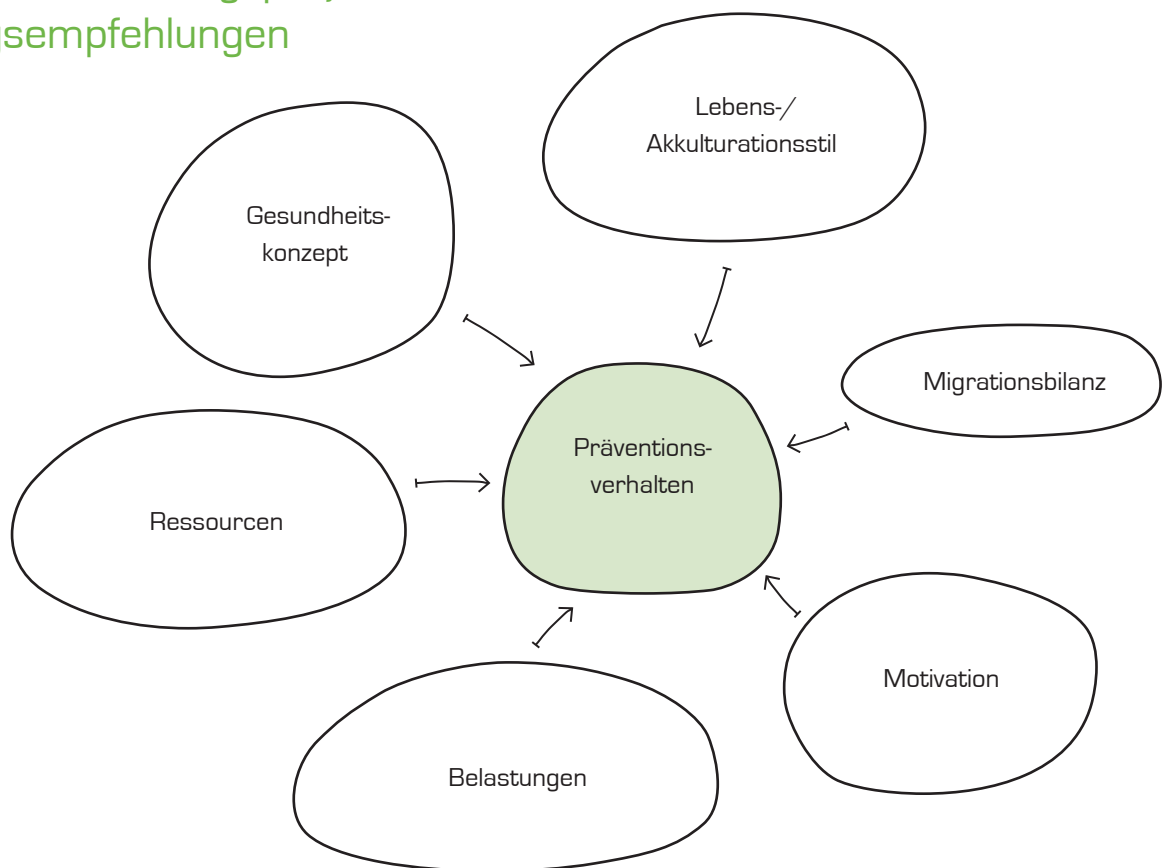




Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund

Ergebnisse des Forschungsprojektes und Handlungsempfehlungen



Diese Veröffentlichung ist im Rahmen des Forschungsprojektes „Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund“ entstanden. Das diesem Bericht zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 01EL0711 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt beim Autor.

Impressum

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./
Institut für Gerontologie an der TU Dortmund
Evinger Platz 13
44339 Dortmund
Tel.: 0231 728488-0
orka@post.uni-dortmund.de
www.ffg.tu-dortmund.de

Bearbeitung

Dr. Elke Olbermann
Arthur Drewniok
Claudia Lak

Gestaltung

Fortmann.Rohleder Grafik.Design, Dortmund

Druck

print+plot Digitaldruck, Lünen

Dortmund, November 2010

Inhalt

| | |
|--|----|
| Vorwort | 4 |
| Einleitung: Grundlagen und Relevanz der Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren MigrantInnen | |
| Zum Verständnis von Gesundheit | 5 |
| Zur Gesundheit älterer MigrantInnen | 6 |
| Aktuelle Situation der Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren MigrantInnen | 7 |
| Das Forschungsprojekt Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund | |
| Zielsetzung und Methode | 8 |
| Zugänge zu Angeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention | 9 |
| Wirksamkeit von Angeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention | 11 |
| Selbsthilfe, Selbstorganisation und Beteiligung im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention | 13 |
| Präventionstypen | 15 |
| Typ 1: „Aktive Gemeinschaftsorientierte“ | 16 |
| Typ 2: „Passive Gemeinschaftsorientierte“ | 18 |
| Typ 3: „Aktive Individualisten“ | 21 |
| Typ 4: „Passive Individualisten“ | 23 |
| Kommunale Strukturen der Gesundheitsförderung und Primärprävention | 26 |
| Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren MigrantInnen | 28 |
| Literatur | 30 |

Vorwort

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund gehören zu den Bevölkerungsgruppen, die von besonderen gesundheitlichen Belastungen und Risiken betroffen sind. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sind daher von großer Bedeutung, um die Lebensqualität älterer Menschen mit Migrationshintergrund zu fördern und ihnen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben im Alter zu ermöglichen.

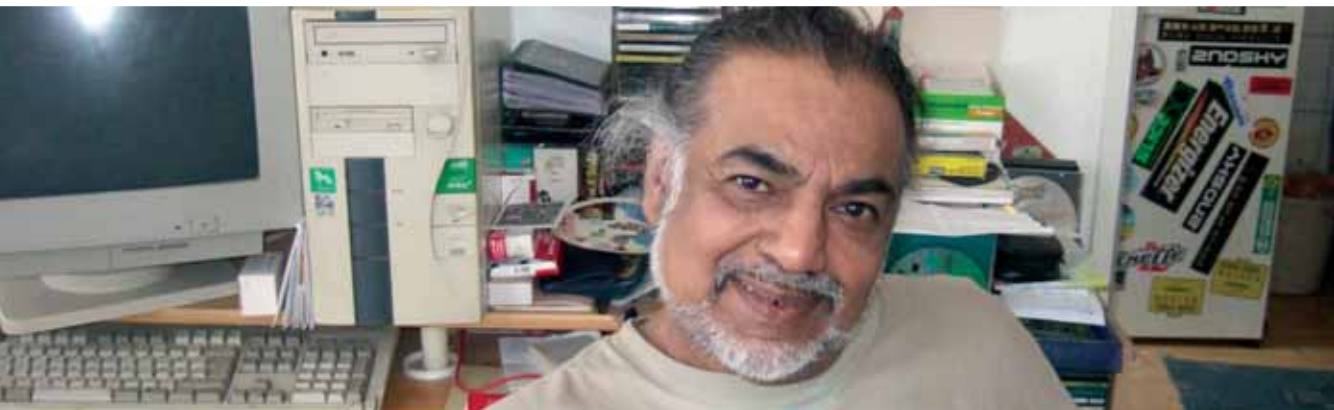
Derzeit werden ältere Migrantinnen und Migranten allerdings kaum von präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten erreicht. Zukünftig gilt es daher, migrationsgeprägte Lebenslagen und Lebensstile in den Konzepten von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen stärker zu berücksichtigen.

Der vorliegende Praxisleitfaden entstand im Rahmen des Forschungsprojektes „Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund“. Es hatte eine Laufzeit von drei Jahren (10/2007–11/2010) und wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Forschungsschwerpunktprogramms Präventionsforschung gefördert. Untersucht wurde sowohl das individuelle Präventionsverhalten als auch die strukturellen Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung im Hinblick auf die Bevölkerungsgruppe älterer Migrantinnen und Migranten.

In dem Praxisleitfaden werden zentrale Ergebnisse der Studie und daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen dargestellt. Er soll Sozial- und Gesundheitsdienste sowie weitere Organisationen auf kommunaler Ebene für Zusammenhänge von Alter, Migration und Gesundheit sensibilisieren und zentrale Grundlagen sowie konkrete Orientierungen für die Konzeption und Umsetzung von präventiven und gesundheitsfördernden Interventionen bezogen auf ältere Menschen mit Migrationshintergrund aufzeigen. Detaillierte Informationen zur methodischen Vorgehensweise und weitere Ergebnisse sind in dem Schlussbericht des Projektes veröffentlicht.

Die Durchführung des Projektes erfolgte in Kooperation mit der AWO Integrations gGmbH Duisburg, dem AWO Ortsverein Marxloh international, dem AWO Kreisverband Mönchengladbach und dem Deutsch-Russischen Integrationsverein in Mönchengladbach. Wir danken diesen Praxispartnern für die gute Zusammenarbeit und ihre engagierte Unterstützung im Projektverlauf. Unser besonderer Dank gilt den älteren zugewanderten Menschen, die sich als InterviewpartnerInnen an den Befragungen beteiligt haben. Ohne ihre vertrauensvolle und engagierte Mitwirkung wäre die Durchführung des Projektes nicht möglich gewesen. Dies gilt auch für die MitarbeiterInnen von Einrichtungen und Diensten, die wir im Rahmen der Expertenbefragungen interviewt haben und denen wir an dieser Stelle ebenfalls herzlich danken.

Dortmund, November 2010
Elke Olbermann



Grundlagen und Relevanz der Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren MigrantInnen

Bevor auf die Projektergebnisse eingegangen wird, erfolgt zunächst eine kurze Einführung in die Thematik. Dabei werden ausgewählte Grundkonzepte zum Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung sowie der empirische Forschungsstand zur Gesundheit älterer MigrantInnen skizziert. Dies dient nicht nur der Beschreibung der Ausgangslage des Projektes. Vielmehr werden damit bereits wesentliche handlungsleitende Grundlagen aufgezeigt, die bei der Weiterentwicklung der Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung bezogen auf zugewanderte ältere Menschen zukünftig stärker berücksichtigt werden sollten.

Zum Verständnis von Gesundheit

„Gesundheit ist ein Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Behinderung.“ Ausgehend von dieser umfassenden Gesundheitsdefinition formulierte die Weltgesundheitsorganisation 1986 mit der Ottawa-Charta ein Verständnis von Gesundheitsförderung, das eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen – als Individuum, das in seine Lebenswelt eingebunden und von dieser mitbestimmt ist – fordert. In diesem Sinne ist Gesundheitsförderung als Prozess zu verstehen, der alle Lebensbereiche umfasst und neben den körperlichen Fähigkeiten ebenso die Entfaltung sozialer und individueller Ressourcen einschließt. Allen Menschen soll ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht werden. Entsprechend gilt es, über die Förderung persönlicher Kompetenzen hinaus politische Voraussetzungen für die eigene Interessensvertretung zum Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit zu schaffen und „die Menschen selber als die Träger ihrer Gesundheit anzuerkennen und sie zu unterstützen und auch finanziell zu befähigen, sich selbst, ihre Familien und Freunde gesund zu erhalten. Soziale Organisationen und die Gemeinde sind dabei als entscheidende Partner im Hinblick auf Gesundheit, Lebensbedingungen und Wohlbefinden zu akzeptieren und zu unterstützen.“ (WHO, 1986, S. 6)

Eine wesentliche Grundlage dieser weiter gefassten Betrachtung von Gesundheit und Gesundheitsförderung ist das Konzept der Salutogenese (= Entstehung von Gesundheit). Im Unterschied zum biomedizinischen Ansatz der Pathogenese (= Entstehung von Krankheit), der von der Frage ausgeht, „Was macht die Menschen krank?“, rückt der Ansatz der Salutogenese die Frage in den Vordergrund, „Was hält die Menschen gesund?“. Im salutogenetischen Modell markieren Gesundheit und Krankheit

zwei Pole, zwischen denen der Mensch sich bewegt, ohne sie vollständig zu erreichen. Das heißt: Niemand ist völlig gesund und niemand ist völlig krank. Vielmehr ist es eine kontinuierliche Leistung jedes einzelnen, unter den jeweils gegebenen Umständen Gesundheit aufrecht zu erhalten. Ob jemand stärker in Richtung des Gesundheitspols oder in Richtung des Krankheitspols geht, hängt einerseits von der Zahl und Qualität der auf ihn einwirkenden Risiken, andererseits von den persönlichen und sozialen Schutzfaktoren ab, über die ein Mensch verfügt und die es ihm ermöglichen, die Wirkung von Risiken abzumildern. Salutogenetische Ansätze setzen somit nicht bei den Risikofaktoren an, sondern versuchen die Schutzfaktoren (auch Ressourcen genannt) zu steigern (Antonovsky, 1997).

Dadurch erhält die psychische und soziale Komponente einen deutlich höheren Stellenwert als in der Fokussierung auf Erkrankungen. Gesundheitsförderung muss nach diesem Verständnis in das gesamte infrastrukturelle, ökologische und soziale Umfeld integriert sein. Schließlich enthält das Konzept auch eine politische Komponente, da Selbstbestimmung, Emanzipation und Persönlichkeitsentfaltung des Individuums als Voraussetzung für effektive Gesundheitsförderung verstanden werden.

Dies verweist schließlich auf die Bedeutsamkeit von Empowerment als ein weiteres zentrales Konzept in der Gesundheitsförderung (Walter, Schneider & Plaumann, 2008). Mit Empowerment bezeichnet man Strategien und Maßnahmen, die geeignet sind, das Maß an Selbstbestimmung und Autonomie im Leben der Menschen zu erhöhen und sie in die Lage zu versetzen, ihre Belange (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortet und selbstbestimmt zu vertreten und zu gestalten. Empowerment bezeichnet dabei sowohl den Prozess der Selbstbemächtigung als auch die professionelle Unterstützung der Menschen, ihre Gestaltungsspielräume und Ressourcen wahrzunehmen und zu nutzen.

Zur Gesundheit älterer MigrantInnen



Ältere Menschen mit Migrationshintergrund gehören zu den Bevölkerungsgruppen, die von besonderen gesundheitlichen Belastungen und Risiken betroffen sind. Dabei kommen sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogene Faktoren zum Tragen, die wesentlich von einer durch kumulative Benachteiligungen gekennzeichnete Ungleichheitsposition der älteren Migrantinnen und Migranten geprägt sind (Dyck, 2008; Olbermann, 2006; Dietzel-Papakyriakou & Olbermann, 2001). Ältere Zugewanderte bzw. Ältere mit ausländischer Staatsangehörigkeit verfügen im Vergleich zu einheimischen Älteren seltener über einen hohen und häufiger über gar keinen Schulabschluss. Sie sind bzw. waren häufiger als gering qualifizierte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer an physisch und psychisch belastenden Arbeitsplätzen tätig, sind häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen, verfügen über geringere Einkommen und weisen ein deutlich höheres Armutsrisiko auf. Die Wohnverhältnisse erfüllen zwar meist den Mindeststandard, bezüglich der Wohnungsgröße, der Ausstattung mit Balkon oder Terrasse, der Verfügbarkeit von Haushaltsgeräten, Computern und PKW sowie der Qualität des Wohnumfeldes nicht zuletzt im Hinblick auf das Vorhandensein von Grünflächen sind jedoch deutliche Nachteile festzustellen. Hinzu kommen nicht selten psychische Belastungen infolge der migrationsbedingten Trennung von nahestehenden Familienangehörigen, aber auch aufgrund von Diskriminierungserfahrungen und fehlender Anerkennung im Aufnahmeland.

Fehlende oder unzureichende Deutschkenntnisse, Informationsdefizite und mangelnde interkulturelle Kompetenz der Fachkräfte in sozialen und gesundheitlichen Einrichtungen und Diensten erschweren die Inanspruchnahme und tragen zur Fehl- und Unterversorgung bei. Schließlich sind bei älteren Zugewanderten bestimmte risikobehaftete Gewohnheiten und Verhaltensweisen stärker verbreitet, die sich bei den älteren zugewanderten Männern in höheren Raucherquoten und bei den älteren zugewanderten Frauen in einem höheren Anteil von Übergewichtigen niederschlagen. Angesichts der Kumulation verschiedener verhältnis- und verhaltensbedingter Risikofaktoren stellen ältere Migrantinnen und Migranten eine besonders vulnerable Gruppe dar, deren Chancen für ein gesundes

Altern erheblich beeinträchtigt sind. Während belastbare epidemiologische Daten zum objektiven Gesundheitszustand älterer Zugewanderter weitgehend fehlen, spiegelt sich die gesundheitliche Chancenungleichheit in den Ergebnissen verschiedener Studien zum subjektiven Gesundheitszustand deutlich wider. Demnach ist bei den älteren MigrantInnen der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ beurteilen signifikant niedriger und der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einstufen signifikant höher als die entsprechenden Anteile bei den älteren Deutschen (Hubert, Althammer & Korucu-Rieger, 2009; Baykara-Krumme & Hoff, 2006; Özcan & Seifert, 2006).



Aktuelle Situation der Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren MigrantInnen

Die häufig prekären Lebenslagen und damit einhergehenden gesundheitlichen Gefährdungsaspekte älterer zugewanderter Menschen verweisen auf die Notwendigkeit einer umfassenden zielgruppenorientierten Prävention und Gesundheitsförderung, um die Lebensqualität älterer Menschen mit Migrationshintergrund zu fördern, ihnen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben im Alter zu ermöglichen und einer vorzeitig auftretenden Hilfe- und Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Speziell die noch relativ junge Altersstruktur dieser Bevölkerungsgruppe bietet dazu günstige Ausgangsbedingungen.



Gleichzeitig weisen Studien einen gegenwärtig deutlich geringeren Nutzungsgrad von präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten bei älteren MigrantInnen aus (Naegele, 2008). In einer bundesweiten Untersuchung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hollbach-Gröming & Seidel-Schulze, 2007) gaben 75,6% der befragten Städte, Gemeinden und Landkreise an, dass ältere MigrantInnen von seniorenbezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention nicht erreicht wurden. Ältere MigrantInnen waren damit die am wenigsten erreichte Zielgruppe, gefolgt von nicht mobilen älteren Menschen (57,7%) und sozial benachteiligten/bildungsfernen älteren Menschen (52,6%).

Es gibt vielfältige empirische Belege dafür, dass Prävention und Gesundheitsförderung in allen Altersphasen möglich und bis ins hohe Alter wirksam sind (Wurm & Tesch-Römer, 2007). Allerdings sind die Wirkungsmechanismen und -zusammenhänge konkreter präventiver und gesundheitsfördernder Interventionen noch nicht hinreichend untersucht und auch in vorliegenden Evaluationsstudien werden ältere MigrantInnen kaum berücksichtigt, so dass bislang auch nur wenig über die Wirksamkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei dieser in Zukunft stark wachsenden Zielgruppe bekannt ist.



Das Forschungsprojekt: Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund

Zielsetzung und Methode

Vor diesem Hintergrund zielte das Projekt „Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund“ auf die Gewinnung weiterführender Erkenntnisse zur Inanspruchnahme und zur Wirksamkeit von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie zu den Potenzialen der Selbsthilfe, Selbstorganisation und Beteiligung älterer MigrantInnen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Die Ergebnisse sollen Handlungswege aufzeigen zur Entwicklung effektiver, zielgruppengerechter Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, zur Erschließung neuer Zugangsmöglichkeiten zur Zielgruppe sowie zum Auf- und Ausbau von partizipativen, gesundheitsfördernden Strukturen, die eine aktive Mitgestaltung älterer MigrantInnen ermöglichen.

Ausgehend von einem qualitativen Forschungsansatz wurden in drei Erhebungswellen (in den Jahren 2008, 2009, 2010) leitfadengestützte Interviews mit älteren Menschen mit Migrationshintergrund und mit ExpertInnen in Duisburg und in Mönchengladbach durchgeführt. Zudem fanden zwischen den Erhebungswellen in den beiden Projektstandorten Werkstattgespräche mit VertreterInnen der Zielgruppe sowie relevanter örtlicher Einrichtungen, Organisationen, Vereine statt, um die Untersuchungsergebnisse zu diskutieren und gemeinsam Handlungsperspektiven zu entwickeln.

Insgesamt konnten im Laufe der drei Erhebungswellen 103 leitfadengestützte Interviews mit insgesamt 49 MigrantInnen im Alter von 50 Jahren und mehr durchgeführt werden. Die Stichprobe setzt sich zusammen aus 23 Männern und 26 Frauen, 35 Verheirateten und 14 Alleinstehenden. 22 der Befragten waren 51–60 Jahre, 21 waren 61–70 Jahre und 6 waren über 70 Jahre alt. Die Untersuchungsgruppe umfasst sowohl ArbeitsmigrantInnen, (Spät-)AussiedlerInnen und Flüchtlinge, wobei es sich überwiegend um Zugewanderte aus der Türkei (20 Befragte) und aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion (18 Befragte) handelt. Die übrigen elf Befragten sind ZuwanderInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Polen, Bulgarien, Afghanistan und Indien. 29 der Befragten nahmen im Untersuchungszeitraum an organisierten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung teil, während 20 Befragte keine entsprechenden Angebote in Anspruch nahmen.

Die Interviews wurden von geschulten InterviewerInnen in der Regel in der jeweiligen Muttersprache der Befragten durchgeführt. Sämtliche Interviews wurden aufgezeichnet, übersetzt, transkribiert und mit Unterstützung des qualitativen Datenanalyseprogramms MAXQDA ausgewertet (weitere Informationen zur methodischen Vorgehensweise siehe Schlussbericht des Projektes).

Zugänge zu Angeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention

Bezogen auf das Vorhabenziel der Untersuchung von neuen Zugangsmöglichkeiten für ältere MigrantInnen wurde von folgenden Fragestellungen ausgegangen: Unter welchen Voraussetzungen nehmen ältere MigrantInnen an Präventionsmaßnahmen teil? Welche Zugangsarten zu Maßnahmen im Gesundheitssystem bestehen und werden genutzt? Welche Ansätze werden von den älteren Menschen mit Migrationshintergrund angenommen und als sinnvoll erachtet? Welche Bedeutung kommt der geschlechts- bzw. altersspezifischen Ausrichtung von Angeboten zu? Wie gestaltet sich die Akzeptanz von interkulturellen bzw. ethnien-spezifischen Ansätzen?

Im Rahmen der Interviews konnten aus der Perspektive der befragten älteren MigrantInnen eine Vielzahl von förderlichen und hemmenden Faktoren identifiziert werden, die sich auf die Teilnahme an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen auswirken. Diese beziehen sich insbesondere auf die Art der Ansprache, die Zusammensetzung des Teilnehmerkreises, die Art und den Umfang der Finanzierung bzw. der Kostenbeteiligung, die inhaltliche Ausrichtung und die Gestaltung sowie die konkrete Durchführung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Ergebnisse zu den Zugängen ergeben folgendes Bild:

→ Die Möglichkeiten der sprachlichen Verständigung (Herkunftssprache) sind für den Zugang von zentraler Bedeutung.

„Ich lebe ca. seit 40 Jahren in Deutschland. Eine Sache finde ich sehr traurig und zwar, dass wir kein Deutsch gelernt haben. Es ist egal, wie du das jetzt interpretieren wirst. Da ich nicht so gut Deutsch spreche, kann ich keine Gespräche führen. Es wäre wünschenswert, wenn wir besser Deutsch sprechen könnten und mit den Deutschen kommunizieren könnten. Leider konnten wir es nicht lernen.“ (63 J., männl., Herkunft: Türkei)

→ Die Vermittlung des Zugangs durch vertraute Bezugspersonen spielt eine große Rolle. Die befragten TeilnehmerInnen von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen sind vor allem durch persönliche Kontakte aus dem Freundes- und Familienkreis zu den Angeboten gekommen. In der Regel ist eine direkte persönliche Ansprache notwendig. Die Relevanz und der Nutzen der Maßnahmen muss im persönlichen Gespräch vermittelt und die Teilnahme konkret begleitet werden

„Freunde ... Sie waren schon Mitglieder und dann sind wir auch gegangen.“ (70 J., männl., Herkunft: Osteuropa)

„Gestern hat mir das ein Bekannter erzählt, er kam gerade von der (Krankenkasse) ... Ich weiß nicht. Ich habe kaum Information über solche Sachen. Ich wusste nichts davon.“ (63 J., weibl., Herkunft: Asien)

→ Kostengünstige bzw. kostenfreie Angebote sind für die meisten älteren MigrantInnen eine notwendige Voraussetzung der Teilnahme. Die Finanzierungspraxis der Krankenkassen (Vorfinanzierung und Rückerstattung bei Nachweis einer regelmäßigen Teilnahme) findet wenig Akzeptanz bzw. wird angesichts der häufig engen finanziellen Spielräume von den älteren MigrantInnen als nicht realisierbar erlebt.

„Früher konnten wir zwei Mal in der Woche schwimmen gehen. Das wurde finanziert. Oder Yoga gab es über das ganze Jahr. Aber jetzt warten die Leute auf die Gelder, damit die Kurse wieder laufen. Ich frage immer wieder nach, aber die Antwort ist leider immer nein. Momentan

gibt es keine Kurse. Man könnte es auch alles privat machen, aber dafür fehlt einem das Geld.“
(63 J., männl., Herkunft: Türkei)

- ⇒ Der Gruppenkontext bzw. regelmäßig stattfindende Treffen älterer MigrantInnen sind wichtige Zugangsförderer bzw. erleichtern die Inanspruchnahme von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Der Gruppenzusammenhang fördert zudem die Kontinuität der Teilnahme an Präventionsmaßnahmen. Ohne Gruppenanbindung ist die Beteiligung unregelmäßiger und ein Abbruch wahrscheinlicher. Gegenseitige Motivation und Aktivierung sind wichtige Rahmenbedingungen.

„Natürlich spielt da Faulheit eine Rolle, von daher mache ich es nicht alleine, aber durch meine Freunde hatte ich das Muss-Gefühl mitzumachen, und je weiter ich mich dazu zwingen, tut es mir eigentlich gut ...“ (66 J., männl., Herkunft: Türkei)

- ⇒ Die Wohnortnähe bzw. eine gute Anbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist angesichts der oft eingeschränkten Mobilität älterer MigrantInnen ebenfalls ein entscheidender Faktor für die Teilnahme.

„Außerdem ist es zu weit für mich und ich kann nicht diese Strecke jedesmal gehen. Nachdem ich mit dem Bus gefahren bin, muss ich noch einmal eine lange Strecke laufen.“ (68 J., weibl., Herkunft: Türkei)

- ⇒ Spezifische Angebote für Männer und Frauen können hilfreich sein (aufgrund anderer Interessen, Schamgefühle etc.) und sind teilweise eine notwendige Voraussetzung für die Teilnahme. Geschlechtsspezifische Angebote sind jedoch – auch bei den älteren MigrantInnen aus der Türkei bzw. muslimischen Glaubens – nicht immer erforderlich und gemeinsame Angebote werden teilweise ebenfalls ausdrücklich gewünscht.

„Ich halte es nicht für nötig. Ich bin bei allem dabei, ich besuche auch gemischte Gruppen. Aber ich bevorzuge nicht die gemischte Sauna. Ich habe mir einige Sportzentren angeschaut um zu gucken. Es gab keine Sauna für Frauen. ... Wir, als Musliminnen, bevorzugen es nicht.“ (61 J., weibl., Herkunft: Türkei)

„Wir haben uns daran gewöhnt, dass die Gruppen gemischt sind. Viele haben uns gesagt, dass sie neidisch auf unsere Gruppe sind. ... Es ist alles sehr freundschaftlich ... Jeder unterhält sich mit dem anderen oder setzt sich dazu. Da dürfen wir uns nicht hinsetzen, da sitzen nur Frauen. So etwas gibt es bei uns nicht.“ (63 J., männl., Herkunft: Türkei)

- ⇒ Zu beachten ist auch, dass einige Befragte ethnischspezifische Gruppen für problematisch halten. Von diesen älteren MigrantInnen werden z.B. im Sinne einer Anerkennung der Verschiedenheit explizit ethnisch gemischte Angebotsformen gewünscht. Die Akzeptanz ihrer Person in ihrer Einzigartigkeit ist für diese Menschen ein besonderes Anliegen.

„Also z.B. in dieser Gruppe. Ich habe da einen Freund, wir kennen uns seit 44 Jahren und der gibt sich so viel Mühe. ... Und der kriegt keine Unterstützung dieser Gruppe, weil die nur in ihrer Sprache sprechen. ... Ja, das ist auch ein Problem.“ (65 J., männl., Herkunft: Asien)

„Ja, ich würde zu einer rein türkischen Gruppe nicht hingehen. ... Warum soll ich mich ausgrenzen? ... Nicht weil meine Heimatsleute schlecht sind. Solche Freunde habe ich auch, aber ich möchte so nicht leben. ... Das mache ich nicht. ... Wenn es aber eine gemischte Gruppe wäre, dann würde ich hingehen. Mit gemischt meine ich nicht Mann und Frau. Ich meine Deutsche, Türken und andere Menschen. Es müssen aber Frauen sein.“ (59 J., weibl., Herkunft: Türkei)

Im Hinblick auf weitere Rahmenbedingungen, die eine Teilnahme an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen begünstigen, wurden von den Befragten insbesondere folgende Aspekte hervorgehoben:

- Einige wünschen eine Überschaubarkeit des Teilnehmerkreises bei den Kursangeboten: Kleine Gruppen ermöglichen ein intensives Kennenlernen und das Gefühl der Vertrautheit. Gegenseitiges Verständnis und Unterstützung werden zudem durch die Zugehörigkeit zur gleichen Altersgruppe begünstigt („Man kann sich in den anderen hineinversetzen“). Die TeilnehmerInnen fühlen sich unter Gleichaltrigen weniger unter Druck gesetzt, jeder kann sich entsprechend seiner Möglichkeiten beteiligen.
- Eingewöhnungsphase: Ein langsamer Einstieg, der genügend Zeit zum Eingewöhnen gibt, ist wichtig, u.a. da die Bewegungen in den Kursen z.T. ungewohnt sind und um Überforderungen zu vermeiden.
- Angebote sollten an die Fähigkeiten der TeilnehmerInnen angepasst bzw. flexibel gehandhabt werden (z.B. Teilnahme an Schwimmkurs auch für Nichtschwimmer ermöglichen etwa durch Übungen im Nichtschwimmerbereich, Aquagymnastik etc.).

„Bevor ich mit den Kursen anfang, habe ich über die Menschen oder vielmehr die Leute mit anderen Augen betrachtet. Ich habe sie kennengelernt und es ist anders. Wenn ich woanders mit den Kursen angefangen hätte, gäbe es meiner Meinung nach Altersunterschiede, da wir uns hier alle kennen, habe ich keine Schwierigkeiten. Den Unterschied sehe ich hier gar nicht. Da wir auch nicht so viele Teilnehmer sind, versteht man sich viel besser, man kann sich in gewisse Situationen hinein versetzen und unterstützen und behilflich sein. Wenn junge Leute in unserem Kurs wären, gäbe es bestimmt Konflikte, weil die Jugendlichen viel schneller sind als wir älteren und das würde vielleicht einige unter Druck setzen. Da wir alle in ähnlichem Alter sind, haben wir es nicht schwer. Beim Schwimmen ist es halt so, dass jeder seinen eigenen Schwimmstil und Rhythmus hat und das ist normal.“ (60 J., weibl., Herkunft: Türkei)

Zu berücksichtigen ist aber auch, dass nicht alle älteren MigrantInnen an gesundheitsfördernden Gruppenangeboten interessiert sind. Hierbei kommen zum einen Befürchtungen vor sozialer Kontrolle und „das Gerede“ innerhalb der eigenen Herkunftsgruppe zum Tragen. Zum anderen gibt es auch ältere Zugewanderte, die gesundheitsfördernde Aktivitäten eher alleine im privaten Raum ausüben bzw. ausüben möchten und hierfür keine Gruppenanbindung brauchen oder wünschen.

Wirksamkeit von Angeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention

Über die Untersuchung von Zugangswegen hinaus umfasste das Forschungsprojekt die Evaluation von mehreren, inhaltlich unterschiedlich ausgerichteten präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen. Neben spezifischen Maßnahmen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung wie Schwimm-, Bewegungs- und Yogakurse oder Vortragsreihen gehörten hierzu auch eher unspezifische Begegnungsangebote wie Frühstücks- und Frauentreffs.

Entsprechend des qualitativen Forschungsansatzes ging es darum, die subjektiven Bedeutungen und Sinnzuschreibungen, die ältere MigrantInnen mit den jeweiligen Maßnahmen und Angeboten verbinden, zu untersuchen und somit die Wirksamkeit aus der „Innensicht“ der Teilnehmenden zu erfassen. Die UntersuchungsteilnehmerInnen wurden danach gefragt, warum sie daran teilnehmen, wie sie die Teilnahme erleben, welche Erfahrungen sie damit gemacht haben und wie wichtig diese Angebote für sie sind.

Die Untersuchungsergebnisse verweisen auf ein weites Spektrum von miteinander verknüpften Effekten der Belastungsreduzierung und Ressourcenvermehrung. Diejenigen befragten älteren MigrantInnen, die bisher an gesundheitsfördernden Maßnahmen teilgenommen haben, berichten von vielfältigen positiven Wirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden. Hierzu gehören im Einzelnen¹:

→ **Physische Effekte:** Verbesserung der Beweglichkeit, Verringerung oder Verschwinden von Schmerzen, Steigerung der Fitness

„Durch Schwimmen gehen meine Rückenschmerzen weg, weil sich die Muskulatur lockert, beim Yogakurs ist es genau so, da entspannt man. Ja heute habe ich seit 24 Jahre Asthma, ich habe eine 100% Behinderung. Dadurch, dass ich für meine Gesundheit was tue, habe ich seit Jahren keinen Anfall mehr gehabt, Gott sei Dank!“ (63 J., weibl., Herkunft: Türkei)

→ **Psychische Effekte:** Entspannung und Stressabbau, Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein, Emotionale Stabilität

„Für mich ist es aber sehr wichtig, Kontakt zu anderen Menschen zu haben. Auch, mit diesen Menschen zu sprechen, ... mit ihnen zu lachen, das bedeutet mir sehr viel ... Das erhält unser Leben, unsere Seele.“ (51 J., weibl., Herkunft: Osteuropa)

→ **Soziale Effekte:** Erweiterung der sozialen Kontakte, Soziale Unterstützung, Aktivierung und soziale Teilhabe

„Also diese Angebote sind für uns, besonders für uns, für Rentner absolut wichtig. Sich da zu sammeln mit Freunden, mit Heimatleuten, sich austauschen und unterhalten, das ist sehr wichtig.“ (74 J., männl., Herkunft: Türkei)

→ **Lerneffekte / Kompetenzerweiterung:** Gesundheitswissen, Bewältigungsstrategien, Gesundheitsverhalten, Sozialverhalten

„... durch diese Veranstaltungen habe ich viel gelernt, Und dann finde ich es sehr schön, dass man noch etwas lernen kann und weitergeben ... dass man weiter anderen Leuten helfen kann, oder Informationen weitergeben, nicht nur für mich selber.“ (52 J., weibl., Herkunft: Bulgarien)

Die Untersuchungsergebnisse verdeutlichen den hohen subjektiven Stellenwert präventiver und gesundheitsfördernder Angebote bei älteren MigrantInnen und zeigen, dass sich die Teilnahme positiv auf das Wohlbefinden auswirkt. Den psycho-sozialen Aspekten kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Die Wirkungen gesundheitsfördernder Angebote werden von den älteren TeilnehmerInnen mit Migrationshintergrund nicht nur auf die Inhalte der verschiedenen Präventionsangebote bezogen, sondern häufig mit der Gruppenanbindung und dem Gemeinschaftserleben in Verbindung gebracht („Man hat dann jemand zum Reden“). Die Untersuchungsergebnisse unterstreichen zudem die Relevanz von Austauschmöglichkeiten und gemeinschaftlichen Aktivitäten in muttersprachlichen Settings. Diese können wesentlich zur Lebensqualität älterer MigrantInnen beitragen, indem sie Gefühle der Sicherheit, Vertrautheit, Akzeptanz und Anerkennung vermitteln, aber auch wichtige Orte für informelles Lernen und gegenseitige Unterstützung darstellen.

Demnach ist nicht allein die Teilnahme an einzelnen spezifischen Präventionsmaßnahmen (z.B. Kurse und Informationsveranstaltungen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Entspannung), sondern die ergänzende Einbindung in dauerhafte Gruppenzusammenhänge maßgeblich für eine nachhaltige präventive und gesundheitsfördernde Wirkung. Der Gruppenbezug ist Türöffner für den Zugang und Verstärker der Wirkungen von spezifischen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Selbsthilfe, Selbstorganisation und Beteiligung im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention

Während bei der ersten Befragungswelle die Untersuchung der Wirksamkeit und der Zugänge im Vordergrund stand, wurde bei der zweiten Befragungswelle ein Schwerpunkt auf die Exploration der Potenziale von Selbsthilfe und Selbstorganisation älterer MigrantInnen im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung gelegt.

Die UntersuchungsteilnehmerInnen wurden u.a. danach gefragt, ob sie konkrete Möglichkeiten sehen oder Vorstellungen dazu haben, wie sie ihre Erfahrungen und Fähigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung einbringen könnten bzw. wie ältere MigrantInnen sich gegenseitig unterstützen könnten, um möglichst auch im höheren Alter aktiv und gesund zu bleiben.

Die Äußerungen der Befragten machen sowohl Potenziale und Handlungsoptionen als auch Grenzen und Beschränkungen der persönlichen Handlungsmöglichkeiten und -bereitschaften deutlich.

a) Potenziale und persönliche Handlungsoptionen

→ generelle Engagementbereitschaft (helfen wollen)

„Ich bin immer glücklich, wenn ich jemandem helfen kann. Ganz egal, ob es nur um einen Menschen geht oder die ganze Gesellschaft.“ (61 J., männl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

→ Gesundheitswissen weitergeben

„Meine Familie ist leider nicht da. ... Ich muss allein zurecht kommen. ... Ich habe an einer Gruppe, die sich mit Gesundheitsproblemen beschäftigt, teilgenommen. Um anderen Menschen zu helfen, beschäftige ich mich viel mit Heilkunde und gebe meine Kenntnisse weiter.“ (74 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

→ organisatorische Kompetenzen einbringen

„Also ich denke, das Wichtigste für die Gesundheit ist gesunde Ernährung. Die Leute sollten mehr Wissen darüber kriegen, ... selten kaufen sich die Leute Bücher, und deshalb würde ich gern Gruppen organisieren, die sich treffen und von Fachkräften, Ärzten informiert werden, ihnen klar machen, wie wichtig gesunde Ernährung ist.“ (53 J., weibl., Herkunft: Osteuropa)

→ Sprachkenntnisse zur Verfügung stellen

„Es geht wirklich um unsere Sprachkenntnisse, meist um die älteren Menschen, die schlecht Deutsch sprechen können. Und für die Dolmetschen wir bei Ärzten und Beratungen.“ (66 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

→ Sozial- und Alltagskompetenzen einsetzen

„Einer älteren Frau könnte ich z.B. die Einkäufe machen, ... mit ihr Spazieren gehen, das könnte ich machen. ... Ich könnte einen Kochkurs anbieten. Sonst weiß ich nichts. Ich habe keinen Beruf, ... Aber einen Kochkurs könnte ich anbieten.“ (69 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

b) Hindernisse und Beschränkungen

↳ gesundheitliche Beeinträchtigungen

„Nein, nein, ich bin nicht gesund und schon alt. Das wäre schwer für mich. Das wäre für mich schon schwer ... Wenn ich vor zehn, zwanzig Jahren gekommen wäre, dann ja.“ (60 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

↳ geringes Selbstwirksamkeitserleben/Machtlosigkeit

„Nein, ich bin nur ein kleiner Mensch.“ (60 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

↳ Unsicherheiten (u.a. zur Annahmefähigkeit von Hilfe, Befürchtungen von Zurückweisungen)

„Ja, nur viele möchten das nicht annehmen. Wissen Sie, man muss den Menschen schon innerlich spüren. Es reicht nicht, was ich will, man muss herausfinden, was der Mensch will. Vielleicht versuche ich für sie da zu sein, ihnen zu helfen, aber nicht alle nehmen das an.“ (69 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

↳ Zurückhaltung/Bescheidenheit (sich nicht aufdrängen wollen)

„Also, wenn jemand etwas fragen würde, dann würde ich schon antworten. Aber ich würde niemanden dazu zwingen mir zuzuhören, und so besserwisserisch rüber kommen will ich nicht.“

↳ Fehlende Zeit (familiäre Verpflichtungen, Erwerbsarbeit)

„Ja, eigentlich würde ich sehr gerne mehr tun, nur es ist wieder die Frage, ob ich dafür Zeit habe. Es geht nicht immer um den Willen, sondern auch darum, ob man Zeit hat.“ (53 J., weibl., Herkunft: Osteuropa)

Die Ergebnisse verweisen zumindest bei einem Teil der älteren MigrantInnen auf Kompetenzen und Bereitschaften zur (Selbst-)hilfe, Selbstorganisation und Beteiligung sowie auf konkrete Möglichkeiten und Ansatzpunkte, diese im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung einzubringen. Gleichzeitig wird aber deutlich, dass angesichts vorhandener Unsicherheiten sowie objektiver und subjektiver Einschränkungen ein zielgruppenspezifisches Empowerment notwendig ist, damit sich die vorhandenen Engagementpotenziale entfalten können (Herriger, 2010; Köster, Schramek & Dorn, 2008).

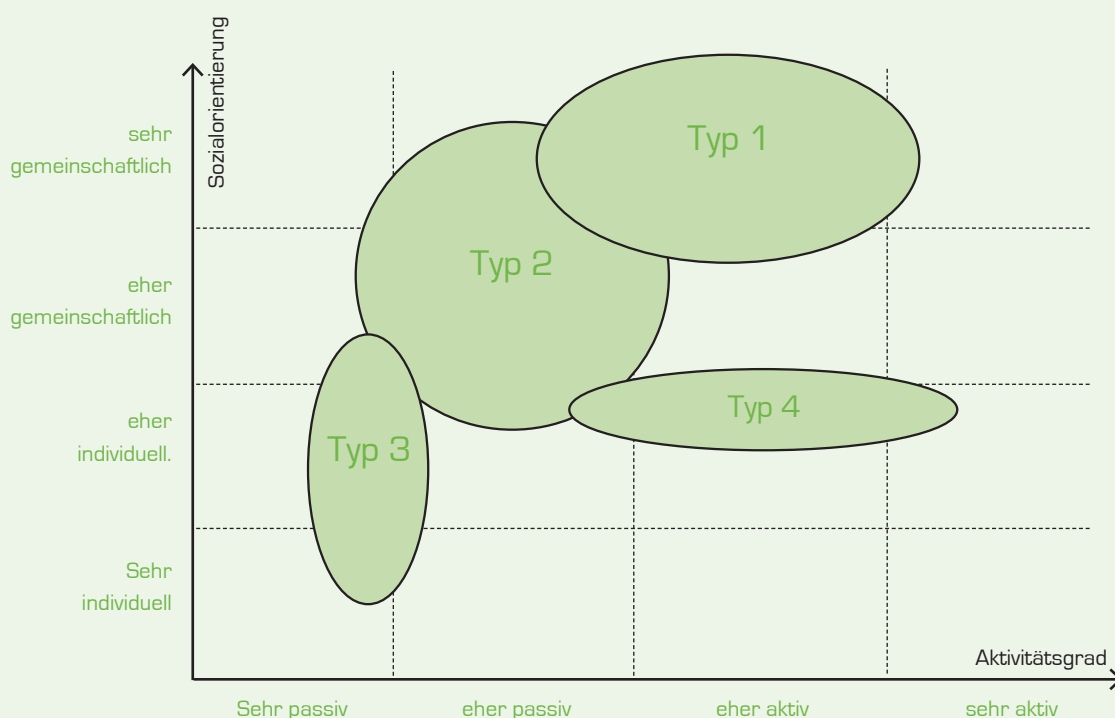
Präventionstypen

Mit dem Ziel, weitergehende konzeptionelle Grundlagen und konkrete Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung bereitzustellen, wurde das gesundheitsbezogene Verhalten von älteren MigrantInnen im Kontext ihrer jeweiligen Lebenslagen und gesundheitsrelevanten Einstellungen untersucht. Aus dem umfangreichen Datenmaterial der qualitativen Interviews wurde eine Typologie des Präventionsverhaltens herausgearbeitet, die sich aus unterschiedlichen Kombinationen entlang der Dimensionen „Aktivitätsgrad“ und „Sozialorientierung“ ergibt. Die Dimension Aktivitätsgrad umfasst ein Spektrum von „sehr passiv“ bis „sehr aktiv“ und bezeichnet das Ausmaß, in dem ältere MigrantInnen sich an Präventionsmaßnahmen beteiligen bzw. gesundheitsförderliches Verhalten zeigen. Dabei werden sowohl die Häufigkeit, die Vielfalt und die Eigeninitiative hinsichtlich des jeweiligen Gesundheitsverhaltens einbezogen. Die Dimension Sozialorientierung umfasst ein Spektrum von „sehr individualistisch“ bis „sehr gemeinschaftsorientiert“ und bezeichnet, inwieweit präventives Gesundheitshandeln alleine, also unabhängig von anderen, oder in einer Gruppe d.h. gemeinschaftlich mit anderen praktiziert wird.

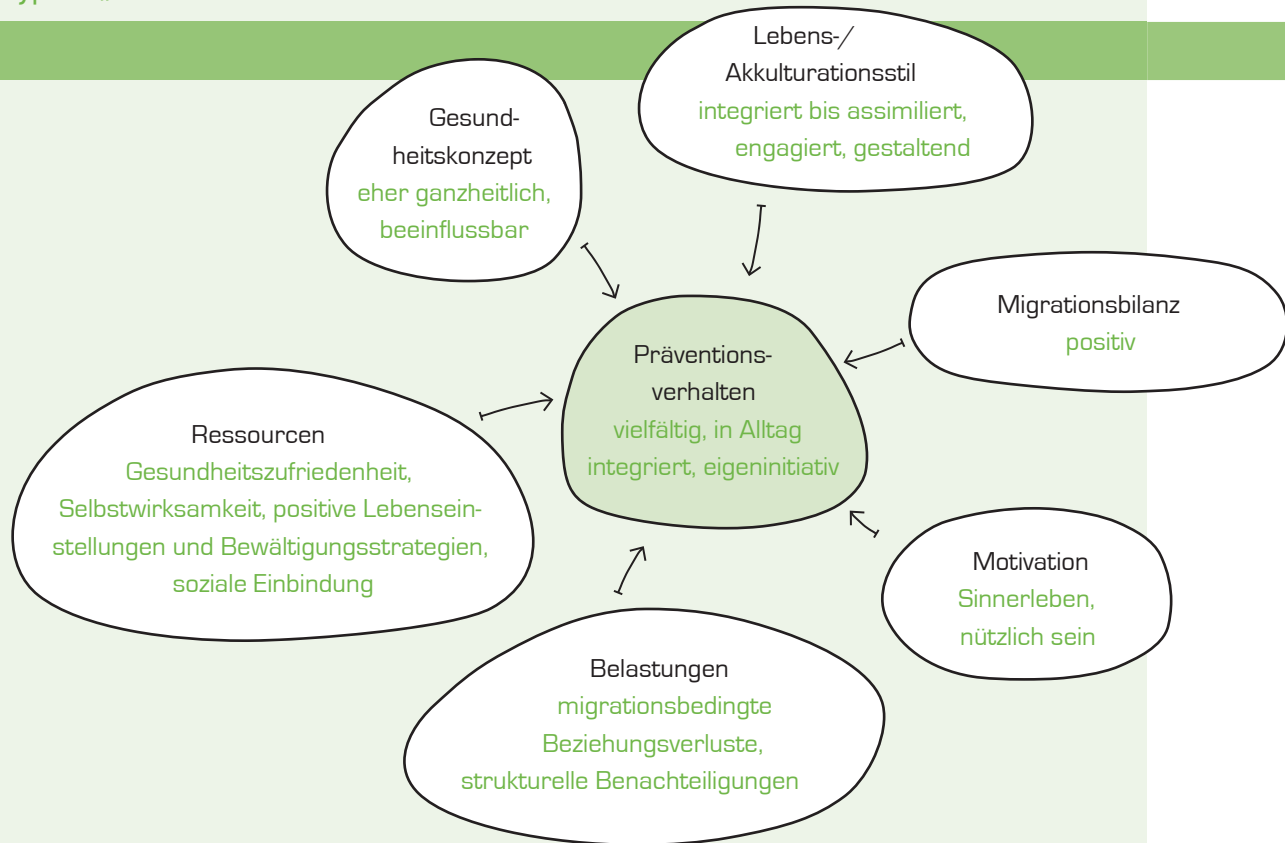
Aus der Kombination von Aktivitätsgrad und Sozialorientierung ergeben sich vier Grundtypen des Präventionsverhaltens älterer MigrantInnen. Die einzelnen UntersuchungsteilnehmerInnen lassen sich diesen Typen nicht immer eindeutig zuordnen. Wie in der nachfolgenden Darstellung verdeutlicht, gibt es Überschneidungen und fließende Übergänge zwischen den vier Grundtypen.

Im Folgenden werden die vier Grundtypen und die für sie charakteristischen Merkmalskonstellationen detaillierter beschrieben. Die ausgewählten Zitate sind dabei als Beispiele für bestimmte Teilaspekte der jeweiligen Typenbeschreibung zu verstehen. Das ganze Spektrum der typenspezifischen Merkmale kann im Rahmen dieser Broschüre nicht anhand von Interviewausschnitten dargestellt werden. Die in der nachfolgenden Darstellung abgebildete Häufigkeitsverteilung der Typen spiegelt die Verteilung in der Stichprobe wider und hat entsprechend der qualitativen Konzeption der Untersuchung keinen Anspruch auf Repräsentativität in Bezug auf die gesamte Gruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund.

Präventionstypen nach Sozialorientierung und Aktivitätsgrad



Präventionstypen Typ 1: „Aktive Gemeinschaftsorientierte“



Präventionsverhalten

Der aktive gemeinschaftsorientierte Typus ist offen für ein breites Spektrum von Präventionsangeboten und nimmt in der Regel an mehreren konzeptionell und inhaltlich unterschiedlich ausgerichteten Angeboten teil (z.B. Yoga, Schwimmen, Frühstückstreff, Vorträge). Häufig bringt sich dieser Typus auch selbst aktiv bzw. gestalterisch in die Angebotsplanung bzw. -gestaltung ein und übernimmt Verantwortung innerhalb einer Gruppe. Die aktiven Gemeinschaftsorientierten nehmen nicht selten auch Multiplikatorfunktionen oder organisatorische Aufgaben (wie beim Aufbau von Gruppen, Netzwerkbildung und Kommunikationsprozessen) wahr.

„Wir achten auf unsere Gesundheit. Ich mache zwei bis drei Mal in der Woche, wenn ich morgens aufstehe, Spaziergänge. Ich gehe auf jeden Fall ein Mal in der Woche schwimmen. Ich achte sehr auf mein Gewicht. Wir machen öfters Checkups, obwohl wir wissen, dass da nichts ist, dennoch lassen wir uns untersuchen. [63 J., männl., Herkunft: Türkei]

„Ich weiß, wie man erklären muss, was gebraucht wird. Und das machen wir mit denen [den Deutschen; Anmerk. d. Verf.] zusammen. Dann organisieren wir Abende, wo russische Lieder auf Deutsch gesungen werden, laden unsere deutschen Freunde ein.“ [66 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion]

Gesundheitskonzept

Der aktive gemeinschaftsorientierte Typus hat ein eher ganzheitliches Gesundheitskonzept, d.h. er betrachtet Gesundheit als das Ergebnis des Zusammenwirkens von physischen, psychischen und sozialen Einflussfaktoren. Gemeinschaft und gesellschaftliche Teilhabe z.B. in Form von Mitgliedschaft in Vereinen wird bewusst gesucht oder auch initiiert und als ein für das Wohlbefinden förderlicher Lebensaspekt wahrgenommen. Neu erworbenes Gesundheitswissen (z.B. im Rahmen von Vorträgen) wird aufgegriffen und in die alltägliche Praxis integriert. Das Rentenalter wird positiv als Lebens-

abschnitt erlebt, in dem Freiräume entstehen, sich mit Gesundheitsfragen zu beschäftigen und sportlich aktiv zu sein.

„Ja, ich bin gesund. Ich finde es nicht richtig, dass man sich, wenn man alt ist, als krank darstellt. Wir werden zwar von Tag zu Tag alt, dennoch finde ich mich nicht alt. Sei es, wie ich mich kleide, sei es mein Verhalten. Ich bin mit 24 Jahren nach Deutschland gekommen und fühle mich immer noch wie 24. Ich bin natürlich nicht 24 J.. Das ist unmöglich. Aber in Gedanken fühle ich mich so.“ (63 J., männl., Herkunft: Türkei)

Ressourcen und Potenziale

Der aktive gemeinschaftsorientierte Typus verfügt über eine breite Palette von Ressourcen. Hierzu gehört insbesondere ein als unterstützend erlebtes familiäres und außerfamiliäres soziales Netzwerk. Er kann zudem eher auf ausreichende, wenn auch bescheidene, finanzielle Ressourcen sowie auf überdurchschnittliche Bildungsressourcen bzw. hilfreiche Wissens- und Erfahrungsbestände zurückgreifen. Charakteristisch sind darüber hinaus positive Lebenseinstellungen und aktive Bewältigungsstrategien. Er fokussiert subjektiv eher die Chancen als die Risiken einer Situation oder Lebenslage. Dieser Typus ist offen für andere und neue Sichtweisen und arbeitet an seiner persönlichen Weiterentwicklung. Ereignisse oder Veränderungen im Leben, die auch als negativ bewertet werden könnten, werden als Herausforderung verstanden und in Form von Verhaltens- und/oder Einstellungsänderungen aktiv bewältigt.

„Je mehr man sich persönlich entwickelt, desto mehr achtet man auf seinen Lebensstil. Auch wenn ich jetzt nicht genauer beschreiben kann, was sich seit letztem Jahr verändert hat, so kann ich sagen, dass wir vieles Neues gelernt haben. Wenn wir zurück schauen, stellen wir fest, dass wir uns persönlich weiter entwickelt haben. ... An erster Stelle, um gesund zu leben, muss man ein Bewusstsein haben.“ (63 J., männl., Herkunft: Türkei)

„Wenn alles gut in der Familie ist und ... man fühlt sich gut, in der Familie, in der Gesellschaft, dann steigt die Stimmung und der Mensch fühlt sich besser. Natürlich soll der Mensch nicht einsam sein. ... eigentlich hatte ich das nie, weil ich ein sehr kommunikativer Mensch bin, und ich habe immer sehr viele Freunde, und ... eine gute, große zusammenhaltende Familie.“ (66 J., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Belastungen und Risiken

Dabei sieht dieser Typus durchaus auch Grenzen der Machbarkeit und ist sensibel z.B. für strukturelle Benachteiligung oder Belastungen. Er versucht aber im Erkennen von Problemen „das Beste daraus zu machen“. Infolgedessen agiert dieser Typus mit einer Doppelstrategie: Einerseits Engagement für sich bzw. seine Gruppe und andererseits Arrangement mit gegebenen Rahmenbedingungen.

„Ich finde es normal. Es ist aber so, dass unsere Leute immer noch nicht heimisch sind. Auch wenn man sich hier wohl fühlt, trotzdem können wir die Heimat nicht vergessen. ... Wir vermissen auch Deutschland und können Deutschland nicht verlassen. Man fühlt sich wie zwischen zwei Stühlen. Das macht die Menschen unruhig ... Wie gesagt, meine Eltern leben noch ... Ich bin das einzige Geschwisterkind, das in Deutschland ist. Ich habe noch sechs Geschwister in der Türkei. ... Man gewöhnt sich aber daran. Wenn man sein Leben hier aufgebaut hat, dann muss man auch die Konsequenz tragen.“ (63 J., männl., Herkunft: Türkei)

Migrationsbilanz

Typisch für die aktiven Gemeinschaftsorientierten ist eine insgesamt positive Migrationsbilanz. Im Vordergrund steht dabei die Wahrnehmung, dass Deutschland im Vergleich zum Heimatland bestimmte Möglichkeiten (insbesondere die Bildung der Kinder) geboten hat, die auch genutzt wurden.



„Ich glaube fest daran, dass es eine sehr gute Entscheidung war. ... Hierhin zu kommen ist nicht das Entscheidende, sondern die Zeit hier zu nutzen ist das Entscheidende. ... Ich glaube, dass ich meine Zeit gut verbracht habe und meinen Kindern gute Bildungschancen ermöglicht habe. Die Möglichkeiten konnte ich denen dort nicht bieten. Das wusste ich schon. Hier hatte man mehr Möglichkeiten.“ (63 J., männl., Herkunft: Türkei)

Lebens-/Akkulturationsstil

Der aktive gemeinschaftsorientierte Typus pflegt zwar tendenziell eher Kontakte zu Menschen, die aus seiner Heimat stammen, steht grundsätzlich aber der deutschen Mehrheitsbevölkerung, zu der er sich mitunter auch mehr Kontakte wünscht, offen gegenüber. Die mehrfach geäußerte Selbstdefinition als Weltbürger lässt zudem bei diesem Typus auf die Ausbildung einer transkulturellen Identität schließen. Damit verbunden ist ein Akkulturationsstil, der integrative und assimilative Elemente aufweist.

„Ich bin eine, ich kann sagen, wie Stefan Zweig mal gesagt hat, ich bin ein Bürger der Welt, ich bin auch Bürgerin der Welt. Ich liebe Russland, das ist meine Heimat. Deutschland ist mir zur zweiten Heimat geworden. Auch die Ukraine. Ich bin in der Ukraine geboren, dann habe ich in Russland gelebt. Mir ist egal, Ukrainer, Russen oder jetzt Deutsche. Ich hab mit Norwegen und Schweden und mit Finnland gearbeitet, ich habe viele Freunde auch da ... jetzt sind wir in Deutschland und ich möchte sagen, wir haben so einen Respekt zur deutschen Kultur.“ (66 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Motivation

Die aktiven Gemeinschaftsorientierten streben einerseits nach einer selbständigen Lebensweise für sich selbst, andererseits aber auch nach Mitgestaltung in und Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft. Aktivität verstanden als Teilhabe an der Gemeinschaft und auch als körperliche Betätigung wird bewusst gesucht und praktiziert. Dieser Typus sucht und findet Aufgaben in seiner Umgebung und erschafft sich hierüber auch Sinnerleben.

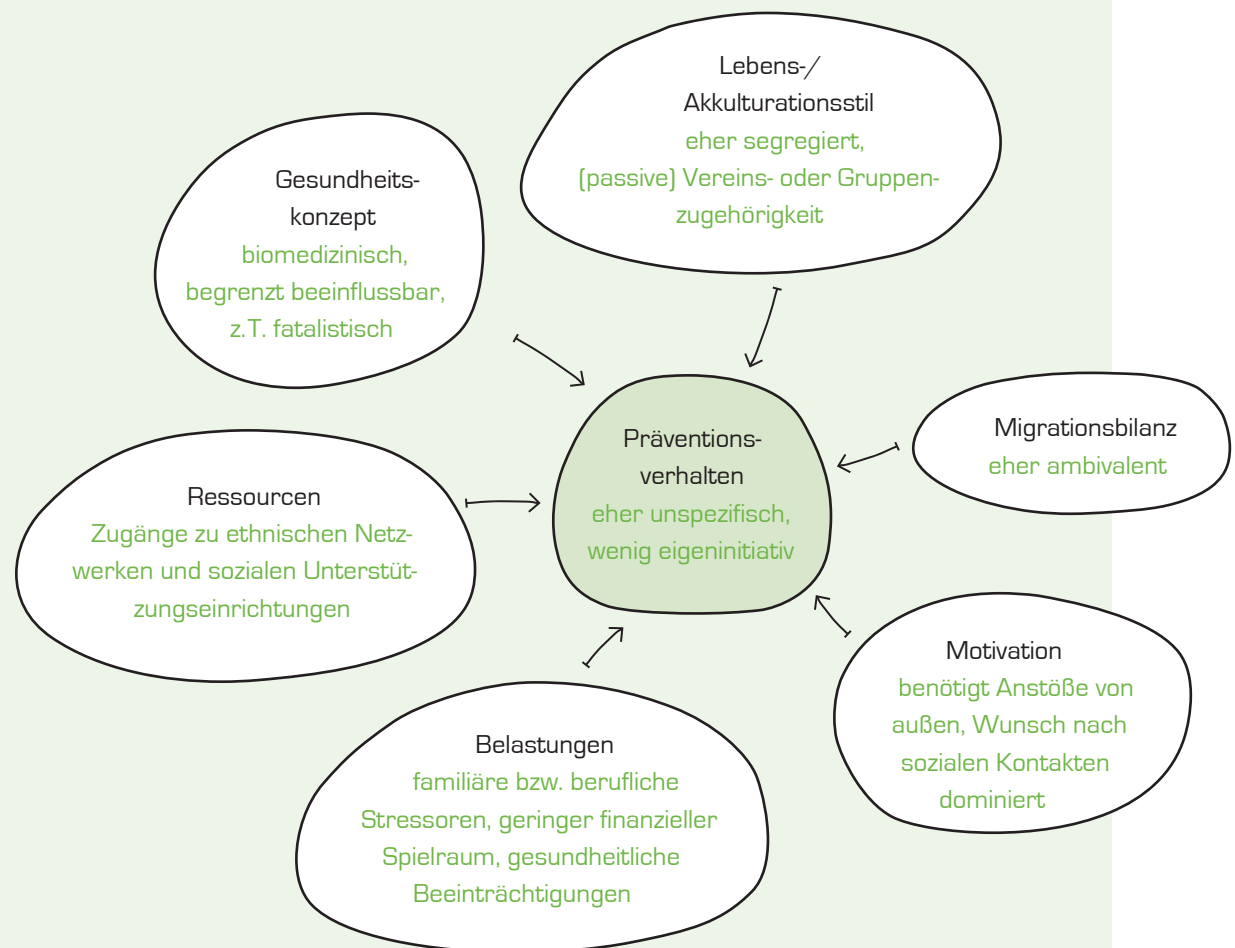
„Also ich habe dort viele Erfahrungen im Bereich Erfolg machen können. ... dies verdanke ich meiner Mitarbeit und meinem Wissensstand. Es ist nicht einfach, ich bin Vorsitzender und gleichzeitig leite ich die Gruppe. ... All die bürokratischen und finanziellen Belange laufen über mich. Ich mache die Arbeit und ich mache sie momentan gern.“ (59 J., männl., Herkunft: Türkei)

Präventionstypen

Typ 2: „Passive Gemeinschaftsorientierte“

Präventionsverhalten

Das Präventionsverhalten umfasst vor allem die Teilnahme an regelmäßig stattfindenden Treffen, wie z.B. Senioren- oder Frauenfrühstück. Hierbei handelt es sich überwiegend um ethnisch spezifische, teilweise aber auch um ethnisch übergreifende Angebote. Im Vordergrund steht der soziale Aspekt. Präventive Aktivitäten im engeren Sinne bezogen auf die Bereiche Bewegung, Ernährung und Entspannung werden – wenn überhaupt – als Begleiteffekt der Treffen und in enger Anbindung an den Gruppenkontext ausgeübt. Eigeninitiative zur Prävention und Gesundheitsförderung findet nur eingeschränkt statt. Grundsätzliches Interesse und Bereitschaft zur Teilnahme an entsprechenden Kurs- und Informationsangeboten sind zwar häufig vorhanden, die Teilnahme selbst ist aber durchaus voraussetzungsvoll und bedarf der konkreten Unterstützung sowie der Berücksichtigung spezifischer Bedarfe (Ansprache durch bekannte und akzeptierte Bezugspersonen, wohnortnahe und vertraute



Orte, muttersprachliche Kursleiter, geschlechtsspezifische Angebote etc.). Im Vergleich zum aktiven gemeinschaftsorientierten Typus ist das Präventionsverhalten des passiv gemeinschaftsorientierten Typus weniger umfassend bzw. weniger vielfältig, weniger reflektiert und seltener das Ergebnis einer selbstbestimmten und zielorientierten Entscheidung.

Gesundheitskonzept

Das Gesundheitskonzept dieses Typus ist eher biomedizinisch geprägt. Soziale Aspekte und gemeinschaftliche Aktivitäten werden zwar als persönlich bedeutsam beschrieben, stehen aber meist unverbunden neben anderen für den Gesundheitszustand als entscheidend betrachtete Einflussgrößen (genetische Veranlagung, medizinische Versorgung). Mitunter besteht eine Neigung zu fatalistischen Sichtweisen und der Vorstellung, dass Gesundheit kaum und im Alter gar nicht mehr von den Betroffenen selbst beeinflussbar ist. Krankheiten und gesundheitliche Beeinträchtigungen werden häufig als normale Begleiterscheinungen des Alters angesehen und hingenommen.

„Ich bin mit meiner gesundheitlichen Verfassung sehr zufrieden. Ich habe nur Bluthochdruck. Das liegt in meinen Genen, denke ich. Ja, wir werden älter und ab einem gewissen Punkt gehören Krankheiten dazu. Es geht nicht anders. ... Die Krankheiten gehören zum alt werden dazu. Es ist normal. Es ist normal, dass ich Bluthochdruck habe.“ (60 J., weibl., Herkunft: Türkei)

„Also jeder hat Beschwerden. Es kommt drauf an, wie man sich früher im Leben verhalten hat. Ansonsten wird man halt mit der Zeit krank, da kann man auch nicht viel machen. Nicht alles liegt einem in der Hand. Es gibt gesündere, aber auch kranke ältere Menschen ... Wenn man eine Krankheit bekommt, dann hat man es. Was soll man da noch machen?“ (66 J., männl., Herkunft: Türkei)

Ressourcen und Potenziale

Eine wesentliche Ressource der passiven Gemeinschaftsorientierten stellen die vorhandenen Zugänge zu Migrantenorganisationen und sozialen Unterstützungseinrichtungen dar. Damit verbundene soziale Kontakte und Geselligkeit stellen offenbar wichtige psychische Entlastungsaspekte dar. Gleichzeitig eröffnen sie Möglichkeiten für weitergehende Aktivitäten, die allerdings teilweise noch nicht oder nicht mehr genutzt werden (können).

„Das ist auch eine Art von Entspannung, deine sozialen Kontakte werden hergestellt und gepflegt. Man beredet alles untereinander, sei es Politik, Medien, Lebensweise oder Probleme. Man hat dann jemandem zum Reden. ... Also im Grunde genommen ist es eine psychische Entlastung. Im Alter ist man anfälliger denn je. Beim Frühstück ist es genauso. Man kann draußen beim Bäcker oder Metzger frühstücken, aber in der Gemeinde ist es anders, man kann von Tisch zu Tisch gehen und sich unterhalten. Da sind auch Leute dabei, die man nicht kennt, aber ohne Probleme kennen lernt.“ (60 J., weibl., Herkunft: Türkei)

Belastungen und Risiken

Gleichzeitig werden von den passiven Gemeinschaftsorientierten häufiger verschiedene Belastungsfaktoren genannt. Hierzu gehören insbesondere geringe finanzielle Spielräume, aber auch gesundheitliche Beeinträchtigungen sowie Stresserleben aufgrund familiärer (und teilweise auch beruflicher) Probleme und Anforderungen. Teilweise werden zudem fehlende persönliche Ressourcen und Kompetenzen (im Hinblick auf Sprache und Bildung) als Beschränkungen der eigenen Handlungsmöglichkeiten thematisiert.

„Wir haben Schmerzen, wir können nicht mehr ..., was soll ich denn machen, ich kann doch meine Knie nicht bücken, ... Beim Sport muss man sich hinlegen, sich hinsetzen, die Beine bewegen, das alles kann ich doch gar nicht machen. Aber wenn es nur im Stehen ein Sport gäbe, wo ich nur meine Hände bewegen muss, das würde ich machen.“ (60 J., weibl., Herkunft: Türkei)

Migrationsbilanz

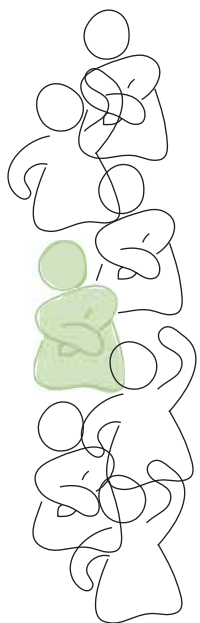
Die Migrationsbilanz ist insgesamt eher positiv, teilweise aber auch ambivalent. Eine positive Migrationsbilanz ist häufig das Resultat der wahrgenommenen besseren ökonomischen Situation im Einwanderungsland im Vergleich mit dem Lebensstandard des Herkunftslandes. Ausgrenzungserfahrungen und Schwierigkeiten wie z.B. Arbeitslosigkeit der nachfolgenden Generation können die Migrationsbilanz allerdings wesentlich beeinträchtigen.

„Also, Deutschland war schön. Wir haben hier gearbeitet, wir sind hier herumgehetzt. Aber immer wurden wir dafür belohnt. Das Einzige, was mich traurig macht, ist die Arbeitslosigkeit. ... Dass die Jugendlichen jetzt arbeitslos sind, macht uns traurig. ... Das ist keine schöne Entwicklung. Unsere Träume sind geplatzt, so kann ich es sagen. Leider können wir auch nicht zurückgehen. Unsere Kinder sind hier. Mein Sohn, meine Tochter, mein Enkelkind sind hier. Wir haben uns eingelebt. Wenn wir dort sind, fühlen wir uns fremd. ... Das ist sehr traurig für uns.“ (68 J., männl., Herkunft: Türkei)

Lebens-/Akkulturationsstil

Die passiven Gemeinschaftsorientierten sind tendenziell eher segregiert und in ihren Kontakten auf die Herkunftsgruppe beschränkt.

„Es ist besser in der eigenen Kultur zu bleiben als in einer anderen. Man kann sich weiter entwickeln, sich treffen und die Ansichten austauschen. Man könnte aber auch das Treffen mit den anderen organisieren, mit den Russen, Türken und wir könnten uns austauschen. Aber dann müssten wir die deutsche Sprache können“. (57 J., weibl., Herkunft: Osteuropa)



Motivation

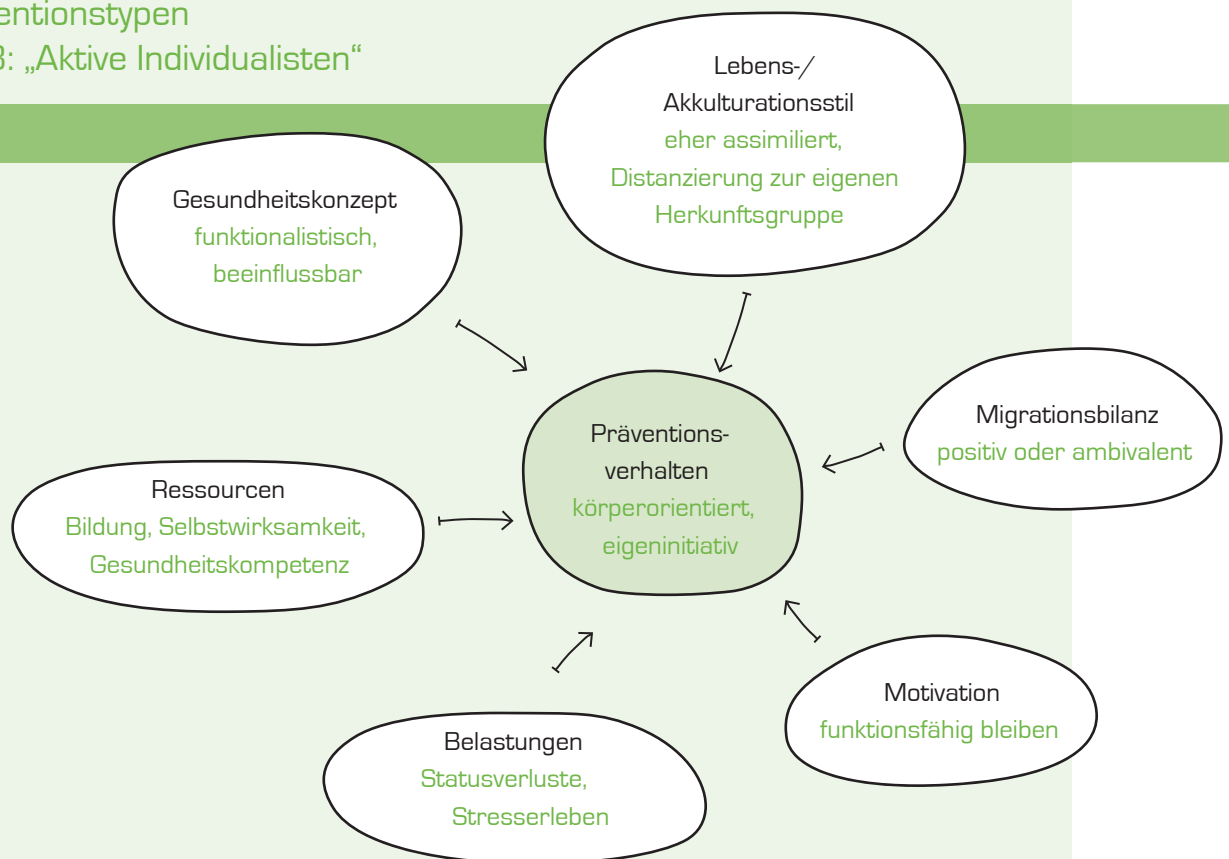
Der passive gemeinschaftsorientierte Typus benötigt Anstöße von außen, wie z.B. Ansprache durch einen Multiplikator, um an gesundheitsfördernden Angeboten teilzunehmen. Der Wunsch nach Zugehörigkeit steht im Vordergrund. Leistungsmotivation im Sinne von Selbstdisziplinierung ist eher weniger ausgeprägt.

„Wenn wir auf den Rat der Ärzte hören würden, dann würde auch nichts passieren. Ich sage aber dem Arzt, dass ich nicht auf Baklava [türkische Süßspeise, Anmerk. d. Verf.] verzichten kann. [Lachen] Das mag ich. Was soll ich machen?“ (60 J., weibl., Herkunft: Türkei)

Für diesen Typus ist jedoch der Anschluss an eine Gemeinschaft ein Motiv, über das Zugänge geschaffen werden könnten. Für körperliche Aktivität fehlt manchmal der Antrieb, durch eine bestehende Gruppe kann allerdings ein entscheidender Motivationsschub gegeben werden.

Präventionstypen

Typ 3: „Aktive Individualisten“



Präventionsverhalten

Der aktive individualistische Typus zeichnet sich dadurch aus, dass er sich eher selbständig Gesundheitswissen aneignet und dieses systematisch und konsequent im privaten Kontext anwendet. Ein gesunder Lebensstil ist wesentlicher Bestandteil des Selbstkonzeptes. Das präventive und gesundheitsförderliche Verhalten konzentriert sich weitgehend auf die körperliche Dimension und umfasst z.B. regelmäßige Gymnastikübungen bzw. Trainingseinheiten an Sportgeräten im häuslichen Bereich oder im Fitnessstudio, Fahrradfahren, Schwimmen und das Beachten bestimmter Ernährungsregeln (mäßiges Essen, geringer Fleischkonsum etc.).

Gesundheitskonzept

Das auf die Bereiche Bewegung und Ernährung fokussierte Präventionsverhalten beruht auf einem eher körperlich-funktionalen Gesundheitskonzept.

„Gesunde Lebensweise, das beinhaltet Vorbeugung aller Krankheiten und vor allem gesunde Lebensweise. Das heißt, dass man sich in allen Angelegenheiten so benimmt, als ob man kein Organismus hätte, sondern eine Maschine der höchsten Klasse. Man muss diese mit bestem Benzin tanken, mit besten Ölen, mit allen besten Sachen. Ja? In diesem Sinne, ich meine für die Maschine, sind den Menschen keine Mittel zu schade. Und für die Gesundheit, fast bei allen wird das vernachlässigt.“ (61 J., männl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Der Typus des aktiven Individualisten betrachtet Gesundheit vor allem unter praktisch-instrumentellen Gesichtspunkten. Prävention soll demnach dazu beitragen, den Körper als Grundlage für die eigene Leistungs- und Arbeitsfähigkeit zu stärken und das Auftreten von Krankheiten zu vermeiden. Prägend ist dabei die Einstellung, sich vor allem durch eine gesunde Lebensweise auf der Grundlage des persönlichen Gesundheitswissens und dessen Umsetzung selbst funktionsfähig halten zu können.



Ressourcen und Potenziale

Dieser Typus verfügt meist über ein unterstützendes familiäres Netzwerk, eine höhere formale Bildung und ein umfangreiches Gesundheitswissen bzw. eine hohe Bereitschaft, sich mit gesundheitlichen Fragen zu befassen sowie gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu praktizieren. Generell ist eine stark ausgeprägte Leistungsorientierung und hohe Verantwortungsübernahme für die Gestaltung der eigenen Lebenssituation feststellbar.

„Ich esse bewusst nichts, was mir schaden könnte. ... Jeder Mensch hat seine Gesundheit im Griff. Jeder Mensch muss wissen, dass er seine Gesundheit schützen kann, sich regelmäßig ernähren, ... bewusst die ungesunden Sachen nicht essen.“ (59 J., weibl., Herkunft: Türkei)

Belastungen und Risiken

Allerdings neigt dieser Typ auch dazu, sich selbst zu viel abzuverlangen, sodass häufig auch von Stress berichtet wird. Die Befragten verweisen insbesondere auf eine hohe Arbeitsbelastung und fehlende Zeitressourcen, die sie mitunter daran hindern, ihre Ansprüche an eine gesunde Lebensweise tatsächlich einlösen zu können. Eine spezifische Belastung stellt zudem die erfahrene Entwertung der persönlichen Qualifikation aufgrund der Nicht-Anerkennung von im Herkunftsland erworbener Bildungs- und Berufsabschlüsse dar.

„Diese Zeugnisse zählen mehr als ein Mensch. Damit muss man leben schon. ... Ja, ich wurde ganz unerwartet konfrontiert mit solchen Tatsachen.“ (61 J., männl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

„Es wäre wichtig weniger Stress zu haben, dann muss ich auf meine Ernährung achten, natürlich klappt das nicht immer, weil wenn man bei der Arbeit ist, schaffe ich es nicht immer, darauf zu achten, wie ich mit meinem Essen umgehe. Aber sonst ... es ist so weit gut, nur ich habe wenig Zeit.“ (53 J., weibl., Herkunft: Osteuropa)

Migrationsbilanz

Die Migrationsbilanz ist eher positiv, teilweise aber auch ambivalent. In diesem Zusammenhang wird sowohl auf die (Enkel-)Kinder verwiesen, die in der Regel mit der Strategie der Anpassung und verstärkter Bildungsaspiration mittel- bis langfristig Erfolge verzeichnen können, als auch von persönlichen Enttäuschungen berichtet.

Lebens-/Akkulturationsstil

Die aktiven Individualisten sind häufig noch erwerbstätig, wobei die ausgeübten Tätigkeiten meist deutlich unterhalb der persönlichen Qualifikation liegen. Damit einhergehende Sinn- und Statusverluste werden einerseits als unbefriedigend und belastend erlebt, andererseits reagiert der aktiv individualistische Typus mit einem stark angepassten Verhalten und versucht, mit hohem persönlichen Einsatz die Herausforderungen zu meistern.

Diese eher auf Assimilation ausgerichtete Strategie geht mit einer Neigung zur Konzentration der Kontakte auf einen kleinen Kreis von engen, vor allem familiären Bezugspersonen einher. Charakteristisch ist eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Distanzierung zur Herkunftsgruppe, was damit zusammenhängt, dass dieser Typus häufig bereits im Herkunftsland eine Minderheitenposition inne hatte.

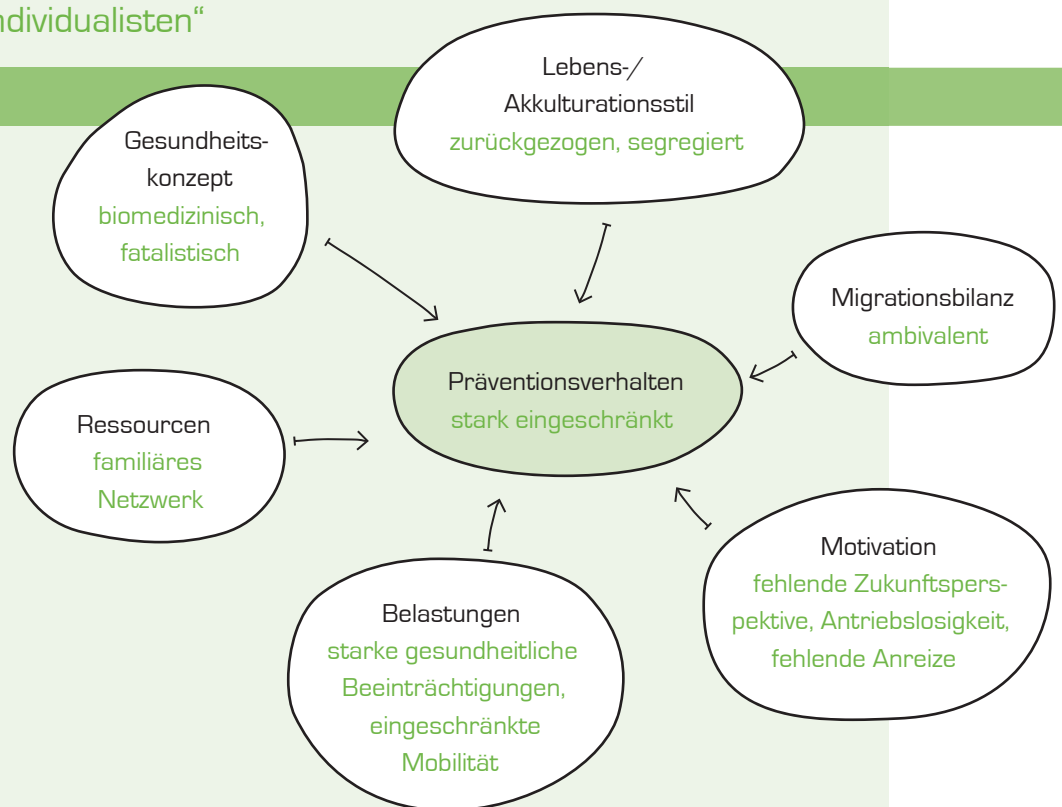
„Wissen Sie, mein Fall ist anders. Ich bin von klein an in die deutsche Sprache, in Deutschland verliebt, und deswegen war ich schon seelisch glücklich als ich diesen Boden betrat. Ich war ganz, ganz glücklich.“ (61 J., männl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Motivation

Der Typus des aktiven Individualisten ist sehr leistungsorientiert. Die Motivation zu präventivem und gesundheitsförderlichem Verhalten erfolgt aus eigenem Antrieb auf der Basis des Gesundheitswissens und mit dem Ziel, funktionsfähig zu bleiben.

Präventionstypen

Typ 4: „Passive Individualisten“



Präventionsverhalten

Der passive individualistische Typus nimmt nicht an organisierten Präventionsangeboten teil. Auch im privaten Kontext spielt die Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Fragen bzw. gezielten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen allenfalls eine untergeordnete Rolle.

„... Ich möchte ungern Kontakt mit fremden Menschen haben, weil sie zu laut sind und ich geräuschempfindlich bin. Das heißt also ... ich mache zur Zeit auch kein Sport und bin irgendwie faul geworden und so. Ich gehe auch nicht regelmäßig zum Arzt. Also das meine ich, ne.“ (69 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Gesundheitskonzept

Das Gesundheitskonzept bei diesem Typus ist im Grunde von der biomedizinischen Sichtweise geprägt. Im Vordergrund steht die Wahrnehmung gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Altern wird subjektiv als wenig beeinflussbarer Prozess des körperlichen Abbaus gesehen. Vor diesem Hintergrund wird gesundheitsförderliches Verhalten primär mit Anstrengung und Verzicht assoziiert, die als weitgehend wirkungslos betrachtet werden und sich daher nicht lohnen.

Ressourcen und Potenziale

Die passiven Individualisten verfügen über vergleichsweise geringe Ressourcen. Dabei handelt es sich vor allem um familiäre Beziehungen, deren Unterstützung sich aber insgesamt als nicht ausreichend erweist, um bestehende Belastungssituationen bewältigen bzw. gesundheitsförderliches Verhalten mobilisieren zu können. Entsprechend schreibt auch dieser Typus sozialen Beziehungen eine gewisse Bedeutung für das eigene Wohlbefinden zu und ist an einem Mindestmaß an sozialen Kontakten interessiert. Allerdings verbinden sie damit vor allem die Funktion einer kurzfristigen Ablenkung von alltäglichen Problemen und betrachten diese nicht als Quelle nachhaltiger Unterstützung und Entwicklung.

„Und Ablenkung, ein bisschen unter die Leute, nicht immer zu Hause, ja.“ (69 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Belastungen und Risiken

Dieser Typus zeichnet sich insbesondere durch eine Häufung von besonderen Belastungen und Beeinträchtigungen aus. Zusätzlich zu einem eher schlechten Gesundheitszustand und damit einhergehenden Mobilitätseinschränkungen tragen häufig weitere Faktoren, wie z.B. die Sorge um Angehörige in existenziell bedrohlichen Lebenslagen, die in der Heimat verblieben sind, starkes Heimweh, erfahrene Zurückweisungen und Enttäuschungen dazu bei, dass dieser Typus kaum noch am gesellschaftlichen Leben teilnimmt.

„... wenn ich alleine bin und nicht beschäftigt, dann denke ich oft an meine Heimat, meine Leute, meine Beziehung vorher, dann kommt bisschen Stress auf den Kopf.“ (58 J., männl., Herkunft: Asien)

Im Extremfall befinden sie sich in scheinbar schwer zu durchbrechenden Zirkeln aus einem sich objektiv verschlechternden Gesundheitszustand und subjektivem Ohnmachtsgefühl, das nicht nur mit einem fatalistischen Gesundheitskonzept einhergeht, sondern auch die restriktiven Bedingungen und begrenzten Gestaltungsspielräume in anderen Lebensbereichen widerspiegelt. Primär erleben sie sich als in unterschiedlicher Hinsicht auf Hilfe angewiesen, die aber entweder versagt wird, strukturell nicht vorgesehen ist oder nur unzureichend ankommt.

„Sehr, sehr, sehr. Das ist sehr schwer gewesen. ... Es ist schwer, wenn die Kinder da bleiben. ... Ich werde nächstes Jahr 75 Jahre alt und ich habe schon darüber nachgedacht, der Bundeskanzlerin einen Brief zu schreiben, damit sie mir hilft, den jüngsten Sohn rüberzubringen. Dann könnte ich hier in Ruhe sterben. Wir weinen, wenn er uns Briefe schickt. Es gibt keine Arbeit in Kasachstan. Und es ist so schwer. Der älteste Sohn hat Arbeit, er lebt in der Stadt. Aber der andere lebt im Dorf. Dort gibt es keine Kolchose.“ (74 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Schließlich stellt auch ein Selbstkonzept, das vor allem die Helferrolle für die Familie umfasst und dem eigene Bedürfnisse und die Pflege der eigenen Gesundheit untergeordnet werden, ein Risikofaktor dar.

„... bei mir ist das so, ich nehme das schon auf die leichte Schulter ... Also ich bin mehr fixiert, dass die Familie ne, gesund lebt. ... ich hab mich immer auf die Kinder fixiert. ... aber mich persönlich habe ich immer irgendwie ... ja, an zweite Stelle habe ich mich genommen und jetzt auch, ehrlich gesagt, ich weiß, dass das nicht gut ist, aber ich nehme das nicht so ernst ... ich



weiß also viele haben mir gesagt, mein Mann sagt mir ja auch, ich soll mehr auf mich achten aber ... ich bin, na ja, so“ (52 J., weibl., Herkunft: Osteuropa)

Migrationsbilanz

Die Migrationserfahrungen sind ambivalent. Einerseits beeinträchtigen die als belastend erlebte Trennung von nahen Angehörigen sowie die fehlende Vertrautheit und Handlungsfähigkeit im Alltag das Migrationserleben. Vor dem Hintergrund meist sehr schwieriger und z.T. existenzbedrohlicher Erlebnisse im Herkunftsland werden die Gewährleistung der existenziellen Sicherheit und die Befriedigung materieller Grundbedürfnisse andererseits als wesentliche Verbesserungen der Lebenssituation erlebt. Die passiven Individualisten haben häufig wenig Erwartungen an ihr Umfeld und geben sich weitgehend zufrieden mit dem, was sie haben.

„Die Kultur ist nicht mehr wie früher. Ja, was kann man machen, so ist es, das Leben geht weiter. Ich versteh vielleicht meine Kultur, wie sie mich gelernt haben, aber, es geht alles anders hier. ... [kurz darauf sagt sie, Anmerk. d. Verf.] ... Ich lebe wie ein Engel. Ich habe alles. Und wer sagt, hier ist es schlecht, der macht eine große Sünde. Du hast dein tägliches Brot, alles was du willst, jeden Tag. Und da [eigene Anm: im Herkunftsland] muss man das Brot verdienen und hast noch kein Geld, gehst ins Geschäft und du musst ne Stunde stehen, bis du ein Stückchen Brot noch bekommst.“ (69 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

„Negativ ist zum Beispiel, wenn man immigriert und keinen Kontakt hat mit der Freundin, mit der Familie, mit den Verwandten, mit der alten und der früheren Zeit des Lebens, alles, das ist schwierig. ... Ja, Ja, das schadet der Gesundheit und die andere Seite ist, wenn man hat, ... Kleidung, Nahrung und so, ... das ist hier sicher ... trotzdem, wenn ... man an seine Heimat denkt, dann kommt die Depression ... Aber trotzdem die Alterszeit ist hier besser als in anderen Ländern. (58 J., männl., Herkunft: Asien)

Lebens-/Akkulturationsstil

Charakteristisch für die passiven Individualisten ist eine eher zurückgezogene Lebensweise. Insbesondere diejenigen, die erst im höheren Alter nach Deutschland gekommen sind, haben es oft sehr schwer, sich zurecht zu finden und soziale Kontakte zu knüpfen. Unter den passiven Individualistischen befinden sich aber auch ältere Zugewanderte, die bereits seit langem in Deutschland leben und ihre Lebensweise weitgehend auf den engsten privaten Bereich beschränken. Sie halten häufig bewusst Distanz zu der jeweiligen Herkunftsgruppe. Hintergrund ist aber nicht – wie bei den aktiven Individualisten – das Selbstverständnis, Teil der Aufnahmegesellschaft zu sein bzw. als solcher wahrgenommen werden zu wollen, sondern erlebte Enttäuschungen im Kontakt zu Landsleuten sowie die Befürchtung, Opfer sozialer Kontrollmechanismen und Verhaltensweisen der jeweiligen community zu werden.

„Also ich gehe nicht mehr dahin, weil wenn unsere Leute dahin gehen, dann fangen die sofort an zu lästern.“ (74 J., männl., Herkunft: Türkei)

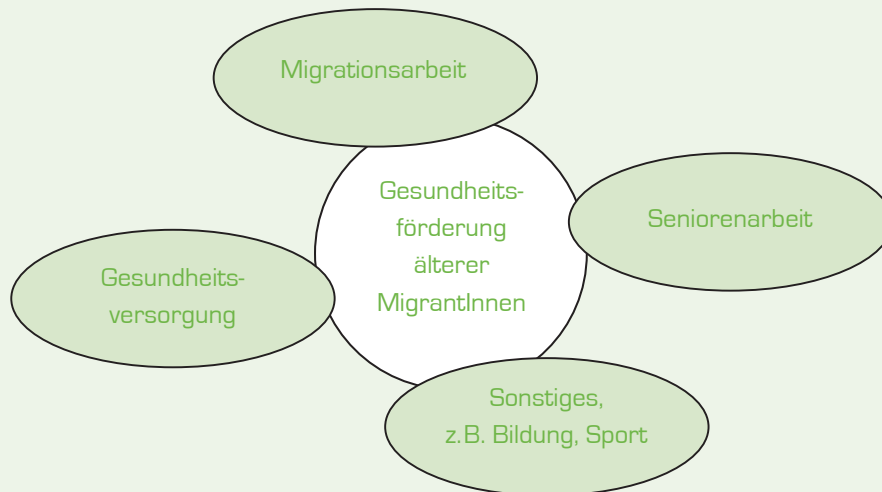
Da auch kaum Kontakte zur Aufnahmegesellschaft bestehen, befinden sich die passiven Individualisten in einer eher marginalisierten Situation.

Motivation

Antriebslosigkeit bis hin zur Resignation sind hemmende Faktoren, die die Erreichbarkeit dieses Typus für gesundheitsförderliche Interventionen mitunter stark einschränken. Teilweise scheint auch die Erfahrung, dass trotz gezielter Bemühungen gesundheitsförderlicher Verhaltensanpassungen in früheren Lebensphasen Erkrankungen nicht verhindert werden konnten, die Motivation für weitere Anstrengungen zu reduzieren.

Kommunale Strukturen der Gesundheitsförderung und Primärprävention

Im Rahmen des Projektes ging es nicht nur darum, das Gesundheitsverhalten älterer MigrantInnen zu untersuchen, vielmehr sollten auch die strukturellen Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung und Primärprävention in den Blick genommen werden. Hierzu wurden zum einen ExpertInnen-gespräche mit Akteuren aus relevanten kommunalen Handlungsfeldern durchgeführt (Integrationsarbeit, Seniorenarbeit, Gesundheitliche Versorgung und Pflege, Bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe, Erwachsenenbildung, Sport etc.).



Die Ergebnisse der Expertenbefragungen verdeutlichen u.a.

- ➔ Viele Akteure auf kommunaler Ebene sehen sich für das Thema Prävention und Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten „irgendwie ein bisschen zuständig, aber keiner so richtig“. Es gibt keine klaren Zuständigkeiten und festen Ansprechpartner in diesem Handlungsfeld.
- ➔ Insgesamt gibt es bislang wenig Austausch und Zusammenarbeit zu diesem Thema, was u.a. zu einer Konzentration von Angeboten in bestimmten Stadtteilen führen kann, während andere Stadtteile völlig unberücksichtigt bleiben.
- ➔ Zugangsbarrieren werden vielfach gesehen, aber z.T. dramatisiert (d.h. als kaum lösbar betrachtet), individualisiert (d.h. einseitig den älteren MigrantInnen zugeschrieben) oder bagatellisiert bzw. relativiert (d.h. andere Gruppen, insb. Jüngere werden als wichtiger angesehen).
- ➔ Auch defizitorientierte Sichtweisen und negative Altersbilder spielen bei einigen Verantwortlichen nach wie vor eine Rolle, was sich u.a. darin zeigt, dass die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen im Alter allgemein und bezogen auf die Gruppe der älteren MigrantInnen im besonderen in Frage gestellt wird.
- ➔ Viele Akteure sind aber durchaus motiviert, die Thematik stärker in ihren Arbeitskontexten aufzugreifen. Aber Motivation allein genügt nicht, um die Situation zu verbessern. Häufig fehlt es an den notwendigen personellen und zeitlichen Ressourcen, teilweise auch an fachlichen Voraussetzungen.
- ➔ Die Bereitstellung und Finanzierung präventiver und gesundheitsfördernder Angebote für ältere Migrantinnen und Migranten erfolgt meist projektbezogen und zeitlich begrenzt. Die individuelle Finanzierung über die Krankenkasse erweist sich auch aus Sicht einiger Präventionsanbieter als unzureichend und zu aufwendig.

Hierzu exemplarisch folgende Aussage eines beteiligten Experten:

„Und natürlich was uns sehr belastet, das ist dieser riesige Verwaltungsaufwand mit diesen Kursen, weil natürlich nicht jeder der zum Kurs kommt von einer Krankenkasse versichert ist. Also praktisch habe ich alle Krankenkassen vertreten und das war mir am Anfang gar nicht klar, dass ich bei jeder Krankenkasse einzeln diese Zulassung beantragen muss, mit allen Qualifikationen, mit Stundenplänen etc. ... Die Bereitschaft der Krankenkassen ist ja da, ich will nicht sagen, dass sie unwillig sind, also sie waren auch mehrmals im Haus und haben uns beraten usw. ... nur halt diese Strukturen, in denen sie arbeiten, sind für uns nicht optimal ... Und da würde ich mir wünschen, dass mehr Gesprächspartner in der Stadt da sind, an die ich das kommunizieren kann und wo wir dann gemeinsam nach Lösungen suchen ... Und da sollte man sich schon irgendwie zusammentun, dass man vielleicht auch ein paar Gruppenangebote für solche Leute [ältere MigrantInnen, Anmerk. d. Verf.] schafft.“

Ergänzend zu den Expertenbefragungen wurden zudem in den beiden Projektstandorten Werkstattgespräche durchgeführt. Diese ermöglichten erstmals einen gemeinsamen Austausch zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung zwischen relevanten örtlichen Akteuren bzw. Anbietern von Präventionsmaßnahmen und der Zielgruppe der älteren MigrantInnen. Insbesondere die beteiligten MigrantInnen haben diese Form der direkten Beteiligung als sehr motivierend und wertschätzend erlebt.

„Es war schön. Wir haben verschiedene Themen behandelt. Wir hatten Gruppenarbeit und waren sehr erfolgreich. ... Sicher. Bei den Gruppenarbeiten gab es schöne Ergebnisse. Die Menschen sind sich ein Stück näher gekommen. Jeder konnte seine Meinung sagen und kundgeben. Die Ideen der anderen sind auch wichtig.“ (59 J., weibl., Herkunft: Türkei)

Darüber hinaus ergaben sich aber auch wertvolle Impulse für den weiteren Forschungsprozess als auch konkrete Vorschläge und Anknüpfungspunkte für weitere Entwicklungs- und Gestaltungsprozesse auf der kommunalen Ebene. Hierzu gehören u.a. Vorhaben des Aufbaus kommunaler Netzwerke zur Prävention und Gesundheitsförderung für und mit (älteren) Migrantinnen und Migranten. Weitere Ideen konnten zudem bereits unmittelbar nach den Werkstattgesprächen umgesetzt werden, was das folgende Zitat verdeutlicht.

„Ja. Von meinem Standpunkt möchte ich sagen, dass ich bei dem letzten Werkstattgespräch zwei Personen gewonnen habe, die bereits heute bei uns aktiv beteiligt sind. Einer führt bei uns ehrenamtlich Computerkurse durch, das ist das Erste. Das Zweite ist, das wir jetzt kostenlos ins Schwimmbad dürfen. Diese zwei positiven Impulse sind für Menschen, die kein Geld und keine Möglichkeiten haben, die ihre Rechte nicht einmal kennen, die nicht wissen, worauf sie Anspruch haben, ganz toll. Denn sie haben jetzt ein kostenloses Angebot. Das ist nur dadurch möglich, dass diese Menschen unser Anliegen auf diesem Werkstattgespräch gehört haben und ihre Hilfe angeboten haben. Das ist ein sehr großer Gewinn. Das ist sehr gut.“ (52 J., weibl., Herkunft: ehem. Sowjetunion)

Insgesamt ergeben die Ergebnisse zu den strukturellen Rahmenbedingungen folgendes Bild: Primärprävention und Gesundheitsförderung bei älteren Migrantinnen und Migranten ist ein bislang wenig beachtetes Thema an der Schnittstelle verschiedener kommunaler Handlungsfelder. Unklare Zuständigkeiten und unzureichende Kooperationen sowie eine nicht adäquate Finanzierungspraxis tragen mit dazu bei, dass das Angebot gesundheitsfördernder Maßnahmen für ältere Migrantinnen und Migranten gering ist bzw. nicht an ihre Lebenslagen und Bedürfnisse angepasst ist. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Befragungen und die Werkstattgespräche zu einer Sensibilisierung und Aktivierung von kommunalen Akteuren und älteren MigrantInnen sowie zur Initiierung von Strukturentwicklungs- und Vernetzungsansätzen beitragen konnten.



Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren MigrantInnen

Die Unterstützung gesundheitsfördernden Verhaltens und die Schaffung gesundheitsfördernder Strukturen auf kommunaler Ebene ist in einer alternden Gesellschaft eine bedeutsame Aufgabe. Wie eingangs beschrieben, gilt es hier insbesondere auch für die stark wachsende Gruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund Voraussetzungen zu schaffen und geeignete Strategien zu entwickeln, um der Konzentration von Gesundheitsrisiken entgegen zu wirken. Die Ergebnisse des Forschungsprojektes zeigen eindrücklich, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention zahlreiche positive Effekte auf das Wohlbefinden und das subjektive Gesundheitserleben haben. Die Wirksamkeit von Maßnahmen und die Teilhabe älterer MigrantInnen sind aber nicht voraussetzungslos. Im Rahmen des Projektes konnten relevante Bedingungen und Faktoren identifiziert werden, die auf die Notwendigkeit der Anpassung und Weiterentwicklung von Strukturen und Angeboten im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention verweisen. Hieraus lassen sich vor allem folgende Handlungsempfehlungen ableiten:

- ➔ Entwicklung integrierter ganzheitlicher Ansätze: Grundsätzlich muss es darum gehen, Konzepte der Gesundheitsförderung und Primärprävention im Sinne eines umfassenden Gesundheitsverständnisses und einer salutogenetischen Sichtweise weiter zu entwickeln. Dies bedeutet, dass bei der Entwicklung und Umsetzung von Angeboten physische, psychische und soziale Aspekte von Gesundheit gleichermaßen berücksichtigt werden sollten. Insbesondere im Hinblick auf die Zielgruppe der älteren MigrantInnen mit häufig multiplen Risikokonstellationen erscheinen ganzheitliche Angebote, die die verschiedenen Dimensionen von Gesundheit integrieren, besonders geeignet und effektiv.
- ➔ Förderung sozialer Einbindung als Maßnahme der Gesundheitsförderung: Vor dem Hintergrund der Migrationssituation kommt den sozialen Beziehungen und Austauschmöglichkeiten eine besondere Bedeutung zu. Die Unterstützung von Gruppenbildungsprozessen unter älteren MigrantInnen sollte daher als Maßnahme der Gesundheitsförderung anerkannt und gezielt gefördert werden. Diese sind nicht zuletzt gute Anknüpfungspunkte für Maßnahmen der allgemeinen Gesundheitsbildung und Persönlichkeitsentwicklung, wodurch die Wirksamkeit von spezifischen Präventionsmaßnahmen, z. B. im Bereich der Bewegung und Ernährung, wesentlich erhöht werden kann.

- Unterstützung der Selbsthilfe und Selbstorganisation: Grundsätzlich sollte es darum gehen, die Ressourcen und Potenziale der älteren MigrantInnen zu stärken und ihre Mitgestaltung, Eigeninitiative und Selbstverantwortung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken. Die o.g. Gruppenbildungen sind dafür eine wichtige Grundlage. Damit die partizipativen Potenziale solcher Gruppenbildungen in hohem Maße zur Entfaltung kommen können, ist eine fachliche Begleitung unter Berücksichtigung zentraler Qualitätskriterien moderner Seniorenarbeit und Altersbildung sowie der Migrationssozialarbeit unerlässlich.

- Ausbau der zielgruppenorientierten Koordination und Kooperation: Ein weiterer wesentlicher Schritt zur Verbesserung der Gesundheitsförderung und Prävention bezogen auf ältere MigrantInnen ist die Förderung der Zusammenarbeit relevanter Akteure in der Kommune und in den Stadtteilen. Dabei geht es insbesondere um eine stärkere Vernetzung zwischen den Handlungsfeldern Gesundheitsversorgung, Migrations- bzw. Integrationsarbeit und Altenhilfe sowie ggf. weiteren in der Gesundheitsförderung aktiven Einrichtungen (Sport, Erwachsenenbildung etc.). Hilfreich hierfür wäre die Einrichtung eines koordinierenden Gremiums bzw. eines Netzwerks.

- Anpassung der Finanzierungspraxis: Ein zentraler Aspekt zur Förderung des Zugangs und der Beteiligung älterer MigrantInnen an Präventionsmaßnahmen ist die Entwicklung geeigneter Finanzierungsmodelle. Dabei sollte es u.a. darum gehen, Vorleistungsverpflichtungen der AngebotsteilnehmerInnen zu vermeiden und den Verwaltungsaufwand für die Anbieter von Präventionsmaßnahmen zu reduzieren.

- Ausweitung und Weiterentwicklung des Settingansatzes: Eine vielversprechende Strategie wäre zudem, die Stärkung gesundheitsförderlicher Lebenswelten auszuweiten, indem z.B. Begegnungsstätten oder Treffpunkte älterer MigrantInnen, die sich im Bereich der Gesundheitsförderung engagieren, mit Mitteln z.B. der Krankenkassen aus dem Bereich der sog. „Settingförderung“ finanziell unterstützt werden.

- Berücksichtigung der Heterogenität der Zielgruppe: Grundsätzlich gilt es bei der Entwicklung von Maßnahmen zu berücksichtigen, dass ältere MigrantInnen eine sehr heterogene Gruppe sind. Die im Rahmen des Projektes entwickelte Typenbildung verdeutlicht, dass es erhebliche Unterschiede im Präventionsverhalten und den diesen zugrundeliegenden Lebensumständen, Erfahrungen, Bewertungen und Einstellungen gibt. Diese müssen bei der Entwicklung von Zugangsstrategien und bei der Gestaltung von gesundheitsfördernden Angeboten berücksichtigt werden. Aus den Präventionstypen lassen sich somit unterschiedliche Ansätze der Gesundheitsförderung und Primärprävention bezogen auf ältere MigrantInnen ableiten. So sind z.B. bei den „aktiven Gemeinschaftsorientierten“ Maßnahmen geeignet, die sie in ihrem Engagement unterstützen, wie z.B. die Bereitstellung von Räumlichkeiten für Gruppentreffen oder gezielte Bildungsangebote, während bei den „passiven Individualisten“ eher eine zugehende persönliche Beratung angemessen und erfolgversprechend erscheint. Generell zeigen die Untersuchungsergebnisse, dass es keine Pauschallösung bzw. nicht ein spezifisches Konzept für die Erschließung von Zugängen und die Entwicklung bedarfsgerechter Angebote zur Gesundheitsförderung älterer MigrantInnen geben kann. Vielmehr sind unterschiedliche Ansätze notwendig, für deren Entwicklung die Projektergebnisse und nicht zuletzt die Typenbildung hilfreich sein können.

Literatur

- Antonovsky, A. & Franke, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag
- Baykara-Krumme, H. & Hoff, A. (2006). Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. In C. Tesch-Römer, H. Engstler, & S. Wurm, Susanne (Hrsg.), *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (S. 447–517). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dietzel-Papakyriakou, M. & Olbermann, E. (2001). Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In P. Marschalck & K.-H. Wiedl (Hrsg.), *Migration und Krankheit* (S.283–312). IMIS Schriftenreihe, Bd.10. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Dyck, S. (2008). Armut und Gesundheit – ältere Migranten und Migrantinnen. In A. Richter, I. Bunzendahl & T. Altgeld (Hrsg.), *Dünne Rente – Dicke Probleme: Alter, Armut und Gesundheit – Neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung* (S. 59–78). Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Herriger, N. (2010). *Empowerment in der Sozialen Arbeit*. 4. erw. und aktualisierte Ausgabe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hubert, S., Althammer, J. & Korucu-Rieger, C. (2009). Soziodemographische Merkmale und psychophysisches Befinden älterer türkischer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Eine Untersuchung auf Basis der Haupt- und Zusatzbefragung des Generations and Gender Survey der ersten Welle. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Bd.39. Berlin: Pro BUSINESS.
- Köster, D., Schramek, R. & Dorn, S. (2008). *Qualitätsziele moderner SeniorInnenarbeit und Altersbildung*. Oberhausen: Athena
- Naegele, G. (2008). Alter und Gesundheit – zu einigen Anknüpfungspunkten für Prävention, Gesundheitsförderung und darauf bezogener Gesundheitswirtschaft. In A.J.W. Goldschmidt & J. Hilbert (Hg.), *Gesundheitswirtschaft in Deutschland – Die Zukunftsbranche* (S.148–163), Bd. 1 der Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft und Management. Wegscheid: WIKOM Verlag.
- Özcan, V. & Seifert, W. (2006). Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: Deutsches Zentrums für Altersfragen (Hrsg.), *Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland: Expertisen zum fünften Altenbericht der Bundesregierung*, Band 6 (S.7–77). Berlin.
- Olbermann, E. (2006). *Lebenslagen älterer Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen. Kurzexpertise für das Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen*. Dortmund: Institut für Gerontologie.
- Walter, U., Schneider, N. & Plaumann, M (2008). Empowerment bei Älteren. *Gesundheitswesen*, 70, 730–735.
- WHO (1986). *Ottawa- Charta for Health Promotion*, <http://www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (Stand: 27.06.11)
- Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (2007). Stand der Altersforschung: Implikationen für Prävention und Gesundheitsförderung. *Informationsdienst Altersfragen*, 34 (1), 2–6.

