt Segregation isolierend und die *community* wird zur Integrationsfalle. Des Weiteren sind hohe Ausländeranteile nicht ursächlich für die Entstehung so genannter „sozialer Brennpunkte“. In der Stadt fallen jedoch ethnische Segregation und die Segregation sozialer Unterschichten zusammen. So kann sich eine konflikträchtige Lage bilden, wenn die unterschiedlichen Lebensweisen einander fremder Gruppen, die in unfreiwilliger Nachbarschaft wohnen, aufeinanderstoßen und wenn einheimische Unterschichtangehörige mit Zuwanderern, deren Lebenssituation ebenfalls häufig prekär ist, um Ressourcen konkurrieren.

Innerhalb der Stadt Bremen konzentrieren sich die einzelnen Nationalitäten im unterschiedlichem Maße. Bürger aus den Mitgliedsstaaten der EU wohnen wenig, Türken hingegen relativ stark segregiert, was auf unterschiedlich große soziale und kulturelle Distanzen zur deutschen Bevölkerung hindeuten dürfte.²¹

Eine Analyse der Umzüge ausländischer Senioren im Stadtgebiet ergab keine eindeutige Tendenz. Keiner der in Tabelle 4 aufgeführten Ortsteile verzeichnete in den letzten zehn Jahre auffällige Wanderungsbewegungen. Die künftigen Versorgungsbedarfe lassen sich also im Großen und Ganzen aus der Zahl der Ausländer vor Ort prognostizieren; d.h., in Wohnvierteln, in denen jetzt viele

¹⁹ Petrowsky/Tempel (1995).

²⁰ Vgl. im Folgenden Häußermann/Siebel (2001).

²¹ Petrowsky/Tempel (1995), S. 18.



Ausländer leben, wird es in Zukunft verstärkten Bedarf an Angeboten für ausländische Senioren geben.

4. Zur Lebenssituation ausländischer Senioren

4.1 Aufenthaltsrechtliche Stellung

Die aufenthaltsrechtliche Stellung eines Migranten wirkt sich in unterschiedlicher Weise auf alle anderen Aspekte der Lebenssituation aus. Zum Beispiel ist keine Lebensplanung möglich, wenn der Aufenthalt nicht gesichert ist. Auch die Gesundheitserhaltung lässt sich nicht planen, wenn aufgrund des Aufenthaltsstatus bestimmte Bereiche der Versorgung verschlossen bleiben. Daher ist die aufenthaltsrechtliche Stellung von zentraler Bedeutung.

Nach der geltenden Rechtslage hängt der Aufenthaltsstatus von Migranten unter anderem von der Dauer des Aufenthalts in Deutschland ab. So kann eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis nach fünf Jahren befristeter Aufenthaltserlaubnis erteilt werden, eine Aufenthaltsberechtigung als stärkster Rechtstitel nach acht Jahren.

Tabelle 5 gibt für das Land Bremen einen Überblick über die Aufenthaltsdauer ausländischer Senioren. Die Angaben sind einem Bericht der Ausländerbeauftragten des Landes Bremen entnommen.²²

Tabelle 5

Aufenthaltsdauer ausländischer Senioren (60 Jahre und älter) im Land Bremen

(Stand: 31.12.1998)

Aufenthaltsdauer	Insgesamt	in % (von 5.389)
30 und mehr Jahre	1.747	32,4
25 bis unter 30 Jahre	1.509	28,0
20 bis unter 25 Jahre	288	5,3
15 bis unter 20 Jahre	273	5,1
10 bis unter 15 Jahre	319	5,9
8 bis unter 10 Jahre	396	7,4
6 bis unter 8 Jahre	154	2,7
4 bis unter 6 Jahre	219	4,1
1 bis unter 4 Jahre	379	7,0
Unter 1 Jahr	105	2,0
Insgesamt	5.389	100

Quelle: Meng (2000), S. 35

²² Meng (2000), S. 35.



Beinahe zwei Drittel (60,4%) der ausländischen Senioren im Land Bremen leben bereits 25 Jahre und länger in Deutschland. Der weit überwiegende Teil (84,1%) hält sich seit mindestens acht Jahren in Deutschland auf und hat somit einen formalen Anspruch auf eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis oder auf eine Aufenthaltsberechtigung.

Nach Nationalitäten differenzierte Angaben zum Aufenthaltsstatus liegen für Bremen nicht vor. Jedoch lassen sich aus einer 1998 veröffentlichten Studie zur Lebenssituation älterer Ausländer in Hamburg einige Hinweise ableiten.²³ Danach waren Staatsbürger aus EU-Ländern deutlich besser gestellt. Fast alle (98,3 % bzw. 98,2 %) italienischen und portugiesischen Befragten gaben auf die Frage nach ihrem Aufenthaltsstatus an, im Besitz der so genannten „EG-Karte“, die EU-Bürgern grundsätzlich den Dauer-Aufenthalt sichert (bis auf ganz wenige Ausnahmen), einer Aufenthaltsberechtigung oder einer unbefristeten Aufenthaltserlaubnis zu sein. Unter den türkischen Befragten hatten 89,7 % eine Aufenthaltsberechtigung oder eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis. Demgegenüber hatten 65,5 % der befragten Polen, 71,2 % der Jugoslawen und 71,5 % der Iraner das Recht auf einen unbefristeten Aufenthalt.²⁴

Der Studie lässt sich weiter das Alter bei der Einreise nach Deutschland entnehmen.²⁵ Im Durchschnitt reisten Männern mit 34,1 Jahren ein, Frauen hingegen erst mit 41,5 Jahren. Der Grund für diesen markanten Unterschied ist die Familienzusammenführung: Männer, die als Arbeitsmigranten gekommen waren, holten später ihre Frauen nach. Auch hier gibt es zwischen den Nationalitäten deutliche Unterschiede: Während Italiener bereits mit 29,6 Jahren nach Deutschland einreisten, lag das durchschnittliche Einreisearcher unter den polnischen Befragten bei 49,5 Jahren.

Im Hinblick auf Akkulturation, Integration, Anpassung an die bzw. Abgrenzung von der Aufnahmegesellschaft spielt das Migrationsmotiv eine wichtige Rolle. Die meisten der heute in Deutschland lebenden Migranten sind gekommen, um hier zu arbeiten. Nach den Ergebnissen der zitierten Hamburger Studie gaben 66% der Jugoslawen, 72% der Türken, 76 % der Italiener und 82% der Portugiesen an, wegen der Arbeit nach Deutschland gekommen zu sein.²⁶ Unter den befragten Iranern und Polen hingegen spielte Arbeit als Einreisegrund kaum eine Rolle (10 % bzw. 7 %).²⁷ Angegeben wurden vor allem politische Gründe (Iraner 43,8 %, Polen 27,5 %) und Familienz-

²³ Freie und Hansestadt Hamburg (1998).

²⁴ a.a.O.: S. 58f.

²⁵ a.a.O.: S. 56f. Für Bremen liegen keine entsprechenden Daten vor.

²⁶ a.a.O.: S. 57.

²⁷ a.a.O.: S. 57.



sammenführung (Iraner 26%, Polen 51,6 %) an. Bei den Iranern war die Ausbildung ebenfalls ein wichtiges Motiv (13,7 %), bei den Jugoslawen die Flucht vor dem Krieg (8,1 %).²⁸

4.2 Remigration

Bei der Ankunft der ersten Arbeitsmigranten Mitte der 50er Jahre wurde auf beiden Seiten davon ausgegangen, dass der Aufenthalt in Deutschland vorübergehend sei und spätestens mit dem Eintritt in den Ruhestand eine Rückkehr in die frühere Heimat erfolgt. Tatsächlich ist bisher der weitest- aus größte Teil der Arbeitsmigranten im Alter heimgekehrt. Von den über 1,5 Mio. ehemaligen ausländischen Arbeitnehmern, die 1998 von den Rentenkassen Altersbezüge erhielten, hatten 990.000 ihren Wohnsitz im Ausland.²⁹ Vor allem Spanier (90%) und Italiener (80%) wählten als Ruhesitz ihre frühere Heimat, dagegen ließen sich nur 20% der türkischen Senioren ihre Rente in die Türkei überweisen. 1992 betrug dieser Anteil noch 60%. Dieser Rückgang dürfe ein Indiz dafür sein, dass sich ältere Ausländer im zunehmenden Maße für einen dauerhaften Aufenthalt in Deutschland entscheiden. So gaben bei der 1997 durchgeführten Befragungswelle des Sozioökonomischen Panels (SOEP) noch nicht einmal die Hälfte (48,2 %) der befragten ausländischen Senioren³⁰ an, für immer in Deutschland bleiben zu wollen. Bis 2001 stieg diese Quote erheblich auf fast zwei Drittel (64,5%).³¹

Vielfach anzutreffen ist aber eine ambivalente Haltung, wie sie auch aus anderen Einwanderungsländern berichtet wird. Zwar wird selbst nach jahrzehntelangem Aufenthalt im Ausland am Rückkehrwunsch im Prinzip festgehalten. Faktisch bleibt die Entscheidung, in Deutschland zu bleiben oder zurückzukehren, jedoch offen.³² Entweder sind es familiäre Gründe, die gegen eine Rückkehr nach dem Ende der Erwerbsphase sprechen, oder man will die Entwicklung der gesundheitlichen und finanziellen Situation abwarten.³³ Vor allem „junge“ ausländische Senioren pendeln deshalb zwischen der früheren Heimat und Deutschland, soweit die Gesundheit und die finanzielle Lage es erlauben.³⁴ Dieses Wanderungsverhalten ermöglicht es, familiäre Bindungen zu erhalten bzw. Freundschaften zu pflegen, die infrastrukturellen Vorteile in Deutschland zu nutzen und gleichzeitig das im Winter vermutlich angenehmere Klima des Heimatlandes zu genießen. Es steht als Option allerdings nur denjenigen offen, die gemäß § 44 des Ausländergesetzes ein unbeschränktes und ungefährdetes Wiederkehrrecht besitzen.

²⁸ a.a.O.: S. 58.

²⁹ Institut der deutschen Wirtschaft (1999).

³⁰ Daten: SOEP 1997, eigene Berechnung. Definition ausländische Senioren: Ausländische Staatsbürgerschaft (ohne gleichzeitige deutsche Staatsbürgerschaft), Alter \geq 60 Jahre.

³¹ Daten: SOEP 2001, eigene Berechnung.

³² Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000), S.118f.

³³ a.a.O., S. 119.

³⁴ a.a.O., S. 119.



Seit 1997 ist auch für nicht EU-Angehörige die Wiedereinreise erleichtert worden. Migranten, die sich zuvor als Arbeitnehmer oder als Selbständige mindestens 15 Jahre lang rechtmäßig in Deutschland aufgehalten haben, können seither ohne Erlöschen der deutschen Aufenthaltsgenehmigung zwischen der früheren Heimat und Deutschland pendeln. Weitere Voraussetzungen sind ein Einkommen (Renten, Vermögen) in ausreichender Höhe, sodass während des Aufenthaltes in Deutschland keine Sozialhilfe in Anspruch genommen werden muss, sowie ein alle Risiken abdeckender Krankenversicherungsschutz.³⁵

4.3 Einkommensverhältnisse

Vor allem dann, wenn es neben der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung keine weiteren Einkünfte (z.B. private Zusatzversorgung, Zinserträge) gibt, hängt die Höhe des Einkommens im Alter maßgeblich von der vorangegangenen Erwerbsbiografie ab. War diese durch kontinuierliche, jahrzehntelange Arbeit in Deutschland gekennzeichnet, ist auch die finanzielle Lage im Alter relativ günstig. In dieser Situation befindet sich aber nur eine Minderheit unter den älteren Ausländern. Dem größeren Teil hingegen droht im Alter die Verarmung, verursacht durch oftmals diskontinuierlich verlaufene Erwerbsbiografien auf niedrigem Qualifikationsniveau und/oder unzureichende Rentenanwartschaften.³⁶

Ein Teil der Arbeitsmigranten ist vergleichsweise spät in Deutschland eingereist (siehe Kapitel 4.1). Das Alter der so genannten Gastarbeiter, die heute das Gros der älteren Migranten stellen, lag bei der Einreise zwischen Mitte 20 und Mitte 30. Sie konnten daher keine ausreichenden Rentenanprüche erwerben, und auch die Sozialversicherung des Heimatlandes dürfte nur wenig Rente auszahlen.³⁷

Die Beschäftigungen setzten oftmals keine oder nur geringe Qualifikationen voraus. Sie wurden daher eher niedrig entlohnt mit entsprechend niedrigen Einzahlungen in die Rentenkasse. Hinzu kommt eine relativ hohe Frühberentungsquote als Folge gesundheitsschädigender Arbeitsbedingungen wie Schichtarbeit, Akkordarbeit oder Arbeit mit hohem Unfall- oder Berufskrankheitsrisiko.

Darüber hinaus waren ausländische Arbeitnehmer schwerpunktmäßig im produzierenden Gewerbe beschäftigt, einem Wirtschaftssektor, der in den vergangenen 30 Jahren massive Arbeitsplatzverluste verzeichnete. Die Erwerbsbiografien ausländischer Arbeitnehmer weisen daher häufig Phasen

³⁵ Gesetz über die Einreise und den Aufenthalt von Ausländern im Bundesgebiet (Ausländergesetz - AuslG), § 44.

³⁶ Backes/Clemens (1998), S. 238f.

³⁷ a.a.O., S. 239



der Erwerbslosigkeit und unsteter Beschäftigung auf.³⁸ Inzwischen liegt die Arbeitslosenquote bei Ausländern erheblich über der bei Deutschen, 2002 war sie im Land Bremen mehr als doppelt so hoch (25,7 % vs. 12,3 %).³⁹

Studien zur Einkommenssituation belegen einhellig, dass ältere Ausländer im beträchtlichem Maße mit geringen Einkommen leben müssen und, im Vergleich zu deutschen Senioren, ein weit höheres Armutsrisiko aufweisen. Eine Auswertung von Daten des Mikrozensus Mitte der 90er Jahre ergab, dass das durchschnittliche Pro-Kopf-Nettoeinkommen bei älteren Ausländern (60 Jahre und älter) mit 1.414 DM nur etwa 85% des Einkommensniveaus deutscher Senioren erreichte.⁴⁰ Türkische Senioren erzielten mit durchschnittlich 1.100 DM sogar nur 66% des durchschnittlichen Einkommens älterer Deutscher.⁴¹ Bei älteren Migranten aus dem früheren Jugoslawien und Griechenland war die Einkommenssituation ähnlich ungünstig (1.185 DM bzw. 1.298 DM).

Die besondere Abhängigkeit ausländischer Senioren von sozialstaatlichen Transferleistungen ist daher nicht erstaunlich. Mitte der 90er Jahre waren 7,8% der in Privathaushalten lebenden ausländischen Senioren (65 Jahre und älter) auf Sozialhilfe angewiesen, bei den deutschen Senioren betrug dieser Anteil 1,1%.⁴² Eine kürzlich präsentierte Studie der Arbeitnehmerkammer Bremen kam für die Stadt Bremen zu noch wesentlich deutlicheren Disparitäten. Danach bezogen 28,7% der älteren Ausländer (65 Jahre und älter), aber nur 2,1% der älteren Deutschen Hilfe zum Lebensunterhalt.⁴³

4.4 Wohnsituation

Aus den Ergebnissen der Wohnungsstichprobe von 1993 lassen sich einige generelle Aussagen über die Wohnsituation von Ausländern ableiten.⁴⁴ Der Anteil der Haushalte mit fünf und mehr Personen war gegenüber 1985 stark zurückgegangen, lag aber mit 16,5% immer noch doppelt so hoch wie der entsprechende Anteil deutscher Haushalte (8,2%).⁴⁵ Während Türken in überdurchschnittlich großen Haushalten lebten, glich sich bei Italienern und Griechen die Haushaltsstruktur der der Deutschen an.⁴⁶

³⁸ a.a.O., S. 239

³⁹ Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002), S. 407f., Tabellen 28 und 29. Die Bremer Zahlen sind entnommen aus: Die Ausländerbeauftragte des Landes Bremen (2003), S. 69.

⁴⁰ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000), S.119.

⁴¹ a.a.O., S. 119.

⁴² a.a.O.: S. 119.

⁴³ Arbeitnehmerkammer Bremen (2003), S. 24, Tabelle 2/2001.

⁴⁴ Zur Wohnsituation von Ausländern vgl. auch Häußermann/Siebel (2001), S. 15ff.

⁴⁵ vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000), S. 153.

⁴⁶ a.a.O., S. 153.



Im Vergleich zur deutschen Bevölkerung leben Ausländer beengter. Im Durchschnitt standen in ausländischen Haushalten je Person 21 m² und 1,0 Räume zur Verfügung, in deutschen 33 m² und 1,8 Räume pro Person.⁴⁷ Zur Miete wohnten 90% der Ausländer und 55% der Deutschen, Eigentümer der Wohnung oder des Hauses waren 6,5% der Ausländer und 43% der Deutschen. 3,3% der Ausländer bzw. 2% der Deutschen lebten in Wohnheimen und Gemeinschaftsunterkünften.⁴⁸ 90% der deutschen, aber nur 75% der ausländischen Haushalte waren mit einer Zentralheizung ausgestattet. Ansonsten entsprach die Wohnungsausstattung ausländischer Haushalte mit Küche sowie Bad/Dusche dem deutschen Standard.⁴⁹

Die durchschnittliche Netto-Kaltniete betrug bei ausländischen Haushalten 9,82 DM/m². Deutsche Haushalte hingegen bezahlten, obwohl die Wohnsituation insgesamt betrachtet besser war, mit 8,56 DM/m² deutlich weniger Miete.⁵⁰ Im Bericht der Ausländerbeauftragten von 2002, der sich dabei auf Angaben des Bundesamtes für Statistik aus dem Jahre 1998 stützt, werden ähnliche Mietpreisdifferenzen genannt. Danach zahlten ausländische Haushalte eine durchschnittliche Brutto-Kaltniete von 11,51 DM/m², deutsche Haushalte dagegen 10,69 DM/m².⁵¹ Für diese Unterschiede im Mietpreis gibt es mehrere Gründe:⁵² Die ausländische Bevölkerung konzentriert sich in den Kernstädten der Ballungsgebiete, wo sie auf periodisch angespannte Wohnungsmärkte mit vergleichsweise teurem Wohnraum trifft. Des Weiteren ist unter Ausländern der Anteil der Wohnungssuchenden höher und die durchschnittliche Wohndauer kürzer. Neuvermietungen werden jedoch, sofern die Marktsituation dies zulässt, in der Regel zu Mieterhöhungen genutzt. Schließlich führen diskriminierende Praktiken bei der Wohnungsvergabe dazu, dass sich der Wohnungsmarkt für die ausländische Bevölkerung verengt und vielfach nur unattraktive Teilmärkte offen stehen. Dies verweist nicht zwangsläufig auf generell ablehnende Haltungen gegenüber Ausländern, die man sich angesichts vorhandener Leerstände finanziell auch leisten können muss. Gleichwohl sind antizipierte Vorurteile die Grundlage ökonomischer Kalküle. Vor allem in Stadtteilen mit hohem Prestige befürchten Vermieter bzw. Verkäufer, dass Zuzüge von Personen mit niedrigem Sozialstatus die Attraktivität des Wohnquartiers für besser verdienende Deutsche mindern und langfristig einen Preisverfall der Immobilien einleiten würden.

Die bereits zitierte Studie der Stadt Hamburg zur Lebenssituation älterer Ausländer bestätigt das oben gezeichnete Bild im wesentlichen. Konstatiert werden eine überdurchschnittliche Größe der

⁴⁷ a.a.O., S. 153.

⁴⁸ a.a.O., S. 153.

⁴⁹ a.a.O., S. 153.

⁵⁰ a.a.O., S. 153.

⁵¹ Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002), S. 322f.

⁵² Vgl. Häußermann/Siebel (2001), S. 25ff.



Haushalte älterer Ausländer, in denen häufig noch erwachsene Kinder leben,⁵³ sowie vergleichsweise mangelhaft ausgestattete Wohnungen in Altbaubeständen⁵⁴. Darüber hinaus wohnen ausländische Senioren schwerpunktmäßig in Wohngebieten mit eher schlechter Lebensqualität (siehe Kapitel 3.2.3).

4.5 Soziale Integration

Mit der Integration in die ökonomischen, politischen, sozialen und kulturellen Systeme des Einwanderungslandes lösen sich Einwanderer und vor allem die nachfolgenden Generationen allmählich von ihrer Herkunftsgruppe und wachsen in die Aufnahmegesellschaft hinein. Die Rahmenbedingungen für eine gesellschaftliche Integration waren für die ab Mitte der 50er Jahre zuwandernden Arbeitsmigranten allerdings insofern ungünstig, als der Aufenthalt in Deutschland beiderseits als vorübergehend angesehen wurde. Vor diesem Hintergrund erschienen Integrationsbemühungen als eher überflüssig, das Erlernen der deutschen Sprache beschränkte sich häufig auf die unmittelbare Notwendigkeit, Arbeitsanweisungen zu verstehen oder geben zu können. Eine rühmliche Ausnahme bilden die spanischen Elternvereine, in denen sich Spanier organisierten, die sich zum Bleiben entschlossen hatten und die sich mit Erfolg für die Verbesserung der Bildungschancen ihrer Kinder engagierten.

Es gibt Hinweise darauf, dass die soziale Desintegration im Alter sogar noch zunimmt. Im Ruhestand wächst offenbar die Bedeutung innerethnischer Netzwerke und Freundschaften, was nicht nur mit dem Verlust beruflicher Kontakte zusammenhängt, sondern vor allem auf eine als „Wiederbelebung der Ethnizität im Alter“ bezeichnete Haltung zurückgeht.⁵⁵ Das ist ein durchaus rationales Verhalten, denn so sichern sich ältere Zuwanderer die Einbindung in soziale Netzwerke und damit verbundene Unterstützungsleistungen, wobei diese innerethnischen Bezüge auch für das psychosoziale Wohlbefinden im Alter wichtig sind.⁵⁶

Zugleich ist dieser „ethnische Rückzug“ ein Ausdruck sprachlicher Barrieren und kultureller Distanz gegenüber der deutschen Bevölkerung.⁵⁷ Die ohnehin geringen Kontakte zur deutschen Bevölkerung nehmen im Alter tendenziell weiter ab. Besonders türkische Senioren orientieren sich auf die eigene Ethnie, nach einer Studie waren fast alle (93%) Freunde und Bekannten befragter älterer

⁵³ Freie und Hansestadt Hamburg (1998), S. 131.

⁵⁴ a.a.O., S. 135 ff.

⁵⁵ Backes/Clemens (1998), S. 238.

⁵⁶ a.a.O., S. 238.

⁵⁷ a.a.O., S. 239.



Türken ebenfalls Türken.⁵⁸ Bei jugoslawischen Senioren betrug dieser Anteil 88%, bei griechischen 78% und bei den spanischen 73%.

Die Auswertung von Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) liefert ein ganz ähnliches Bild (vgl. Tabellen 6 und 7). Türkische Senioren haben mit Abstand am wenigsten privaten Kontakt zu Deutschen, die in der Kategorie „andere Staaten“ zusammengefassten Senioren dagegen den stärksten. Dieser Personenkreis kommt überwiegend aus Staaten der Europäischen Union bzw. aus anderen westlichen Ländern (Schweiz, Norwegen, USA, Kanada) mit Österreichern als zahlenmäßig stärkste Gruppe (n=10).

Tabelle 6

Besuch **bei Deutschen** in den letzten 12 Monaten in deren Wohnung
(Angaben in Prozent, in Klammern die Fallzahl)

Nationalität	Ja	Nein
Türkei	41,5 (44)	58,5 (62)
Ex-Jugoslawien	67,7 (42)	32,3 (20)
Griechenland	78,4 (40)	21,6 (11)
Italien	75,5 (40)	24,5 (13)
Spanien	70,6 (12)	29,4 (5)
Andere Staaten	90,7 (39)	9,3 (4)
Gesamt	65,4 (217)	34,6 (115)

$p < .001$, Cramer's $V = .29$

Daten: SOEP 2001, eigene Berechnungen. Berechnungsbasis: Personen im Alter von 60 Jahren und älter

⁵⁸ a.a.O., S. 239.



Tabelle 7

Besuch **von Deutschen** in den letzten 12 Monaten in der eigenen Wohnung
(Angaben in Prozent, in Klammern die Fallzahl)

Nationalität	Ja	Nein
Türkei	60,4 (64)	39,6 (42)
Ex-Jugoslawien	71,0 (44)	29,0 (18)
Griechenland	80,4 (41)	19,6 (10)
Italien	83,0 (44)	17,0 (9)
Spanien	76,5 (13)	23,5 (4)
Andere Staaten	90,7 (39)	9,3 (4)
Gesamt	73,8 (245)	26,2 (87)

$p < .001$, Cramer's $V = .21$

Daten: SOEP 2001, eigene Berechnungen. Berechnungsbasis: Personen im Alter von 60 Jahren und älter

Auch in puncto Beherrschung der deutschen Sprache wird die besondere Integrationsproblematik älterer Türken deutlich, hier unterscheiden sich türkische Senioren markant von ihren Altersgenossen anderer Nationalität (vgl. Tabelle 8). Über ein Drittel (35,9%) der älteren Türken spricht nach eigener Einschätzung eher schlecht oder gar kein Deutsch, knapp die Hälfte (48,1%) beschreibt die eigenen Deutschkenntnisse als leidlich („es geht“). Lediglich 16% geben sehr gute oder gute Deutschkenntnisse an. Insgesamt betrachtet beschreibt ein Viertel (25,3%) der ausländischen Senioren ihre deutsche Sprachkompetenz als eher schlecht bzw. als nicht vorhanden, 37,7% als leidlich und 37,1% als sehr gut bzw. gut. Die guten Deutschkenntnisse der Senioren aus der Gruppe „andere Staaten“ sind nicht weiter überraschend, immerhin kommt ein erheblicher Teil von ihnen aus Österreich bzw. aus der Schweiz.



Tabelle 8

Deutsche Sprachkompetenz laut Eigenangabe

(Angaben in Prozent, in Klammern die Fallzahl)

Nationalität	Sehr gut / gut	Es geht	Eher schlecht / gar nicht
Türkei	16,0 (17)	48,1 (51)	35,9 (38)
Ex-Jugoslawien	33,9 (21)	41,9 (26)	24,2 (15)
Griechenland	44,2 (23)	36,5 (19)	19,2 (10)
Italien	45,3 (24)	28,3 (15)	26,4 (14)
Spanien	29,4 (5)	47,1 (8)	23,5 (4)
Andere Staaten	78,6 (33)	14,3 (6)	7,1 (3)
Gesamt	37,1 (123)	37,7 (125)	25,3 (84)

$p < .001$, Cramer's $V = .32$

Daten: SOEP 2001, eigene Berechnungen. Berechnungsbasis: Personen im Alter von 60 Jahren und älter

Auf die Frage, wie sehr man sich dem Land verbunden fühlt, aus dem man selbst oder die Familie kommt, antworteten fast drei Viertel (72,6%) der befragten älteren Türken mit sehr stark bzw. stark. Insgesamt betrachtet ist die Bindung ausländischer Senioren zur früheren Heimat nicht ganz so eng, dennoch fühlten sich 63,3% sehr stark oder stark mit dem Land ihrer Herkunft verbunden (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9

Verbundenheit mit dem Herkunftsland

(Angaben in Prozent, in Klammern die Fallzahl)

Nationalität	Sehr stark / stark	In mancher Beziehung	kaum / gar nicht
Türkei	72,6 (77)	24,5 (26)	2,8 (3)
Ex-Jugoslawien	52,5 (32)	39,3 (24)	8,2 (5)
Griechenland	59,6 (31)	38,5 (20)	1,9 (1)
Italien	62,3 (33)	32,1 (17)	5,7 (3)
Spanien	70,6 (12)	29,4 (5)	0,0 (0)
Andere Staaten	58,5 (24)	24,4 (10)	17,1 (7)
Gesamt	63,3 (209)	30,9 (102)	5,8 (19)

$p < .05$, Cramer's $V = .16$

Daten: SOEP 2001, eigene Berechnungen. Berechnungsbasis: Personen im Alter von 60 Jahren und älter



Über Benachteiligungen aufgrund der Herkunft berichten ausländische Senioren relativ häufig. Immerhin ein gutes Drittel gab gelegentliche (seltene) Benachteiligungen (33,9%) oder häufige Benachteiligungen (2,7%) aufgrund der Herkunft an. Türkische Senioren erleben diskriminierendes Verhalten noch öfter, 45,3% berichteten über gelegentliche und 5,7% über häufige Benachteiligungen (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10

Persönlich erlebte Benachteiligungen aufgrund der Herkunft (in den letzten zwei Jahren)
(Angaben in Prozent, in Klammern die Fallzahl)

Nationalität	Häufig	Selten	Nie
Türkei	5,7 (6)	45,3 (48)	49,1 (52)
Ex-Jugoslawien	3,2 (2)	32,3 (20)	64,5 (40)
Griechenland	2,0 (1)	29,4 (15)	68,6 (35)
Italien	0,0 (0)	32,7 (17)	67,3 (35)
Spanien	0,0 (0)	35,3 (6)	66,7 (11)
Andere Staaten	0,0 (0)	14,3 (6)	85,7 (36)
Gesamt	2,7 (9)	33,9 (112)	63,3 (209)

$p < .05$, Cramer's $V = .17$

Daten: SOEP 2001, eigene Berechnungen. Berechnungsbasis: Personen im Alter von 60 Jahren und älter

Die Einbindung in eigene soziale Netzwerke bildet für ältere Migranten ohne Zweifel eine wichtige soziale Ressource, die allerdings mit zunehmenden Alter immer gefährdeter wird.⁵⁹ Viele von ihnen leiden im Alter an Vereinsamung. Durch Tod oder Rückkehr in die frühere Heimat kann sich der Kreis der Verwandten, Freunde und Bekannten reduzieren, vor allem ledigen oder verwitweten Senioren droht soziale Isolierung. Die ist aber in der Migration ohnehin vorhanden, sodass sich beide Faktoren gegenseitig verstärken. Dasselbe gilt für ältere Migranten aus zahlenmäßig kleinen Herkunftsgruppen, wo Netzwerkverluste nur begrenzt kompensierbar sind.

Hinzu kommt, dass sich traditionelle Wertvorstellungen und Rollenbilder agrarisch geprägter Gesellschaften aus dem Mittelmeerraum, aus denen die meisten älteren Zuwanderer stammen, in

⁵⁹ a.a.O., S. 239.



einer individualisierten Gesellschaft wie Deutschland auf Dauer nicht aufrecht erhalten lassen.⁶⁰ Die in der Kindergeneration nachlassende Verbindlichkeit heimatlicher Werte und Normen führt zu einem Wandel von Autoritätsverhältnissen und familialer Verbundenheit, die Folge sind verstärkte Spannungen zwischen den Generationen. Eine Schwächung traditioneller Familienstrukturen hat auch Folgen für die Betreuung und Pflege alter Menschen innerhalb der Familie.⁶¹ Ältere Zuwanderer dürften daher im steigenden Maße auf ein wohlfahrtsstaatlich organisiertes Altenhilfesystem verwiesen werden, das ihnen jedoch kulturell fremd ist bzw. ihren Vorstellungen vom Altern widerspricht. So ist in südeuropäischen Ländern die Versorgung alter Menschen innerhalb der Familie weitaus selbstverständlicher als in mittel- und nordeuropäischen Ländern.⁶² Dagegen stoßen institutionelle Versorgungseinrichtungen auf starke Vorurteile, eine Übersiedlung in ein Altenheim hätte für den Betroffenen eine soziale Abwertung zur Folge.⁶³ Vor diesem Hintergrund dürfte das Konzept der „interkulturellen Öffnung“, das älteren Zuwanderern institutionelle Versorgungsleistungen nahe bringen soll, an Grenzen stoßen.

5. Zur Gesundheitssituation älterer Migranten

5.1 Allgemeine Erkenntnisse

Über die gesundheitliche Lage älterer Migranten gibt es nur fragmentarische Informationen aus unterschiedlichen Studien, sowie allgemeine, aus epidemiologischem Grundlagenwissen abgeleitete Aussagen. Die wenigen Veröffentlichungen zu diesem Thema legen eine erhöhte Vulnerabilität und einen im Vergleich zu älteren Deutschen schlechteren Gesundheitszustand nahe. Dem sechsten Familienbericht zufolge „tragen Arbeitsmigranten als einkommensschwache und bildungsferne Gruppen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko.“⁶⁴

Danach ist das erhöhte Morbiditätsrisiko älterer Arbeitsmigranten zu einem wesentlichen Teil Ergebnis langfristig wirksamer gesundheitsgefährdender Belastungen. Gemeint sind die meist schweren körperlichen und gesundheitsschädigenden Arbeiten, aber auch die geringen Regenerationsmöglichkeiten vor allem zu Anfang der Migrationsbiographie.⁶⁵ Die Ergebnisse verschiedener Studien deuten auf eine besondere Betroffenheit von chronischen und multimorbiden Erkrankungen hin.⁶⁶ Ferner gibt es Hinweise, dass ältere Arbeitsmigranten in stärkerem Maße als deutsche

⁶⁰ a.a.O., S. 238.

⁶¹ a.a.O., S. 238

⁶² vgl. Berger-Schmitt (2003).

⁶³ Backes/Clemens (1998), S. 240.

⁶⁴ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000), S. 195.

⁶⁵ Vgl. Dietzel-Papakyriakou, Maria (1992), zitiert in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000), S. 195.

⁶⁶ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000), S. 195.



Senioren von körperlichen Erkrankungen und Behinderungen betroffen sind.⁶⁷ Der in der Regel für Einschätzungen des allgemeinen Gesundheitszustands von Migranten herangezogene „*healthy migrant effect*“, der die Tatsache beschreibt, dass nach Deutschland eher gesündere Personen zu wandern, wird bei älteren Migranten mit langer Aufenthaltsdauer durch kumulierte Gesundheitsbelastungen teilweise aufgehoben.

Soziale Schichten mit geringerem Einkommen und niedrigem Bildungsniveau, zu denen die Mehrheit der Arbeitsmigranten gehört, weisen generell, also auch innerhalb der deutschen Bevölkerung, ein erhöhtes Krankheitsrisiko auf. Die höhere Betroffenheit von Arbeitslosigkeit wirkt sich nicht nur in einem verhältnismäßig niedrigen Lebensstandard aus, sondern bedeutet auch, dass weniger Möglichkeiten zur Verfügung stehen, etwas für die Gesundheitserhaltung zu tun. Akkord- und Schichtarbeit, Umgang mit gesundheitsgefährdenden Stoffen und Materialien sowie Hitze und Lärm am Arbeitsplatz führen ebenfalls zu starken gesundheitlichen Belastungen. Da zudem viele Arbeitsmigranten gerade in den ersten Jahren ihres Aufenthalts schnell Geld zur Unterstützung der im Herkunftsland verbliebenen Angehörigen und zur eigenen Existenzsicherung verdienen wollten, waren sie eher bereit, gesundheitsbelastende Tätigkeiten zu akzeptieren. Schließlich können auch Stress-Situationen, die in der Migration alltäglich sind (Auseinandersetzung mit Behörden, Sorge um das Aufenthaltsrecht, interkulturelle Konfliktsituationen, Generationenkonflikte), gesundheitsbelastend sein.⁶⁸ Der zunächst paradox erscheinende Befund einer geringeren Sterblichkeit und höheren Lebenserwartung bei Migranten spricht nicht gegen die obigen Feststellungen, da z.B. ein unterschiedlicher Altersaufbau und gegenläufige Selektionseffekte (unter anderem durch die Remigration Todkranker) den direkten Vergleich zwischen der autochthonen Bevölkerung und zugewanderten Bevölkerungsgruppen erschweren.⁶⁹ Bei dem festgestellten geringeren Sterblichkeitsniveau älterer Ausländer dürfte es sich ohnehin mit ziemlicher Sicherheit um ein statistisches Artefakt handeln, das auf unterbliebene Abmeldungen nach erfolgter Rückwanderung basiert. Damit ist die Zahl der in Deutschland lebenden älteren Ausländer niedriger als die Zahl der gemeldeten.⁷⁰ Bei einer Berechnung der zu erwarteten Sterbefälle in höheren Altersgruppen wird somit die Kalkulationsgrundlage zu hoch angesetzt mit der Folge, dass die Zahl der tatsächlichen Sterbefälle bei älteren Ausländern deutlich unter dem Erwartungswert liegt.⁷¹

⁶⁷ a.a.O., S. 195.

⁶⁸ Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002), S. 281.

⁶⁹ Der negative Selektionseffekt kommt dadurch zustande, dass Rückwanderungen bzw. Pendelwanderungen zwischen Wohn- und Heimatort statistisch nicht erfasst werden. Somit können kranke Remigranten, die im Herkunftsland sterben, die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik der in Deutschland lebenden Migranten nicht beeinflussen (vgl. Dietzel-Papakyriakou/Olbermann (2001), S. 285ff).

⁷⁰ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000), S. 118.

⁷¹ a.a.O., S. 118.



Der vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung herausgegebene Forschungsbericht zu Versorgungskonzepten für ältere Migranten enthält einige Informationen über das Krankheitspektrum ausländischer Senioren.⁷² In einer Befragung, die unter älteren Migranten durchgeführt wurde, überwogen chronische und multimorbide Krankheitsbilder. Berichtet wurden insbesondere rheumatische und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. So wurde Bluthochdruck von 31,9% der befragten ausländischen Senioren genannt, Rheuma von 30,2%, Herz-Kreislauf-Erkrankungen von 26,7%, Diabetes von 17,2%, Verdauungsbeschwerden von 16,4%, Gehbehinderung und Atembeschwerden von jeweils 15,5%, Schwerhörigkeit von 14,7% und Sehbehinderung von 12,9%. Hier ist jedoch zu bedenken, dass dem Sample eine bewusste Auswahl zugrunde liegt,⁷³ sodass generalisierende Aussagen über Verteilungen in der Grundgesamtheit (hier: ausländische Senioren) nicht möglich sind.

Eine im Forschungsbericht zitierte Untersuchung des Zentrums für Türkeistudien zur Lebenssituation ausländischer Senioren kommt zu ähnlichen bzw. noch höheren Zahlen für Kreislaufbeschwerden (36%), Gehschwierigkeiten 34%, Sehstörungen 30%, Herzbeschwerden (21%) und Hörstörungen 17%.⁷⁴ Zum Vergleich wird auf eine Studie der Stadt Hamburg verwiesen, in der über 60-jährige Deutsche befragt worden waren. Aus diesem Vergleich geht eine weitaus geringere gesundheitliche Beeinträchtigung für deutsche Senioren hervor: Nur 12,1% der Deutschen gaben an, durch Schwerhörigkeit beeinträchtigt zu sein, 7,8% durch Diabetes, 7,7% durch Sehbehinderung, 1,9% durch Lähmungen.⁷⁵ Auch Behinderungen durch fehlende Gliedmaßen wurden von älteren Migranten häufiger angegeben, hier weist das Sample des Forschungsberichtes einen höheren Anteil unter älteren Migranten aus (4,3%) als die Hamburger Seniorenstudie für ältere Deutsche (0,3%).⁷⁶

Die Hamburger Studie zur Lebenssituation älterer Ausländer ergab folgende Prävalenzen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen 44%, Rheuma 43,5%, Mobilitätsbeeinträchtigung 26,2%, Erkrankungen von Lunge und Atemwegen 23%, Erkrankungen der Verdauungsorgane 19,9%, Diabetes 19,1%, Gehbehinderung 13,1%, Schlaganfall 11,2%, Sehbehinderung 10,8%, Schwerhörigkeit 9,2%, Gicht 8,9%, Inkontinenz 7,3%, Lähmung 2,1%. Mit Ausnahme der Kategorien „Gehbehinderung“ und „Schwerhörigkeit“ lagen diese Prävalenzen über den Werten, die in der oben zitierten

⁷² Bundesministerium für Arbeit und Sozialforschung (Hg.) (1995), S. 69ff

⁷³ a.a.O., S. 33ff. Das Sample wird als „theoretische Stichprobe“ bezeichnet. Folgt man den weiteren Ausführungen, so scheint es sich jedoch eher um eine Quotenstichprobe zu handeln. Wie auch immer: Beide Auswahlmodi sind sog. bewusste Auswahlverfahren, die per se keine repräsentativen Stichproben liefern (zur „theoretischen Stichprobe“ (theoretical sampling) siehe Kelle/Kluge (1999), S. 44ff).

⁷⁴ Bundesministerium für Arbeit und Sozialforschung (Hg.) (1995), S. 71.

⁷⁵ a.a.O., S. 71

⁷⁶ a.a.O., S. 71



Studie für deutsche Senioren ermittelt worden waren.⁷⁷ Von den befragten älteren Migranten waren laut Eigenangabe 62,6% in ärztlicher Behandlung, jedoch nur 46,5 % der Einheimischen.⁷⁸ Auch litten ältere Migranten häufiger an psychischen Erkrankungen als ältere Deutsche (45,8 % gegenüber 19,9 %).⁷⁹

Die eigene Einschätzung des Gesundheitszustandes bei älteren Migrantinnen und Migranten fällt zwiespältig aus. Im Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung äußerten sich über die Hälfte der Befragten positiv (eher gut/gut), 44,5% beurteilten den eigenen Gesundheitsstand negativ (eher schlecht/schlecht)⁸⁰ Fast zu dem gleichen Ergebnis kommt eine von der Stadt Aachen durchgeführte Untersuchung zu Gesundheit und Pflege älterer Migranten.⁸¹ In der Hamburger Studie zur Lebenssituation älterer Ausländer schätzten 54% der älteren Migranten ihren Gesundheitszustand als eher schlecht bzw. sehr schlecht ein.⁸² Dagegen gaben in der Seniorenstudie der Stadt Hamburg nur knapp ein Viertel (23,9%) der befragten älteren Deutschen an, ihr Gesundheitszustand sei eher schlecht bzw. sehr schlecht, und dass trotz des höheren Durchschnittsalters deutscher Senioren.

Kritisch betrachtet sind die zitierten Studien allerdings nur bedingt miteinander vergleichbar, darüber hinaus lässt sich die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse durchaus skeptisch beurteilen. So basiert das im Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung untersuchte Sample auf einer bewussten Auswahl („theoretische Stichprobe“) und ist damit im statistischen Sinne nicht repräsentativ. Den Studien der Städte Aachen und Hamburg liegen hingegen Zufallsauswahlen zugrunde. Allerdings erreichte die Hamburger Studie nur einen Interviewrücklauf von 15% der Nettostichprobe,⁸³ während in Aachen immerhin 59% der Zielpersonen befragt werden konnten. Dafür ist das Aachener Sample mit einem Umfang von 163 Befragten relativ klein. Hinzu kommen unterschiedliche Erhebungszeitpunkte und voneinander abweichende Definitionen der Studienpopulationen. Die 1995 vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung veröffentlichte Studie bezog sich auf 50jährige und ältere Spanier, Griechen, Jugoslawen und Türken. Dagegen umfasste die 1996 in Hamburg durchgeführte Befragung älterer Migranten ausländische Staatsbürger aus der Türkei, Jugoslawien, Portugal, Italien, Polen und dem Iran ab einem Alter von 55 Jahren. Die als Referenz benutzte Befragung unter deutschen Senioren fand 1991/92 ebenfalls

⁷⁷ Freie und Hansestadt Hamburg (1998), S. 99.

⁷⁸ a.a.O., S. 98, Grafik 26.

⁷⁹ a.a.O., S. 100, Grafik 28.

⁸⁰ Bundesministerium für Arbeit und Sozialforschung (Hg.) (1995), S. 70.

⁸¹ Stadt Aachen (Hg.) (2002), S. 18.

⁸² Freie und Hansestadt Hamburg (1998), S. 96.

⁸³ a.a.O., S.48, Tabelle 13.



in Hamburg statt und berücksichtigte 60jährige und ältere Personen.⁸⁴ Die Studie der Stadt Aachen schließlich wurde 2001 durchgeführt und umfasste Migranten (darunter auch Spätaussiedler), die mindestens 50 Jahre alt waren. Von der Befragung jedoch ausgeschlossen wurden die in Aachen stark vertretenen Belgier und Niederländer, weil „sich deren Problemlagen nicht grundsätzlich von derjenigen der deutschen Bevölkerung unterscheiden.“⁸⁵

Vor diesem Hintergrund sollten die hier wiedergegebenen Befunde zurückhaltend interpretiert werden.

5.2 Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys und des Sozioökonomischen Panels (SOEP)

Die Auswertungen von Daten des Bundes-Gesundheitssurveys und des Sozioökonomischen Panels (SOEP) führten zu einem etwas modifizierterem Bild. Im Gegensatz zu den oben zitierten Forschungsbefunden lässt sich aus den Auswertungsergebnissen nicht zwingend auf einen generell schlechteren Gesundheitszustand bei älteren Ausländern schließen. Zwar basieren die Analysen des Bundes-Gesundheitssurveys auf einer kleinen Fallzahl; d.h., Unterschiede zwischen ausländischen und deutschen Senioren müssen schon sehr deutlich sein, um statistisch relevant zu werden (siehe Kapitel 2). Für die Validität der Analysen spricht jedoch, dass die auf der Grundlage einer wesentlich größeren Fallzahl durchgeführte Auswertung des SOEP zu komplementären Ergebnissen führte. Darüber hinaus bieten beide Studien die Vorteile professionell durchgeführter Untersuchungen mit akzeptablen Ausschöpfungsquoten.⁸⁶

Ein Hinweis auf besondere gesundheitliche Belastungen ergibt sich aus der im Bundes-Gesundheitssurvey gestellten Frage nach anerkannten Berufskrankheiten. Danach wurde ausländischen Senioren häufiger eine Berufskrankheit attestiert als älteren Deutschen (vgl. Tabelle 11), ein Indiz für die häufig gesundheitschädigenden Arbeitsbedingungen ausländischer Arbeitnehmer.

⁸⁴ a.a.O., S. 43f

⁸⁵ Stadt Aachen (Hg.) (2002), S. 7.

⁸⁶ Die Ausschöpfungsquote des Bundes-Gesundheitssurveys betrug 61,4% (Thefeld u.a. (1999)). Aufgrund des Panel-Designs sind Angaben zur realisierten Stichprobe beim SOEP etwas komplizierter. Auf der Ebene der Haushalte werden zurückgehende Stichprobenausschöpfungen bei der Erstbefragung berichtet, die Ausschöpfung sank von 60,6% (1984, Stichprobe A) auf 51% (2000, Stichprobe F). Erfreulicherweise beteiligten sich aber fast alle (94,4%) der in den teilnehmenden Haushalten wohnenden Personen im Alter ab 16 Jahren an der Befragung (vgl. von Rosenblatt (2001), S. 11ff).



Tabelle 11

Anerkannte Berufskrankheiten

(Angaben in Prozent, in Klammern die Fallzahl)

Staatsbürgerschaft	anerkannte Berufskrankheit	
	Ja	Nein
Deutsch	3,5 (53)	96,5 (1457)
Ausländisch	14,3 (4)	85,7 (24)
Gesamt	3,7 (57)	96,3 (1481)

$p < .05$,⁸⁷ Cramer's $V = .08$

Daten: Public Use File BGS98, Bundes-Gesundheitssurvey 1998, eigene Berechnungen. Berechnungsbasis: Personen im Alter von 60 Jahren und älter

Ferner berichteten die befragten ausländischen Senioren häufiger über erlittene Verletzungen oder Vergiftungen, die ärztlich versorgt werden mussten (vgl. Tabelle 12). Hierbei handelt es sich aber nicht um Arbeitsunfälle, die berichteten Unfälle passierten zu Hause bzw. in häuslicher Umgebung.

Tabelle 12

Ärztlich versorgte Verletzungen oder Vergiftungen innerhalb der letzten 12 Monate

(Angaben in Prozent, in Klammern die Fallzahl)

Staatsbürgerschaft	Verletzungen/Vergiftungen	
	Ja	Nein
Deutsch	8,2 (125)	91,8 (1402)
Ausländisch	17,9 (5)	82,1 (23)
Gesamt	8,4 (130)	91,6 (1425)

$p < .1$,⁸⁸ Cramer's $V = .05$

Daten: Public Use File BGS98, Bundes-Gesundheitssurvey 1998, eigene Berechnungen. Berechnungsbasis: Personen im Alter von 60 Jahren und älter

⁸⁷ Exakter Test nach Fisher.

⁸⁸ Exakter Test nach Fisher.



Im SOEP schätzten ausländische Senioren ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand etwas schlechter ein (vgl. Tabelle 13). Auch auf die Frage nach der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit gaben die ausländischen Senioren in beiden Surveys ein etwas negativeres Urteil ab als ihre deutschen Altersgenossen. Allerdings ist diese Differenzen statistisch nicht signifikant. Hingegen verneinten ausländische Senioren häufiger als deutsche die im SOEP gestellte Frage, ob der Gesundheitszustand die Erfüllung alltäglicher Aufgaben behindere, aber auch dieser Unterschied ist statistisch irrelevant.

Tabelle 13

„Wie würden Sie Ihren **gegenwärtigen** Gesundheitszustand beschreiben?“
(Angaben in Prozent, in Klammern die Fallzahl)

Staatsbürgerschaft	Gesundheitszustand (eigene Beurteilung)		
	Sehr gut / Gut	Zufriedenstellend	Weniger gut / Schlecht
Deutsch	24,3 (1408)	45,3 (2620)	30,3 (1755)
Ausländisch	25,7 (86)	38,9 (130)	35,3 (118)
Gesamt	24,4 (1494)	45,0 (2750)	30,6 (1873)

$p < .1$, Cramer's $V = .03$

Daten SOEP 2001, eigene Berechnungen. Berechnungsbasis: Personen im Alter von 60 Jahren und älter

Im SOEP gaben deutsche Senioren häufiger an, medizinische Versorgungsleistungen in Anspruch genommen zu haben. So berichteten 84,1% der deutschen und 79,9% der ausländischen Senioren über mindestens einen Arztbesuch in den vorangegangenen drei Monaten vor der Befragung. Für mindestens eine Nacht im Krankenhaus aufgenommen wurden (in 2000) 17,6% der deutschen und 13,5% der ausländischen Senioren. Wiederum sind die Unterschiede statistisch nicht signifikant, sie lassen sich im Übrigen leicht dadurch erklären, dass die befragten deutschen Senioren im Durchschnitt (statistisch signifikant!) älter waren als die ausländischen Senioren.

Das höhere Durchschnittsalter dürfte auch die Ursache dafür sein, dass deutsche Senioren im Bundes-Gesundheitssurvey signifikant mehr Krankheiten angaben ($p < .01$). Im Mittel nannten deutsche Senioren mehr als fünf, ausländische Senioren knapp vier Krankheiten (5,5 vs. 3,9; ohne Frauenkrankheiten: 5,3 vs. 3,8). Darüber hinaus äußerten deutsche Senioren mehr gesundheitliche



Beschwerden (17,4 vs. 14,3 gemäß Zerssen-Beschwerdenniveau), dieser Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant. Ebenfalls keine statistisch bedeutsamen Unterschiede ergab die im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys durchgeführte medizinische Untersuchung, abgesehen von einer Ausnahme: Bei deutsche Senioren wurde signifikant häufiger Hypertonie (inkl. kontrollierte Hypertonie) festgestellt ($p < .05$). Danach waren fast zwei Drittel (61,9%) der deutschen und die Hälfte der ausländischen Senioren (50,1%) Hypertoniker.

Insgesamt betrachtet geben die Auswertungen des SOEP und des Bundes-Gesundheitssurveys punktuelle Hinweise auf eine spezifische gesundheitliche Problematik bei älteren Migranten, die vornehmlich auf gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen zurückgehen dürfte. Dabei ist einschränkend zu berücksichtigen, dass beiden Surveys komplexe Stichproben zu Grunde liegen, deren Effekte auf die Parameterschätzung von den inferenzstatistischen Prozeduren gebräuchlicher Statistikpakete (hier: SPSS 11.0) nicht berücksichtigt werden. Durch die damit einhergehende Unterschätzung des Standardfehlers besteht die Gefahr, fälschlicherweise signifikante Zusammenhänge festzustellen,⁸⁹ von daher ist eine konservative Auslegung der Ergebnisse geboten. Zudem sind insbesondere mit dem Bundes-Gesundheitssurvey eher sozial integrierte Zuwanderer erfasst worden (siehe Kapitel 2), was natürlich die Generalisierbarkeit der Befunde einschränkt. Allerdings haben auch die im vorangegangenen Kapitel zitierten Studien, die einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand älterer Migranten konstatieren, wegen methodischer Schwächen nur begrenzten Erkenntniswert (siehe Kapitel 5.1). Der Realität am nächsten kommen dürfte die im sechsten Familienbericht getroffene Aussage, dass ältere Migranten, die in ihrer Mehrheit sozialen Unterschichten angehören, ein entsprechend hohes Morbiditätsrisiko tragen.

5.3 Probleme der Diagnostik bei älteren Migrantinnen und Migranten am Beispiel der Altersdemenz

Neben generellen Verständigungsschwierigkeiten gestalten sich Erhebungen zur gesundheitlichen Lage von Migranten auch deshalb so schwierig, weil Krankheitswahrnehmungen und Symptomschilderungen im starken Maße kulturell geprägt sind. So artikulieren türkische Patienten ihre gesundheitlichen Beschwerden häufig sinnbildlich, etwa durch die Formulierung "Meine Leber fällt", was auf einen ganzen Komplex somatischer Symptome und psycho-sozialer Befindlichkeiten verweisen kann.⁹⁰

Am Beispiel Altersdemenz lassen sich die Schwierigkeiten der Diagnosestellung bei älteren Migranten gut veranschaulichen. Wesentliche Merkmale der Demenz sind nach ICD-10 die Abnahme der

⁸⁹ vgl. Lipsmeier (1999).

⁹⁰ Yildirim-Fahlbusch (2003).



Funktionsfähigkeit des Gedächtnisses und anderer kognitiver Fähigkeiten wie zum Beispiel die Urteilsfähigkeit oder das Denkvermögen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten. Hinzu kommen Symptome wie Störungen der Affektkontrolle, des Antriebs und des Sozialverhaltens einschließlich emotionaler Labilität, Reizbarkeit und Apathie. Demenz wird diagnostiziert, wenn Hinweise auf einen nur vorübergehenden Verwirrtheitszustand fehlen. Die Alzheimer-Krankheit stellt mit ca. 60 % der Fälle von Demenz die häufigste Form dar. Mehrere Studien weisen für die Alzheimer Demenz Alter und Familiengeschichte als hohe Risikofaktoren nach.⁹¹

Im Gegensatz zum Alter des Patienten oder der Patientin entzieht sich schon der Risikofaktor Familiengeschichte angesichts zahlreicher Kommunikationsprobleme in vielen Fällen dem leichten Zugang. Ähnlich verhält es sich mit den Bestandteilen der für die Diagnose relevanten Symptome.

Beispielsweise sind sich Fachleute einig über die Schwierigkeit zu differenzieren zwischen einer „leichten kognitiven Beeinträchtigung“ - auch umschrieben mit dem Begriff der „gutartigen Altersvergesslichkeit“ - und einer nicht nur vorübergehenden Verminderung der kognitiven Funktionen, die auf Demenz hinweisen würde. Ebenso schwierig stellt sich die Einschätzung der Veränderung im Sozialverhalten dar. Eine der wichtigsten Sozialkompetenzen ist die Kommunikationsfähigkeit. Da der sprachliche Umgang zwischen pflegenden oder behandelnden Personen und älteren Menschen häufig ohnehin nicht unproblematisch ist (nicht zuletzt auch ein Problem der Ausbildung!), sind auch in dieser Hinsicht Differenzierungsprobleme zu erwarten.⁹² Wenn diese Schwierigkeiten schon bei Einheimischen die sachgerechte Diagnostizierung von Altersdemenzen erschweren, gilt dies umso mehr bei Migranten. Im Umgang mit Zuwanderern stehen viele Behandelnde oder Pflegende vor Sprachbarrieren und vor Problemen interkultureller Kommunikation im weiteren Sinne. Hinzu kommen Unkenntnis des kulturellen Hintergrundes und Unverständnis gegenüber kulturell bedingten Verhaltensmustern. Auch die für die Diagnose wichtige Erfassung der Familiengeschichte gestaltet sich somit bei Migranten schwieriger als bei einheimischen Patienten.

Neben diesen allgemeinen Problemen ergibt sich in dem gleichen Kontext noch eine weitere Schwierigkeit unmittelbar aus dem komplexen Sachverhalt des kulturellen Hintergrundes. Forschungsbefunde internationaler Studien lassen darauf schließen, dass, wie bei sonstigen psychischen Erkrankungen und zum Teil bei psychosomatischen Wirkungszusammenhängen auch, bei demenziellen Erkrankungen „die Erscheinungsbilder und Verlaufsformen [...] je nach sozialem und kulturellem Kontext variieren“.⁹³ Dies müsste sowohl für die epidemiologische Beurteilung der Situation ebenso wie für praktische Fragen der Ausbildung und Weiterbildung des gerontologischen

⁹¹ Vgl. Robert-Koch-Institut (2002), S. 18.

⁹² Vgl. Sachweh (2002).

⁹³ Dietzel-Papakyriakou/Olbermann (2002), S. 303.



Personals Konsequenzen haben. Eine Auseinandersetzung mit Problemen der kulturspezifischen oder migrationsspezifischen Prävalenz und Symptomatik alterspsychiatrischer Erkrankungen hat in Deutschland jedoch noch kaum stattgefunden. Dies gilt auch, aber nicht nur für die Demenz.

6. Konsequenzen aus dem Bericht

6.1 Welche Informationen fehlen?

Wie in den vorangegangenen Kapiteln dargelegt, ist über die Gesundheitssituation älterer Migrantinnen und Migranten im Grunde nur sehr wenig bekannt. In der Literatur wird teilweise versucht, diese Informationsdefizite durch Ableitung aus vorhandenen Daten zur gesundheitlichen Lage der älteren Einheimischen zu kompensieren. Dies kann aber für eine kommunale Gesundheitsberichterstattung mit dem Anspruch auf empirische Fundierung und Zielgruppenorientierung nicht befriedigen.

Die Bremer Datenlage ist angesichts der im vorliegenden Bericht nur skizzierten Situation höchst verbesserungswürdig. Zur Beschreibung des Krankheitsspektrums bzw. der Gesundheitsrisiken musste der Bericht auf Daten zurückgreifen, die in Studien anderer Städte oder in bundesweiten Studien erarbeitet worden sind. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse wie die Einschätzung, dass ca. 40% der Arbeitsmigranten krankheitsbedingt Frührentner werden, oder die Tatsache, dass die Einschätzung der eigenen Gesundheit bei befragten Ausländern im Wesentlichen negativ ausfällt, lassen sich im Großen und Ganzen sicherlich auch auf Bremen übertragen. Damit aber das Wissen über die gesundheitliche Lage älterer Migrantinnen und Migranten in Bremen nicht allgemein oder spekulativ bleibt, sind epidemiologisch orientierte Untersuchungen erforderlich, die auf die lokale Situation eingehen. Die Resultate einer solchen Grundlagenarbeit ermöglichen eine angemessene Gestaltung von Informationsangeboten und gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie von Leistungen in der Altenhilfe und in der Pflege. Sie geben auch Anhaltspunkte für eine Ausrichtung der Versorgungsstrukturen auf die spezifischen Bedürfnisse älterer Migrantinnen und Migranten. Trotz einiger Ansätze bei den freien Trägern (z.B. Arbeiterwohlfahrt Bremen)⁹⁴ oder den professionellen Pflegediensten (z.B. ProSano Internationaler Pflegedienst)⁹⁵ ist diese Grundlagenarbeit aber noch zu leisten.

Wenig bekannt ist beispielsweise über Probleme im Zusammenhang mit der Medikamentenversorgung (Missbrauch, *Compliance*, Einstellung gegenüber Arzneien, Zugang zu Medikamenten), über das Ausmaß der Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit bei älteren Migrantinnen und Migranten, über die

⁹⁴ Vgl. AWO Bremen (2003).

⁹⁵ ProSano Internationaler Pflegedienst (2002).



Prävalenz von Behinderungen, über die Unfallproblematik, über das Hör- und Sehvermögen, etc.. Auch das Wissen über die Auswirkungen mangelnder Integration im Quartier auf die Gesundheit ist bisher noch vage, auch hier bedarf es einer fundierten Analyse. Das Gleiche gilt für das Sprachproblem: Inwieweit behindern mangelnde Verständigungsmöglichkeiten zwischen dem versorgenden Personal und den Patienten bzw. Hilfsbedürftigen die Qualität der Versorgung wirklich, und wer ist davon betroffen? Wie hoch sind transkulturelle Barrieren auch nach langer Aufenthaltsdauer in Deutschland, und welche Möglichkeiten gibt es, sie zu überwinden? Können soziale Netzwerke und netzwerkartige Strukturen im Wohngebiet - sowohl innerhalb der Herkunftsgruppe als auch interkulturell – dazu beitragen?

Die weitere Arbeit wird sich daher auf folgende inhaltliche Schwerpunkte konzentrieren:

- Gesundheitliche Auswirkungen der Lebenssituation älterer Migrantinnen und Migranten in Bremen (wohngebietsbezogen),
- Probleme des Zugangs zu den Einrichtungen des Gesundheitssystems,
- Zugang insbesondere zur medikamentösen Behandlung und damit verbundene Probleme,
- Einstellungen zur Einnahme von Medikamenten (*Compliance*),
- Probleme bei der Behandlung und Inanspruchnahme von Rehabilitationsangeboten,
- Behinderungen bei älteren Migrantinnen und Migranten in Bremen,
- Selbsthilfegruppen und ältere Migranten,
- Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen in der Pflege,
- Hilfsbedürftigkeit und Pflegebedürftigkeit,
- Einstellungen zu professioneller Unterstützung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit,
- Kulturspezifische und migrationsspezifische Aspekte bei der Pflege älterer Migrantinnen und Migranten,
- Möglichkeiten der kultursensiblen Pflege in Bremen.

6.2 Vorschläge für das weitere Vorgehen

Die primäre Aufgabe besteht darin, einen Überblick über die Versorgungssituation in Bremen zu gewinnen. Dafür sind die bestehenden Versorgungsangebote auf den einzelnen Ebenen des Gesundheitswesens zu erfassen, deren Zielgruppen zu definieren sowie zu evaluieren, in welchem Maße die Adressaten von diesen Angeboten Gebrauch machen. Wichtig ist dabei, sowohl die spezifisch an Migranten gerichteten Angebote zu registrieren als auch die allgemeinen Versorgungs-



angebote für ältere Menschen in Bremen daraufhin zu prüfen, inwieweit sie von Migranten angenommen werden. Ebenso kommt der stadtteil- oder quartiersbezogenen Arbeit eine Bedeutung zu, da hier möglicherweise von sozialen Diensten, Einrichtungen oder Initiativen gesundheitlich relevante Angebote gemacht werden.

In Bremen gibt es ein relativ gut ausgebautes System der Altenhilfe. Eine Öffnung des Systems für die Erfordernisse einer interkulturell ausgerichteten Versorgung steht aber erst am Anfang. Dabei ist es in Anbetracht der zu erwartenden Zunahme der Klientel erforderlich, eine gewisse Dynamik zu entfalten. In der Pflege beispielsweise trifft das Risiko der Pflegebedürftigkeit nur rund 5% der Menschen unter 80 Jahren, jedoch 32% der 80jährigen und älteren. Deshalb ist zwar zur Zeit noch von einem geringen Pflegebedarf älterer Migrantinnen und Migranten auszugehen, dieser dürfte aber im Laufe der Jahre spürbar anwachsen.⁹⁶

Aus dem empirisch gewonnenen Überblick über die *Versorgungsangebote*, die für ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen zugänglich sind, ergeben sich die *Versorgungsdefizite*, die im Zuge der wachsenden Erkenntnisse zur gesundheitlichen Lage von älteren Migranten beschrieben werden müssen. In diesem Zusammenhang zeigt sich eine weitere Dimension der Problematik. Die interkulturelle Öffnung der Altenhilfe in Bremen ist nicht ausschließlich eine gesundheitliche, sondern auch eine sozialpolitische Frage.

Der derzeit gültige Altenplan gibt als politische Leitlinie folgendes vor: „Die Altenpolitik in Bremen ist Teil einer präventiv angelegten Sozial- und Gesundheitspolitik. ... Eine präventive Politik bezieht ihre jeweiligen konkreten Adressaten planvoll mit ein. Sie respektiert und reflektiert deren Lebensentwürfe und Wünsche. Sie schafft Raum für Mitwirkung und Beteiligung“.⁹⁷ Als neu hinzukommende Adressaten der Altenpolitik rücken nun die älteren Migranten verstärkt ins politische Blickfeld, und eine Öffnung der meist „monokulturellen“ Angebote in der Altenhilfe wird deshalb konsequenterweise auch auf politischer Ebene thematisiert. Der „Raum für Mitwirkung und Beteiligung“ ist daher zu erweitern, um einem drohenden Ausschluss dieser wachsenden Bevölkerungsgruppe aus der altenpolitischen Ziel- und Maßnahmenplanung entgegen zu wirken. Der erste Schritt sollte darin bestehen, Lebensentwürfe und Wünsche älterer Migrantinnen und Migranten besser kennen zu lernen und erst danach Angebote zu schaffen, die tatsächlich angenommen werden.

⁹⁶ Schmidt-Fink/Zwick (2002).

⁹⁷ Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz (1998), S. 1



Ein umfassend verstandener Gesundheitsbegriff muss den Zusammenhang zwischen gesundheitlicher und sozialer Chancengleichheit berücksichtigen, weshalb der öffentliche Gesundheitsdienst auch sozialen Ungleichheiten Aufmerksamkeit schenkt. Wenn es gilt, dass die Lebenssituation älterer Migranten häufig problematisch ist, ergibt sich daraus auch ein gesundheitspolitischer Handlungsbedarf, den das Gesundheitsamt Bremen seit einiger Zeit näher untersucht.

Das Gesundheitsamt Bremen wird in Zukunft verstärkt Bedürfnisse und Versorgungspräferenzen älterer Migranten sondieren. Beispiele für konkrete Maßnahmen sind:

- Befragung ausgewählter Gruppen. Ziel ist die Ermittlung potenzieller Versorgungsbedürfnisse und –präferenzen älterer Migrantinnen und Migranten. Zu berücksichtigen ist dabei immer die starke Heterogenität innerhalb der Migrantenbevölkerung.
- Definition von Bedarfsschwerpunkten der Altenhilfe und der Pflege. Das Spektrum notwendiger psychosozialer Betreuung, gesundheitsfördernder Angebote und aktivierender Pflege wird sich mit einiger Sicherheit anders darstellen als die bisherige, eher an den Bedürfnissen deutscher Senioren orientierte Leistungspalette. Hier müssen im Dialog mit älteren Migranten innovative Ideen entwickelt und umgesetzt werden.
- Kooperation mit den Wohlfahrtsverbänden, um Angebote der Altenhilfe und Pflege bekannt zu machen, stadtteil- und quartiersbezogen gezielt an die älteren Migrantinnen und Migranten heranzutragen und den Zugang zu diesen Angeboten zu erleichtern.
- Vorschläge für zusätzliche Angebote auf der Ortsteilebene, um niedrigschwellige und an lokale Gegebenheiten angepasste Versorgungsmöglichkeiten in die vorhandene Angebotsstruktur zu integrieren.
- Einbeziehung der Vereine, Gemeinden und Religionsgemeinschaften der Migranten, um die Partizipationsmöglichkeiten der Migranten zu stärken. In Zusammenarbeit mit den Organisationen und Interessenvertretungen der Migranten können Selbsthilfepotenziale erkannt und mobilisiert werden.
- Förderung von Fortbildungsmöglichkeiten, um die in der Altenhilfe und Pflege arbeitenden Menschen für interkulturelle Aspekte ihrer Arbeit zu sensibilisieren.
- Kontaktaufbau zu und Kooperation mit den Pflegekassen in Bremen zur Sensibilisierung für das Thema „Migration und Pflege“.



Epilog: Zum Thema kultursensible Pflege

Kultursensible Pflege ist im Grunde genommen das implizite Thema der vorangegangenen Ausführungen. Während die Befürworter dieses Konzepts zu Recht den Aspekt der Sicherstellung von Pflegequalität hervorheben, ergibt sich aus gesundheitsökonomischer Perspektive eine distanziertere Bewertung. Ganz profan lässt sich dieser Ansatz nämlich auch als Reaktion der Leistungsanbieter auf Veränderungen der potenziellen Nachfrage verstehen, und vor diesem Hintergrund werden neue, noch mit den Pflegekassen auszuhandelnde Leistungen deklariert.⁹⁸

Die entstandene Debatte wirkt mittlerweile auch in die Kommunalpolitik hinein. Um den vorliegenden Bericht abzurunden, wird deshalb an dieser Stelle genauer darauf eingegangen, was kultursensible Pflege bedeutet und was sie leisten soll. Im Anschluss an diese Darstellung erfolgt eine kritische Betrachtung unter dem Aspekt der Finanzierbarkeit.

Was ist kultursensible Pflege? (Dr. Zahra Mohammadzadeh)

Altenpflege hat zum Ziel, pflegebedürftigen Menschen im Alter und trotz Krankheit oder Behinderungen das jeweils mögliche Höchstmaß an Lebensqualität zu sichern, dabei ihre individuellen Prägnungen und Bedürfnisse so weit wie möglich zu berücksichtigen und das jeweils erreichbare Maß an persönlicher Autonomie zu wahren. Gleichzeitig gewinnen im Kontext einer Professionalisierungsdiskussion Begriffe wie „Patientenorientierung“ und „verantwortliches Handeln“ immer mehr an Raum in der Altenpflege.⁹⁹ Die Begriffe betonen sowohl die Orientierung auf den einzelnen Patienten oder Klienten in seiner Individualität als auch die Verantwortung des einzelnen Versorgers, im Rahmen der verfügbaren Ressourcen und Spielräume das Möglichste zur Zielsetzung beizutragen.

Diese Forderungen einer modernen Altenpflege begründen den Ansatz einer kultursensiblen Pflege im Umgang mit Migrantinnen und Migranten. Der Ansatz knüpft an die Forderungen nach Patientenorientierung und verantwortlichem Handeln im obigen Sinne an:

- an die Orientierung auf die einzelne Migrantin oder den einzelnen Migranten in ihrer oder seiner Individualität, wobei die migrationsspezifischen Aspekte als Teil dieser

⁹⁸ Vgl. dazu die strategischen Überlegungen in: Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“ (Hg.) (2002), S. 112ff.

⁹⁹ Vgl. Moers, M. (2001); Habermann, M. (2002); Dallmann (2003).



Individualität begriffen werden, um eine klischeehafte Herangehensweise an den Klienten/die Klientin zu vermeiden;

- und ebenso an die Verantwortung des einzelnen Versorgers, trotz der vielfältigen Zugangshindernisse, einer möglichen versicherungsrechtlichen Schlechterstellung oder anderer Faktoren, welche die Versorgung von Migranten behindern, das Optimum aus den verfügbaren Ressourcen und Spielräumen herauszuholen (Stichwort „good practice“).

Hinzu kommt die Erkenntnis, dass interkulturelle Missverständnisse, Schwierigkeiten bei der Kommunikation, Probleme des Versorger-Klienten-Verhältnisses und andere Faktoren der Interaktion in der Pflegebeziehung, nicht allein an der „Andersartigkeit“ des oder der Pflegebedürftigen liegen. Sondern der oder die Pflegenden trägt ebenfalls kulturspezifische Merkmale in diese Beziehung ein. Die Pflegekraft muss sich der Existenz solcher Merkmale in den eigenen Einstellungen und Verhaltensweisen bewusst werden, um deren Auswirkungen auf die Interaktion einschätzen und auffangen zu können. Kultursensible Altenpflege muss sich daher vor allem auf drei Grundlagen aufbauen: erstens auf der Orientierung an den Lebensverhältnissen, aus denen die zu pflegende Person stammt und in denen sie in der Aufnahmegesellschaft lebt, an ihren biographischen Erfahrungen sowie an ihren individuellen, z. B. durch Krankheit oder Behinderung bestimmten Bedürfnissen, zweitens auf dem Prinzip einer „guten Praxis“ (im Sinne des aus der Sicht der zu versorgenden Person bestmöglichen Nutzung der Möglichkeiten) und drittens auf der (selbst-) kritischen Sensibilität gegenüber den Problemen und Unzulänglichkeiten der eigenen Kulturgebundenheit in der Begegnung mit dem „fremden“ Gegenüber.

Eine kultursensible Altenpflege erhebt also den Anspruch, auf den Einzelnen bezogen zu bleiben, d. h., in der interkulturellen Begegnung nicht „die Kultur“ des Gegenüber, sondern seine Individualität anzunehmen. Diese Herangehensweise ist deshalb so wichtig, weil der Umgang mit dem oder der Pflegebedürftigen oftmals von Klischees und Vorurteilen oder auch von falschen bzw. auf die einzelne Person gar nicht anwendbaren Informationen über die Kultur, aus der die oder der Betreffende stammt, belastet wird. Dies gilt übrigens für die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten ganz allgemein.



Im Rahmen der kultursensiblen Altenpflege lassen sich fünf Aufgabenbereiche eingrenzen¹⁰⁰:

(1) Die kultursensible Pflegeanamnese

Wenn die kultursensible Altenpflege sich auf die einzelne Person und ihre Individualität beziehen will, erfordert das entsprechende Informationen; ich kann ihre Lebensverhältnisse in der Herkunfts- wie in der Aufnahmegesellschaft, ihre Migrationsbiographie und die individuellen Bedürfnisse, die sich daraus ergeben, nur dann zu Grunde legen, wenn ich darüber etwas weiß.

Dabei ist kulturelles Wissen über das Herkunftsland der betreffenden Person erst in zweiter Linie von Bedeutung. Das ist auch gut so, denn welche Pflegekraft könnte über ein solches tief greifendes Wissen hinsichtlich der Vielzahl an Herkunftsländern verfügen, aus denen die Bremer Migrantinnen und Migranten stammen? Vielmehr können solche Kenntnisse als Hintergrundwissen für die Einordnung der Pflegesituation in ihren kulturellen Kontext und für die Erschließung der durch aufmerksame Pflegebeobachtung erkennbaren individuellen Einstellungen, Verhaltensmuster und Prägungen nützlich sein.

Wichtiger ist, im Rahmen einer kultursensiblen Pflegeanamnese Informationen über die persönlichen Erfahrungen und deren Bewältigung zu sammeln, die in der Migrationsbiographie eine Rolle gespielt haben. Da es sich nicht selten auch um traumatisierende Erfahrungen gehandelt haben wird, ist dabei allerdings große Behutsamkeit und Achtung der Intimsphäre am Platz. Bei diesem Informationssammeln ist Geduld und Offenheit für andere Ausdrucksformen als die eigenen (z. B. bei der Symptombeschreibung oder bei der Schilderung von Erlebnissen) ebenso wichtig wie die Balance zwischen dem Zeigen von Interesse und der Respektierung von Schamgrenzen, auch wenn sie aus Sicht der Pflegekraft antiquiert oder spießig erscheinen. Die kultursensible Pflegeanamnese bildet die Voraussetzung für den zweiten Aufgabenbereich, den Aufbau und die Gestaltung der Pflegebeziehung.

(2) Aufbau und Gestaltung einer tragfähigen, auf Verständigung beruhenden Pflegebeziehung

Wie sich die Pflegebeziehung gestaltet, hängt nicht nur vom ersten Ansatz der Pflegeanamnese ab. In gewisser Weise ist letztere auch niemals wirklich abgeschlossen, sondern stellt sich als kontinuierlicher Prozess, als laufendes Gestaltungselement der Pflegebe-

¹⁰⁰ Vgl. Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“ (Hg.) (2002). Die Beschreibung der fünf Aufgabenbereiche folgt weitgehend der dortigen Darstellung.



ziehung selbst dar. Dieser kontinuierliche Prozess muss wechselseitig sein, denn auch die Migranten sind handelnde Partner der Pflegebeziehung. Es ist jedoch in Rechnung zu stellen, dass im Alltagsleben der Migranten eine abweisende, sich verweigernde Haltung ein lang erprobter Schutzschild gegen Ausgrenzung und Diskriminierung sein kann, auf den sie auch als Pflegebedürftige zurück greifen. Der Pflegekraft wird in solchen Situation ein hohes Maß an Souveränität und Toleranz abverlangt, das zu erreichen jedoch möglich ist, wenn sich der oder die Pflegenden seiner bzw. ihrer Macht und größeren Stärke gegenüber dem Migranten bewusst ist. Auch dieser Part der Pflegekraft fällt unter die Oberbegriffe des verantwortlichen Handelns und der guten Praxis.

Ob die Pflegebeziehung tragfähig ist und eine Interaktion auf der Grundlage gegenseitiger Verständigung aufgebaut werden kann, wird sich häufig schon von Beginn an entscheiden. Dann stellt sich nämlich heraus, ob die Pflegekraft in der Lage ist, ihre eigene Rolle und Machtstellung in diesem Maß zu reflektieren und die Verweigerung, bei der sich der Migrant sein „Anderssein“ zu nutze macht, zunächst einmal auszuhalten, ohne eben gerade dieses Anderssein für das Problem verantwortlich zu machen und damit einmal mehr dem Migranten die Schuld zuzuweisen.

(3) Das pflegfachliche Handeln

Die gegenwärtigen Pflegestandards berücksichtigen die kultursensible Altenpflege noch nicht. Auch andere Rahmenbedingungen, vornehmlich die finanziellen und sonstigen materiellen und personellen Ressourcen, sind noch nicht auf kultursensible Altenpflege eingestellt. Die Integration kultursensibler Altenpflege bleibt eine mittel- und sogar langfristige Zielsetzung, zu deren Verwirklichung ihre Aufnahme in pflegerelevante Leitbilder nur ein erster Schritt sein kann.

In dieser Situation kommt dem pflegfachlichen Handeln eine besondere Bedeutung zu. Es kann, parallel zu der erforderlichen Leitbild- und Ressourcendiskussion, gleichsam von der Basis her kultursensible Altenpflege als Bestandteil guter Praxis etablieren.

Innerhalb der jeweils bestehenden Rahmenbedingungen wird jedoch jede Pflege primär gestaltet durch die individuelle Kompetenz der Pflegekraft. Von ihrem Ausbildungsstand und ihrer beruflichen Erfahrung einerseits, von ihrem Verhalten in der Pflegesituation und von ihrem pflegfachlichen Handeln hängt die Qualität des Pflegeprozesses selbst unter optimalen Bedingungen weitestgehend ab. Diese Handlungskomponente gewinnt daher bei der Umsetzung von Kriterien kultursensibler Altenpflege ein erhebliches Gewicht. Die



Pflegenden müssen bemüht sein, sich von den gerade in der Pflege lieb gewordenen Deutungsmustern für typisch gehaltener Migrantenbeschwerden („Mamma-Mia-Syndrom“, „Türkenbauch“ etc.) frei zu machen. An die Stelle solcher vermeintlich kultureller Stereotypisierungen, hinter denen sich nur die eigene professionelle Unsicherheit gegenüber abweichenden Erfahrungen und Ausdrucksformen verschanzt, sollten verstehender Umgang, differenzierende Beobachtung und Bemühung um die Unterstützung der Pflegebedürftigen im Pflegeprozess treten.

Solange die kultursensible Altenpflege nicht Eingang in die Leitbilder der Einrichtungen der Altenhilfe und in die Pflegestudiengänge gefunden hat, wird auf diese Weise kultursensibles pflegfachliches Handeln unvermeidlich mit den standardisierten Verfahrensweisen der Pflege in Konflikt geraten. Verantwortliches Handeln wird Auseinandersetzungen mit anderen am Pflegeprozess beteiligten Personen und Einrichtungen mit sich bringen. Die Pflegekraft, die sich dieser Verantwortung nicht entziehen will, wird sich immer wieder in einer Position anwaltschaftlicher Vertretung für die Pflegebedürftigen gegenüber Personen und Institutionen befinden, wenn etwa die verordnete häusliche Standardpflege in besonderer Weise an die Gegebenheiten und Bedürfnisse eines Migrantenhaushaltes angepasst werden muss. Die dafür notwendige Kompetenz wird sich mit wachsender Praxis in der Pflege älterer Migrantinnen und Migranten aufbauen; gleichzeitig ist darauf hin zu wirken, die kultursensible Altenpflege in die Ausbildungsstandards der Pflegeberufe aufzunehmen.

(4) Evaluation des Pflegeprozesses

Ebenso wie die kultursensible Pflegeanamnese eine wesentliche Voraussetzung für den Aufbau tragfähiger Pflegebeziehungen zu Migrantinnen und Migranten ist, stellt die kontinuierliche Evaluation des Pflegeprozesses die Voraussetzungen für dessen Einstellung auf die individuellen Bedürfnisse der Migranten dar. Hier geht es insbesondere auch um die Interpretation von Verhalten der Partner im Pflegeprozess. Dabei erliegt der Versorger häufig – wie auch in der Gesundheitsversorgung ganz allgemein zu beobachten – der Versuchung, für alle auftretenden Probleme der Interaktion den kulturellen Hintergrund des Migranten verantwortlich zu machen, nach dem Motto: *das liegt alles an der anderen Kultur*. An einer derartigen Automatik der Verhaltensinterpretation kann zweierlei falsch sein: erstens liegt nicht alles an der Kultur. Der Migrant oder die Migrantin sind ja nicht allein durch die Kultur geprägt, sondern durch viele Faktoren wie Bildung und Ausbildung, familiärer Hintergrund, Sozialisation, Berufsausübung, geographische Herkunft usw. Zweitens liegt es in den Fällen, in denen der kulturelle Kontext für die Probleme in der Interaktion verantwortlich ist,



nicht durchweg an der *anderen*, sondern nicht selten an der *eigenen* Kultur, die den Versorger hindert, zum „Fremden“, zum „Anderssein“ eine neutrale Einstellung zu gewinnen.

Um solche Fallstricke bei der Deutung von Verhalten in der Pflegebeziehung aufzuspüren und zu vermeiden, bedarf es der sorgfältigen Evaluation. Insbesondere bei der Klärung von Konflikten, aber auch bei der Differenzierung von Pflegeprozessen hinsichtlich des jeweils individuellen Betreuungsbedarfs können Supervision, Pflegeplanungsgespräche oder Falldiskussion im Team sehr hilfreich sein.

Differenzierung des Pflegeprozesses ist nicht nur im Unterschied zu der einheimischen Klientel vonnöten. Ein durchgängig in der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten zu beobachtender Fehler ist der Mangel an Differenzierung zwischen den einzelnen Patienten oder Klienten. Auf der Basis von undifferenziert angewandtem Wissen, unvollständigen Informationen oder auch nur Annahmen über kulturbedingte Erwartungen, Bedürfnisse oder Schwierigkeiten werden verallgemeinernde Regelungen getroffen, die mit den Betroffenen natürlich nicht ausgehandelt werden. Folglich ist die Wahrscheinlichkeit gegeben, dass sie ihren konkreten Bedürfnissen auch nicht entsprechen. Beispiele sind Besuchsregelungen, das „Türkenzimmer“ in der Einrichtung oder die Gestaltung des Speiseplans.

Nachdem die Praxis des Versorgungssystems hinsichtlich der Migrantinnen und Migranten lange einer Leugnung der Kultur gleichkam, besteht nun die Gefahr der Kulturalisierung. Eine konsequent biographieorientierte Pflege wird diese Entwicklung vom einen Extrem ins andere vermeiden helfen.

(5) Das Pflegemanagement

Bei der notwendigen Unterstützung und Absicherung kultursensibler Altenpflege ist das Pflegemanagement der fünfte Aufgabenbereich, von dem die Realisierungsmöglichkeiten entscheidend abhängen. Da die kultursensible Pflege als neue Aufgabenstellung zunächst als Mehraufwand in Erscheinung tritt, die nicht nur zeitliche, materielle und vor allem finanzielle Ressourcen bindet, besteht die Gefahr, dass sie als Überforderung der Möglichkeiten der Einrichtung und/oder des Personals abgetan oder auf einen späteren, vermeintlich finanziell günstigeren Zeitpunkt verschoben wird.



Kultursensible Pflege sollte jedoch nicht als *Mehraufwand* betrachtet werden, sondern als eben der Aufwand, der für eine patienten- bzw. klientenorientierte Pflege im jeweils einzelnen Pflegefall notwendig ist. Es wird wesentlich von den Interventionen der Leitung von Einrichtungen der Altenhilfe sowohl gegenüber verantwortlichen Instanzen, in der Kooperation mit anderen Einrichtungen, als auch gegenüber dem Personal abhängen, inwieweit vorhandene Spielräume zur Durchsetzung dieser Erkenntnis genutzt werden können. Insbesondere, wenn der Anteil von Migranten in einer Einrichtung klein ist, kann es dabei leicht zu Fehlinterpretationen im Sinne eines unangemessen besonderen Bemühens um die Migranten kommen. *Die Ausländer kriegen natürlich eine Extrawurst gebraten*, heißt es dann womöglich. Ein kultursensibles Pflegemanagement kann solche Fehldeutungen und die damit verbundenen Widerstände aufspüren und entgegnen.

Angesichts knapper Ressourcen sind dem Handlungsspektrum für eine kultursensible Altenpflege enge Grenzen gesetzt. Das kultursensible Pflegemanagement wird diese Grenzen, aber auch die bestmögliche Nutzung des vorhandenen Handlungsspielraums, sowohl gegenüber der Institution und dem in ihr tätigen Personal wie auch gegenüber der Klientel verdeutlichen müssen. Kreative Lösungen, wie die Beteiligung von Angehörigen an den Pflegeleistungen, werden helfen, die bestehenden institutionellen und ressourcenbezogenen Grenzen zu lockern.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass mehr noch als generell in der Altenpflege die kultursensible Pflege die Ungleichheit in der Beziehung zwischen der Institution und ihrem Personal einerseits und der oder dem Pflegebedürftigen andererseits zum Ausgangspunkt nehmen muss. Es ist eine doppelte Ungleichheit: zu dem in der „normalen“ Pflegebeziehung angelegten hierarchischen Moment tritt die Ungleichheit des gesellschaftlichen Status dieser Klientel hinzu. Gegenüber dem Migranten hat die Pflegekraft erheblich mehr Möglichkeiten, die dadurch entstehende Macht auszunutzen. Die Einrichtung als Ganze tritt dem Migranten weitaus fremder und auf den ersten Blick feindlicher gegenüber als dem einheimischen Pflegebedürftigen. Das Spektrum abwertender und Macht ausspielender Momente reicht von der aus der allgemeinen Pflegesituation bekannten Missachtung der Privatsphäre, über die Verletzung von Schamgrenzen, die bei Migranten häufig niedriger anzusetzen sind als bei Einheimischen, bis hin zu mehr oder weniger offen rassistischen bzw. „ausländerfeindlichen“ Einstellungen und Verhaltensweisen. Umgekehrt ist der Migrant in der Regel noch weniger als der einheimische alte Mensch in der Lage, sich gegen den Missbrauch dieser persönlichen und institutionellen Macht zu wehren.



Will man trotz dieser Problematik an dem Anspruch einer patienten-/klientenorientierten Pflege festhalten, besteht nicht nur für die einzelne Pflegekraft, sondern auch für die Einrichtung als Ganze die Gefahr der Überforderung. Ebenso fatal wäre es, wenn die Bemühungen auf der wohlmeinenden individuellen Ebene stecken blieben; neue Ungerechtigkeiten wären die Folge. Die Entwicklung einer kultursensiblen Altenpflege wird deshalb eher Erfolg versprechen, wenn sie in die interkulturelle Öffnung der Pflegeeinrichtung als Ganzer eingebunden ist. Flankiert von den Eckpfeilern einer interkulturellen Öffnung können persönliche Bedürfnislagen und die Individualität der an der Versorgungssituation beteiligten Seiten gewahrt und dennoch praxisbezogene Professionalität beibehalten werden.

Dafür ist es auch notwendig, konkrete Standards der Altenpflege, wie sie für die Professionalisierung der allgemeinen Pflege gefordert werden, ebenso im Hinblick auf die spezifischen Anforderungen der Pflege älterer Migrantinnen und Migranten zu formulieren, um Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung zu ermöglichen. Angesichts des Problems, eine solche Erweiterung der Standards in einem Klima der Kürzungen finanzieller Ressourcen und Reduzierungen sozialer Leistungen zu bewirken, ist für den erforderlichen Paradigmenwechsel der gute Wille des Pflegepersonals ebenso unerlässlich wie die Überzeugung, mit den neu erscheinenden Aufgaben fertig zu werden. Dabei hilft die Erkenntnis, dass Professionalität sich nicht in der Verinnerlichung eines Regelwerkes, sondern in dem zuversichtlichen Wissen äußert, dass sich die Anforderungen einer kultursensiblen Pflege meistern lassen werden, wenn man aus dem Blickwinkel der Pflegebedürftigen an sie herangeht. In der jetzigen Situation erfordert die kultursensible Altenpflege ein hohes Maß an Bereitschaft seitens der Versorger zur anwaltschaftlichen Positionierung für die pflegebedürftigen Migrantinnen und Migranten. An der Entwicklung der Akzeptanz von Anforderungen der Kultursensibilität können alle mitwirken. Das bedeutet zugleich ein hohes Maß an Konfliktbereitschaft gegenüber Institutionen, anderen Berufsgruppen und anderen Personen im Pflegeprozess, um im Spannungsfeld zwischen verordneter und bedarfsgerechter Leistung einen Ausgleich für das bestehende Defizit an Biographiebezogenheit auszuhandeln. Langfristig werden bedarfsgerechte Ressourcen sicherlich nur dann zur Verfügung gestellt werden, wenn die Überzeugung Platz greift, dass ältere und pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten nicht als selbst verschuldete Ausnahmefälle behandelt werden dürfen, sondern als Menschen mit einem Anspruch auf qualifizierte Pflege wie alle anderen auch.

Letztlich könnte die Durchsetzung von Standards der kultursensiblen Altenpflege auch den einheimischen Klienten nützen. Verantwortliches Handeln, Biographieorientiertheit und Rücksichtnahme auf kulturspezifische Werte und Normen, Einstellungen und Prägungen, sowie Akzeptanz-



abweichender Verhaltensmuster sind Kriterien, deren Beachtung auch der Pflege einheimischer Pflegebedürftiger zu Gute kommen würden. Auch der Altenpflege einheimischer Klienten sollte in diesem Sinne kultursensibel sein.

Die ökonomische Seite (Dr. Günter Tempel)

Das im vorangegangenen Kapitel vorgestellte Konzept einer kultursensiblen Altenpflege beschreibt einen idealtypischen Zustand, der in dieser Form sehr selten in der Realität vorfindbar sein dürfte. Im Gegenteil: Der Pflegealltag ist geprägt von Personalmangel und Zeitnot, was dazu führt, dass individuelle Bedürfnisse kaum berücksichtigt werden können.¹⁰¹ Angesichts dieser Ausgangslage lässt sich kultursensible Altenpflege, bei der ja die Hinwendung auf die Biografie und auf die individuelle Situation des zu Pflegenden ausdrücklich im Mittelpunkt steht, nur mit zusätzlichem Personal realisieren. Dieser Mehraufwand wird von den Leitungserbringern auch offen deklariert und als Beitrag zur Gewährleistung von Pflegequalität begründet.

In einem Konzeptpapier des Arbeitskreises „Charta für eine kultursensible Altenpflege“ ist die Rede von „notwendigen zusätzlichen Zeitressourcen für pflegfachliches Handeln, die z.B. zum Aufbau und dem Erhalt der Hilfebeziehung oder zur Sicherstellung einer im Standard vorhandener Dienstleistungen nicht vorgesehenen Hilfeleistungen benötigt werden.“¹⁰² Mit diesem Mehrbedarf wird der Anspruch auf Finanzierung kultursensibler Altenpflege gerechtfertigt.¹⁰³ An anderer Stelle wird ein Bedarf nach zusätzlichen Finanzierungsmöglichkeiten festgestellt, die sich aus „einer fachlich begründeten Differenzierung der Regelfinanzierung“ oder aus der „staatliche(n) Förderung von notwendigen integrativen Aufgaben, die der Überwindung vorhandener Nutzungsbarrieren dienen“, ableiten lassen.¹⁰⁴ Kultursensible Altenpflege wird also auch mit Mehrausgaben verbunden sein, primärer Adressat der finanziellen Forderungen sind die Pflegekassen. Um den zusätzlichen Finanzierungsbedarf einschätzen zu können, ist es aber nicht nur aus Sicht der Kostenträger wünschenswert, wenn die Anbieterseite konkret angeben würde, welche Leistungen in welchem Umfang für welche Zielgruppen erbracht werden sollen. Der Hinweis, dass „Bedarfe für kultursensible Altenpflege ... als Bedarfe zur Inanspruchnahme von Hilfe im Alter und Hilfe zur Pflege zu verhandeln (sind)“,¹⁰⁵ hilft hier nicht weiter.

¹⁰¹ Vgl. Dymarczyk (2003).

¹⁰² Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“ (Hg.) (2002), S. 115.

¹⁰³ a.a.O., S. 115.

¹⁰⁴ a.a.O., S. 112.

¹⁰⁵ a.a.O., S. 115.



Ohnehin ist die Durchsetzbarkeit zusätzlicher Geldforderungen angesichts der angespannten Finanzlage der Sozialversicherungen mehr als fraglich. Bei der Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde, um die Belastung der Arbeitseinkommen zu begrenzen, der Beitragssatz auf 1,7% festgelegt und der Leistungskatalog bewusst limitiert. Dennoch verzeichnet die Pflegeversicherung seit 1999 mehr Ausgaben als Einnahmen, wobei sich die Schere immer weiter öffnet. 2002 lag der Fehlbetrag bei 400 Mio. €, für das Jahr 2003 ergibt sich nach vorläufigen Berechnungen ein Defizit 700 Mio. €. Angesichts dieser Entwicklung ist nicht auszuschließen, dass die ganze Pflegeversicherung zur Disposition gestellt wird. Wie zusätzliche Leistungen auf Dauer bezahlt werden sollen bleibt somit unklar, eine private Finanzierung des Mehraufwandes kommt wegen der geringen Kaufkraft älterer Migrantinnen und Migranten (siehe Kapitel 4.3) wohl kaum in Betracht. Die Nutzung der in §8(3) SGB XI enthaltenen Möglichkeit, im Rahmen von Modellvorhaben neue Versorgungsformen zu entwickeln und zu erproben, könnte dieses Dilemma ein wenig entschärfen. Derartige Projekte sind aber auf längstens fünf Jahre befristet und regional begrenzt, die Förderung durch die Spitzenverbände der Pflegekassen beträgt 5 Mio. € pro Kalenderjahr.

Unter den geltenden Bedingungen sind natürlich auch marktnahe Teillösungen denkbar, die spezifische, kulturell begründete Bedürfnisse tendenziell besser befriedigen können als die übliche Altenpflege, die sich an den hierzulande geltenden Gepflogenheiten orientiert. Eine entscheidende Rolle spielt die Zahl derjenigen, die bestimmte kultursensible Pflegeleistungen in Anspruch nehmen würden (das Nachfragepotenzial). Da bei wachsender Inanspruchnahme die Kosten pro Klient fallen, hätten spezialisierte Versorgungseinrichtungen ab einer bestimmten Mindestauslastung die Chance, auf der Basis der geltenden Pflegekassenvergütungen auskömmlich zu wirtschaften. Die Wirtschaftlichkeitsgrenze für Pflegeheime liegt bei etwa 50 Betten, bei Altenheimen hängt die Wirtschaftlichkeit noch stark vom jeweiligen Angebotsportfolio ab. Eine solche Lösung bliebe natürlich auf Angehörige stark vertretener Nationalitäten (z.B. Türken) oder Kulturkreise (Moslems) beschränkt.

Bei aller Skepsis bezüglich der Finanzierbarkeit soll aber nicht der Eindruck entstehen, kultursensible Pflege sei von vornherein nichts weiter als eine zusätzliche rote Zahl in den Bilanzen der Sozialversicherung oder der Kommunen. Zumindest theoretisch lassen sich Mehraufwendungen auf der eine Seite durch den Wegfall von unnötigen Leistungen auf der anderen Seite finanziell kompensieren.¹⁰⁶ Auch zunächst als Mehrausgaben zu kontierende Leistungen wie der Einsatz von Dolmetschern können per saldo Gewinn bringend sein, wenn dadurch Missverständnisse verhindert und die Therapiemitwirkung (*Compliance*) erhöht werden. Kultursensible Pflege wäre demnach ein

¹⁰⁶ Vgl. a.a.O., S 113.



Beitrag zur Sicherung des Behandlungserfolges und damit letztendlich zur Vermeidung unnötiger Leistungsausgaben. Ob und inwieweit diese – durchaus plausible - Annahme tatsächlich zutrifft, lässt sich freilich erst durch gesundheitsökonomische Studien klären.

Eine interkulturelle Öffnung des Altenhilfesystems bedeutet aber auch den Abbau von Zugangsbarrieren, und hier kann auf der kommunalen Ebene mit vergleichsweise bescheidenem Mitteleinsatz eine Menge bewegt werden. Wünschenswert wären, wie weiter oben bereits dargelegt, Beratungsstellen und Informationsangebote in Wohnquartieren, in denen viele ältere Migrantinnen und Migranten leben. Erfahrungsgemäß erleichtert die Präsenz in Nachbarschaften den Zugang zu ansonsten schwer erreichbaren Zielgruppen. Insofern bietet ein Engagement in diesem *Setting* die Chance, dass ältere Migrantinnen und Migranten ihre Interessen und Erwartungen formulieren sowie Selbsthilfepotenziale aktivieren können.



Literatur

Arbeitnehmerkammer Bremen (Hg.) (2003): Armut in Bremen. Bericht 2003. Bremen.

Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege (Hg.) (2002): Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung. Köln.

AWO Bremen (Hg.) (2003): Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe. Bearbeitet von Gabriele Becker und Dr. Suna Wölk im Auftrag der AWO Bremen, Referat Altenhilfe und Migration, gefördert durch den Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Bremen.

Backes, GM., Clemens, W. (1998): Lebensphase Alter. Weinheim und München: Juventa Verlag

Berger-Schmitt, R. (2003): Geringere familiäre Pflegebereitschaft bei jüngeren Generationen. Analysen zur Betreuung und Pflege alter Menschen in den Ländern der Europäischen Union. In: Informationsdienst soziale Indikatoren (ISI), Nr. 29, S. 12-15

Bude, H. (1995): Die Rekonstruktion kultureller Sinnsysteme. In: Flick, U. u.a. (Hg.): Handbuch qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz-Verlag. 2. Auflage

Baric-Büdel, D. (2003): Zwischen Zukunft und Tradition. In: Altenpflege, Fachmagazin für die ambulante und stationäre Altenpflege. 28/2 (Februar).

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1995): Entwicklung von Konzepten und Handlungsstrategien für die Versorgung älter werdender und älterer Ausländer. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung und Beratung. Bearbeitet von Elke Olbermann und Martia Dietzel-Papkyriakou. Dortmund.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000): Sechster Familienbericht: Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen, Belastungen, Herausforderungen. Deutscher Bundestag, Drucksache 14/4357.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und



Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen.
Berlin

Dallmann, H-U. (2003): Wer ist hier verantwortlich? Ethik im Gesundheitswesen zwischen Verantwortung und Schuld. In: Dr. Mabuse Zeitschrift im Gesundheitswesen, 141, S. 41–44.

Die Ausländerbeauftragte des Landes Bremen (Hg.) (1997): Das deutsch-türkische Rentenrecht. Anspruchserwerb und Beitragserstattung. Bremen.

Die Ausländerbeauftragte des Landes Bremen (Hg.) (2000): Älter werden bei uns im Land Bremen. Informationen rund um die Altenhilfe für ältere Migrantinnen und Migranten, Bremen.

Die Ausländerbeauftragte des Landes Bremen (2003): Integration und Zuwanderung. Entwicklungen im Land Bremen 2001/2003. Eine Zwischenbilanz (Bericht an die Bremer Bürgerschaft). Bremen.

Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002): Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin und Bonn

Dietzel-Papakyriakou, M. (1992): Alter und Gesundheit. Die besondere Gefährdung von Arbeitsmigranten. In: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (Hg.): Rückkehren oder Bleiben – Deutschland und seine alten Migranten. Bonn.

Dietzel-Papakyriakou, M., Olbermann, E. (2001): Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In: Marschalck, P., Wiedl, KH. (Hg.): Migration und Krankheit. Schriften des Instituts für Migrationsforschung und interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück, Bd. 10. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch

Dymarczyk, C. (2003): Das Altenheim aus Perspektive des Pflegepersonals – Lebensort für die eigene Zukunft? Bad Neuahr: Wehl Verlag

Ertl, A. (2001): Kultursensible Pflege – das Nadelöhr zu einer individuellen Pflege für alle. In: Kaewnetara, E., Uske, H. (Hg.): Migration und Alter. Auf dem Weg zu einer kulturkompetenten Altenarbeit. Konzepte – Methoden – Erfahrungen. Duisburg.



Freie und Hansestadt Hamburg (1998): Älter werden in der Fremde. „Wohn und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger.“ Sozial-empirische Studie. Hamburg.

Gesetz über die Einreise und den Aufenthalt von Ausländern im Bundesgebiet (Ausländergesetz - AuslG) i.d.F. der Bekanntmachung vom 9.Juli 1990, zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. Januar 2002

Habermann, M. (2002): Interkulturelle Pflege und Therapie. Qualitätssicherung auch für Migranten? In: Dr. Mabuse Zeitschrift im Gesundheitswesen, 136, S. 22–26

Häußermann, H., Siebel, W. (2001): Soziale Integration und ethnische Schichtung. Gutachten im Auftrag der Unabhängigen Kommission „Zuwanderung“. Berlin/Oldenburg

Huisman, A., Raven, U. (2001): Germany. In: Huisman, A. u.a. (Hg.), Demenzerkrankungen bei Migranten in der EU, Verbreitung, Versorgungssituation und Empfehlungen. Bielefeld

Institut der deutschen Wirtschaft (1999): „Renten ohne Grenzen“. In: iwd - Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft, Nr. 49, 9. Dezember 1999. Köln

Kelle, U., Kluge, S. (1999): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Opladen: Leske+Budrich

Lipsmeier, G. (1999): Standard oder Fehler? Einige Eigenschaften von Schätzverfahren bei komplexen Stichprobenplänen und aktuelle Lösungsansätze. In: ZA-Information 44, hg. vom Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung, S. 96-117

Mane, G., Tan, D. (2000): Migration und Alter. Perspektiven der sozialen Arbeit mit Migranten in vier europäischen Städten. In: Freese, G. (Hg.), Erfahrungen und Modelle erfolgreichen Arbeitens mit MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialwesen. Loccumer Protokolle 27/99

Meng, Frank (2000): Migration und Integration 2000. Daten und Fakten zur Entwicklung im Land Bremen, hg. von der Ausländerbeauftragten des Landes Bremen. Bremen



Moers, M. (2001): Professionalisierung der Pflege. Bloße Statusaufwertung oder bessere Betreuung Pflegebedürftiger? In: Dr. Mabuse Zeitschrift im Gesundheitswesen, 134, S. 34–37

ProSano Internationaler Pflegedienst (2002): Beratungsprojekt Hayat Bakimi. Abschlussbericht 14. 2. 2000 –15. 5. 2002. Bearbeitet von Dipl. Soz.päd. Ekrem Kömürçü. Bremen

Petrowsky, W. (2001): „Die Einwanderungsstadt und die amtliche Statistik“ in: Gestring, N. u.a. (Hg.), Jahrbuch StadtRegion 2001, Schwerpunkt: Einwanderungsstadt. Opladen: Leske+Budrich.

Petrowsky, W., Tempel, G. (1995): Ausländer in der Stadt Bremen. Beiträge zu einer Bremen-Monographie, hrsg. von der ZWE „Arbeit und Region“ (Universität Bremen). Bremen

Potthoff P. u.a. (1999): Ablauf und Ergebnisse der Feldarbeit beim Bundes-Gesundheitssurvey. In: Das Gesundheitswesen, Jg. 61, Sonderheft 2, S62-S67

Robert-Koch-Institut (Hg.) (2002): Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10. Hg. vom Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Berlin.

Rosenblatt, Bernhard von (2001): Erstbefragung 2000 der SOEP-Stichprobe F. Methodenbericht, hg. von Infratest Sozialforschung. München.

Sachweh, S. (2002): Noch ein Löffelchen? Effektive Kommunikation in der Altenpflege. Bern

Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz (Hg.) (1998): Altenplan für die Stadtgemeinde Bremen. 2., redaktionell überarbeitete Auflage. Bremen.

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2000), Konzeption zur Integration von Zuwanderern und Zuwanderinnen im Lande Bremen. Grundsätze, Leitlinien und Handlungsempfehlungen für die bremische Integrationspolitik. Bremen.

Schmidt-Fink, E., Zwick, M. (2002): Neue Wege in der Pflege. Zur Notwendigkeit kulturkompetenter Pflege. In: AiD, Ausländer in Deutschland, Heft 1/2002, 18. Jg.



Stadt Aachen (Hg.) (2002): Gesundheit und Pflege Älterer Migranten. Siebzehnter Bericht zur Altenplanung, hg. vom Oberbürgermeister der Stadt Aachen. Aachen.

Thefeld, W. u.a. (1999): Bundes-Gesundheitssurvey: Response, Zusammensetzung der Teilnehmer und Non-Responder-Analyse. In: Das Gesundheitswesen, Jg. 61, Sonderheft 2, S57-S61.

Yildirim-Fahlbusch, Y. (2003): Kulturelle Missverständnisse. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100, Heft 18, C928-C930

Datenquellen und Datengeber

1. Ausländerzentralregister
2. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW): Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) 1984-2001
3. Einwohnermeldeamt Stadtgemeinde Bremen: Einwohnermelderegister
4. Institut für Bevölkerungsentwicklung und Sozialpolitik, zit. nach: Das Parlament, 53. Jg. Nr. 12, 17. März 2003
5. Landesamt für Statistik der Freien Hansestadt Bremen
6. Robert Koch-Institut, FG 21 – Epidemiologisches Datenzentrum: Public Use File BGS98, Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Berlin 2000
7. Statistisches Bundesamt Wiesbaden

G

G
