



Kultursensible Altenhilfe und Pflege in der Migrationsgesellschaft

Basri Aşkın

Abstract

Bei einer insgesamt jüngeren Altersstruktur der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund stellen die älteren Migrant_innen die in der Gesamtbevölkerung am stärksten wachsende Gruppe dar. Die Nachfrage nach pflegerischen Leistungen, ob in der Kranken- oder Altenpflege, seitens älterer Migrant_innen und deren Angehörigen wird in Zukunft deutlich zunehmen. Angesichts dieser Entwicklung wird zunehmend erkannt, dass sich das Gesundheits-, Pflege- und Sozialwesen interkulturell öffnen muss. Jedoch mangelt es in dieser Hinsicht nach wie vor an Entwicklungen, welche die besonderen Bedürfnisse und Anforderungen einer kultursensiblen Altenhilfe und Pflege berücksichtigen und versuchen, bisherige Defizite in diesem Bereich aufzudecken und abzubauen. Der vorliegende Beitrag nimmt die Altenhilfe und Pflege von Migrant_innen aus einer lebensweltlichen Perspektive zum Ausgangspunkt weiterer Überlegungen bezüglich der Gestaltung dieses Handlungsfeldes. Dabei wird aufgezeigt, dass die Integration (älterer) pflegebedürftiger Migrant_innen in das deutsche Altenhilfesystem neben den vielfach beschriebenen sprachlichen und kulturellen Barrieren vor allem strukturelle Herausforderungen hat, die in der Diskussion um interkulturelle Öffnung der Altenhilfe kaum thematisiert werden.

1 Einleitung

Obgleich Einwanderung nach Deutschland seit den 1950er Jahren stattfindet, ist diese Tatsache erst zur Jahrtausendwende ins Bewusstsein maßgeblicher Entscheidungsträger_innen gelangt. Laut Angaben des statistischen Bundesamtes haben aktuell 21 Prozent der Gesamtbevölkerung in Deutschland Personen mit Migrations-

hintergrund, das sind rund 17,1 Millionen Menschen (Statistisches Bundesamt 2016). Eine der größten Gruppen dieser Migrant_innen stammt aus der sog. Gastarbeiterphase (1955–1973), die sich heute überwiegend im Rentenalter befindet, ohne den Traum von der endgültigen Rückkehr in die „Heimat“ verwirklicht zu haben (vgl. Dietzel-Papkyriakou 1993, S. 10; Dietzel-Papkyriakou 2012, S. 438; Laubenthal & Pries 2012, S. 393). So sind ältere Migrant_innen zu einem festen Bestandteil unserer Gesellschaft geworden. Bei einer insgesamt jüngeren Altersstruktur der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund stellen die älteren Migrant_innen die in der Gesamtbevölkerung am stärksten wachsende Gruppe dar (Zeman 2005). Die Nachfrage nach pflegerischen Leistungen, ob in der Kranken- oder Altenpflege, seitens älterer Migrant_innen und deren Angehörigen wird in Zukunft deutlich zunehmen (vgl. Hasslers & Görres 2005). Ursachen dafür sind zum einen die demografischen Entwicklungen und zum anderen die erschwerten, meist gesundheitsbelastenden Arbeitsbedingungen, unter denen viele Arbeitsmigrant_innen über viele Jahre tätig waren, was häufig dazu führt, dass sie krankheitsbedingt relativ früh aus dem Erwerbsleben ausscheiden und ggf. früher pflegebedürftig werden (vgl. Zeman 2005, S. 37; Kohls 2012, S. 5). Angesichts dieser Entwicklung wird zunehmend erkannt, dass sich das Gesundheits-, Pflege- und Sozialwesen interkulturell öffnen muss. Jedoch mangelt es in dieser Hinsicht nach wie vor an Entwicklungen, welche die besonderen Bedürfnisse und Anforderungen einer kultursensiblen Altenhilfe und Pflege berücksichtigen und versuchen, bisherige Defizite in diesem Bereich aufzudecken und abzubauen (vgl. Grieger 2009, S. 17). Der vorliegende Beitrag nimmt die Altenhilfe und Pflege von Migrant_innen aus einer lebensweltlichen Perspektive zum Ausgangspunkt weiterer Überlegungen bezüglich der Gestaltung dieses Handlungsfeldes. Dabei wird aufgezeigt, dass die Integration (älterer) pflegebedürftiger Migrant_innen in das deutsche Altenhilfesystem neben den vielfach beschriebenen sprachlichen und kulturellen Barrieren vor allem strukturelle Herausforderungen hat, die in der Diskussion um interkulturelle Öffnung der Altenhilfe kaum thematisiert werden.

2 Inanspruchnahme der Dienste der Altenhilfe und mögliche Zugangsbarrieren

Die Altenhilfe soll „dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen“ (§ 71 Abs. 1 SGB XII). Menschen mit Migrationshintergrund bilden eine heterogene Bevölkerungsgruppe in Bezug auf Herkunft, Sprache, Kultur, Migrationsgeschichte und soziale Lebenslagen. Dementsprechend unterschiedlich sind ihre Erwartungen an das Altenhilfe- und Pflegesystem. Auffällig ist, dass – wie Untersuchungen zeigen – Zugewanderte und ihre Nachkommen aufgrund vielfältiger Barrieren soziokultureller, finanzieller und rechtlicher Art – trotz mehrheitlich (formell) gleicher Zugangsrechte – schwe-

rer Zugang zur Regelversorgung finden als Menschen ohne Migrationshintergrund (Borde & David 2007; Zeeb & Razum 2006). So scheint es der Altenhilfe noch nicht gelungen zu sein, diese Zielgruppe zu erreichen. Dabei liegen die Gründe hierfür unter anderem in der sozial unterschiedlichen Zugänglichkeit, Inanspruchnahme und Akzeptanz bestehender Angebote, die in der Regel unreflektiert mittelschichtorientiert konzipiert sind und die zumeist Menschen mit höherem sozioökonomischem Status erreichen (Schenk 2008). Ältere Migrant_innen gelten aus Sicht der Altenhilfe als schwer erreichbare Zielgruppe. Ihre heutige Lebenssituation und gesundheitliche Verfassung muss auch im Kontext ihrer spezifischen Migrationsbedingungen verstanden werden. Die Tätigkeiten auf Arbeitsplätzen in den unteren Segmenten des Arbeitsmarktes waren mit niedriger Entlohnung, einem hohen Arbeitsloskeitsrisiko und gesundheitlichen Belastungen verbunden. Diskontinuierliche Erwerbsbiographien und Versicherungsverläufe haben ein geringes Rentenniveau zur Folge. Die prekäre Beschäftigungssituation schlägt sich heute in der sozialen Lage und einem erhöhten Armutsrisiko älterer Menschen mit Migrationshintergrund nieder (Haber mann & Schenk 2010). Mit Blick auf die Altenhilfe und die pflegerische Versorgung von Zugewanderten spielen migrationsspezifische (z. B. Migrationsgrund, Aufenthaltsstatus, Sprachkompetenz), kulturelle (abweichende Krankheits- und Pflegekonzepte und damit verbunden andere Erwartungen an Ärzt_innen und Pflegekräfte, traditionelle Wertvorstellungen etc.) und soziale Einflussfaktoren (Bildungsgrad, Arbeits- und Wohnverhältnisse etc.) eine Rolle. Zielgruppenspezifische Versorgungsangebote erfordern daher neben adäquaten Zugangswegen ein tiefgehendes Verständnis der lebensweltlichen, kulturellen und strukturellen Rahmenbedingungen der jeweiligen Adressat_innen von Angeboten der Altenhilfe.

3 Kultursensibilität als Paradigma der Altenhilfe

Die Lebensqualität und der Umgang mit Gesundheit und Krankheit sind nicht nur von individuellen, sondern auch von kulturellen Mustern der Interpretation und Bewältigung von Gruppen bestimmt. Innerhalb der letzten Jahre wurde vor allem seitens des Pflegepersonals immer deutlicher auf neue Problemfelder und Herausforderungen mit Blick auf Betreuung, Versorgung, Begleitung und Beratung hingewiesen, die mit der unterschiedlichen ‚kulturellen‘ wie auch sozioökonomischen Herkunft der Patient_innen zusammenhängen (Hasslers & Görres 2005; Friebe 2006). Dabei treten besonders häufig Probleme in der Verständigung auf, die weit über Sprachproblematiken hinausreichen. Kultursensibilität als Paradigma der Altenpflege als eine individuelle und biographieorientierte Pflege verfolgt das Ziel „(...) pflegebedürftigen Menschen ein Leben mit ihren je eigenen kulturellen Prägungen und Bedürfnissen zu ermöglichen“ (Ertl 2002, S. 24). Vor diesem Hintergrund kann das Wissen um traditionelle Denkmuster im Einzelfall hilfreich sein, die vielfältigen Verhaltens- und Reaktionsmuster von bspw. muslimischen (pflegebedürftigen) Patient_innen und

deren Angehörigen besser zu verstehen. Hierzu bedarf es neben dem Wissen zum Umgang mit kulturellen Differenzen, einer Vermittlung von Erklärungsansätzen sowie der Fähigkeit, dieses Wissen zu kontextualisieren, ohne allerdings hierbei in eine ‚Kulturalisierungsfalle‘ (Kalpaka 2005) zu tappen, indem „sowohl die Verhaltensweisen von Individuen als auch gesellschaftliche Verhältnisse kulturell interpretiert und auf diesen Aspekt reduziert werden“ (Reindlmeier 2006, S. 236). Die nachfolgenden Ausführungen geben einen ersten Einblick in die Thematik.

3.1 Eintauchen in die kulturelle und lebensweltliche Tiefenstruktur („Reden über Kultur, schweigen über Struktur“)

Unter Kultur versteht Auernheimer ein „Orientierungssystem, das unser Wahrnehmen, Bewerten und Handeln steuert, das Repertoire an Kommunikations- und Repräsentationsmitteln, mit denen wir uns verständigen, uns darstellen, Vorstellungen bilden“ (Auernheimer 1999, S. 30). Im Praxisalltag wird „Kultur“ meist mit der expliziten Kultur gleichgesetzt, die alle sichtbaren Artefakte einer Kultur beinhaltet (z. B. Verhalten, Aussehen, Sprache). Die dahinterliegende Ebene der impliziten Kultur, die den sichtbaren Artefakten zugrundeliegende, nicht sichtbare Konzepte, Werte, Bedeutungen etc. umfasst, wird nur selten tangiert (Kroeber & Kluckhohn 1952). Wenn sich besonders Familien mit muslimischem Migrationshintergrund häufig schwer tun, ihre Familienangehörigen von professionellen Pfleger_innen pflegen zu lassen, dann ist das islamische Gebot, Kranke nicht allein zu lassen, ein möglicher Erklärungsgrund. Untersuchungen zeigen auch, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund deutlich häufiger ausschließlich Pflegegeld beziehen als dies bei jenen ohne Migrationshintergrund der Fall ist (Neuffer 2014).¹ Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund geben zudem häufiger an, dass das Pflegegeld nicht nur für die laufenden Pflegeausgaben, sondern auch für den laufenden Lebensunterhalt benötigt wird (ebd.). Die Statistik bestätigt diese Erkenntnis. So waren 2014 knapp 41,5 Prozent der Ausländer_innen im Rentenalter armutsgefährdet. Am höchsten ist das Armutsrisiko für die Arbeitsmigrant_innen der ersten Generation. Im Alter ab 50 Jahren beträgt es mit 30 Prozent das Zweieinhalbfache der gleichaltrigen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (12 Prozent) (Datenreport 2016, S. 72). Ungeachtet dessen sind ältere Migrant_innen zunehmend mit der Frage konfrontiert: „Wer pflegt mich im Alter?“ Auch innerhalb der türkeistämmigen Community in Deutschland findet eine Veränderung statt. Immer mehr Kinder ziehen aus ihren Heimatorten fort und können sich nicht mehr um ihre Eltern kümmern, wenn diese Hilfe brauchen. Somit wird der Bedarf an professionellen Pflegedienstleistungen steigen. Ob sich der prognostizierte Bedarf dabei in tatsächliche Inanspruchnahme umwandelt, hängt

¹ Andere Leistungsarten wie Sachleistungen, Kurzzeitpflege, Hilfsmittel, häusliche Verhinderungspflege oder Kombinationsleistungen werden hingegen seltener in Anspruch genommen.

von vielen Faktoren ab.² Zweifelsohne gilt es zunächst verstärkt die Zugangs- und Informationswege zur Zielgruppe in den Blick zu nehmen. Der Zugang zu (pflegebedürftigen) Migrant_innen und deren Familien erweist sich – trotz eines hohen Unterstützungsbedarfs – oftmals als schwierig. Einen Erklärungsansatz hierfür bietet das aus patriarchalen Strukturen stammende und tradierte Ehrverständnis mit seinem „erweiterten“ Familienbegriff. Der Wert der Ehre („Namus“ im türkischen oder auch arabischen Sinne) beinhaltet die Vorstellung einer klaren Grenze. Das „Innen“, die Familie und ihre Angelegenheiten, sind vom „Außen“, der Öffentlichkeit, stark abgegrenzt. Die ‚namus‘ eines Mannes hängt in erster Linie vom Verhalten seiner Frau ab. Eine so verstandene Ehre impliziert, dass die Männer die Sexualität ihrer Frauen (Ehefrauen, Töchter, Schwestern) kontrollieren und ihre Kontrolle sozial anerkannt und gerechtfertigt ist (Toprak 2005 und Beitrag von Toprak in diesem Band). Als ehrlos gelten in den Augen der Community die Männer, die nicht entschieden genug das „Innen“, d. h. die Familie verteidigen. Durch die enge Bindung in vielen Familien erweist sich das häusliche Umfeld für ambulante Pflegedienstleister als „vermintes“ Feld im Spannungsfeld zwischen modernem Individualitätsverständnis und traditioneller Familienstruktur. Der Ehrbegriff spielt „in vielen türkischen Migrantenfamilien, auch in der Zweiten und Dritten Generation, in Deutschland vor allem in den Erziehungsvorstellungen, in den Beziehungen zwischen den Geschlechtern und den Generationen immer noch eine zentrale Rolle“ (Mertol 2007, S. 177). Begriffe wie Patient_innenautonomie oder Patient_innenverfügung, die auf einer autonomen Subjektvorstellung basieren, erweisen sich vor diesem Hintergrund als kulturfremde Kategorien, deren Anschlussfähigkeit zu den lebensweltlichen Bezügen der (älteren) Menschen mit Migrationshintergrund oft erst hergestellt werden muss. Das Beispiel zeigt, dass der Stellenwert der personenzentrierten Pflege (Individualpflege) in multikulturellen Pflegesituationen relativ ist, weil es die Verstrickungen des Pflegebedürftigen und/oder der pflegenden Angehörigen in das traditionelle Familiengefüge erkennt (Familie als Störfaktor statt Ressource).

3.2 Kultursensible Pflege ist kein Garant für eine Nachfrage

Kultursensible Pflege soll dazu beitragen, dass eine pflegebedürftige Person entsprechend ihrer individuellen Werte, kulturellen und religiösen Prägungen und Bedürfnisse leben kann (§ 2 des Memorandums für eine kultursensible Altenhilfe 2002). Voraussetzung dafür ist die Implementierung eines Prozesses der Interkulturellen Öffnung in der Einrichtung bzw. Organisation, die die individuelle Pflegebeziehung rahmt im Sinne einer kritischen Überprüfung und ggf. Veränderung von Arbeitskonzepten, Handlungsansätzen, institutionellen Strukturen und Rahmenbedingun-

2 Fehlende oder unzureichende migrationssensitive Daten der Pflegeberichterstattung erschweren die Einschätzung aktueller und zukünftiger Bedarfe einer vielschichtigen Migrantenbevölkerung.

gen sozialer Dienstleistungen (Celik 2011, S. 25). Trotz ethischer und gesetzlicher Verankerung und vorhandener Kenntnisse über die demografische Entwicklung ist die Umsetzung des kultursensiblen Ansatzes und die Implementierung der Interkulturellen Öffnung in den Einrichtungen noch eine punktuelle Erscheinung (Zanier 2015). Die Gründe dafür sind sicherlich vielschichtig. Im Kern scheitern die Bemühungen häufig an der mangelnden Zielgruppenklarheit und -beschreibung sowie an mangelnden Fähigkeiten zur lebensweltlichen Wissensgenerierung.³ Am Beispiel des Pendelverhaltens werden die Grenzen des Konzepts der Interkulturellen Öffnung sichtbar. So halten sich viele türkeistämmige Menschen im Ruhestands- bzw. Vorruhestandsalter im Sommer meist mehrere Monate in der Türkei auf und im Winter in Deutschland (Dietzel-Papakyriakou 2005; Laubenthal & Pries 2012). Verlässliche Zahlen zur Größe dieser Gruppe gibt es nicht, da sich die Pendelmigrant_innen in Deutschland meist nicht abmelden (vgl. Fassmann 2012, Strumpfen 2012).⁴ Aus einer transnationalen Perspektive weisen türkeistämmige Migrant_innen „multiple“ Identitäten zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland, die im Alter durch das Pendeln verstärkt werden. Die multiple Identität und Beheimatung ist nicht nur eine beliebige Bezugnahme auf Türkei und Deutschland und kein Übergangsmodell zur temporären Positionierung und Verortung, sondern auch eine individuelle, identitätsstiftende Leistung zur Selbstfindung in (zirkulären) Migrationsprozessen. Das Phänomen des Alterspendelns wird in interkulturellen Öffnungsprozessen bislang kaum thematisiert, im Gegenteil durch den Gesetzgeber teilweise eingeschränkt. Der Export von Geldleistungen aus der deutschen Pflegeversicherung ins EU-Ausland ist seit der Molenaar-Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) im Jahre 1998 möglich, jedoch nicht in die Türkei (Aşkın 2009). Lediglich bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt von maximal sechs Wochen im Kalenderjahr wird das Pflegegeld – trotz Beitragspflicht – weitergezahlt. Etwaige Wünsche seitens der Pflegebedürftigen nach einem längeren Aufenthalt in ihrem Herkunftsland bleiben auf diese Weise unberücksichtigt. Studien zeigen auf, dass durch das Pendeln die Inanspruchnahme ambulanter Pflege entweder während der Zeit im Herkunftsland unterbrochen wird oder erst gar keine ambulante Pflege in Anspruch genommen wird – aus Angst, die diskontinuierliche Inanspruchnahme von Pflegeleistungen gegenüber Institutionen, wie z. B. der Pflegekasse, erklären zu müssen (Tezcan-Güntekin & Razum 2017).⁵ Die restriktive Gesetzgebung in Bezug auf das Alterspendeln bei tür-

3 So wird in der Diskussion um interkulturelle Öffnung der Altenhilfe die finanzielle Dimension der Pflege im Alter häufig verschleiert. Der durchschnittliche Pflegesatz kostet pro Monat deutlich mehr, als ein Berufstätiger nach 45 Jahren Vollerwerbstätigkeit in der Regel an Durchschnittsrente, zuzüglich der Leistungen der Pflegeversicherung, erhält.

4 Der Begriff „Pendelmigrant_innen“ wird in Anlehnung an den Begriff *circular migration* verstanden, der im European Migration Network-Glossary als „a repetition of legal migration by the same person between two or more countries“ (European Migration Network 2014, S. 53) definiert wird.

5 Diese Ängste sind u. a. dadurch begründet, dass eine Transparenz des Pendelverhaltens zum Verlust des Aufenthaltsrechts in Deutschland führen könnte.

keistämmigen Menschen birgt zudem auch gesundheitliche Risiken. So ist bspw. die selbsteingeschätzte Gesundheit der Pendelmigrant_innen in der Türkei oft besser als in Deutschland⁶ (Bilecen & Tezcan-Güntekin 2014; Sparacio 2016). In der Folge wird die ärztliche Versorgung weniger in Anspruch genommen oder das konsequente Befolgen eines vereinbarten medizinisch-therapeutischen Behandlungsplanes nimmt ab, beispielsweise werden Medikamente eigenständig abgesetzt. Aus diesen Gründen ist zu vermuten, dass Pendelmigrant_innen bei der Rückkehr aus dem Herkunftsland nach Deutschland nicht selten in einer schlechteren gesundheitlichen Verfassung sind als zum Zeitpunkt der Abreise in die Türkei. Daraus kann die Notwendigkeit zusätzlicher ambulanter medizinischer Interventionen und möglicherweise sogar von Krankenhausaufenthalten resultieren, was zu höheren Behandlungs-/Betreuungskosten im deutschen Gesundheitssystem führt. Das konkrete Ausmaß der und die Ursachen für die Diskontinuitäten und ihrer Folgen sind bislang nicht ausreichend untersucht. Es gibt Hinweise darauf, dass Pendelmigrant_innen einen eigenen spezifischen Wohlfahrtsmix konzipieren, der Elemente sowohl des Herkunfts- als auch des Aufnahmekontextes aufgreift. Diesen Mix zu formulieren und zu legitimieren stellt sie vor mehr als begriffliche Herausforderungen, bei denen allgemeine Pflegemodelle, strukturelle Möglichkeiten und individuelle Veränderungen der persönlichen Erwartungen nicht reibungslos zusammenzubringen sind.

4 Schlussfolgerungen und Ausblick

Durch die sozialstrukturellen Veränderungen, eine zunehmende Diversifizierung der Bevölkerung und die zunehmende Erwerbsintegration – auch von Frauen mit Migrationshintergrund – zeichnen sich steigende Bedarfe kultursensibler Pflegeangebote ab.⁷ Eine kultursensible Pflegeversorgung kann angesichts der Bedeutung sprachlich, kulturell und religiös orientierter Netzwerke für die erste Generation älterer Migrant_innen nicht ohne Partizipation und Empowerment der Betroffenen und ihrer Selbstorganisationen gelingen (Ramazan et al. 2015).⁸ Die Einbeziehung der Migrant_innen in den Pflegeprozess ist vor dem Hintergrund der geschilderten Umstände somit ein wichtiger Bestandteil der kultursensiblen Altenhilfe und ermöglicht den Einblick in die individuellen Bedürfnisse und Lebenswelten (vgl. Ertl 2009, S. 66). In Deutschland gibt es eine Vielfalt an Migrant_innenselbstorganisationen (MSO) und

6 Diese Befunde beziehen sich nicht explizit auf chronisch erkrankte Pendelmigrant_innen; für diese Bevölkerungsgruppe liegen derzeit keine Erkenntnisse vor.

7 Hierzu ist es wichtig, dass die Lehrpläne in der Ausbildung von Fachpersonal um interkulturelle Lehr- und Lerninhalte erweitert werden, was – trotz der hohen Reformdynamik im Pflegebereich – bislang nicht erkennbar ist.

8 MSO werden allgemein als Zusammenschlüsse bzw. Vereine verstanden, die von Migrant_innen gegründet wurden, um eigene Interessen durchzusetzen, Selbsthilfepotenziale zu bündeln und Brücken in die Gesellschaft zu bauen.

Initiativen von eingewanderten Menschen, die über ein privilegiertes Wissen über Lebenslagen und hiermit verbundene Bedürfnisse von Einwander_innen-Communities sowie über die Zugangswege und Kommunikationsformen verfügen. Ihre Stärke liegt in ihrer Nähe zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund sowie in der Mobilisierung von Selbsthilfe (Empowerment) und Eigeninitiative. Die Ressourcen von MSO im Bereich Pflege und Gesundheit werden bislang nur partiell und punktuell ausgeschöpft, meistens nur als „Türöffner“ zu migrantischen Communities. Inwieweit MSO in die Entwicklung niedrigschwellig angepasster Versorgungsangebote innerhalb des gleichen Kultur- und Sprachkreises (bspw. als Partner im Pflegemix) eingebunden werden sollen oder können und mit welchem Ziel, ist nach wie vor weniger klar und sollte ins Zentrum künftiger Forschungsaktivitäten gestellt werden (Aşkın 2017). Darüber hinaus verdeutlicht die skizzierte Abhandlung zum Mobilitätsverhalten türkeistämmiger Migrant_innen im Alter, dass die bisherige Frage nach Barrieren zum Zugang von Migrant_innen zu Institutionen der Altenhilfe zwar ihre Berechtigung hat, jedoch dem verengenden Blick des methodologischen Nationalismus unterliegt. Es kann erwartet werden, dass sich auch ältere Migrant_innen, die nicht eine solch hohe physische Mobilität aufweisen wie Pendler_innen, sondern ihren primären Aufenthaltsort in Deutschland haben, in Bezug auf Altersvorstellungen und Versorgungserwartungen transnational orientieren (Baykara-Krumme et al. 2012). Erst durch den Blick auf ältere Pendelmigrant_innen wird deutlich, wie sehr das deutsche Altenhilfesystem bisher noch von der Normalität sesshafter Älterer ausgeht. Auch in Hinblick auf eine Alterspolitik bzw. eine wissenschaftsbasierte Politikberatung bietet eine transnationale Perspektive Potenzial, nationale, aber einer international mobilen Bevölkerungsgruppe nicht entgegenkommende Regelungen der sozialen Sicherung zu hinterfragen und möglicherweise neu zu justieren (Baykara-Krumme et al. 2012).

Indem die Auseinandersetzung mit Diskriminierungsstrukturen vermieden wird, stellen sich hegemoniale Integrationsvorstellungen und kulturalistische Auffassungen immer wieder her (vgl. Messerschmidt 2006b, S. 160). Um dem zu begegnen entwickelt Reindlmeier einen Ansatz für eine „kulturalismuskritische Praxis“ (ebd., S. 254), die mit Kulturalisierungen rechnet und diese einer kritischen Reflexion zugänglich macht. Ulrike Hormel und Albert Scherr (2004, S. 40) sehen eine wesentliche Aufgabe von Interkulturalität darin, „ihre Adressaten zu einer gesellschaftspolitischen Auseinandersetzung mit der Frage zu befähigen, wie Ethnizität, Kultur und Identität in der Einwanderungsgesellschaft mit sozialen Ungleichheiten sowie Macht- und Herrschaftsverhältnissen verschränkt sind“. Für die pädagogische wie auch die gesundheitlich-pflegerische Auseinandersetzung mit Migration wird mit dieser Perspektive die Aufmerksamkeit verschoben von der Problematisierung von Identitäten hin zur Analyse der Bedingungen von (Mehrfach-)Zugehörigkeit und Partizipation (vgl. Messerschmidt 2006, S. 53). Ausgehend von einem kulturkritischen Kulturbegriff wäre darüber nachzudenken, wie pflegerische Versorgungsprozesse für eine gute Pflege auch grenzübergreifend stärker unter Berücksichtigung lebensweltlicher Gesichtspunkte konzipiert und umgesetzt werden können.

Literatur

- Aşkın, B. (2009): Für Alterspendler sind zeitgemäßere Ansprüche notwendig. *Deutsch-Türkisches Sozialversicherungsabkommen. Soziale Sicherheit*, 58. Jg., Heft 3, (S. 100–104).
- Aşkın, B. (2014): Entlassungsmanagement bei pflegebedürftigen Migranten. In: F. Berger (Hrsg.), *Kultursensibilität im Krankenhaus* (S. 57–67). Düsseldorf: DKVG – Verlag für Krankenhaus-Literatur.
- Aşkın, B. (2017): *Systematischer Review zur Rolle der Migrantenselbstorganisationen in der Gesundheitsversorgung*. Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung. Universitätsklinikum Tübingen.
- Auernheimer, G. (1999): Notizen zum Kulturbegriff unter dem Aspekt interkultureller Bildung. In: M. Gemende, W. Schröer & S. Sting (Hrsg.), *Zwischen den Kulturen. Pädagogische und sozialpädagogische Zugänge zur Interkulturalität* (S. 27–36). Weinheim & München: Juventa.
- BAMF (2012): *Ältere Migrantinnen und Migranten, Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven*. Forschungsbericht 18, P. Schimany, S. Rühl & M. Kohls. Berlin.
- Baykara-Krumme, H., Motel-Klingebiel, A. & Schimany, P. (Hrsg.) (2012): *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland*. Wiesbaden: Springer VS.
- Borde, T. & David, M. (2007): *Migration und psychische Gesundheit – Belastungen und Potentiale*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Castro Varela, M. (2002): Interkulturelle Kompetenz – ein Diskurs in der Krise. In: Auernheimer, G. (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (S. 35–48). Opladen: Leske & Budrich.
- Datenreport (2016): *Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn, https://www.wzb.eu/sites/default/files/u36/dr2016_bf_gesamt_korr.pdf. Zugegriffen: 21. Juli 2017.
- Dietzel-Papakyriakou, M. (1993): *Altern in der Migration. Die Arbeitsmigranten vor dem Dilemma: zurückkehren oder bleiben?* Stuttgart: Enke.
- Dietzel-Papakyriakou, M. (2012): Ein Blick zurück nach vorn: Zwei Jahrzehnte Forschung zu älteren Migrantinnen und Migranten. In: H. Baykara-Krumme, A. Motel-Klingebiel & P. Schimany (Hrsg.), *Viele Welten des Alterns? Ältere Migrantinnen und Migranten im alternden Deutschland* (S. 437–448). Wiesbaden: Springer VS.
- Ertl, A. u. a. (2002): *Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung*, hrsg. vom Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“. Köln, http://www.kultursensible-altenhilfe.de/download/materialien_kultursensibel/handreichung.pdf. Zugegriffen: 10. Juni 2017.
- Friebe, J. (2006): *Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege. Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierungen in Nordrhein-Westfalen. Eine Handreichung für Bildung und Praxis in der Altenpflege*. Bonn.
- Grieger, D. (2009): Soziale und gesundheitliche Lage von älteren Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. In: J.-E. Schaefer (Hrsg.), *Alter und Mi-*

- gration. Tagungsband der 15. Gerontopsychiatrischen Arbeitstagung des Geriatri-schen Zentrums an der Universitätsklinik Tübingen (S. 9–23). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Habermann, M. & Schenk, L. (2010): Brauchen wir eine migrationssensible Pflegeberichterstattung? Problemstellungen und Ergebnisse eines Expertenworkshops. In: Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), *Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung* (S. 83–94). Berlin: Westkreuzdruckerei Ahrens.
- Hassler, M. & Görres, S. (2005): *Was Pflegebedürftige wirklich brauchen ... Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Hormel, U. & Scherr, A.: Interkulturelle Pädagogik: Standpunkte und Perspektiven. In: *kursiv – Journal für politische Bildung*. Nr. 2/2004, (S. 32–44).
- Huth, S. (2012): *Freiwilliges und bürgerschaftliches Engagement von Menschen mit Migrationshintergrund – Barrieren und Türöffner*. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/09497.pdf>. Zugegriffen: 21. Juli 2017.
- Kalpaka, A. (2005): Pädagogische Professionalität in der Kulturalisierungsfalle. Über den Umgang mit „Kultur“ in Verhältnissen von Differenz und Dominanz. In: R. Leiprecht & A. Kerber (Hrsg.), *Schule in der Einwanderungsgesellschaft. Ein Handbuch* (S. 387–405). Schwalbach: Wochenschau.
- Kohls, M. (2012): *Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demografischen Wandel*. Forschungsbericht 12, hrsg. vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Nürnberg, http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 10. Juli 2017.
- Kroeber, A. L. & Kluckhohn, C. (1952). *Culture – a Critical Review of Concepts and Definitions*. New York: Vintage Books.
- Laubenthal, B./Pries, L. (2012): Migration und Alter. Eine transnationale Perspektive. In: H. Baykara-Krumme, A. Motel-Klingebiel & P. Schimany (Hrsg.), *Viele Welten des Alterns? Ältere Migrantinnen und Migranten im alternden Deutschland*. (S. 385–410). Wiesbaden: Springer VS.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological review*, 98(2), (S. 224–253).
- Mertol, B. (2007): Männlichkeitskonzepte von Jungen mit türkischem Migrationshintergrund. In: H.-J. von Wensierski & C. Lübcke (Hrsg.), *Junge Muslime in Deutschland. Lebenslagen, Aufwuchsprozesse und Jugendkulturen* (S. 173–194). Opladen & Famington Hills.
- Messerschmidt, A. (2006): Transformationen des Interkulturellen – postkoloniale Perspektiven auf Erwachsenenbildung in globalisierten Migrationsgesellschaften. In: H. J. Forneck, G. Wiesner & Chr. Zeuner (Hrsg.), *Teilhabe an der Erwachsenenbildung und gesellschaftliche Modernisierung* (S. 51–64). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

- Messerschmidt, A. (2008): Pädagogische Beanspruchungen von Kultur in der Migrationsgesellschaft. Bildungsprozesse zwischen Kulturalisierung und Kulturkritik. *Zeitschrift für Pädagogik* 54, 2008, (S. 5–17). http://www.pedocs.de/volltexte/2011/4332/pdf/ZfPaed_2008_1_Messerschmidt_Kultur_Migrationsgesellschaft_D_A.pdf. Zugegriffen: 21. Juli 2017.
- Naegele, G. (2011): Alter. In: H.-U. Otto, & H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit*, 4., völlig neu bearbeitete Auflage. (S. 32–47), München: Reinhardt.
- Neuffer, S. (2014): Pflegebedürftigkeit – Migration – Kultursensible Pflege. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* 2/2014, (S. 13–21).
- Protschka, J. (2012): Kultursensible Altenhilfe. Kein Ansturm auf Pflegeleistungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 2012 (S. 27–28), A 1424–1426.
- Rommelspacher, B. (1995): *Dominanzkultur. Texte zu Fremdheit und Macht*. Berlin: Orlanda.
- Salman, R. u. a. (2015): *Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft*. Stellungnahme und Handlungsempfehlungen der Migrantenselbstorganisationen zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und Flüchtlingen. https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/IB/Artikel/Integrationsgipfel/Integrationsgipfel-2015/2015-11-16-mo-papier-2015.pdf?__blob=publicationFile&v=2. Zugegriffen am 21. Juli 2017.
- Schaefer, J. E. (Hrsg.) (2009): *Alter und Migration*. Tagungsband der 15. Gerontopsychiatrischen Arbeitstagung des Geriatriischen Zentrums an der Universitätsklinik Tübingen. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Schenk, L. (2008): Gesundheit und Krankheit älterer und alter Migranten. In: A. Kuhlmeier & D. Schaeffer (Hrsg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit* (S. 156–174). Bern: Huber.
- Schimany, P. & Baykara-Krumme, H. (2012): Zur Geschichte und demografischen Bedeutung älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: H. Baykara-Krumme, A. Motel-Klingebiel & P. Schimany (Hrsg.), *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland* (S. 43–73). Wiesbaden: Springer VS.
- Schimany, P., Rühl, S. & Kohl, M. (2012a): *Ältere Migrantinnen und Migranten*. Forschungsbericht 18. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Zeman, P. (2005): *Ältere Migranten in Deutschland. Befunde zur soziodemographischen, sozioökonomischen und psychosozialen Lage sowie zielgruppenbezogene Fragen der Politik- und Praxisfeldentwicklung*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Zeeb, H. & Razum, O. (2006): Epidemiological research on migrant health in Germany. An overview, *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2006, 49. Jg. 52, (S. 845 ff.).
- Zielke-Nadkarni, A. (2011): Einflussfaktor Alter. In: N. Menche (Hrsg.), *Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe*. 5., vollständig überarbeitete Auflage (S. 156–157). München: Urban & Fischer.

